

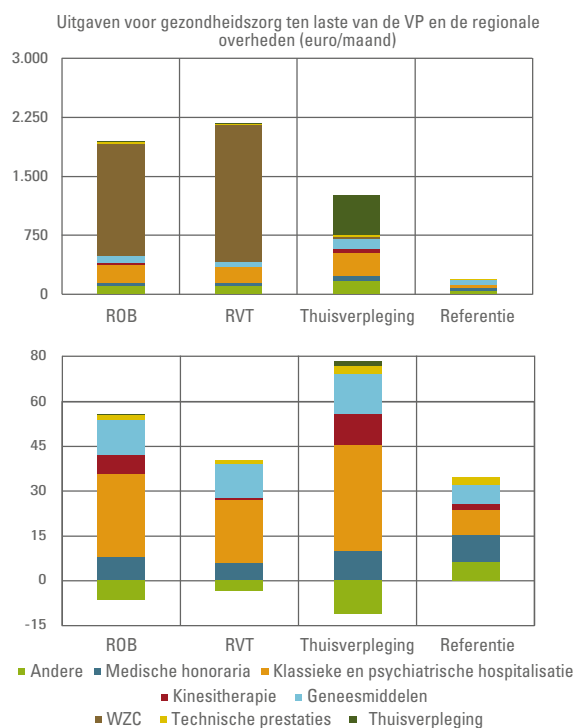
Financiering sociale zekerheid

De hypothese dat het tekort in de sociale zekerheid het gevolg is van een ontsporing in de uitgaven voor sociale voorzieningen, wordt niet bevestigd. Het ontbreekt de sociale zekerheid vandaag vooral aan een duurzame financiering. CM formuleert enkele beleidsaanbevelingen om een duurzame financiering te waarborgen.

Kostprijs gezondheidszorg ouderen

De grote verschillen in totale kostprijs voor gezondheidszorg tussen ouderen roepen vragen op over de betaalbaarheid van de zorg voor iedereen. Corrigerende maatregelen als de MAF en de VT hebben een niet te onderschatten positieve impact op de eigen bijdragen.

Figuur 2: Structuur van de gemiddelde uitgaven per maand volgens de uitgavencategorie



Trommelvliesbuisjes: onverklaarbare variaties

Een CM-studie toont de grote variatie aan bij het plaatsen van trommelvliesbuisjes in ons land.

Tabel 2: % ingrepen per gewest ten opzichte van de CM-populatie, kinderen tot 9 jaar (CM 2018)

Gewest	% ingrepen
Vlaanderen	1,97
Wallonië	1,06
Brussel	0,59
Missing	0,09
Totaal	1,69

Positief effect slaaptherapie

Heel wat mensen kampen met slaapproblemen, soms over een lange periode. Dit kan het functioneren en de levenskwaliteit aantasten. Vaak zet dit mensen ertoe aan slaapmedicatie te gebruiken, een niet duurzame oplossing. Een CM-studie bevestigt dat met slaaptherapie het gebruik van slaapmedicatie teruggedrongen kan worden.



Redactioneel

De sociale zekerheid is een fundament van onze samenleving. Ze verzekert elke werknemer tegen sociale risico's door hem zo nodig een vervangingsinkomen toe te kennen (bv. werkloosheid, pensioen, ziekte, arbeidsongevallen) of extra kosten te vergoeden (bv. bij ziekte, kinderen, beroepsziekten). Ze is gebaseerd op het solidariteitsprincipe aangezien de sociale bijdragen, in tegenstelling tot de private verzekeringen, betaald worden op basis van het inkomen en niet op basis van het risicoprofiel van de persoon. Maar onze sociale zekerheid is vandaag kwetsbaar geworden. In juni 2019 berekende het beheerscomité van de sociale zekerheid een toename van het tekort met 1,45 miljard euro in vergelijking met de oorspronkelijke begroting (tekort dat vervolgens gecompenseerd werd door een verhoging van de evenwichtsdotatie) en de vooruitzichten voor 2020-2024 voorspellen een groeiende toename van deze tekorten tot 5,84 miljard euro in 2024. Veelal wordt dan als reden voor deze tekorten een ontsporing van de uitgaven voor de sociale voorzieningen aangehaald. Een studie in dit nummer toont aan dat het de sociale zekerheid vooral ontbreekt aan een duurzame en stabiele financiering. We stellen vast dat in de periode 2016-2019 door de taxshift ongeveer 10 miljard euro aan ontvangsten uit sociale bijdragen verloren is gegaan die maar voor 8 miljard door alternatieve financiering gecompenseerd werden wat in die periode leidde tot een gecumuleerd verlies van -2,3 miljard voor de sociale zekerheid tussen 2016-2019. Het verband tussen de bijdragevermindering voor de werkgevers en de verhoging van het concurrentievermogen van de ondernemingen is ook niet eenduidig. Bovendien tast de nieuwe wet op de financiering van de sociale zekerheid (2017) de stabiliteit aan van de financiering van de sociale zekerheid door de toekenning van de subsidies afhankelijk te maken van criteria waarop de sociale partners soms weinig vat hebben. Deze wet geeft ook een groter gewicht aan de ministerraad, wat op zijn beurt ook geen garantie is op stabiliteit gezien de regelmatige wissels in samenstelling. Ten slotte schuilt achter de onderfinanciering van de sociale zekerheid een vermindering van de dekking van de sociale risico's en een gevaar voor privatisering met alle nadelige gevolgen van dien (hogere kosten, winsten aan aandeelhouders, cherry picking, ...). De auteurs pleiten daarom onder andere voor een stopzetting van de verdere verlaging van de sociale bijdragen en het herstel van een duurzame financiering van onze sociale zekerheid.

Onze sociale zekerheid dient onder andere om de kosten voor gezondheidszorg en ondersteuning bij ouderen te dekken. Een studie vergelijkt aan de hand van onze data van de verplichte ziekteverzekering de gezondheidszorgkost voor de ouderen en de overheid naar gelang ze thuis verzorgd worden, dan wel opgenomen worden in een woonzorgcentrum en dit volgens de mate van zorgafhankelijkheid. We leren dat de kostprijs voor gezondheidszorg in de thuissituatie zowel voor de patiënt als de overheid niet altijd lager is dan bij opname in een woonzorgcentrum. Gelukkig kunnen de maximumfactuur en de verhoogde tegemoetkoming de kosten voor de patiënt minderen. Helaas hebben we slechts partiële gegevens. Niemand bezit momenteel de nodige data om de precieze kost van de zorg voor de oudere in beide situaties in te schatten.

Niet alleen het financiële maar ook de kwaliteit van zorg is een continu aandachtspunt voor CM. Een eerste studie toont aan dat slaaptherapie bij chronische slaapproblemen een goede behandeling kan zijn en het gebruik van slaapmedicatie blijvend kan terugdringen. Een andere studie toont de grote variatie aan bij het plaatsen van trommelvliesbuisjes in ons land. Gezien uit de medische literatuur blijkt dat afwachten totdat klachten spontaan voorbijgaan in vele gevallen even effectief is als ingrijpen, zou je verwachten dat dit zich vertaalt in een gelijkmatige daling van deze interventie. Maar in sommige ziekenhuizen voert men deze ingreep bij kinderen van 0-9 jaar tot 10 maal meer uit dan in andere. Vandaar een oproep aan de NKO-artsen om deze onverklaarbare variabiliteit te bespreken en duidelijke richtlijnen te volgen. En aan de ouders het advies om goed te overleggen over de voor- en nadelen alvorens over te gaan tot het laten plaatsen van trommelvliesbuisjes.

Michiel Callens

Studiedienst

Financiering Sociale Zekerheid

Analyse van de financiering van de sociale zekerheid en de evolutie ervan. De noodzaak van een structurele en duurzame herfinanciering van de sociale zekerheid.

Lambert Louise en Van Cutsem Pauline¹ (Studiedienst)
Met de gewaardeerde inbreng van Feltesse Patrick (MOC)

Samenvatting

De begroting van de sociale zekerheid staat momenteel in de schijnwerpers, met de stijging van de voorziene tekorten voor de jaren 2019-2024. Om de huidige situatie beter te kunnen begrijpen, analyseerde CM de gegevens van het verleden en bestudeerde ze de evolutie van de uitgaven en de inkomsten van de sociale zekerheid tussen 2002 en 2019. Hiervoor baseerde CM zich op de gegevens van het Beheerscomité van de Sociale Zekerheid waardoor de analyse beperkt is tot het werknemersstelsel.

We staan eerst stil bij de actuele situatie en de begrotingsramingen voor de jaren 2019-2024. Vervolgens analyseren we kort de evolutie van de uitgaven om de correctheid na te gaan van de wijd verspreide hypothese dat het een ongecontroleerde stijging van de sociale prestaties is die de penibele situatie van vandaag verklaart. Aangezien deze hypothese niet bevestigd wordt, analyseren we vooral de evolutie van de financiering van de sociale zekerheid en de verschillende componenten ervan (sociale bijdragen, overheidssubsidies en alternatieve financiering). Na het bekijken van de tendensen op lange termijn, gaan we dieper in op de recente wetswijzigingen – staatshervorming in 2015, tax shift begonnen in 2016 en nieuwe financieringswet gestemd in 2017. Dit laat toe in te zien dat het de sociale zekerheid vandaag vooral ontbreekt aan een duurzame financiering en dit deels door de recente wetswijzigingen. Deze situatie is niet onafwendbaar. Er zijn oplossingen mogelijk en deze worden in het laatste deel van het artikel toegelicht.

Deze studie kent een aantal methodologische beperkingen en laat ruimte voor verdere analyse: het bestuderen van alle sociale zekerheidsstelsels en het verdiepen van de analyse van de uitgaven voor sociale prestaties, het vergelijken van de evolutie van de publieke uitgaven voor sociale bescherming met deze voor sociale bijstand of met private sociale uitgaven, het nadenken over een model van sociale zekerheid in een samenleving zonder groei, ... Deze studie is dus een eerste steen van een onvoltooid werk.

Sleutelwoorden: Sociale zekerheid, financiering, sociale partners, tax shift, financieringswet

1 Inleiding

De sociale zekerheid is een instelling die stevig geworteld is in onze samenleving. Ze werd gehandhaafd tijdens de Tweede Wereldoorlog, meer bepaald in 1944, met het sociaal pact dat werd ondertekend door de werkgeversorganisaties, de vakbonden en de ambtenaren, en met als doel de sociale

vrede te garanderen, de loontrekkenden te beschermen en de economisch gecreëerde toegevoegde waarde beter te verdelen. Ze verzekert elke werknemer tegen sociale risico's, door hem zo nodig ofwel een vervangingsinkomen toe te kennen (werkloosheid, pensioen,...), of extra inkomsten ter

1. Werkt niet meer voor CM.

dekking van bijkomende kosten (ziekte, geboorte van een kind, ...)². Ze is gebaseerd op het solidariteitsprincipe aangezien de sociale bijdragen, in tegenstelling tot privéverzekeringen, worden betaald op basis van het inkomen en niet op basis van het risicoprofiel van de persoon.

Hoewel ze de sociale cohesie en een degelijke levensstandaard voor elke burger waarborgt, is de sociale zekerheid vandaag kwetsbaar geworden. In juni 2019 trokken de regering en de sociale partners aan de alarmbel. Het Beheerscomité voor de sociale zekerheid raamde vervolgens de verslechtering van het tekort op 1,45 miljard euro ten opzichte van de oorspronkelijke begroting voor 2019. In totaal stijgt het tekort in 2019 tot 2,8 miljard en moest het in september 2019 worden gecompenseerd door een verhoging van de evenwichtsdotatie. De voorspellingen voor 2020-2024 zijn nog alarmerender: het tekort kan in 2024 oplopen tot 5,84 miljard euro.

Maar waar komt het huidige gat vandaan? Het dominante verhaal dat door de media en andere communicatiemiddelen wordt gebracht, heeft de neiging om het tekort in de sociale zekerheid te associëren met een ontsporing in de uitgaven voor sociale voorzieningen. Om een nieuw licht te werpen op de voorziene begrotingssituatie voor de jaren 2019-2024, verdedigen we hier de stelling dat het essentieel is om, naast de evolutie van de uitgaven, ook het andere aspect van de

begrotingsrealiteit van de sociale zekerheid te bestuderen: de evolutie van de financiering. En dat zowel op lange termijn als met een focus op de veranderingen van de afgelopen jaren.

Deze bijdrage begint met een blik op de huidige situatie en de begrotingsramingen voor de jaren 2019-2024 (deel 2). Vervolgens analyseren we kort de evolutie van de uitgaven om de juistheid te testen van de wijdverbreide hypothese dat een ongecontroleerde stijging van de sociale voorzieningen de oorzaak is van de huidige kritieke situatie (deel 3). Overtuigd van de noodzaak om de evolutie van de financiering van de sociale zekerheid (enkel werknemersstelsel - zie kader 1) nauwkeurig te analyseren om de verwachte tekorten voor de jaren 2019-2021 te begrijpen, analyseert dit artikel hoofdzakelijk de evolutie van de financiering van de sociale zekerheid (enkel werknemersstelsel - zie kader 1) en haar verschillende componenten (sociale bijdragen, staatssubsidies en alternatieve financiering) (deel 4). Nadat we de lange termijntendenissen hebben geobserveerd, beschrijven we het effect van de recente wettelijke wijzigingen - staats hervorming in 2015, taxshift begonnen in 2016 en een nieuwe financieringswet gepubliceerd in 2017 (deel 5). Uit deze analyse blijkt dat de sociale zekerheid vandaag de dag vooral een duurzame financiering mist. Daarom formuleren we een aantal beleidsaanbevelingen om een duurzame financiering van onze sociale zekerheid te waarborgen (deel 6).

Kader 1: Methodologie

Voor deze studie baseren we ons op de cijfers van het beheerscomité van de sociale zekerheid (BCSZ) voor de jaren 2002 tot 2019 en beperken we ons daarom tot het werknemersstelsel. Als we het over de begroting van de sociale zekerheid hebben, bedoelen we dus de begroting van het werknemersstelsel. We bestudeerden ook het federale niveau. De begroting van het werknemersstelsel is de belangrijkste post van de begroting van de sociale zekerheid. Ze vertegenwoordigde 82% van de totale begroting van de sociale zekerheid in 2015 (met inbegrip van de begroting van de RSZ - Globaal beheer voor werknemers, het RIZIV - Globaal beheer voor zelfstandigen, RIZIV gezondheidszorg - uniek regime, de regimes buiten globaal beheer en de overheidspensioenen) en 68% in 2017 (als gevolg van de reïntegratie van de overheidspensioenen in de begroting voor sociale zekerheid).

De begroting voor het werknemersstelsel op federaal niveau bevat de begroting van de volgende takken van de sociale zekerheid: de rustpensioenen, de werkloosheid, de arbeidsongevallenverzekering, de beroepsziekteverzekering, de kinderbijslag (tot 2014, vanaf 2015 werd ze overgeheveld naar de deelstaten) en de jaarlijkse vakantie. Bovendien omvat de begroting voor het werknemersstelsel (na afschaffing van artikel §1 quater van de wet van 18 april 2017)^(*) ongeveer 2/3 van de federale begroting voor de verplichte verzekering gezondheidszorg (uniek regime voor de professionele categorieën van de werknemers, ambtenaren en zelfstandigen), waaraan zij een deel van haar inkomsten overmaakt. Het unieke regime van gezondheidszorg heeft ook enkele eigen inkomsten die niet afkomstig zijn van het globaal beheer (die van werknemers en zelfstandigen).

(*) Om de jaren met elkaar te kunnen vergelijken, houden we geen rekening met de btw-inkomsten die rechtstreeks aan de gezondheidszorg worden toegewezen (artikel §1quater van de wet van 18 april 2017), aangezien ze pas vanaf 2017 in het globale beheer werden teruggedrongen.

2. De sociale zekerheid heeft zeven takken: de rustpensioenen, de werkloosheid, de arbeidsongevallenverzekering, de beroepsziekteverzekering, de kinderbijslag, de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en de jaarlijkse vakantie.

Tabel 1: Geschat tekort en saldo van de begroting sociale zekerheid (werknemersstelsel) in miljoenen euro, 2019-2024, bron: BCSZ

	2019*	2020*	2021*	2022*	2023*	2024*
Tekort	-2.768	-3.342	-4.125	-4.646	-5.230	-5.843
evenwichtsdotatie	3.055	2.881	0	0	0	0
Saldo	287	-589	-4.125	-4.646	-5.230	-5.843

Legende: * = laatste schatting van de RSZ (62^e rapport van het BCSZ)

2. Vooruitzichten van de RSZ - begroting van de sociale zekerheid 2019-2024

Na het begrotingsconclaf van juli 2018, werd een evenwichtige begroting voor de sociale zekerheid (werknemersstelsel) voor 2019 aangekondigd. De ramingen van de inkomsten en uitgaven die op 28 juni 2019 door het beheerscomité van de sociale zekerheid werden gepubliceerd, wijzen op een toename van het tekort met 1,45 miljard in vergelijking met het oorspronkelijke budget gepland voor 2019. Uiteindelijk bedraagt het tekort voor 2019 bijna 2,8 miljard en werd in september gecompenseerd door een verhoging van de evenwichtsdotatie. Bovendien wordt in de meerjarenvoorzieningen voor de jaren 2020-2024, rekening houdend met de mogelijkheid dat de evenwichtsdotatie³ niet wordt verlengd, ook een groot tekort verwacht dat in 2024 zal oplopen tot 5,84 miljard euro.

Voor 2019 zou de verslechtering van het tekort met 1,45 miljard op federaal niveau worden veroorzaakt door een daling van de inkomsten met 570 miljoen euro en een stijging van de uitgaven met 885 miljoen euro. Verschillende factoren liggen aan de basis van deze achteruitgang.

Aan de inkomstenzijde worden de federale inkomsten, in vergelijking met de oorspronkelijke raming, nu 570 miljoen minder hoog ingeschat.

400 tot 500 miljoen euro is te wijten aan een slechte inschatting van de impact van bepaalde overheidsmaatregelen op de ontvangsten uit bijdragen (maatregelen waarvan de oorspronkelijke impact opnieuw moest worden geëvalueerd, maatregelen die later dan verwacht of niet werden uitgevoerd). Zo werd het verlies aan inkomsten als gevolg van de maatregelen om de bijdragen te verlagen, met name in het kader van de taxshift, onderschat (-72,7 miljoen) of moesten de inkomsten met betrekking tot de "jobdeals" worden verminderd (-150,7 miljoen).

We merken ook op dat de "bestrijding van sociale fraude", waarvoor de regering een instroom van 101 miljoen euro verwachtte, op nul moest worden begroot omdat er geen informatie beschikbaar is over de concrete uitwerking van deze maatregelen.

Daarnaast stellen we ook vast dat de btw minder inkomsten zou opleveren dan de regering had voorzien. Dit heeft gevolgen voor de alternatieve financiering van de sociale zekerheid, waarvan de btw-inkomsten met 49,5 miljoen zijn gedaald.

Aan de uitgavenzijde is de belangrijkste reden voor de overschrijding (+885 miljoen op federaal niveau), net als bij de ontvangsten, de herinschatting van de impact van de overheidsmaatregelen (+373 miljoen). We zien hier besparingsmaatregelen die niet het verwachte effect hebben gehad of nog niet zijn afgerond, zoals de maatregel "responsabilisering inzake arbeidsongeschiktheid", die volgens de hoofdrolspelers van het begrotingsconclaf van juli 2018 naar verwachting 200 miljoen euro zou doen besparen, maar die nog niet is uitgevoerd.

De tweede reden voor de stijging van de uitgaven is het re-integreren binnen de sociale zekerheidsbegroting van de uitkeringen die voortvloeien uit de welvaartsenveloppe⁴ (+230 miljoen euro) die op het conclaf van juli 2018 tijdelijk was overgeheveld van de sociale zekerheidsrekeningen naar de staatsbegroting. De financiering van deze uitkeringen is echter nog steeds niet opnieuw opgenomen in de rekeningen van de sociale zekerheid, waardoor het tekort toeneemt.

Wat de "volume-effecten" zelf betreft, dient slechts één sector te worden benadrukt: de RIZIV-uitkeringen. Het is belangrijk op te merken dat het aantal vergoede dagen in de arbeidsongeschiktheidssector is toegenomen, waardoor de uitgaven met 122 miljoen zijn gestegen.

Tot slot verwacht de RSZ dat de uitkeringen uiteindelijk in december 2019 zullen worden geïndexeerd, wat aanvankelijk niet werd verwacht. Hierdoor stegen de kosten met 69,6 miljoen euro.

3. De evenwichtsdotatie, die in 2017 met de nieuwe wet inzake de financiering van de sociale zekerheid opnieuw werd ingevoerd, dient om tekorten in de sociale zekerheid als gevolg van onderfinanciering te vermijden. Ze komt rechtstreeks van de federale staat.

4. Deze enveloppe is bestemd voor de financiering van een begroting van de sociale zekerheid die is bestemd voor de koppeling van sociale uitkeringen aan het welzijn

Samengevat: in het conclaaf van 2018 had een te optimistische inschatting van verschillende maatregelen - zowel wat de meer **ontvangsten** aan de inkomstzijde betreft (onderschatting van het effect van de maatregelen ter vermindering van de bijdragen, overschatting van de ontvangsten uit de bijdragen in verband met de job deals en de gevolgen van de bestrijding van sociale fraude, ...) als de **besparingen aan de uitgavenzijde** (overschatting van de besparingen als gevolg van de mate van responsabilisering voor arbeidsongeschiktheid,...) - in combinatie met de tijdelijke schrapping van de welvaartsenveloppe uit de sociale zekerheidsrekeningen, het mogelijk gemaakt om de rekeningen van de sociale zekerheid in evenwicht te brengen. De evenwichtsdotatie ging dus van 2,1 miljard euro in 2018 tot 1,4 miljard euro begin 2019. Deze moest worden verhoogd tot 3 miljard in september 2019.

3. Een probleem aan de uitgavenzijde?

Aangezien de huidige tekorten deels het gevolg zijn van een probleem op langere termijn, moeten we de evolutie van de begroting van de sociale zekerheid op lange termijn analyseren.

Is het verwachte tekort voor 2019 te wijten aan een toename van de uitgaven die de sociale zekerheid onder druk zou zetten? Deze stelling is moeilijk te verdedigen in het licht van de cijfers van de RSZ.

Van 2003 tot 2014 stegen de uitgaven jaarlijks met gemiddeld 3,1% in reële termen. Van 2016 tot 2019 zien we een trendbreuk: het reële jaarlijkse groeipercentage van de uitgaven wordt licht negatief (gemiddeld -0,2%). Ondanks de lichte toename van de bevolking in die periode (1,8% tussen 2016 en 2019)⁵ en de vergrijping van de bevolking, zijn de uitgaven voor

sociale zekerheid (werknemersstelsel) tussen 2016 en 2019 dus niet gestegen, zonder de inflatie mee te tellen. Bovendien ligt de groei van de uitgaven onder de reële groei van het bbp in dezelfde periode. Immers, hoewel het reële bbp tussen 2016 en 2019 met gemiddeld 1,45% per jaar is gestegen, stagneerden de uitgaven. Deze trendbreuk is niet of nauwelijks te verklaren door de overdracht van ongeveer 15% van de uitgaven aan de deelstaten, omdat de kinderbijslag, die nauwelijks toeneemt, het grootste deel van de overgedragen uitgaven uitmaakt, terwijl de uitgaven uit de werkloosheidsverzekering en de gezondheidszorg (met een snellere groei voor deze laatste) slechts een klein deel van de overgedragen uitgaven vormen.

Deze daling van de uitgaven was niet zonder gevolg. Deze vermindering komt onder meer voort uit budgettaire beperkingen en aanzienlijke kostenbesparingen, zoals de afgelopen jaren is gebeurd in de gezondheidszorg⁶, de toegangsvoorwaarden voor werkloosheid (hervorming van inschakelingsuitkeringen, 2012) en pensioenen (pensioenhervorming, 2015).

De wijdverbreide hypothese dat een ongecontroleerde stijging van de sociale voorzieningen de oorzaak is van de huidige kritieke situatie wordt dus niet bevestigd.

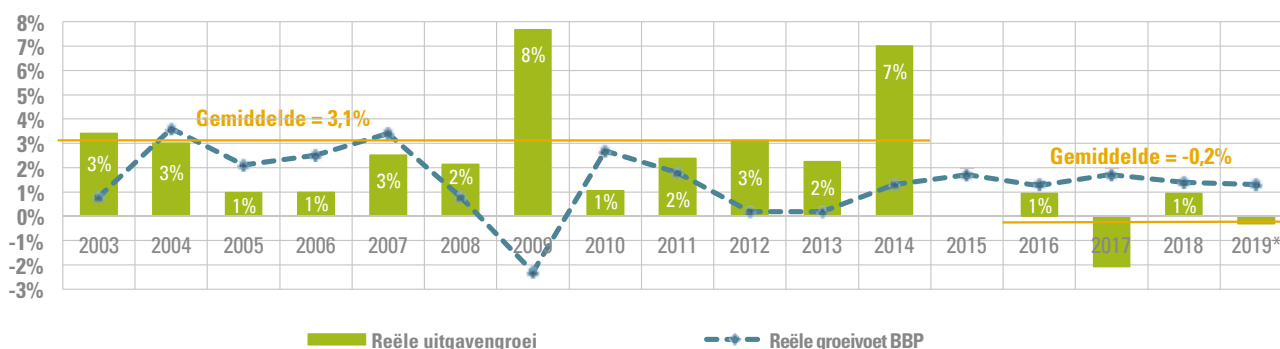
Laten we nu naar het andere aspect van de begroting voor sociale zekerheid kijken: haar financiering.

4. Wat leert de analyse van de financiering van de sociale zekerheid ons?

Om de evolutie van de financiering van de sociale zekerheid te analyseren, moeten we teruggaan in de tijd. In het begin, na

Figuur 1: Reëel jaarlijks groeipercentage van de totale uitgaven voor sociale zekerheid (werknemersstelsel), 2003-2019, bron: BCSZ en OESO

Legende: * = laatste schatting van de RSZ (62^e rapport van het BCSZ); Na de overdracht van bevoegdheden in 2015 (6^e staatshervorming) vermelden we niet het reële groeipercentage voor 2015, dat -14% bedraagt



5. Bron: Statbel

6. P. van Cutsem., Budget 2018: Een begroting die oproept tot gematigdheid. CM Informatie 271. Maart 2018.

de Tweede Wereldoorlog, werd de sociale zekerheid gebouwd op een gezamenlijk beheer waarin de sociale partners (vertegenwoordigers van werknemers en werkgevers) een centrale rol speelden⁷. De financiering was dus gebaseerd op het gezamenlijke beheer: ze was in de eerste plaats gebaseerd op de **sociale bijdragen** van werkgevers en werknemers die worden ingehouden op arbeidsinkomsten. Sociale bijdragen kunnen niet worden beschouwd als belastingen in die zin dat zij niet rechtstreeks aan de staat toebehoren, maar aan werknemers en werkgevers. Ze komen immers rechtstreeks overeen met een deel van het loon dat in zekere zin op een uitgestelde manier wordt uitbetaald en dat “gesocialiseerd” is om bepaalde sociale risico’s te dekken.

Vanaf de jaren zeventig was de financiering van de sociale zekerheid in toenemende mate afhankelijk van andere financieringen dan die van de sociale bijdragen. Eerst door meer gebruik te maken van **staatssubsidies** en vervolgens door **alternatieve financieringen** die, zoals de naam al aangeeft, voornamelijk bedoeld waren om de opeenvolgende verlagingen van de bijdragen van vooral de werkgevers te compenseren. De staatssubsidies omvatten de **klassieke dotatie** en, meer recentelijk, de **evenwichtsdotatie**, die beide rechtstreeks afkomstig zijn van de federale staat. De klassieke dotatie is automatisch, terwijl de evenwichtsdotatie, indien nodig,

de tekorten van de sociale zekerheid als gevolg van verminderde financiering compenseert. **Alternatieve financiering** verschuift een deel van het geïnde geld van de belastingen naar de sociale zekerheid (destijds ging het alleen om de btw, daarna werden andere belastingen toegevoegd).

Deze diversificatie van financieringsbronnen gaat gepaard met een verschuiving in het beheer van de sociale zekerheid. Het oorspronkelijke “tweepartijenmodel”, dat in de oorspronkelijke filosofie was verankerd, ging gaandeweg plaats maken voor een “tripartiet” systeem. De invoering van het globaal beheer van de sociale zekerheid in 1995 behield de vertegenwoordiging van werkgevers en vakbonden, maar betrok ook een derde partij bij het beheer van de sociale zekerheid, namelijk de overheid die een vetorecht kreeg op de genomen beslissingen⁸.

De afgelopen jaren hebben verschillende belastinghervormingen en -verschuivingen invloed gehad op deze verschillende financieringsbronnen: **de 6^e staatshervorming** (2015), **de taxshift** (vanaf 2015) en de **nieuwe wet op de financiering van de sociale zekerheid** (18 april 2017) (zie kader 2). Om de effecten van deze verschillende hervormingen op de financiering van de sociale zekerheid te ontrafelen, voeren we een methodische analyse uit, te beginnen met een studie van de algemene evolutie van de totale financiering (sectie 4.1).

Kader 2: Recente belastinghervormingen of -verschuivingen die van invloed zijn op de begroting van de sociale zekerheid.

- Vanaf 2015 zal de **6^e staatshervorming** leiden tot aanzienlijke overdrachten van bevoegdheden van de sociale zekerheid naar de deelstaten, waaronder de kinderbijslag, een deel van de gezondheidszorg en een deel van de werkloosheidsverzekering en van de maatregelen van het werkgelegenheidsbeleid die door de werkloosheidsverzekering werden gefinancierd. Op het niveau van de federale begroting van de sociale zekerheid heeft deze hervorming tot gevolg dat een deel van de alternatieve financiering en de staatssubsidies naar de deelstaten worden overgeheveld, waardoor het relatieve belang van de ontvangsten uit sociale bijdragen in de federale begroting van de sociale zekerheid toeneemt.
- In 2015 werd gestemd voor **de taxshift**. Hij werd tussen 2015 en 2019 in verschillende golven ingevoerd en heeft volgens de hoofdrolspelers tot doel het Belgische concurrentievermogen te verbeteren en tegelijkertijd de koopkracht van de burgers te verhogen. Deze “taxshift” leidt tot een verschuiving in de fiscaliteit, en meer bepaald tot een shift van een belastingdruk op arbeid naar een belastingdruk op consumptie en kapitaal. Verschillende maatregelen van de taxshift hebben een weerslag op de begroting van de sociale zekerheid: de verschuiving van de werkgeversbijdragen van 32,4% naar 25%; de verhoging van de btw op elektriciteit, woningrenovatie en plastische chirurgie en de verhoging van de roerende voorheffing van 25% naar 30%. De vermindering van de werkgeversbijdragen verlaagt de inkomsten op basis van sociale bijdragen, terwijl de verhoging van de btw en de roerende voorheffing de alternatieve financiering verhoogt.
- De **financieringswet van de sociale zekerheid** (18 april 2017) hervormde de financiering van de sociale zekerheid. Hij vereenvoudigde de alternatieve financiering, herstelde de evenwichtsdotatie – ten minste voor vier jaar – door de toewijzing ervan afhankelijk te maken van een onderzoek van bepaalde voorwaarden, herdefinieerde de klassieke dotatie en stelde een commissie in voor “Financiën en Begroting” die tot taak heeft de evolutie van de financiering van de sociale zekerheid op te volgen en te analyseren.

7. De rol van de staat in het beheer van de sociale zekerheid was dus voornamelijk tweeledig: enerzijds het controleren van de rekeningen, en anderzijds ook het omzetten van de adviezen en voorstellen van de socialezekerheidsbeheerders naar wetteksten (REMAN, P. & FELTESSE, P. (2003). L'évolution de la gestion paritaire de la sécurité sociale en Belgique. Reflets et perspectives de la vie économique, 4, pp. 101-113).

8. Dit vetorecht, dat alleen aan de regering is verleend, brengt de sociale partners er nu toe te zeggen dat er geen echt tripartiet beheer is.

4.1. De financiering van de sociale zekerheid stagneert sinds 2016

Als het verwachte tekort voor 2019 moeilijk kan worden toegeschreven aan een onverklaarbare of ongecontroleerde ontsparing van de uitgaven voor de sociale zekerheid, kan de inkomstenstudie ons dan meer vertellen over de huidige dynamiek?

Figuur 2 toont een trendbreuk vanaf 2016. Van 2003 tot 2014 bedroeg de reële groei (exclusief inflatie) van de inkomsten gemiddeld 3% per jaar, terwijl deze van 2016 tot 2019 stagneert (gemiddeld 0%). Dit betekent dat de financiering van de sociale zekerheid (werknemersstelsel) in reële termen niet is toegenomen sinds 2015: ze bedroeg 62,6 miljard in 2015 (tegen de prijzen van 2014); nu gaat het om 62,4 miljard in 2019 (tegen de prijzen van 2014). Bovendien kenden deze inkomsten van de sociale zekerheid tussen 2016 en 2019 een veel minder gunstig traject dan het reële bbp, dat in die periode gemiddeld met 1,45% is gestegen.

Om meer specifiek te begrijpen wat de verklaring is voor deze inperking van het groeipercentage van de financiering van de sociale zekerheid, wordt in de volgende onderdelen achtereenvolgens een analyse gemaakt van de verschillende financieringsbronnen van de sociale zekerheid, die elk hun eigen specifieke geschiedenis en werking hebben: namelijk sociale bijdragen (4.2), alternatieve financiering (4.3) en staatssubsidies (4.4), waaronder de klassieke dotatie (4.4.A) en de evenwichtsdotatie (4.4.B).

4.2. De aanzienlijke daling van de sociale bijdragen

Bij de oprichting van de Belgische sociale zekerheid was de financiering in de eerste plaats gebaseerd op de sociale bijdragen van werkgevers en werknemers. Vanaf de jaren 70 begon het aandeel van de sociale bijdragen in de financiering van de sociale zekerheid af te nemen als gevolg van maat-

regelen ter vermindering van de werkgeversbijdragen die gericht zijn op het herstel van de looncompetitiviteit van ondernemingen die aan internationale concurrentie zijn blootgesteld en op de bevordering van de werkgelegenheid in het algemeen of van bepaalde categorieën werknemers, en meer in het bijzonder, als gevolg van de vermindering van de bijdragen van de werknemers met lage lonen, die tot doel hadden de tewerkstellingsvalkuilen te verminderen (door het verschil tussen het loon en de werkloosheidsuitkering te verhogen).

Uit recentere gegevens (2002-2019) blijkt dat de dalende trend voor de ontvangsten van bijdragen zich nog steeds voortzet.

Uit figuur 3 blijkt immers dat het aandeel van de sociale bijdragen in de financiering van de sociale zekerheid van 2002 tot 2014 bleef dalen, van 76 % in 2002 tot 63 % in 2014.

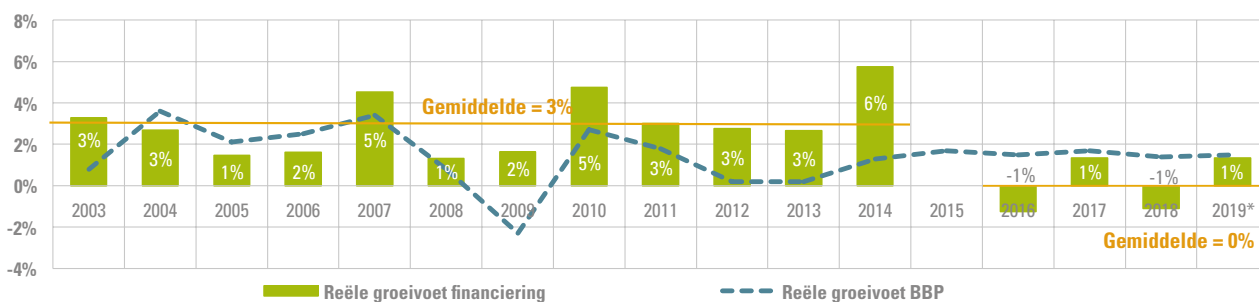
Na de **overdracht van bevoegdheden** nam het aandeel van de bijdragen in de globale financiering in 2015 opnieuw toe tot het niveau van 2002, namelijk 76%. Dit omdat de overdracht van middelen van de federale regering naar de gemeenschappen tijdens de 6^e staatshervorming gebaseerd was op alternatieve financiering en staatssubsidies, waardoor het aandeel daarvan in de globale financiering van de sociale zekerheid afneemt.

Tussen 2015 en 2019 bleef het aandeel van de sociale bijdragen vrij stabiel: het schommelde tussen 76% en 77%. Dat verborgt echter een lichte daling van het bedrag van de bijdragen in reële termen: exclusief inflatie, neemt het bedrag van de **bijdragen** – en de totale financiering – af van 2015 tot 2019, van 48,4 miljard euro tot 47,4 miljard euro tegen de prijzen van 2014. Toch bleef de werkgelegenheidsgraad in de loop van de periode gestaag stijgen, van 61,8% in 2015 tot 64,5% in 2018.

In tweede instantie neutraliseren we het effect van de zesde staatshervorming. We doen alsof de 6^e staatshervorming in 2002 werd ingevoerd en niet in 2015 (figuur 4). Voor de jaren 2002-2014 schrappen we dus het bedrag dat naar aanleiding

Figuur 2: Reële groeipercentage van de financiering van sociale zekerheid (werknemersstelsel), 2003-2019, bron: BCSZ en OESO

Legende: * = laatste schatting van de RSZ (62^e rapport van het BCSZ); Na de overdracht van bevoegdheden in 2015 (6^e staatshervorming) vermelden we niet het reële groeipercentage voor 2015, dat -14% bedraagt



van deze hervorming aan de gefedereerde entiteiten werd overgedragen (deel van de alternatieve financiering en de staatssubsidies), in verhouding tot de groei van de begroting voor het betrokken jaar. De trend is dan duidelijker: een voortdurende daling van het aandeel van de sociale bijdragen tussen 2002, toen zij 92% van de financiering van de sociale zekerheid vertegenwoordigden, en 2019, wanneer zij 76% ervan vertegenwoordigen. Met andere woorden, we kunnen ervan uitgaan dat de sociale bijdragen 16% van hun gewicht in de financiering van de sociale zekerheid hebben verloren in deze periode ten gunste van de alternatieve financiering (13% van de financiering in 2019) en, in bescheidener mate, van de staatssubsidies (8% van de financiering in 2019).

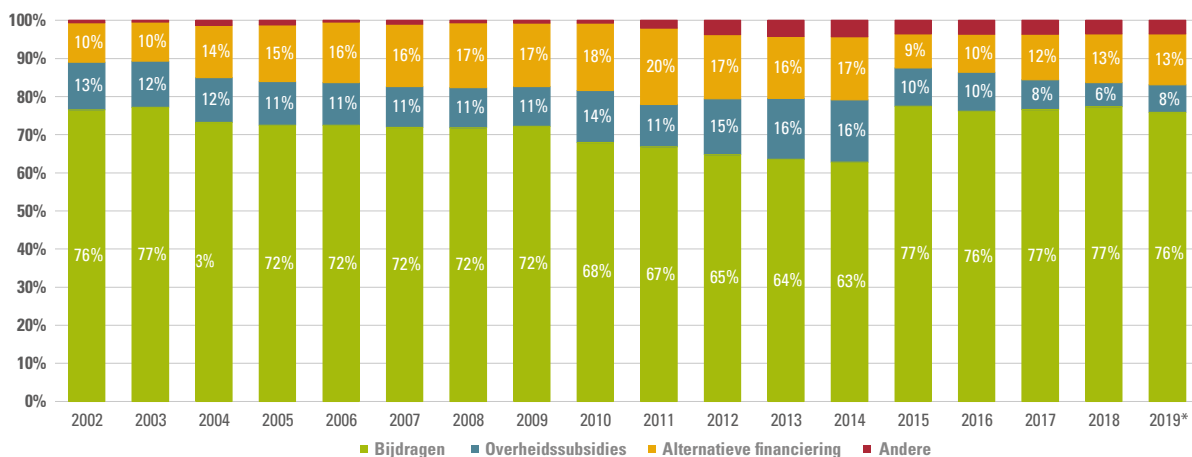
A. Waarom nemen de ontvangsten op basis van bijdragen af?

Op macro-economisch niveau kunnen verschillende factoren de neerwaartse trend in het aandeel van de sociale bijdragen in de financiering van de sociale zekerheid en, in de laatste jaren, de daling van het bedrag van de sociale bijdragen in reële termen verklaren - ondanks een stijgende werkgelegenheidsgraad.

- De daling van het aandeel van de lonen in de toegevoegde waarde kan een eerste reden zijn. Als de loonsom in verhouding tot het bbp daalt, zullen de ontvangsten van bijdragen immers minder snel stijgen dan het bbp. In België is het aandeel van de toegevoegde waarde dat aan de lonen wordt toegekend helaas gedaald van 63% in 2002 tot 59% in 2017⁹.

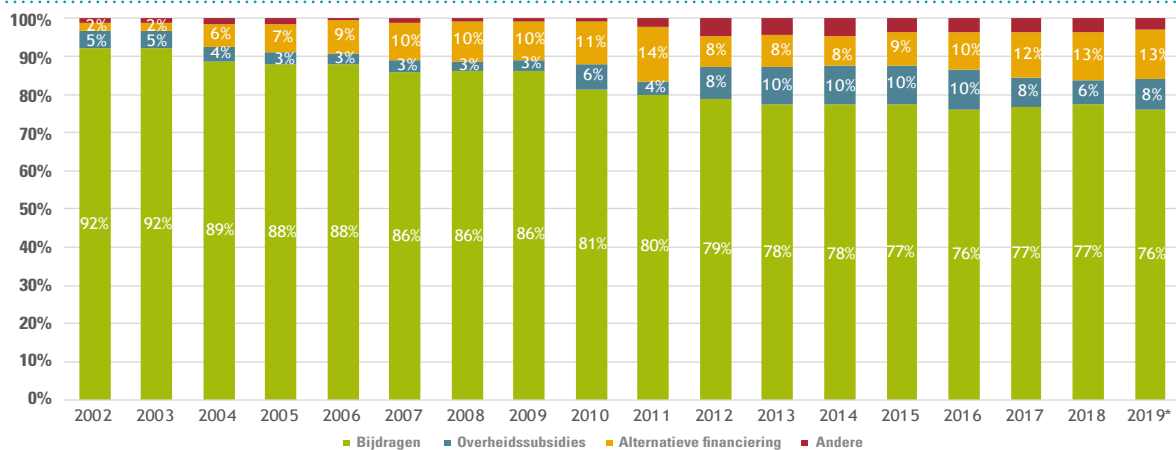
Figuur 3: Evolutie van het relatieve aandeel in de totale financiering van de 3 belangrijkste financieringsbronnen, 2002-2019, bron: BCSZ

Legende: * = laatste schatting van de RSZ (62^e rapport van het BCSZ)



Figuur 4: Evolutie van het relatieve aandeel in de totale financiering van de 3 belangrijkste financieringsbronnen met neutralisatie voor de 6^e staatshervorming, 2002-2019, bron: BCSZ

Legende: * = laatste schatting van de RSZ (62^e rapport van het BCSZ)



9. Bron: Planbureau.

- De extralegale voordelen waarop geen of weinig bijdragen worden ingehouden, zijn een tweede reden. Een recente studie¹⁰ in opdracht van de FOD Sociale Zekerheid wil begrijpen waarom, als de loonmassa (inclusief extralegale voordelen) blijft stijgen, de bijdragen die de sociale zekerheid eruit haalt veel trager toenemen. In deze studie wordt geschat dat, tussen 2015 en 2020, de totale loonmassa met 17,3% is toegenomen, en de sociale bijdragen met 9,5%. Deze studie evalueert de impact van elf extralegale voordelen op de begroting van de sociale zekerheid en concludeert dat deze voordelen alleen al 6,74 miljard aan loonmassa vertegenwoordigen, of 3% van de totale loonmassa, waarop de sociale bijdragen niet van toepassing zijn.

In dit artikel, waarvan de methodologie wordt bepaald door de gegevens in de documenten van de RSZ, zullen we ons hoofdzakelijk op een derde reden concentreren: **de toenemende maatregelen ter vermindering van de bijdragen.**

Sinds de jaren 2000 hebben de verschillende regeringen in de loop van de legislaturen maatregelen genomen om de bijdragen (vooral van de werkgevers) te verminderen met als doel **het concurrentievermogen en de werkgelegenheid te vergroten** en, eerder bijkomend, het handhaven van de tewerkstelling van laaggeschoolden, of mensen die het meest

in aanmerking komen om te worden vervangen door arbeidsbesparende investeringen, de tewerkstelling van bepaalde kansarme groepen op de arbeidsmarkt te bevorderen en, zoals hierboven vermeld, de "tewerkstellingsvalkuilen" te bestrijden (door het verschil tussen het nettoloon en de werkloosheidsuitkering te vergroten).

Als gevolg daarvan zijn de bijdrageverminderingen toegenomen van 3,8 miljard in 2002 tot 11 miljard in 2019, inclusief de inflatie¹¹ (in nominale termen) (**figuur 5**). Het totale bedrag van de bijdrageverminderingen is daarom in 17 jaar bijna verdrievoudigd. Meer bepaald zien we tussen 2016 en 2019 een trendbreuk, met een zeer duidelijke versnelling. De taxshift, die in 2016 in werking trad, was de oorzaak van deze breuk.

Tabel 2 concentreert zich op het aandeel van de bijdrageverminderingen in het totaal van de sociale bijdragen: terwijl in 2002 de bijdrageverminderingen gelijk waren aan 12% van de ontvangsten van bijdragen voor de sociale zekerheid, bedroegen ze 21% in 2019, bijna het dubbele.

Uit **tabel 3** blijkt dat de vermindering van de **werkgeversbijdrage**, in tegenstelling tot de vermindering van de **persoonlijke bijdrage of andere gerichte maatregelen**, de belangrijkste post is van de vermindering van de bijdrage. De vermindering van de

Figuur 5: Jaarlijks nominaal bedrag van de bijdragevermindering voor het werknemersstelsel, in miljoenen, 2002-2019, bron: BCSZ

Legende: * = laatste schatting van de RSZ (62^e rapport van het BCSZ)



10. <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/renum-sdworx-2019.pdf>, geraadpleegd op 24-07-2019.

11. Exclusief inflatie zijn de bijdrageverminderingen toegenomen van 4,9 miljard in 2002 tot 10,3 miljard in 2019. Ze zijn dus meer dan verdubbeld in reële termen (tegen de prijzen van 2014).

Tabel 2: Aandeel van de bijdrageverminderingen ten opzichte van de totale bijdragen voor het werknemersstelsel.

	2002	2005	2010	2015	2019*
Vermindering/tot	11,9%	14,8%	16,3%	14,2%	21,2%

Legende: * = laatste schatting van de RSZ (62^e rapport van het BCSZ)

werkgeversbijdrage neemt in de loop der tijd toe, van 68% in 2012 tot 79% in 2019. De belangrijkste oorzaak is de taxshift, die de verlaging van de werkgeversbijdragen vanaf 2016 zal doen toenemen door **de verlaging van de nominale rente** van 32,4% tot 25% op alle lonen en door de "lage loon"-maatregelen die tot doel hebben de vermindering van de bijdragen op lage lonen te verhogen.

Bij het analyseren van de bijdrageverminderingen **beseffen we dat de taxshift een centraal thema is**. Wat kunnen we zeggen over de totale impact van de taxshift op de begroting van de sociale zekerheid? Door dit laatste te onderzoeken, kunnen we de situatie beter begrijpen.

B. Zijn de bijdrageverminderingen effectief?

De achterliggende redenering van de regeringen, toen zij probeerden de sociale bijdragen te verlagen, was dat de "arbeidskosten" op die manier konden worden verlaagd en dat dit via twee kanalen een positief effect op de werkgelegenheids-

graad zou kunnen hebben. Enerzijds zou het de werkgevers ertoe kunnen aanzetten **om meer aan te werven** omdat de arbeidskosten dalen ten opzichte van de kosten van het productieve kapitaal (d.w.z. de investeringen). Anderzijds verhoogt het verlagen van de arbeidskosten, voor zover deze tot uiting komt in een daling van de verkoopprijs, **het concurrentievermogen van de bedrijven**, zowel op de exportmarkt (de exportprijzen dalen ten opzichte van de prijzen van andere landen) als op de binnenlandse markt (de prijzen van de Belgische producenten dalen ten opzichte van de prijzen van buitenlandse concurrenten op de Belgische markt). Deze toename van het concurrentievermogen kan dan de verkoop van Belgische bedrijven stimuleren en zo bedrijven ertoe aanzetten om meer arbeidskrachten in dienst te nemen om aan de toegenomen vraag te voldoen.

De economische literatuur blijft echter controversieel over dit onderwerp en de impact van arbeidskosten op de werkgelegenheid is niet eenduidig aangetoond. In het algemeen wor-

Tabel 3: Verdeling van de bijdrageverminderingen 2012-2019, bron: BCSZ

Legende: * = laatste schatting van de RSZ (62^e rapport van het BCSZ)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
Vermindering pers. bijdrage**	11%	11%	12%	12%	13%	11%	11%	10%
Vermindering werkg. bijdragen	68%	68%	68%	64%	70%	74%	76%	79%
• <i>Waarvan gerichte verminderingen***</i>	9%	9%	9%	9%	9%	4%	5%	5%
• <i>Waarvan structurele verminderingen (inclusief taxshift)****</i>	91%	91%	91%	91%	91%	96%	95%	95%
Andere (gerichte maatregelen)*****	21%	22%	20%	10%	2%	1%	1%	1%

** Werkbonus voor lage lonen, voordeel voor werknemers die ontslagen worden als gevolg van herstructureringen

*** "Plus Plan" maatregelen (vermindering bij de eerste aanwervingen), collectieve arbeidstijdverkorting, horeca, vervanging publieke sector ...

**** Forfait (afgeschaft in 2018), hoog loon (afgeschaft in 2018), laag loon en verschuiving van 32% naar 25% (taxshift)

***** Sociale, en non-profit Maribel, specifieke vermindering (universiteit, onderzoek), doelgroepen ...

den verschillende argumenten aangehaald om deze aanvankelijke stelling te nuanceren.

Wat het **concurrentievermogen** betreft, is het weliswaar effectief om de arbeidskosten te verlagen door middel van een bijdragevermindering wanneer een land dit als enige doet. Maar de concurrentievoordelen nemen zeer snel af wanneer de belangrijkste handelspartners van dat land een identiek beleid voeren, wat kan leiden tot een nuloperatie, wat de verschillende stelsels van sociale bescherming met elkaar laat concurreren zonder dat dit leidt tot grote verschillen in concurrentievermogen¹².

Daarnaast is deze stelling ook gebaseerd op de impliciete redenering dat ons comparatieve voordeel op het gebied van concurrentievermogen zou berusten op de arbeidskosten. Economen stellen echter dat het comparatieve voordeel van de ontwikkelde landen meer zou liggen in hun vermogen om geschoolde arbeidskrachten in te zetten die gebruik maken van de nieuwste beschikbare technologieën en om innovatie in producten en productieprocessen te genereren, en niet in de prijsconcurrentie door middel van de verlaging van de loonkosten. Tegenover bedrijven in opkomende landen met een overvloed aan goedkope arbeidskrachten, worden bedrijven in ontwikkelde landen uitgeschakeld als ze zich toeleggen op prijsconcurrentie door ernaar te streven steeds goedkoper te kunnen produceren.¹³

In sectoren waar bedrijven relatief weinig concurrentie onderkennen, leiden verlagingen van de bijdragen niet automatisch tot lagere prijzen - wat het verbruik van binnenlandse producten en dus de werkgelegenheid zou stimuleren - maar ze kunnen ook een positief effect hebben op de hogere winstmarges, over het algemeen ten gunste van de factor "kapitaal", met andere woorden, de aandeelhouders. Als dat het geval is, zijn de gevolgen voor de werkgelegenheid beperkt¹⁴.

Sommige economen pleiten ervoor om de bijdragen alleen op de lage lonen te verlagen. Maar ook hier brengt de literatuur nuance en voorzichtigheid. Sommige economen, zoals Aziza Garsaa en Nadine Levratto, concluderen zelfs dat bijdrageverminderingen voor "lage lonen" de frequentie van de export verminderen omdat zij bedrijven ertoe aanzetten om geschoolde arbeidskrachten te vervangen door laaggeschoolde arbeidskrachten en innovatieve technologieën, wat uiteindelijk de kwaliteit van de productie en de innovatie-inhoud vermindert¹⁵. Bovendien kan een bijdragevermindering een valkuil voor lage lonen creëren door werkgevers aan te moedigen om aan te werven zonder de lage lonen te verhogen. Het effect is dus niet eenduidig, maar over het algemeen is de over-

heersende mening dat er een positief effect is op het behoud van laagbetaalde werknemers. Dat zou ook een verschuiving rechtvaardigen van structurele bijdrageverminderingen, die zeer duur zijn in termen van hun effect op de werkgelegenheid, naar verlagingen voor de lage lonen, maar ook naar bepaalde kansarme groepen op de arbeidsmarkt, in dit geval met een controle op de aanwerving of het behoud van banen indien dit de doeltreffendheid van de maatregel verhoogt.

Uit de verschillende hierboven genoemde argumenten blijkt dat het verband tussen de bijdragevermindering en de verhoging van het concurrentievermogen van de ondernemingen niet eenduidig is. Als de verlaging van de sociale bijdragen echter niet leidt tot een toename van het concurrentievermogen van de bedrijven, zal de vraag voor deze bedrijven niet toenemen en zal het effect op de werkgelegenheid gemengd zijn.

Naast het gemengde effect van de bijdrageverminderingen op het concurrentievermogen, leidt deze bijdragevermindering ook tot een vermindering van de inkomens van de werknemers in ruime zin, via de vermindering van de sociale uitkeringen, wat kan leiden tot **een vermindering** van hun consumptie en dus van de vraag voor de ondernemingen en dus van **de vraag naar arbeidskrachten**¹⁶.

4.3. Alternatieve financiering: onvoldoende compensatie?

Vanaf de invoering in 1980 tot het midden van de jaren 90 bleef het gebruik van alternatieve financiering relatief beperkt en was het deels het gevolg van de verlaging van de werkgeversbijdragen (Operatie Maribel) en in mindere mate van het streven naar een verlaging van de staatssubsidies, die destijds hoger waren. Vanaf 1995 werden maatregelen om de sociale bijdragen te verlagen belangrijker, en alternatieve financiering werd dan ook voornamelijk gebruikt om deze verlagingen te compenseren. Zo zien we vanaf 1995 een constante toename van het aandeel van alternatieve financiering in de begroting van de sociale zekerheid.

Meer bepaald steeg **tussen 2002 en 2014** het aandeel van de alternatieve financiering in de financiering van de sociale zekerheid **constant** van 10% in 2002 tot 17% in 2014, met een piek van 20% in 2011 (zie figuur 3). Na een **sterke daling in 2015 na de 6° staatshervorming** nam het aandeel van de alternatieve financiering **opnieuw aanzienlijk toe tussen 2016 en 2019**, voornamelijk door de taxshift. Vandaag vertegenwoordigt ze 13% van de financiering van de sociale zekerheid.

12. Maurin E., Thesmar D. et Thoëniq, M. (2003) «Mondialisation des échanges et emploi : le rôle des exportations», Economie et statistique, n° 363-364-365.

13. Garsaa, A. et Levratto, N. (2015). "Do labor tax rebates facilitate firm growth? An empirical study on French establishments in the manufacturing industry, 2004-2011", Small Business Economics, vol. 5, n°3.

14. Husson, M. (2019). Maigre bilan pour les baisses de cotisations. Alternatives économiques.

15. Ibidem

16. Le Bihan, H. (1995). L'impact macroéconomique d'une réduction des cotisations employeurs, revue de l'OFCE, in Problèmes économiques, nr. 2594, december 1995.

Tabel 4: Impact van de taxshift op de begroting van de sociale zekerheid (werknemersstelsel) in miljoen euro, bron: BCSZ en eigen berekeningen

Legende: * = laatste schatting van de RSZ (62^e rapport van het BCSZ); ** = eigen berekeningen op basis van gegevens van de RSZ.

		2016	2017	2018	2019*	Totaal (2016-2019)
Inkomstenverlies	Sociale bijdragen (verschuiving van 32% naar 25%)	- 1.505 €	- 2.056 €	- 6.606 €	- 6.872 €	- 17.039 €
Vermindering van bepaalde verliezen	Structurele verminderingen (forfait, laag en hoog loon)**	- 106 €	- 108 €	3.460 €	3.440 €	6.687 €
<i>Subtotaal</i>	<i>Totale impact bijdrageverminderingen</i>	- 1.612 €	- 2.164 €	- 3.146 €	- 3.431 €	- 10.353 €
Bijkomende inkomsten	btw	- €	1.179 €	1.449 €	1.631 €	4.260 €
	Onroerende voorheffing	1.256 €	692 €	851 €	958 €	3.758 €
	Totaal	- 355 €	- 291 €	- 845 €	- 840 €	- 2.334 €

Focus op de taxshift:

Rekening houdend met de terugverdieneffecten op de werkgelegenheid (berekeningen van het Planbureau) schat de RSZ de winst en het verlies aan ontvangsten voor de sociale zekerheid als gevolg van de taxshift in. Deze cijfers laten ons toe te begrijpen dat de werkgeversbijdragen als gevolg van de taxshift aanzienlijk werden verlaagd via de "structurele verlaging van het basistarief", die van 32,4% naar 25% gaat en -17 miljard aan gecumuleerde inkomsten tussen 2016 en 2019 vertegenwoordigt. Een deel van deze vermindering (6,7 miljard tussen 2016 en 2019) wordt gecompenseerd door een vermindering van het gebruik van "forfaitaire" methoden voor "structurele verminderingen" en de aanpassing en vereenvoudiging daarvan (zodat vooral werknemers met lage lonen nog steeds in aanmerking komen voor deze maatregel).¹⁷ Uiteindelijk is tussen 2016 en 2019 ongeveer 10 miljard aan ontvangsten uit **sociale bijdragen** verloren gegaan als gevolg van de taxshift. De toekenning van 8 miljard extra **alternatieve financiering** in het kader van de financiering van de taxshift (btw en roerende voorheffing) corrigeert de situatie op het vlak van de sociale zekerheid gedeeltelijk, maar niet volledig.

Oorspronkelijk was de taxshift budgettair neutraal bedoeld. De uitdaging was dat alternatieve financiering en terugverdieneffecten op de werkgelegenheid het verlies van sociale bijdragen zouden compenseren. Dat is duidelijk niet het geval, want ondanks deze terugverdieneffecten op de werkgelegenheid en het overschot aan alternatieve financiering, schat de RSZ dat de taxshift tussen 2016 en 2019 een gecumuleerd verlies van -2,3 miljard aan ontvangsten voor de sociale zekerheid (werknemersstelsel) oplevert.

We merken echter op dat deze cijfers eerder een grootteorde geven dan een exact bedrag. De methode voor het integreren van terugverdieneffecten en het beoordelen van de impact van de taxshift op de financiering van de sociale zekerheid is niet erg transparant wat betreft de gegevens van de RSZ.

17. Zie: <http://www.werk.belgie.be/defaultTab.aspx?id=5336>. Forfaitaire structurele bijdrageverminderingen zijn een driemaandelijkse vermindering die in principe worden toegekend aan iedere in dienst zijnde werknemer. Voor de taxshift, bedroeg het basistarief van de vermindering 400 euro per trimester. Dit werd verhoogd met een supplement voor lagere en de hogere lonen. Met de taxshift, zijn deze structurele bijdrageverminderingen geleidelijk afgebouwd, behalve de maatregel lagere lonen.

Uitdagingen rond de alternatieve financiering

De belangrijkste elementen die de laatste jaren binnen de alternatieve financiering moeten worden benadrukt, zijn enerzijds de **taxshift** (2016) die **extra inkomsten** uit de roerende voorheffing en de btw toewijst aan de sociale zekerheid ter compensatie van de verlagingen van de sociale bijdragen en zo het gewicht van de alternatieve financiering verhoogt ten opzichte van andere bronnen. Deze compensatie is echter gedeeltelijk en verklaart een deel van het huidige tekort in de sociale zekerheid. Vandaag vertegenwoordigen de inkomsten uit de taxshift ongeveer 30% van de alternatieve financiering.

Ten tweede is er de **nieuwe wet op de financiering** van de sociale zekerheid (2017), die de alternatieve financieringsbronnen **vereenvoudigt** en de btw en de roerende voorheffing als de twee belangrijkste financieringsbronnen vastlegt. Als gevolg van deze nieuwe wet bestaat de alternatieve financiering nu uit 2/3 btw-inkomsten en 1/3 inkomsten uit de roerende voorheffing (zie tabel 5).

Het gebruik van alternatieve financiering heeft bepaalde voordelen: het is een financiering die in theorie meer structureel is dan staatssubsidies, die meer afhankelijk zouden zijn van

politieke keuzes, hoewel de toegewezen ontvangsten (bv. btw) door een eenvoudige wijzigingswet kunnen worden aangepast. Ook op het vlak van sociale gerechtigheid kunnen we vaststellen dat de roerende voorheffing een "herverdelende" belasting is, die gericht is op de kapitaalinkomsten.

Er zijn echter ook ambivalenties over het gebruik van alternatieve financiering: ten eerste is de btw, die de belangrijkste bron van deze financiering is, een **evenredige** indirecte belasting¹⁸. Dat betekent dat deze belasting als **minder herverdelend**¹⁹ wordt beschouwd dan de personenbelasting (PB)²⁰, aangezien het btw-tarief gelijk is ongeacht het inkomen, maar dat ze verhoudingsgewijs **zwaarder doorweegt voor huishoudens met een laag inkomen**²¹, ondanks het onderscheid tussen het standaardtarief en het verlaagde tarief voor basisconsumptieproducten²². Zo zijn de btw-inkomsten in verband met de taxshift voornamelijk afkomstig van de verhoging van de btw op elektriciteit, een illustratieve maatstaf voor het niet-herverdelende karakter van de btw, aangezien de elektriciteitsfactuur bijna 3,5% van het huishoudbudget van de eerste deciel huishoudbudgetten en minder dan 1,5% in de laatste deciel vertegenwoordigt²³.

Tabel 5 – Samenstelling van alternatieve financiering, 2015-2019

Legende: * = laatste schatting van de RSZ (62^e rapport van het BCSZ)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
%btw	77%	83%	69%	66%	67%	67%
<i>waarvan taxshift</i>				23%	26%	28%
% Onroerende voorheffing	6%	10%	31%	34%	33%	33%
<i>waarvan taxshift</i>			69%	26%	30%	32%
% Andere	17%	7%	0%	0%	0%	0%

18. Een indirecte belasting is een belasting die wordt geïnd door een andere persoon dan de persoon die de belasting invordert, ter gelegenheid van specifieke transacties en onafhankelijk van de persoon. De tussenpersoon (meestal een onderneming) die de belasting aan de staat betaalt, brengt het bedrag van de belasting op de verkoopprijs dus geheel of gedeeltelijk in rekening bij de consument. Dit type belasting wordt over het algemeen gewaardeerd omdat de echte belastingplichtigen, de consumenten, minder het gevoel hebben dat ze belasting betalen dan bij directe belastingen. Een directe belasting is daarentegen wel op naam verschuldigd door een natuurlijke of rechtspersoon. [Ooreka.fr en wikipedia]

19. Btw is niet progressief zoals de PB, maar blijft niettemin herverdelend in die zin dat het hogere verbruik van hoge inkomens het mogelijk maakt de ongelijkheden na directe en indirecte belastingen te verminderen.

20. H. Sterdyniak, La fiscalité française, un chef-d'œuvre et péril ?, **Regards croisés sur l'économie 2007/1 (n° 1)**, pagina 69 tot 86

21. De btw weegt verhoudingsgewijs meer op een economisch actor die een groter deel van zijn inkomen verbruikt, en minder op de mogelijkheid om te sparen.

22. En zelfs als de btw het mogelijk maakt om niet-aangegeven inkomen te belasten, die gemiddeld hoger liggen op de sociale ladder.

23. André Decoster et Kevin Spiritus, "Wie draagt de last van een BTW-verhoging", <http://www.andredecoster.be/wp-content/uploads/2012-Decoster-Spiritus-FLEMOSI-WP-Wie-draagt-last-BTW-verhoging.pdf>

De financiering van de sociale zekerheid - die gericht is op het waarborgen van solidariteit door middel van inkomenshervreiding en socialisatie van risico's - door middel van een belasting die als minder herverdelend wordt beschouwd en een proportioneel effect heeft op de laagste inkomens kan paradoxaal lijken en vragen oproepen over rechtvaardigheid en sociale gerechtigheid. Niet door een deel van de btw toe te wijzen aan de sociale zekerheid, wat niets verandert aan de progressiviteit van alle belastingen, maar door de btw te verhogen om de sociale zekerheid te financieren.

Een tweede punt betreft het relatieve gewicht van de alternatieve financiering en de politieke en institutionele gevolgen op het gebied van het beheer van de sociale zekerheid. In het recente verleden heeft de vermindering van het gewicht van de sociale bijdragen de aanwezigheid van de federale regering in het beheer van de sociale zekerheid, dat nu tripartiet geworden is, versterkt. De groei van alternatieve financiering zal misschien de centrale rol van de overheid in beslissingen over de sociale zekerheid versterken.

4.4. Staatssubsidies: een financieringsbron die vandaag gevaar loopt

Het aandeel van de staatssubsidies, ingevoerd in de jaren 70, is tot de jaren 80 gestegen tot ongeveer 30% van de financiering van de sociale zekerheid. Vervolgens daalde het aandeel tot het begin van de jaren 2000, vooral ten gunste van alternatieve financiering. Tussen 2002 en 2014 schommelde het aandeel van de staatssubsidies - een combinatie van de "klassieke dotatie" en, met tussenpozen, de "evenwichtsdotatie" - in de totale financiering van de sociale zekerheid tussen 11 en 16% en compenseerde op zijn beurt ofwel de daling van de sociale bijdragen ofwel de daling van de alternatieve financiering (zie figuur 3). Het aandeel van de staatssubsidies

had dus tot 2014 de neiging om toe te nemen van 13% van de financiering naar 16%.

De tendens is echter omgeslagen vanaf 2015. Terwijl de daling van de staatssubsidies in 2015 verband houdt met de 6^e staatshervorming, weerspiegelt de lichte daling van 2016 tot 2019, tot 8% in 2019, de effecten van de nieuwe wet op de financiering van de sociale zekerheid. We lichten dit hieronder nader toe.

A. Klassieke donatie

Met de invoering van deze "verouderingscoëfficiënt" wil de federale regering ervoor zorgen dat de overheidsdotatie de toenemende behoeften volgt. Zoals we echter kunnen zien, zijn er voorwaarden verbonden aan deze coëfficiënt. Dit is een nieuw fenomeen en houdt een breuk in: voor het eerst wordt een financieringscomponent van de sociale zekerheid formeel in verband gebracht met de handhaving van een minimale economische groei en een arbeidsmarkt criterium (langere loopbanen). Dit is een verschuiving die de centrale rol van de staat in het beheer en de oriëntering van de sociale zekerheid benadrukt: de dotatie ligt vast, maar de opwaartse trend ervan is onderworpen aan criteria die buiten de sociale zekerheid vallen. Om dit bijkomende bedrag te verkrijgen, zouden de sociale partners gedwongen zijn om een beleid te voeren dat overeenstemt met de wil van de regering, in dit geval de loopbaanverlenging. Naast dit beleidsaspect moet ook benadrukt worden dat het verband met een economische groei van 1,5% niet duidelijk is (de groei is afhankelijk van economische factoren) en beperkend is (de laatste 20 jaar waren er 8 jaren met een reële economische groei van minder dan 1,5%)²⁵.

In 2017 verlaagt de financieringswet van de sociale zekerheid het bedrag van de klassieke dotatie van 6,5 miljard in 2016 tot 2 miljard in 2017. Vanaf 2017 evolueert het alleen nog maar in functie van de gezondheidsindex, aangezien de verouderingscoëfficiënt nog niet is toegekend.

Kader 3: Juridische context van de klassieke dotatie na de nieuwe financieringswet (2017)

"De nieuwe wet op de financiering van de sociale zekerheid handhaaft, net zoals in het verleden, de klassieke overheidsdotatie die jaarlijks wordt aangepast op basis van ontwikkelingen in de gezondheidsindex. Het nieuwe element is de wens om deze financiering eventueel te verhogen om rekening te houden met bepaalde demografische evoluties (zoals de vergrijping van de bevolking). De dotatie zou inderdaad jaarlijks kunnen worden verbeterd via een "verouderingscoëfficiënt".

De waarde ervan moet echter jaarlijks door de regering in de ministerraad worden vastgesteld, waardoor de leidende rol van de regering in haar ontwikkeling wordt versterkt, en ze is alleen van toepassing als, enerzijds, de effectieve uittredingsleeftijd elk jaar aanzienlijk wordt verhoogd en, anderzijds, de reële bbp-groei ten minste 1,5% bedraagt"²⁴.

24. Nabil Shiekh Hassan. (2017). Hervorming van de financiering van de sociale zekerheid in België: het begin van een nieuw paradigma. In CM-Informatie 270 – december 2017, p.40

25. Ibidem

Tabel 6: Evolutie van de federale subsidies in nominale termen, 2013-2021, in miljoenen euro, bron: BCSZ

Legende: * = laatste schatting van de RSZ (62^e rapport van het BCSZ)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	2020*	2021*
<i>Klassieke dotatie</i>	6.272	6.330	6.352	6.487	1.953	2.073	2.113	2.135*	2.055*
<i>Evenwichtsdotatie</i>	4.805	5.554	0	0	3.202	2.109	3.055	2.881*	0*
<i>Zeelieden</i>	9	9	8	8	5	6	6	5	6
<i>Totaal</i>	11.086	11.893	6.360	6.495	5.160	4.189	5.168	5.022	2.061

B. Evenwichtsdotatie

Deze verschillende voorwaarden, als de overheid ze rechtvaardigt als een noodzaak om “de verschillende actoren te responsabiliseren”, of ze nu van de regering of van de sociale dialoog komen, leiden tot een grote verandering in de oorspronkelijke maatschappelijke doelstelling van de sociale zekerheid: de sociale zekerheid wordt hier een variabele voor de aanpassing van de staatsbegroting die, alvorens volledig gefinancierd te worden, haar potentiële bijdrage aan de verschillende consolidatiemaatregelen van de staat moet bewijzen. Dit in een tijd waarin we niet mogen vergeten dat de sociale zekerheid voornamelijk bestaat uit middelen die niet tot de algemene middelen van de staat behoren en die in feite

rechtstreeks deel uitmaken van ons loon, en waarvan het historische doel niet is geweest om de algemene middelen van de staat te dienen, maar om rechten en sociale voordelen te bieden.

Deze voorwaarden beperken ook de onderhandelingsmarges van de sociale partners en zorgen er achter de schermen voor dat de verantwoordelijkheid in geval van een tekort, wordt gedragen door de sociale partners of sociale rechthebbers. Dit gaat ten koste van de gegevens die erop wijzen dat de tekorten het gevolg kunnen zijn van problemen die soms economisch of structureel van aard zijn, zoals een daling van de economische groei of onderfinanciering.

Kader 4: Wettelijke context van de evenwichtsdotatie

De wet van 2017 voert opnieuw de evenwichtsdotatie in om het begrotingsevenwicht voor werknemers en zelfstandigen te garanderen. Deze herinvoering gaat echter gepaard met twee beperkingen. Ten eerste is het principe van een evenwichtsdotatie tot 2020 ondubbelzinnig gewaarborgd. Daarna, en uiterlijk in september 2020, moet een evaluatie van het mechanisme hebben plaatsgevonden om de aard van de verlenging ervan door de ministerraad te bepalen. Er bestaat dus onzekerheid over de evaluatie en de verlenging van de evenwichtsdotatie vanaf deze vervaldatum.

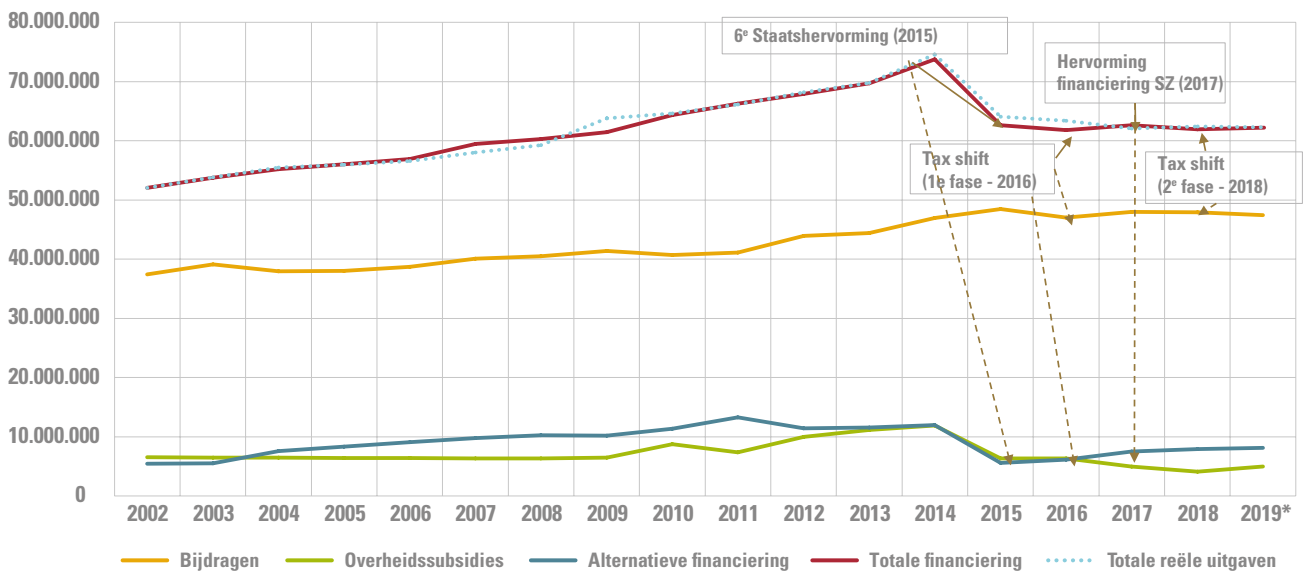
Vervolgens wordt de toekenning ervan onderworpen aan bepaalde voorwaarden:

- De effecten van maatregelen ter bestrijding van sociale fraude;
- De effecten van maatregelen ter bestrijding van misbruikmechanismen;
- De bijdrage van de sociale zekerheid in de realisatie van de begrotingsdoelstellingen zoals bepaald in het Stabiliteitspact;
- De oorzaken van de toename van de volume-effecten;
- Het al dan niet respecteren van de budgettaire neutraliteit van de akkoorden tussen de sociale partners. De term akkoorden moet in de ruime zin van het woord worden opgevat. De sociale partners zullen corrigerende maatregelen moeten voorstellen. De overheid beslist dan of ze het akkoord volledig of gedeeltelijk uitvoert en neemt ook een beslissing over compenserende maatregelen;
- De opvolging van de door de regering geplande maatregelen; indien deze niet worden uitgevoerd, stelt de regering nieuwe maatregelen van dezelfde aard voor.

De lijst met voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op de evenwichtsdotatie, is echter niet exhaustief en kan elk jaar door de ministerraad worden aangevuld of gewijzigd.

Figuur 6: Evolutie van de financiering van de sociale zekerheid (werknemersstelsel) en haar belangrijkste financieringsbronnen in reële termen, 2002-2019 (in duizenden) (CPI-basis = 2014), bron: BCSZ

Legende: * = laatste schatting van de RSZ (62^e rapport van het BCSZ)



Sinds de herintroductie van de evenwichtsdotatie in 2017 is deze licht gedaald van 3,2 miljard in 2017 naar 3 miljard in 2019. Vanaf 2021 is de toekomst ervan onzeker, aangezien de wet van 2017 het niet langer garandeert.

Zo werden de overheidssubsidies (klassieke en evenwichts-dotatie) tussen 2016 en 2019 met 20% verminderd. Tussen 2016 en 2021 zullen ze naar verwachting met 68% dalen.

5. Besluit

Onze sociale zekerheid heeft vandaag een tekort en de RSZ kondigt voor de komende jaren een nog kritiekere situatie aan. Spontaan zouden we kunnen denken aan een ontsporing van de uitgaven, maar we hebben kunnen merken dat de jaren 2015-2019 een licht negatieve groei van de sociale voorzieningen laten zien: gemiddeld -0,2% in reële termen.

Vooral de inkomstzijde vormt een belangrijke factor. De jaren 2015-2019 tonen hier een belangrijke trendbreuk. Het is de eerste keer in de bestudeerde periode (2002-2019) dat de totale financiering van de sociale zekerheid (werknemersstelsel) in reële termen niet is toegenomen.

Figuur 6 geeft een overzicht van de evolutie van de financiering van de sociale zekerheid (werknemersstelsel) en de datum waarop de verschillende recente hervormingen plaatsvonden.

den. Hoewel de financiering tot 2014 toeneemt, is de stagnatie vanaf 2015 duidelijk zichtbaar.

Er zijn vele redenen voor de daling van de **ontvangsten**: in de eerste plaats dalen tussen 2015 en 2019 de reële **ontvangsten van sociale bijdragen**, ondanks een gunstige economische situatie en een bijzonder hoge tewerkstellingsgraad. De groei van de vermindering van de werkgeversbijdragen, die nog versterkt werd door de invoering van de taxshift, verklaart dit fenomeen in belangrijke mate. Daarnaast nemen de **staats-subsidies** af, van 6,4 miljard in 2015 tot 5,2 miljard in 2019, in reële termen. De impact van de nieuwe financieringswet op de dynamiek van de toekenning van deze verschillende dotaties moet zeker in vraag gesteld worden. Tot slot, hoewel de **alternatieve financiering** toeneemt, is deze groei niet voldoende om de totale financiering in reële termen te laten groeien.

Uit onze analyse bleek ook dat deze vermindering van de financiering niet exogeen was. Het zijn vooral de keuzes van de regering die aan de grondslag liggen van de daling van de begroting van de sociale zekerheid, en niet enkele externe factoren, zoals de slechte economische omstandigheden. Naast het feit dat deze keuzes kunnen worden gezien als een inmenging van de staat in een begroting die zij weinig financiert, hebben deze keuzes in de afgelopen jaren ook geleid tot aanzienlijke besparingen op de sociale voorzieningen. De onzekerheid over de toekomst van de evenwichtsdotatie en de "toekenningsvoorwaarden" die er nu aan verbonden zijn, leggen bovendien de basis en de wettelijke voorwaarden voor toekomstige bespa-

ringsronden. Deze besparingsmaatregelen zorgen voor een vermindering van de dekking van sociale risico's, een verhoging van de onzekerheid en, op de achtergrond, een delegitimering van ons sociaal model. Daarachter schuilt ook het risico van privatisering: gezien een zeker gebrek aan middelen voor de sociale zekerheid zien we ons misschien genoodzaakt ons te wenden tot private zekerheidsstelsels.

Hoewel de financiering van onze sociale zekerheid momenteel verzwakt is, staan ons nog vele sociale uitdagingen en behoeften te wachten. Sommige hebben een structurele impact op de financiering van de sociale zekerheid, zoals **evoluties op de arbeidsmarkt** (structureel lagere tewerkstellingsgraad dan kort na de oorlog, groei van het aantal zelfstandigen, nieuwe vormen van tewerkstelling²⁶ ...). Andere getuigen van **nieuwe, niet verminderbare behoeften die verband houden met de moderne maatschappelijke realiteit**: vergrijzing van de bevolking, waarvan de kosten volgens de Studiecommissie voor de vergrijzing in 2040 met 3,8% van het bbp zullen stijgen; toename van het aantal burn-outs; nieuwe ziekten als gevolg van vervuiling; enz. Het is dan ook duidelijk dat **deze nieuwe uitdagingen voldoende en duurzame financiering vereisen**, tegen de achtergrond van de huidige dynamiek.

Het is daarom dringend nodig om de sociale zekerheid te herzien en te herfinancieren. Dat is voor ons onmiskenbaar. Met wil en durf kunnen een aanzienlijk aantal hefboomen worden geactiveerd.

6. Aanbevelingen - voorstel van maatregelen voor een structurele en duurzame herfinanciering van de sociale zekerheid

In navolging van de verschillende hierboven geschetste tendensen en de uitdagingen op lange termijn voor onze samenleving, stelt de Christelijke Mutualiteit een reeks maatregelen voor die gericht zijn op het herfinancieren en in stand houden van de sociale zekerheid.

Deze zijn gegroepeerd rond drie assen:

- **Het stoppen van de tendens om de sociale bijdragen te verlagen** (vooral wanneer dit niet afhankelijk is gemaakt van het creëren van kwalitatief hoogwaardige banen) (6.1).
- De **herziening van de wet** tot hervorming van de financiering van de sociale zekerheid (6.2).
- Het verdedigen van een **strategie om het loonaandeel** op Europees niveau te vergroten (6.3).

6.1. De tendens om de werkgevers- en persoonlijke sociale bijdragen te verlagen stoppen

We pleiten voor:

- **Het stopzetten van een verdere verlaging van de sociale bijdragen** om verschillende redenen:
 - De sociale bijdragen zijn de meest structurele en stabiele financieringsbron, aangezien het de enige bron is die volledig bestemd is voor de financiering van de sociale zekerheid.
 - Het effect van niet-gerichte verlagingen van de sociale bijdragen op de werkgelegenheid is sterk afhankelijk van de economische context en is onvoldoende in verhouding tot het verlies aan middelen dat deze verlagingen vertegenwoordigen (zie punt 4.2.A).
 - Uit recente Belgische gegevens (Federaal Planbureau, NBB) blijkt dat de loonhandicap die sinds 1996 is opgebouwd ten opzichte van onze drie buurlanden grotendeels is gecorrigeerd (Bogaert en Kegels, 2019)²⁷.
 - De relevantie van de vermindering van de bijdragen voor lage lonen is ook omstreden (zie punt 4.2.A), maar blijft een efficiënter en goedkoper alternatief voor niet-gerichte verlagingen van de sociale bijdragen, dat een geleidelijke verschuiving van algemene naar gerichte verlagingen zou rechtvaardigen.
- **Het bestrijden van de werkonzekerheid en het bevorderen van arbeidsvormen die een adequate sociale bescherming bieden.** De digitalisering van onze economie vormt een grote uitdaging voor onze samenleving. De laatste jaren zijn er dubbelzinnige maatregelen genomen om het aantal atypische arbeidscontracten te verhogen (flexi-jobs, mini-jobs in de platformeconomie, het statuut van student-ondernemer ...). Deze statuten moeten worden herzien om de werknemers echt te beschermen.
- **Een wettelijk kader voor en een sterke daling van het gebruik van cafetariaplannen en niet-salariële vormen van vergoeding met of zonder lagere sociale bijdragen** (winstdeling, bonussen, bedrijfswagens, pensioenverzekeringen, hospitalisatieverzekeringen ...).
- **De strijd tegen fraude met bijdragen door werkgevers en de strijd tegen schijnzelfstandigen**²⁸ om deze schijnzelfstandigen terug te laten keren naar de sociale zekerheid voor werknemers. Terwijl de bestrijding van sociale fraude een steeds belangrijker plaats inneemt in het beheer

26. Veel nieuwe vormen van arbeidsovereenkomsten zijn geheel of gedeeltelijk vrijgesteld van sociale bijdragen en normale belastingen: flexi-jobs, mini-jobs in de deeleconomie, studentenjobs, "associatieve" contracten, wetenschappelijk onderzoek, statuut van student-ondernemer ...

27. Bogaert, H. et Kegels, C. (2019). La compétitivité de la Belgique : d'où venons-nous, où allons-nous ? in Reflets et perspectives de la vie économique 2019/1-2

28. Iemand wordt als "schijnzelfstandige" beschouwd wanneer hij als zelfstandige in het kader van de sociale zekerheid is aangegeven, maar feitelijk werkt onder het gezag van een werkgever met een duidelijk ondergeschikte relatie, onder dezelfde voorwaarden als zijn collega's in loondienst, maar zonder arbeidsovereenkomst

van de sociale zekerheid en in de regeringsmaatregelen, wordt er niets gezegd over belastingfraude. Nu de sociale zekerheid waarschijnlijk meer lijdt onder een gebrek aan financiering dan onder een uitgavenprobleem, lijkt het ons belangrijk om hier nogmaals de aandacht op te vestigen.

6.2. De wet inzake de financiering van de sociale zekerheid herzien

De duurzaamheid van de financiering vereist ook een dringende herziening van de wet inzake de financiering van de sociale zekerheid:

- Ook al pleiten wij voor een herwaardering van de structurele financieringsbronnen op lange termijn, toch is het een prioriteit op korte termijn om de toewijzing van de **evenwichtsdotatie** ook na 2021 te handhaven. Dit zonder voorwaarden te stellen met betrekking tot evoluties en resultaten van maatregelen die niet uitsluitend onder de verantwoordelijkheid van de sociale actoren vallen, en zonder deze systematisch te koppelen aan besparingsmaatregelen.
- Door ervoor te zorgen dat **de klassieke dotatie** de gevolgen van de vergrijzing volgt zonder dat er voorwaarden in verband met de economische omstandigheden worden gesteld, zoals nu het geval is.
- We willen ook een **evenwichtiger verdeling binnen de alternatieve financiering** zelf mogelijk maken van het deel dat gefinancierd wordt via de btw (momenteel ongeveer 66%) en via de roerende voorheffing (momenteel 33%), **rekening houdend met de risico's van schommelingen in elk van deze ontvangsten**. We herinneren er ook aan dat de bron van de "reserve" die door de wet van 2017 (accijnzen op tabak) werd gekozen, niet de bron was die door de sociale partners werd goedgekeurd, vooral omdat deze belasting de lage inkomens verder benadeelt.
- Het is ook noodzakelijk om **een stabiel en voorspelbaar** beheer van de sociale zekerheid te herstellen en het beheer van de sociale zekerheid weer in handen te geven van de sociale overlegorganen. De nieuwe financieringswet zorgt namelijk voor veel instabiliteit doordat de ministerraad een groot aantal voorrechten krijgt die vaak slecht gedefinieerd zijn en veel ruimte laten voor politieke arbitrage. Dit wordt

nog duidelijker in een periode van lopende zaken of tussen twee legislaturen.

- Bovendien moet de Commissie Financiën en Begroting in de toekomst onder de verantwoordelijkheid van het beheerscomité van de sociale zekerheid worden geplaatst door opeentruanteremanieretewerken, verantwoordelijkheid af te leggen aan het BCSZ en door vertegenwoordigers van de sociale dialoog in het BCSZ te integreren.
- Om een goed begrotingsbeheer van de sociale zekerheid mogelijk te maken, zal het ook nodig zijn **dit gebrek aan voorzichtigheid en kwaliteit in de begrotingsramingen** van de afgelopen jaren in de begrotingsconclaven te verhelpen. Te optimistische ramingen in de begrotingsconclaven hebben immers geleid tot slecht doordachte begrotingen (te optimistische ontvangsten en overschatting van de besparingen) en dit maakte vervolgens de weg vrij voor een tekort in de sociale zekerheid in vergelijking met de oorspronkelijke begrotingen legiteerde de opeenvolgende besparingsrondes, die nog verder vergemakkelijkt werden door de "toekenningsvoorwaarden voor dotaties" die in de nieuwe financieringswet zijn ingevoerd. Dat de gevolgen van de conclaven voor de sociale zekerheid steeds groter worden en dat het zwaartepunt van de berekeningen die tijdens deze conclaven worden gemaakt in de handen van de kabinetten ligt, valt te betwijfelen. Ook hier moet de expertise van het BCSZ en zijn administratie worden versterkt.

6.3. Het verdedigen van een strategie om het loonaandeel te vergroten op Europees niveau.²⁹

Het verdedigen op Europees niveau van een strategie om het loonaandeel te vergroten via:

- Acties tegen de financialisering en hypermobiliteit van het kapitaal ten koste van productieve en stabilere investeringen;
- Het beperken van de binnenlandse loonconcurrentie door de verlaging van de bijdragen en belastingen, door zich te concentreren op het niet-loonconcurrentievermogen, met name op basis van vaardigheden en innovatie, in het licht van de wereldwijde concurrentie.

29. "Assurer à toutes et tous une sécurité sociale solidaire, efficace et durable ? C'est possible !", MOC (2019), op. cit.

Uitgaven voor ouderenzorg: een vergelijking tussen thuis wonen en het woonzorgcentrum

Hervé Avalosse, Giulia Camilotti¹ en Rebekka Verniest (Studiedienst)

Samenvatting

In een vergrijzende samenleving neemt de vraag naar zorg en ondersteuning toe. Immers, hoe ouder mensen worden, hoe groter de kans op allerlei beperkingen en chronische aandoeningen en dus hoe groter de kans dat ze nood hebben aan verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Het is vooral de vraag naar chronische zorg die sterk stijgt. Tegelijk staan ouderen voor de keuze waar ze deze zorg willen ontvangen en algemeen gesteld gaat het om de keuze tussen zorg thuis of in een residentiële voorziening. Bij deze keuze spelen heel wat factoren een rol: persoonlijke voorkeur, mate van zorgbehoefendheid, mogelijkheden van de mantelzorg, ... maar ook de kostprijs. Ook de bevoegde overheden staan in een vergrijzende samenleving trouwens voor de keuze hoe ze het zorgaanbod verder zullen uitbouwen en ook hier is de kostprijs een van de elementen waarmee rekening wordt gehouden.

In 2009 analyseerde CM een eerste keer de gezondheidszorguitgaven van haar leden van 65 jaar en ouder (gegevens 2008) om na te gaan wat hun uitgavniveau was en of dit verschilt naar gelang zij thuis wonen of in een residentiële voorziening zijn opgenomen². Nu, 10 jaar later is de studie geactualiseerd op basis van gegevens 2018 en voor zover deze bij de ziekenfondsen gekend zijn³.

De aandacht gaat in de studie zowel naar de uitgaven ten laste van de verplichte ziekteverzekering of de regionale systemen van sociale bescherming, als naar de bij het ziekenfonds gekende uitgaven ten laste van de ouderen zelf (remgeld en supplementen).

Het gaat om een verkennende en beschrijvende studie zonder de ambitie een exhaustief beeld te schetsen van de kostprijs van zorg en ondersteuning aan ouderen. De ziekenfondsen hebben immers geen zicht op heel wat uitgaven waarmee ouderen als gevolg van afhankelijkheid te maken hebben (vb. gezinszorg, maaltijden aan huis, ...). Niettemin zijn er toch enkele resultaten die relevant kunnen zijn voor keuzes van ouderen en voor de overheid in de organisatie en de financiering van de ouderenzorg. Zo toont de studie aan dat de uitgaven voor hospitalisatie een belangrijk onderdeel uitmaken van de totale kostprijs voor gezondheidszorg. We bevestigen verder de niet te onderschatten positieve impact van corrigerende maatregelen als de maximumfactuur (MAF) en de verhoogde tegemoetkoming op de eigen bijdragen voor de patiënt. Ten slotte stellen we ook vast dat de gezondheidszorguitgaven, zowel voor de overheid als voor de patiënt, voor de meeste ouderen lager zijn wanneer men thuis verzorgd wordt, maar dat er toch ook specifieke situaties zijn waar dit niet het geval is.

Sleutelwoorden: Ouderenzorg, kostprijs, woonzorgcentra, thuisverpleging, remgeld, afhankelijkheid

1. Werkt niet langer op de Studiedienst.

2. Zie: Aline Franssen, De gezondheidsuitgaven van de 65-plussers. Vergelijking tussen residentieel verblijf en thuiszorg: kostprijs voor de ZIV en de betrokkene? In: CM-Informatie 236, juni 2009.

3. Bij de update van de studie uit 2009 is de methodologie op een aantal punten aangepast.

1. Context

Net als in vele andere landen, zal de vergrijzing zich ook in België de komende jaren verder doorzetten. Volgens het Federaal Planbureau zal het aandeel van de 67-plussers in de totale bevolking verder toenemen van 16% in 2018 tot 20% in 2030 en 23% in 2070⁴. Tegelijk is het een gekend gegeven dat met de toenemende leeftijd, ook het risico op een of meerdere chronische aandoeningen en afhankelijkheidsproblemen toeneemt. De vergrijzing van de bevolking zal dus gepaard gaan met een toenemende vraag naar zorg en ondersteuning en dan vooral een vraag naar chronische zorg.

Het aanbod aan zorg en ondersteuning voor ouderen is zeer divers. Vooreerst is er de uitgebreide medische en paramedische zorg, zowel ambulante als in ziekenhuizen (huisarts, specialisten, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ...). Daarnaast zijn er talrijke thuiszorg ondersteunende diensten zoals gezinszorg, poetshulp, vervoersdienst, maaltijden aan huis, Verder zijn er, naast de acute zorg in ziekenhuizen, de semi-residentiële voorzieningen (diverse vormen van dagopvang en nachtopvang, herstelverblijven, en centra voor kortverblijf) en ten slotte nog de residentiële woonzorgcentra voor langdurige zorg.

In geval van afhankelijkheidsproblemen en een concrete zorgnood, moeten ouderen dan ook kiezen op welke zorg ze een beroep zullen doen. Algemeen gesteld, moet een keuze gemaakt worden tussen zorg thuis, in de eigen omgeving en zorg in een woonzorgcentrum. Deze keuze wordt in belangrijke mate bepaald door de aard en de ernst van de zorgnood, de aanwezigheid en de draagkracht van mantelzorgers en door het professionele zorgaanbod in de omgeving. Ook persoonlijke voorkeuren spelen een belangrijke rol. Zo is het algemeen geweten dat ouderen bij voorkeur zo lang mogelijk thuis verzorgd worden en de opname in een woonzorgcentrum het liefst vermijden of toch zo lang mogelijk uitstellen (= 'aging in place')⁵. Maar ook de eigen bijdrage voor deze zorg is een niet te onderschatten factor bij de uiteindelijke keuze.

De vergrijzing en de toenemende vraag naar zorg en ondersteuning is ook een uitdaging voor het beleid. Bij de verdere uitbouw van het zorgaanbod, moeten ook beleidsverantwoordelijken van de diverse bevoegde overheden keuzes maken. Hoeveel bijkomende plaatsen worden voorzien in de woonzorgcentra? Hoeveel initiatiefnemers krijgen een bijkomende

erkenning voor de uitbouw van een centrum voor kortverblijf? Welke bijkomende middelen zijn er nodig voor de subsidiëring van diensten voor gezinszorg? Ook de overheden moeten zich dus telkens de vraag stellen in welke mate bijkomende middelen besteed zullen worden aan thuiszorg en thuiszorg ondersteunende diensten dan wel aan residentiële zorg. En ook hier zullen de aard van de zorgnoden van de oudere bevolking en de maatschappelijke voorkeuren een rol spelen. Maar ook de kostprijs ten laste van de overheid is een belangrijke factor.

Binnen deze context, besliste CM om, op basis van de data waarover ze beschikt, een verkennende en beschrijvende analyse te doen van de kostprijs van gezondheidszorg naar gelang een oudere thuis of in een woonzorgcentrum verblijft. In het volgende punt stellen wij de belangrijkste methodologische elementen van de studie voor en daarna overlopen we de belangrijkste resultaten.

2. Materiaal en methode

Alle gegevens die geanalyseerd werden, betreffen het jaar 2018. Ze hebben betrekking op CM-leden van 60 jaar en ouder en hun uitgaven voor gezondheidszorg die in de CM-databanken gekend zijn.

2.1. Selectie van drie populaties

Drie populaties werden bepaald:

- Bewoners van woonzorgcentra⁶: wie minstens 60 dagen in een woonzorgcentrum verbleef (ook kortverblijf) in 2018. Wij houden geen rekening met wie in de loop van het jaar overleed.
- Bij een verhuis van een RVT-bed naar een ROB-bed of omgekeerd, werd het bedtype in aanmerking genomen waar het langst werd verbleven (RVT of ROB).
- De afhankelijkheid werd bepaald (zie 2.2.) volgens het forfait dat voor het langste verblijf werd gefactureerd.
- Personen met thuisverpleging: deze personen verblijven niet in een woonzorgcentrum maar voor hen werden gedurende minstens 60 dagen van het jaar A-, B-, C- forfaits of palliatieve forfaits of toiletten gefactureerd (zie tabel 1). Ook hier werd wie tijdens het jaar overleed, niet in aanmerking genomen. Wanneer in de loop van het jaar de zorgaf-

4. Federaal Planbureau en Statbel, Demografische vooruitzichten 2018-2070

5. Koning Boudewijnstichting, ZOOM: Levenskeuzes van 60-plussers, september 2017 (<https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2017/20170924ND>) en Beirnaert A. en Frenier I. Aangepast thuis blijven wonen voor ouderen, voor iedereen mogelijk? Mei 2017

6. In Vlaanderen is de term 'rusthuis' al geruime tijd vervangen door de term 'woonzorgcentrum'. Wat binnen de federale context werd aangeduid als ROB-bed wordt in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming nu benoemd als 'woongelegenheid zonder bijkomende erkenning'. Een RVT-bed is dan een woongelegenheid met bijkomende erkenning. Kortverblijf is niet langer een specifieke woongelegenheid binnen een woonzorgcentrum, maar een onderscheiden type voorziening (centrum voor kortverblijf of CVK). In dit artikel verwijst de term 'woonzorgcentrum' naar het geheel van woongelenheden met bijkomende erkenning en deze zonder bijkomende erkenningen, inclusief de woongelenheden in de centra voor kortverblijf in het kader van een woonzorgcentrum. Om pragmatische redenen worden in dit artikel ook nog begrippen ROB en RVT gehanteerd.

hankelijkheid is gewijzigd en dus meerdere types forfaits gefactureerd zijn, wordt rekening gehouden met het forfait dat het meest frequent is gefactureerd.

- Een referentiepopulatie: personen die niet in een woonzorgcentrum verbleven en geen thuisverpleging kregen. Hier wordt een willekeurige steekproef van 100.000 personen genomen die aan deze definitie beantwoorden. Ook hier werd wie tijdens het jaar overleed, niet in aanmerking genomen.

2.2. Categorieën gezondheidszorguitgaven

Als gevolg van de zesde staatshervorming zijn een aantal bevoegdheden inzake gezondheidszorg sinds 1 juli 2014 geregionaliseerd, waaronder de financiering van de zorg in woonzorgcentra, centra voor kortverblijf en dagverzorgingscentra. Hoewel de uitgaven voor deze bevoegdheden sindsdien ten laste zijn van de regionale overheden, werden ze in een overgangsfase die liep tot en met 31 december 2018 verder uitgevoerd door federale actoren: RIZIV en de verzekeringsinstellingen (VI). Bijgevolg kunnen we er zeker van zijn dat de VI over volledige gegevens beschikken en dat deze gegevens van de verschillende regio's identiek en dus vergelijkbaar zijn. Op 1 januari 2019 hebben de regionale overheden de bevoegdheden effectief overgenomen en verlopen de administratieve en financiële processen voor deze prestaties binnen het regionale regelgevende kader. En hoewel de regio's, vanuit een bekommernis van continuïteit, het bestaande systeem grotendeels hebben overgenomen, is het niet uit te sluiten dat er, onder meer met het oog op efficiëntiewinsten, aanpassingen zijn gebeurd die ook een impact hebben op de vergelijkbaarheid tussen de regio's. Dit is zonder meer een aandachtspunt voor eventuele toekomstige studies.

Wij bekijken de gezondheidszorguitgaven die gekend zijn in de CM-databanken en brengen die onder in volgende categorieën:

- Raadplegingen: bij zowel de huisarts (ook huisbezoeken) als de specialist, ambulante technische prestaties inbegrepen (vb. bloedafname);
- Geneesmiddelen: farmaceutische verstrekkingen prestaties via open officina;
- Thuisverpleging;
- Ambulante kinesitherapie, kineverstrekingen in WZC inbegrepen;
- Technische verstrekkingen: klinische biologie, beeldvorming, implantaten;
- Woonzorgcentra⁷ (ROB, kortverblijf inbegrepen, en RVT);

- Hospitalisatie: uitgaven bij een klassieke opname (minstens één overnachting) in algemene en psychiatrische ziekenhuizen (dus ook de kosten voor artsen, geneesmiddelen, ... tijdens een ziekenhuisverblijf);
- Andere: uitgaven zoals de MAF-tussenkomst⁸, psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), initiatieven voor beschut wonen (IBW), dagziekenhuis, tandzorg, herstelorden, mobiliteitshulpmiddelen, dringend medisch vervoer, ...

In de uitgaven wordt een onderscheid gemaakt tussen die ten laste van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging (VP) of de sociale beschermingsstelsels op gewestniveau en de uitgaven die elk individu zelf moet blijven betalen zoals remgeld en supplementen. Voor het remgeld wordt rekening gehouden met een eventuele MAF-tussenkomst (deze wordt negatief verrekend want ze dekt het remgeld boven een bepaald plafond).

Alle uitgaven worden geraamd op maandbasis.

Met de beschikbare informatie kan uiteraard geen raming van alle kosten in verband met gezondheid en zorgbehoefendheid van deze populaties worden gemaakt. Meerdere categorieën kosten zijn niet opgenomen in de facturatiegegevens die de ziekenfondsen hebben: niet-terugbetaalbare D-geneesmiddelen, behandelingen of verstrekkingen die de verplichte verzekering niet terugbetaalt (vb. homeopathie, psychologische hulp, niet-dringend medisch vervoer, ...), onrechtstreekse kosten zoals hulp bij het dagelijks leven (gezinshulp, huishoudhulp, ...), kosten voor woningaanpassing, verblijfskosten in een woonzorgcentrum (zoals bijvoorbeeld de verblijfsprijs en extra wasserijkosten).

Ook andere uitgaven van de bevoegde (regionale) overheden, zoals subsidies voor thuiszorgdiensten, woonzorgcentra, uitgaven voor tegemoetkomingen aan zorgbehoevenden (zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden⁹, tegemoetkoming hulp aan bejaarden, ...), ... zijn niet meegerekend in deze studie. Hetzelfde geldt voor uitgaven en terugbetalingen in het kader van aanvullende diensten en voordelen en de facultatieve verzekeringen van de ziekenfondsen en van private verzekeringen.

Onderstaande kaders bevatten voor een aantal mogelijke uitgavenposten enkele bedragen die een indicatie kunnen geven van de kostprijs voor de gebruiker en de uitgaven voor de overheden. Dit zegt uiteraard niets over de concrete uitgaven waarmee iemand in zijn zorgsituatie geconfronteerd wordt.

7. Tot eind 2018 betreft de financiering van de woonzorgcentra "de hulp bij de activiteiten van het dagelijks leven voor (lichaams-)verzorging en verpleging maar ook de taken inzake (re-)activering, functionele revalidatie en integratie of sociale re-integratie". Voor een meer nauwkeurige beschrijving zie: <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/rustoorden/Paginas/rob-rvt-cdv-verzorging.aspx>

8. <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/specifieke-regelingen/maximumfactuur>

9. De nieuwe benaming voor de Vlaamse Zorgverzekering.

Het overzicht is ook niet exhaustief en bevat ook niet noodzakelijk de meest recente gegevens. De bedoeling is in de eerste plaats een indicatie van de grootteorde van de uitgaven op basis van begrotingen van de overheden of op basis van gemiddelde uitgaven voor gebruikers.

2.3. Niveau van afhankelijkheid

Zowel voor personen die een beroep doen op thuisverpleging als voor ouderen die in een WZC verblijven, wordt de mate van

afhankelijkheid geëvalueerd aan de hand van de KATZ-schaal. Hierbij wordt voor zes activiteiten van het dagelijks leven (zich wassen, zich kleden, transfer en verplaatsingen, toiletbezoek, continëntie en eten) gekeken in welke mate iemand deze zelfstandig kan uitvoeren. Voor elk item wordt, in functie van de vastgestelde zorgafhankelijkheid, een score tussen 1 en 4 toegekend. Men wordt beschouwd als afhankelijk bij een score 3 of 4. Enkel in de woonzorgcentra wordt, opnieuw aan de hand van een 4-puntenschaal ook de mate van desoriëntatie in tijd en ruimte ingeschaald met het oog op de toekenning van een afhankelijkheidscategorie.

Bijkomende kosten voor de gebruikers

Dagprijs in het WZC

- In Vlaanderen bedroeg de gemiddelde gewogen dagprijs 57,59 euro (bedrag op 1 mei 2018)¹⁰. Deze dagprijs dekt een hele reeks kosten waaronder het verblijf, de maaltijden, incontinentiemateriaal, het dagelijks onderhoud en het energieverbruik. Op maandbasis betaalt een bewoner gemiddeld dus zowat 1.752 euro. Over de gemiddelde kost voor bijkomende diensten (kapper, activiteiten, ...) is geen informatie beschikbaar.
- In Wallonië is de gemiddelde kamerprijs per dag bij een langdurig verblijf in een woonzorgcentrum: 47,4 euro in de commerciële sector, 46,6 euro in de associatieve sector en 45,7 euro in de openbare sector.¹¹ Dit komt neer op een kost van 1.390 à 1.442 euro per maand.
- In Brussel ligt de kostprijs in 2018 voor een meerderheid van de voorziening hoger dan 1.500 euro per maand. voor 22% is dit tussen 1.501 en 1.700 euro, voor 27% tussen 1.701 en 2.000 euro en voor 35% meer dan 2.000 euro per maand¹².

Gezinszorg

Gezinshelp(st)ers doen alle taken van het dagelijks leven: de woning poetsen, maaltijden bereiden, boodschappen doen maar ook hygiëne- en comfortzorg, administratie, enz.

- Voor gezinszorg betaalt een Vlaming een eigen bijdrage per uur, waarbij rekening wordt gehouden met het inkomen en de gezinssamenstelling. Het uurtarief bedraagt, afhankelijk van het inkomen en de gezinssamenstelling van de patiënt, 0,51 à 14,14 euro¹³. Er zijn kortingen voor wie langdurig of intensief gebruik maakt van gezinszorg. Op basis van de jaarverslagen van de diensten voor gezinszorg is berekend dat een cliënt, ongeacht de leeftijd, in 2017 gemiddeld 6,25 euro per uur betaalde en op jaarbasis gemiddeld gedurende 142 uur een beroep deed op gezinszorg¹⁴. Omgerekend betekent dit een kostprijs van 80 euro per maand.
- In het Waals gewest varieert de prijs van een uur gezinshulp van 0,87 euro tot 7,81 euro. Deze prijs hangt af van de gezinssituatie, het aantal personen ten laste en het netto gezinsinkomen per maand. In Brussel wordt de financiële tussenkomst die wordt gevraagd, berekend volgens het inkomen en de gezinssituatie. Deze varieert tussen 0,76 euro en 8,02 euro per uur. In Duitstalig België ligt het bedrag van de eigen bijdrage voor gezinszorg tussen 1,61 euro en 10,51 euro per uur. In 2018 presteerden de medewerkers van de FASD, actief in Wallonië, Brussel en de Duitstalige Gemeenschap, in het totaal 1.607.523 uren gezinszorg voor in het totaal 11.821 gebruikers, of omgerekend gemiddeld iets meer dan 11 uur per maand. Met een gemiddelde bijdrage van 6,5 euro per uur, komt dit neer op een kost van gemiddeld 74 euro per maand¹⁵.

10. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen>

11. https://www.aviq.be/handicap/pdf/documentation/publications/revues_rapports/rapport_annuel/rapport_annuel_AVIQ_2018.pdf

12. <http://www.inforhomesasbl.be/images/Inforhomes/PDF/Rapport%20d'activit%C3%A9s%20de%20l'asbl%20de%20coordination%20Infor-Homes%20-%20Home%20Info%20-%202018.pdf>

13. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/bijdrageschaal%20die%20de%20diensten%20voor%20gezinszorg%20en%20aanvullende%20thuiszorg%20moeten%20gebruiken%20om%20de%20gebruikersbijdrage%20voor%20gezinszorg%20te%20berekenen.pdf>

14. Bron: Schriftelijke vraag van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (<http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1472399>)

15. https://federation.aideetsoinsadomicile.be/sites/default/files/ra2018_web.pdf

Persoonlijk alarm

De gebruikersbijdrage voor een persoonlijk alarm is afhankelijk van het systeem en de voordelen van het ziekenfonds. Er wordt een bedrag aangerekend voor plaatsing en activatie.

- Daarnaast betaalt een CM-lid in Vlaanderen maandelijks 15 à 20 euro¹⁶. Voor leden met recht op de verhoogde tegemoetkoming is dit 10 tot 13 euro.
- In Wallonië en Brussel, betalen CM-leden bij Vitatel 11 euro en niet-CM-leden 21 euro per maand¹⁷.

Poetshulp

- In Vlaanderen is in 2017 op jaarbasis gemiddeld 77 uur poetshulp per gebruiker verleend met een persoonlijke bijdrage van gemiddeld 7,66 euro per uur¹⁸. Omgerekend is dit een kost van 49 euro per maand.
- In 2018 presteerden de medewerkers van de FASD¹⁹, actief in Wallonië, Brussel en de Duitstalige Gemeenschap, in het totaal 347.172 uren poetshulp voor in het totaal 4.893 gebruikers, of omgerekend gemiddeld 6 uur per maand. Met een gemiddelde bijdrage van 6 euro per uur, komt dit neer op een kost van gemiddeld 36 euro per maand²⁰.
- Heel wat ouderen doen ook beroep op poetshulp in het kader van dienstencheques. Een studie van IDEA²¹ van 2018 geeft volgende indicaties:
 - 24% van de gebruikers van dienstencheques is 65 jaar of ouder. 84% van de gebruikers doet beroep op dienstencheques voor de schoonmaak van de woning. Eén op vier gebruikt ze (ook) voor wassen en/of strijken in huis en 18% gebruikt dienstencheques voor strijken buitenshuis. Het gebruik van andere activiteiten via dienstencheques blijft beperkt.
 - Voor Wallonië: de netto kostprijs²² is 8,1 euro per uur en gemiddeld wordt 2 uur per week hulp verleend. Dit is een maandelijkse kostprijs van gemiddeld 65 euro.
 - Voor Brussel: de netto kostprijs bedraagt 7,6 euro per uur en gemiddeld wordt 2,7 uur per week hulp verleend. Dit is een maandelijkse kostprijs van gemiddeld 82 euro.
 - In Vlaanderen bedraagt de netto kostprijs 6,3 euro per uur en wordt gemiddeld 2,3 uur per week hulp verleend. Dit is een maandelijkse kostprijs van gemiddeld 58 euro.

Professionele oppashulp

- In Vlaanderen was er in 2017 op jaarbasis gemiddeld 120 uur professionele oppashulp met een kost van gemiddeld 5,31 euro per uur. Omgerekend is dit een kost van 53 euro per maand.
- Uit de gegevens van de FASD blijkt dat in 2018 in Wallonië en de Duitstalige Gemeenschap op maandbasis gemiddeld 20 oppashulp is gepresteerd. Er is geen informatie over de gemiddelde kostprijs per gebruiker per uur aangezien het tarief verschilt naar gelang de afdeling. Bij wijze van voorbeeld: in Namen is het tarief voor opvang overdag 5,22 euro per uur en voor nachtopvang 5,74 euro per uur. Voor rechthebbenden op de VT is dit respectievelijk 4,64 euro en 5,17 euro per uur. In Luik betalen CM-leden met recht op de VT 4 euro voor dagopvang tijdens de week en 4,5 euro per uur voor opvang 's nachts, tijdens het weekend of op feestdagen. CM-leden zonder recht op de VT betalen respectievelijk 6 euro en 6,5 euro per uur. Voor niet CM-leden is dit 8 euro en 8,5 euro per uur.

Elke inwoner van Vlaanderen betaalt elk jaar de zorgpremie voor de Vlaamse sociale bescherming. Die zorgpremie bedraagt 52 euro per jaar, of 26 euro voor mensen met een laag inkomen. De Vlaamse sociale bescherming gebruikt die zorgpremies om meer dan 300.000 zorgbehoevende mensen elke maand te versterken met een zorgbudget, waaronder het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden en het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood.

16. <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/thuiszorg/materiaal/persoonlijk-alarm>

17. Vitatel is een dienst van CM die instaat voor systemen van personenalarm: https://www.vitatel.be/sites/default/files/depliant_vitatel_0.pdf

18. Bron: schriftelijke vraag Griet Coppé

19. De FASD of de Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile heeft een aanbod aan thuiszorgondersteunende diensten in Brussel, Eupen en Wallonië. Aanbod: thuisverpleging, gezinszorg, huishoudhulp, ...

20. https://federation.aideetsoinsadomicile.be/sites/default/files/ra2018_web.pdf

21. https://www.ideaconsult.be/images/Finaal_eindrapport_360_zicht_op_dienstencheques_FR.pdf

22. Dit is de netto kostprijs van een dienstencheque, dus rekening houdend met de belastingaftrek. Sinds de regionalisering van de bevoegdheid over de dienstencheques, is deze verschillend tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel.

Overheidsmiddelen

- De Vlaamse overheid voorzorg in de thuiszorg bijna 600 miljoen euro voor ruim 18 miljoen uren gezinszorg (2019), zowat 121 miljoen euro voor 4,3 miljoen uren aanvullende thuiszorg (2018)²³. Verder is er zowat 11,4 miljoen euro voor investeringen in infrastructuur voor ouderenvoorzieningen en voorzieningen in de thuiszorg (klassieke betoelaging)²⁴ en 744.000 euro voor energiebesparende investeringen. Voor het Zorgbudget Zwaar Zorgbehoevenden (ZZZ) ontving het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) in 2017 vanuit de Vlaamse begroting een dotatie van bijna 364 miljoen euro²⁵. Dankzij het ZZZ ontvangen zorgbehoevenden in de thuiszorg en alle WZC-bewoners via hun zorgkas maandelijks een tegemoetkoming van 130 euro.
- In Wallonië bedroegen de uitgaven voor de diensten voor gezins- en ouderenzorg (Services d'Aide aux Familles et aux Aînés - SAFA) in 2018 ongeveer 195 miljoen euro²⁶.
- In Brussel voorziet de COCOF (COmmision COmmunautaire Française) voor het begrotingsjaar 2019 30,3 miljoen euro voor 871.597 uren gezinszorg²⁷. In de begroting 2019 voorziet de GGC (Gemeenschappelijke GemeenschapsCommissie) ongeveer 8 miljoen euro voor 214.708 uren hulp²⁸.

Dit zijn slechts enkele concrete voorbeelden van investeringen van de overheden in (ouderen)zorg en welzijn. Daarnaast zijn er gaan er ook middelen naar heel wat andere vormen van zorg, ondersteuning en begeleiding: financiering diensten maatschappelijk werk, de uitbouw van respijtzorg, de financiering van de coördinatie van zorg, initiatieven rond valpreventie, meldpunten ouderenmishandeling, financiering van projecten in de thuiszorg, ...

Op basis van de combinatie van de scores voor de zes / acht items, wordt een persoon in een bepaalde afhankelijkheidscategorie (= forfait) ondergebracht. Tabel 1 geeft het overzicht van de bestaande afhankelijkheidscategorieën en de vereiste afhankelijkheid. Merk op dat de forfaits niet gelijklopen tussen de thuisverpleging enerzijds en de woonzorgcentra anderzijds. Vooreerst bestaan er in beide systemen (thuiszorg en residentiële zorg) een aantal specifieke afhankelijkheidscategorieën. Bovendien komen de categorieën niet overeen. Voor fysiek afhankelijkheid stemt categorie A van de thuisverpleging overeen met categorie B in het WZC en categorie B van de thuisverpleging stemt overeen met categorie C in het WZC.

3. Resultaten

3.1. Kenmerken van de onderzoekspopulaties

In tabel 2 zijn de kenmerken van drie populaties beschreven. Dit zijn drie exclusieve populaties. De referentiepopulatie is gemiddeld jonger dan de anderen. De populatie van woonzorgcentrumbewoners is de oudste en telt

ook het kleinste aantal mannen. De personen die thuis worden verzorgd, gaan vaak naar het ziekenhuis: ongeveer 43% van deze patiënten verbleven in 2018 gemiddeld 25 dagen in het ziekenhuis. Bewoners van een woonzorgcentrum gaan minder vaak naar het ziekenhuis maar verblijven er wel ongeveer even lang (voor ROB-bewoners is dit net iets langer).

Binnen de groep van personen met thuisverpleging, gaat het voor 45% om mensen die hygiënische zorg ontvangen (toiletten). Voor 30% is (voornamelijk) het forfait A gefactureerd en voor 20% het forfait B. De RVT-populatie bestaat voor bijna de helft uit B-profielen en ruim een derde is ondergebracht in categorie Cdem²⁹. Noteer ook dat 23% van de ROB-bewoners niet zorgbehoevend is volgens de KATZ-schaal (= 0-forfait). Dat betekent daarom echter niet dat zij thuis kunnen wonen. Ook al vertoont de referentiepopulatie dus geen indicatie van zelfredzaamheidsverlies (verblijven niet in een rustoord, geen thuisverpleging), toch betekent dat nog niet zij geen problemen of klachten in verband met hun gezondheid hebben (ongeveer 11% van de personen uit de referentiepopulatie ging toch gedurende gemiddeld 10 dagen per jaar naar het ziekenhuis).

23. Bron: schriftelijke vraag Griet Coppé

24. Jaarverslag 2018 Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (<https://www.vlaanderen.be/publicaties/jaarverslag-departement-welzijn-volksgezondheid-en-gezin-wvg>)

25. https://www.vlaamse sociale bescherming.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20VSB%202017_0.pdf

26. https://www.aviq.be/fichiers/rapport_annuel_AVIQ_2018.pdf

27. <https://www.parlementfrancophone.brussels/documents/projet-030226-du-2018-10-19-a-16-20-09/document>

28. [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?=&sql=\(text+contains+\(%27%27\)\)&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=loi&F=&cn=2018122147&caller=image_a1&fromtab=loi&la=F&pdf_page=160&pdf_file=http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2019/01/16_1.pdf](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?=&sql=(text+contains+(%27%27))&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=loi&F=&cn=2018122147&caller=image_a1&fromtab=loi&la=F&pdf_page=160&pdf_file=http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2019/01/16_1.pdf)

29. In deze groep zijn ook de bewoners met forfait Cc meegerekend. Dit gaat echter over een beperkt aantal residenten.

Tabel 1: Afhankelijkheidscategorieën in de thuisverpleging en de woonzorgcentra

Thuisverpleging	ROB/CVK	RVT	Vereiste afhankelijkheid
Toiletten (= hygiënische zorg)	-	-	T2: minstens score 2 voor wassen T7: <ul style="list-style-type: none"> • minstens score 2 voor wassen en kleden met bijkomende afhankelijkheid voor incontinentie of met een attest van desoriëntatie in tijd en ruimte • score 4 op wassen en kleden
-	0	-	fysiek volledig onafhankelijk en niet dement zijn;
-	A	-	fysieke afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> • afhankelijkheid om zich te wassen en/of te kleden; psychische afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> • desoriëntatie in tijd en ruimte, én • fysisch volledig onafhankelijk;
A/PA	B	B	fysieke afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> • afhankelijkheid om zich te wassen en te kleden, én • afhankelijkheid voor de transfer en verplaatsingen en/of naar het toilet te gaan; In geval van PA: naast fysieke afhankelijkheid ook beantwoorden aan de voorziene definitie van palliatieve patiënt.
-	B	B	psychische afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> • desoriëntatie in tijd en ruimte, én • afhankelijkheid om zich te wassen en/of te kleden;
-	D	-	Diagnose dementie vastgesteld op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie en waarbij de fysieke afhankelijkheid onvoldoende groot is voor categorie Cdem
B/PB	C	C	fysieke afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> • afhankelijkheid om zich te wassen en te kleden, én • afhankelijkheid voor de transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan, én • afhankelijkheid wegens incontinentie en/of om te eten; In geval van PB: naast fysieke afhankelijkheid ook beantwoorden aan de voorziene definitie van palliatieve patiënt.
-	Cdem	Cdem	psychische afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> • desoriëntatie in tijd én ruimte, of diagnose dementie vastgesteld op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie uitgevoerd door een geneesheer-specialist, én • afhankelijkheid om zich te wassen en te kleden, én • afhankelijkheid wegens incontinentie, én • afhankelijkheid voor de transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten.
C/PC	-	-	fysieke afhankelijkheid: <ul style="list-style-type: none"> • afhankelijkheid om zich te wassen (score 4) en te kleden (score 4) en • afhankelijkheid voor de transfer en verplaatsingen (score 4) en naar het toilet te gaan (score 4) en • afhankelijkheid wegens incontinentie en om te eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3) In geval van PC: naast fysieke afhankelijkheid ook beantwoorden aan de voorziene definitie van palliatieve patiënt.
-	-	CC	Forfait voor de financiering van aangepast zorg voor patiënten in een persisterende vegetatieve status of in een toestand van minimaal bewustzijn (coma)

Het aandeel rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (VT)³⁰ is zeer hoog (53% tot 60%) bij wie thuisverpleging krijgt of in een woonzorgcentrum verblijft. Bij de referentiepopulatie is dit veel lager (17%).

Ten slotte hebben massaal veel personen die zich thuis verzorgen of in een woonzorgcentrum verblijven, het statuut chronisch zieke³¹ (80 tot 87 %). Dit wijst wel op een slechtere gezondheidstoestand want dit statuut vereist herhaaldelijk hoge gezondheidsuitgaven of zelfredzaamheidsverlies³². In de referentiepopulatie hebben veel minder personen het statuut chronisch zieke maar toch nog steeds 17%. Dit toont opnieuw dat deze populatie wel gezondheidsproblemen heeft ook zonder dat zij thuisverpleging nodig hebben.

3.2. Kosten voor gezondheidszorg

3.2.1. Totale kostprijs per maand voor gezondheidszorg

Zoals in tabel 3 te zien is, is de totale kostprijs voor gezondheidszorg (zoals beschreven in 2.3.) ten laste van de VP en de gewestelijke overheden heel wat hoger voor wie in een woonzorgcentrum verblijft ten opzichte van voor wie nog thuis woont. Het mediane bedrag voor personen met thuisverpleging is de helft van het mediane bedrag voor ROB-bewoners. Het verschil tussen beide groepen neemt wel af. Bij de gemiddelde kost bedraagt het verschil 35% en bij de 25% personen met de hoogste kosten (P75), is het verschil nog 25%. Kijken

we naar het bedrag bij de 5% personen met de hoogste kosten (P95), dan zien we dat de uitgaven voor gezondheidszorg voor personen die een beroep doen op thuisverpleging voor de overheid zelfs hoger liggen is dan voor wie een beroep doet op residentiële zorg.

Binnen de totale populatie WZC-bewoners is de totale kostprijs voor gezondheidszorg aan RVT-bewoners gemiddeld hoger dan deze voor ROB-bewoners. Dit is niet te verwonderen, rekening houdende met het grote gewicht van de forfaitaire tegemoetkoming voor zorg in het WZC in de totale kost (zie verder). In RVT-bedden verblijven immers enkel zwaar zorgbehoevende ouderen voor wie de overheid een ruimere personeelsomkadering financiert.

Logischerwijs is de totale kostprijs voor gezondheidszorg voor de personen uit de referentiepopulatie eerder beperkt, vergeleken met de andere groepen. Zij doen immers geen beroep op thuisverpleging, noch op residentiële zorg en hebben wellicht beperktere concrete zorgnoden.

We stellen ook vast dat de spreiding van de overheidskost voor gezondheidszorg voor deze groep relatief beperkt is (figuur 1). Vooral binnen de groep met thuisverpleging zien we wel grote verschillen tussen de individuen.

Wie thuis wordt verzorgd, heeft een hoger persoonlijk aandeel voor gezondheidszorg, dus remgeld en supplementen: de mediaan (P50) is 36 euro per maand, het 3de kwartiel (P75) is 62

Tabel 2 : Kenmerken van de 3 bestudeerde populaties (gegevens LCM 2018)

CM gegevens 2018		Referentiepopulatie	Thuiszorg	Woonzorgcentrum	
				RVT	ROB
Leeftijd	Gemiddelde	71 jaar	82 jaar	86 jaar	85 jaar
Aantal dagen	Gemiddelde		252 dagen	321 dagen	303 dagen
Man	Gemiddeld %	47,8%	32,6%	24,2%	27,4%
Rechthebbende verhoogde tegemoetkoming	Gemiddeld %	17,4%	56,4%	60,5%	53,1%
Ziekenhuisopname*	Gemiddeld %	10,5%	42,7%	32,9%	35,3%
Aantal dagen in het ziekenhuis*	Gemiddelde	10,3 dagen	25,0 dagen	25,6 dagen	27,5 dagen
Rechthebbende statuut chronische aandoening	Gemiddeld %	17,3%	77,9%	86,9%	81,1%

30. <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-betere-vergoeding-medische-kosten.aspx#.XXD4-igzaUk>

31. <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/specifieke-regelingen/statuut-chronische-aandoening>

32. <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/specifieke-regelingen/statuut-chronische-aandoening>

CM gegevens 2018		Referentiepopulatie	Thuiszorg	Woonzorgcentrum	
				RVT	ROB
Afhankelijkheidsgraad (type forfait)					
Geen indicatie voor zelfredzaamheidsverlies	%	100%			
	N	100.000			
Toilet	%		45,0%		
	N		35.577		
O	%				23,1%
	N				5.822
A	%		28,8%		34,7%
	N		22.775		8.746
B	%		20,1%	47,3%	10,7%
	N		15.848	14.768	2.692
C	%		3,4%	15,4%	5,9%
	N		2.652	4.799	1.492
Cdem/Cc	%			37,3%	17,7%
	N			11.641	4.465
D	%				7,9%
	N				2.000
Palliatief	%		2,8%		
	N		2.174		

* klassieke opname in algemene en psychiatrische ziekenhuizen

euro per maand. Voor wie in een ROB-bed is opgenomen is dit respectievelijk 30 en 50 euro. Opvallend is wel dat de eigen bijdragen voor remgelden en supplementen voor personen in de referentiepopulatie niet zo veel verschillen met deze voor RVT-bewoners.

Voor alle groepen geldt wel dat er een vrije grote spreiding is in de hoogte van de eigen bijdragen voor gezondheidszorg (figuur 1).

Zoals gezegd moeten al deze bedragen steeds met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden aangezien in deze studie met heel wat kosten ten gevolge van afhankelijkheid geen rekening is gehouden omdat deze niet gekend zijn door de mutualiteiten. Ook moet rekening gehouden worden met verschillen in financieringssystemen. Zo wordt in de woonzorgcentra de zorg door kinesitherapeuten bij opname in een RVT-bed gefinancierd via de forfaitaire overheidstegemoetkoming en is er dus geen remgeld noch supplementen ten laste van de bewoners. Dit kan mee verklaren waarom de eigen bijdrage voor gezondheidszorgprestaties in ROB iets hoger is dan deze in RVT. De samenstelling van de onderzochte populaties is niet identiek (zie Tabel 1): de afhankelijkheidsgraad en het aandeel VT-rechthebbenden zijn niet dezelfde.

3.2.2. Per uitgavencategorie (gemiddeld)

Vervolgens is voor elke groep nagegaan hoe de gemiddelde totale kost voor gezondheidszorg ten laste van de overheden en ten laste van de gebruiker is samengesteld.

Het zal niet verrassen: de gemiddelde gezondheidskosten voor de VP en de gewestelijke overheden zijn vooral forfaits voor woonzorgcentrumbewoners en verpleegkosten voor wie thuis wordt verzorgd. Maar mede doordat het forfait een ruimer pakket aan zorgen dekt, is de dominantie van deze specifieke kost veel groter in de residentiële zorg (ruim drie kwart van de totale gemiddelde kost). De uitgaven voor ziekenhuisverblijf (klassieke hospitalisatie) zijn eveneens goed aanwezig. Uit onze analyse blijkt dat de overheidskost, naar gelang de setting, 200 à 300 euro per maand bedraagt. Thuis verzorgd worden of in een woonzorgcentrum verblijven, gaat vaak gepaard met ziekenhuisopnamen. Voor wie thuis verzorgd wordt, maar ook voor de referentiepopulatie, gaat het om bijna een kwart van de gemiddelde totale kostprijs. In de WZC is dit aandeel lager. Dit heeft wellicht te maken met de permanente professionele omkadering in deze setting waardoor ziekenhuisopnames minder frequent zijn.

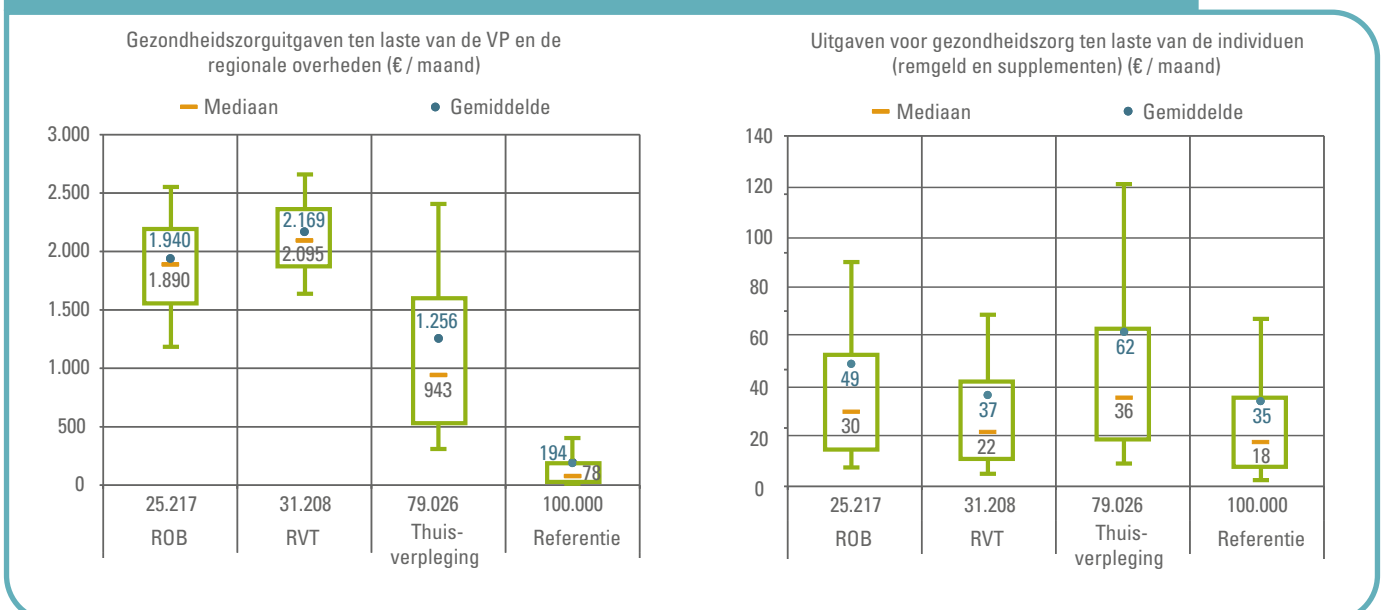
Tabel 3: Verdeling van de uitgaven voor gezondheidszorg per maand per persoon in euro (2018)

		Woonzorgcentrum - rustoord voor bejaarden (ROB)	Woonzorgcentrum - rust- en verzorgingstehuis (RVT)	Thuisverpleging	Referentiepopulatie
Kostprijs voor VP en deelstaten	Mean	1.939,7	2.169,3	1.256,3	194,3
	P10	1.183,2	1.639,6	309,2	16,8
	P25	1.554,6	1.869,5	533,4	36,7
	P50	1.889,7	2.094,5	943,1	78,1
	P75	2.194,0	2.341,9	1.602,8	173,5
	P95	2.933,9	2.994,1	3.121,7	694,2
Kostprijs voor het individu (RG en supplementen)	Mean	49,3	37,0	62,1	34,6
	P10	7,7	6,2	10,0	3,5
	P25	15,1	11,5	19,3	8,6
	P50	30,4	22,4	35,9	18,4
	P75	52,8	41,2	62,9	36,3
	P95	146,4	102,6	208,5	106,7

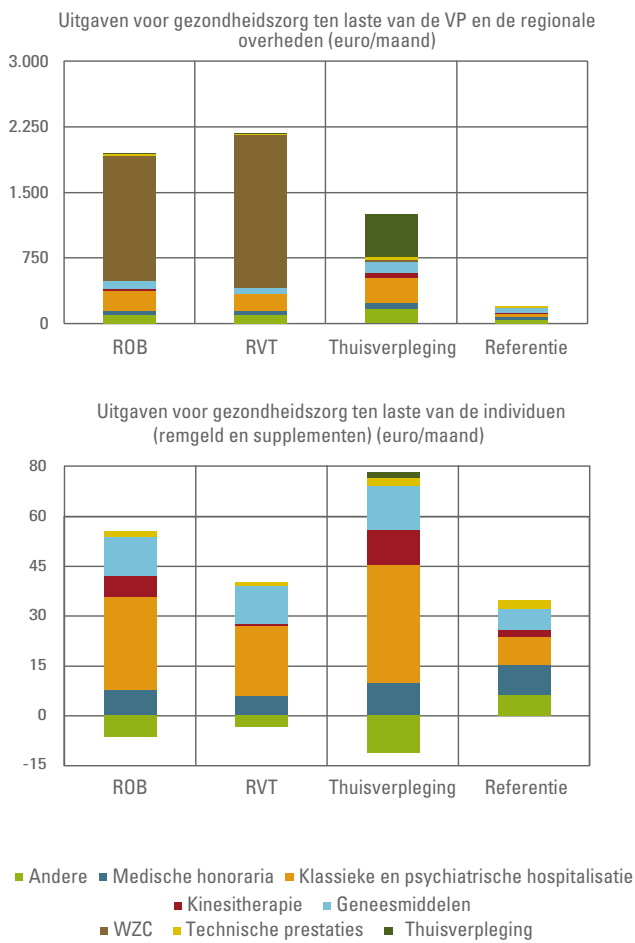
In de structuur van de gemiddelde gezondheidskosten die de individuen zelf betalen, is onmiddellijk merkbaar dat het aandeel van de ziekenhuiskosten groot is: gemiddeld 35 euro per maand voor wie thuis verzorgd wordt en, naar gelang het type woongelegenheden, gemiddeld 28 en 21 euro voor wie in een WZC verblijft. Dit is telkens 57% van het totale bedrag aan

remgelden en supplementen voor gezondheidszorg. In tweede orde komen de remgelden voor geneesmiddelen. Ook is de gunstige impact van de MAF (in figuur 2, het gedeelte staafjes onder nul) zichtbaar: de MAF-terugbetalingen doen de gezondheidszorgfactuur dalen, vooral voor wie thuis wordt verzorgd.

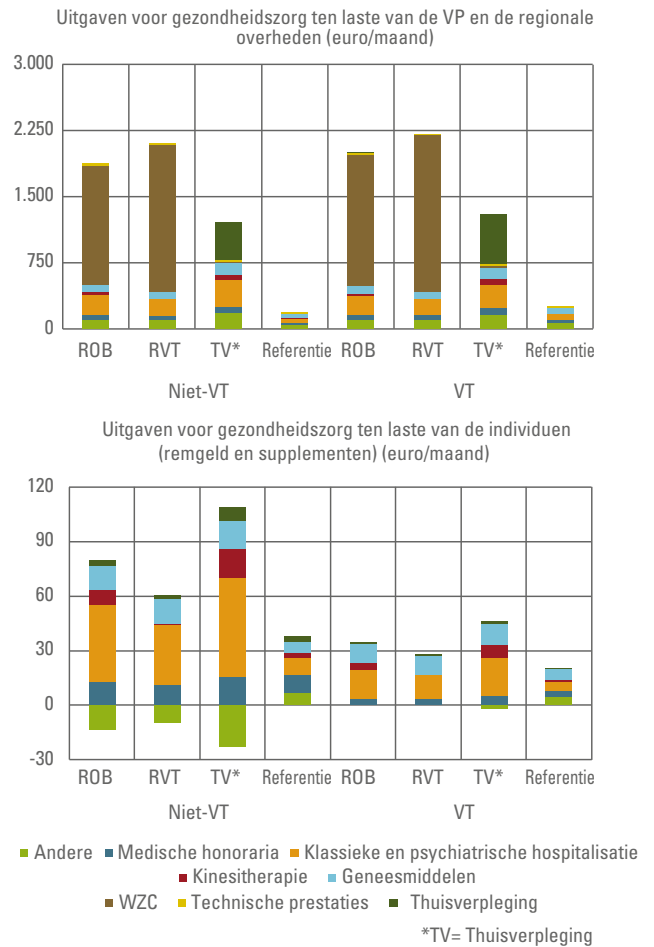
Figuur 1: Boxplots – verdeling van de uitgaven per maand per persoon



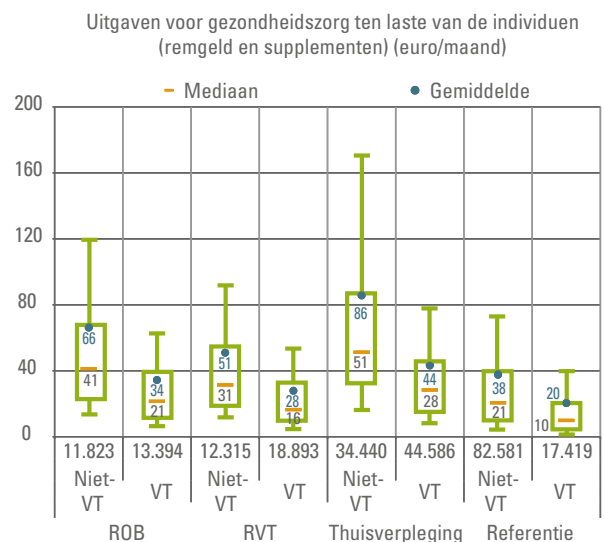
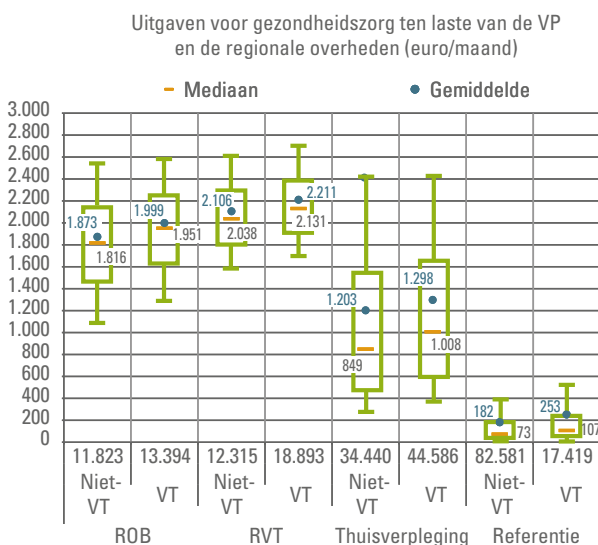
Figuur 2: Structuur van de gemiddelde uitgaven per maand volgens de uitgavencategorie



Figuur 3: Structuur van de gemiddelde uitgaven per maand volgens het sociaal statuut (VT– niet-VT)



Figuur 4: Boxplots – verdeling van de gemiddelde maandelijkse uitgaven volgens het sociaal statuut (VT/niet-VT)



3.2.3. Volgens het sociaal statuut

Figuur 3 toont de gemiddelde kostenstructuur, (links) ten laste van de VP en de gewestelijke overheden of (rechts) ten laste van de individuen, al dan niet met verhoogde tegemoetkoming. Figuur 4 bevat informatie over de spreiding van deze kost.

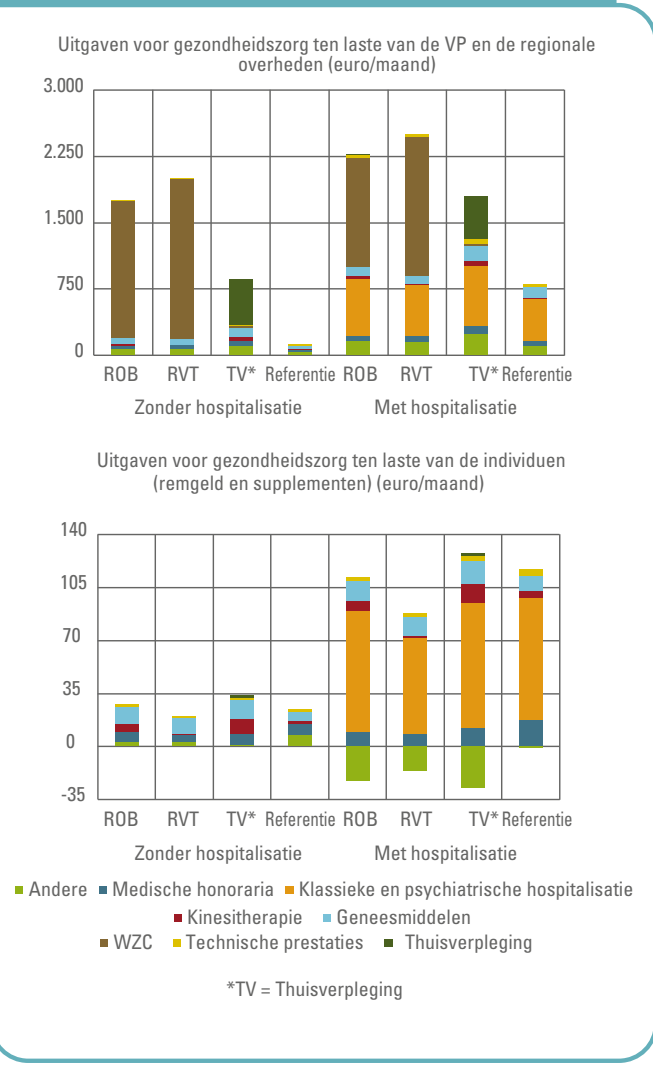
De structuur van de gezondheidskosten is zeer gelijkaardig met of zonder verhoogde tegemoetkoming. Zoals verwacht zijn de gezondheidskosten ten laste van de VP en de gewestelijke overheden iets hoger voor VT-rechthebbenden. Een groot verschil is echter merkbaar bij de kosten die het individu zelf moet betalen: remgeld en supplementen ingeval van verhoogde tegemoetkoming bedragen gemiddeld slechts de helft van wat gewone verzekerden zonder dit sociaal statuut betalen.

3.2.4. Al dan geen ziekenhuisopname

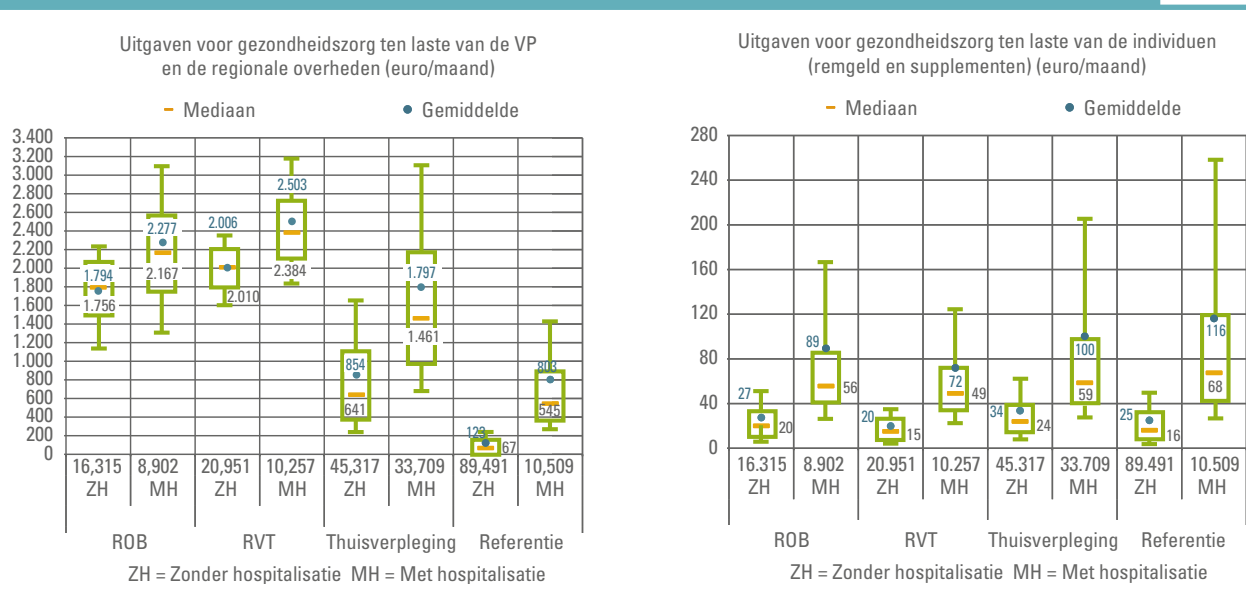
Figuur 5 toont de structuur van de gemiddelde gezondheidskosten (links) ten laste van de VP en de gewestelijke overheden of (rechts) ten laste van de individuen met of zonder ziekenhuisopname. Figuur 6 bevat informatie over de spreiding van deze kost.

Een interessante vaststelling is dat de kostprijs van thuiszorg in combinatie met een ziekenhuisopname niet noodzakelijk lager is voor de VP en de deelstaten dan de kostprijs voor woonzorgcentrumbewoners (Figuur 6). Ook is er nauwelijks verschil tussen de kostprijs voor de referentiepopulatie met hospitalisatie en deze voor de groep met thuisverpleging maar zonder hospitalisatie. Figuur 6 toont dat de spreiding groter is voor de subgroepen met hospitalisatie.

Figuur 5: Structuur van de gemiddelde uitgaven per maand per uitgavencategorie met of zonder ziekenhuisopname



Figuur 6: Boxplots – verdeling van de gemiddelde uitgaven per maand met of zonder ziekenhuisopname



De analyse van de kostprijs ten laste van de patiënt bevestigt de impact van de ziekenhuisopname op het totale bedrag dat mensen zelf betalen voor hun gezondheidszorg. In vergelijking met de subgroepen zonder hospitalisatie, is het totaal bedrag aan remgelden en supplementen voor de referentiepopulatie en de WZC-bewoners minstens vier keer hoger. Voor personen met thuisverpleging is dit het driedubbele. In geval van een ziekenhuisopname, maakt de ziekenhuisfactuur 70 tot 90% van de totale maandelijkse gezondheidszorgkost uit. Tegelijk stellen we ook vast dat het ook voor deze groep is dat de impact van de MAF het grootst is.

Ten slotte valt de grote variatie in kostprijs binnen de subgroepen met hospitalisatie nog meer op.

3.2.5. Per regio

Aangezien het zorglandschap in de ouderenzorg verder zal evolueren als gevolg van de zesde staatshervorming, analyseerde CM ook de gezondheidszorgkosten volgens gewest. Zijn er verschillen? En zo ja, welke? Deze elementen kunnen mogelijks een rol spelen in het debat over het toekomstig ouderenzorgbeleid van de regio's.

De gezondheidskosten ten laste van de verplichte verzekering en de deelstaten zijn het hoogst in Vlaanderen en het laagst in Brussel. Dit wordt mee verklaard door het financieringssysteem en de verschillen in afhankelijkheidsprofiel van de WZC tussen de regio's.

Voor CM-leden (vanaf 60 jaar) in een woonzorgcentrum (ROB en RVT) over wie deze studie gaat, is merkbaar dat 22% van hen het O- of A-forfait hebben in Vlaanderen tegenover 35% in Wallonië en 39% in Brussel. Voor de C, Cc en Cdem – forfaits wordt dit respectievelijk 45% in Vlaanderen, 38% in Wallonië en 36% in Brussel.

Dit is niet specifiek voor de populatie van CM-leden. De Atlas van het Intermutualistisch Agentschap (IMA)³³ biedt een vergelijkingspunt. Het IMA beschouwt de 65-jarigen en ouder als de referentiepopulatie en de laatst beschikbare gegevens dateren van 2017 – de vergelijking is dus niet perfect - maar de trends zijn vergelijkbaar in elk gewest: in Vlaanderen heeft 20% van de patiënten een O- of A-forfait, 31% in Wallonië en 35% in Brussel. Voor de C, Cc en Cdem forfaits is dit respectievelijk 45% voor Vlaanderen, 41% voor Wallonië en 38% voor Brussel.

De afhankelijkheidsgraad in woonzorgcentra is dus globaal minder uitgesproken in Wallonië en Brussel ten opzichte van Vlaanderen. Dit heeft een impact op de overheidsuitgaven. Voor de financiering van de WZC wordt per voorziening immers een bedrag van forfaitaire tegemoetkoming per dag be-

rekend waarbij rekening wordt gehouden met de case mix van bewoners van die voorziening. Naarmate een voorziening in verhouding meer zwaar zorgbehoevende bewoners telt, zal het bedrag hoger liggen aangezien een sterkere personeelsomkadering gefinancierd wordt. Dit ene bedrag wordt dan betaald voor elke bewoner, ongeacht het afhankelijkheidsniveau.

Bij thuiszorg is echter het omgekeerde merkbaar: de gemiddelde kostprijs van de gezondheidszorg voor de VP en de gewestelijke overheden is het laagst in Vlaanderen en het hoogst in Brussel. Dit komt deels door het zorgbehoevendheidsprofiel van de patiënten dat per gewest verschilt. Voor de CM-leden over wie deze studie gaat, bedraagt de verhouding voor het aantal patiënten met een toilet- of A-forfait 75% in Vlaanderen, 71% in Wallonië en 64% in Brussel. De IMA-statistieken 2017 geven een vergelijkingspunt (dat echter niet perfect is: het IMA neemt de 65-jarigen en ouder, maakt geen onderscheid tussen palliatieve en andere forfaits): de verhouding van het aantal patiënten met een toilet- of A- (of PA-) forfait is 80% in Vlaanderen, 73,5% in Wallonië en 71,5% in Brussel.

De tweede belangrijkste kostenpost voor personen met thuiszorg zijn de ziekenhuiskosten. Ook daar is te zien dat de kosten lager zijn in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel. Dat komt niet noodzakelijk doordat Walen en Brusselaars vaker naar het ziekenhuis gaan. Wel verschilt de gemiddelde verblijfsduur per gewest: 24,5 dagen in Vlaanderen, 26,4 dagen in Wallonië en 33,5 dagen in Brussel.

De kosten voor gezondheidszorg die de patiënt zelf betaalt, zijn wel het hoogst in Brussel en het laagst in Vlaanderen. Hier is de invloed van de zorg in het ziekenhuis merkbaar. Ook zijn de gemiddeld hogere kamer- en honorariumsupplementen in eenpersoonskamers in Brusselse ziekenhuizen³⁴, mee een verklaring. Voor personen met thuisverpleging en ROB-bewoners is er ook een duidelijk verschil in de eigen bijdragen voor geneesmiddelen naar gelang de regio.

Opvallend is ook de grotere impact van de MAF in Wallonië en vooral in Brussel, en dit voornamelijk voor de groep personen die een beroep doet op thuisverpleging. Wij zagen al eerder dat Brusselaars en Walen langer in het ziekenhuis blijven: een langere verblijfsduur impliceert meer remgeld dat meetelt voor de MAF en dus meer kans om het plafond te bereiken dat dan een recht op terugbetaling in het kader van de MAF opent. Brussel heeft ook iets meer VT bij wie zich thuis laat verzorgen (voor de VT-rechthebbenden is het te bereiken remgeldplafond het laagst).

33. Bron: IMA-atlas: <http://atlas.ima-aim.be/databanken>

34. 13^{de} CM-barometer van de ziekenhuisfactuur, p. 36: https://www.mc.be/media/Dossier%20de%20presse%20barom%C3%A8tre%202017_tcm49-43593.pdf

3.2.6..... Volgens de afhankelijkheidsgraad

De figuren 9 en 10 bevatten informatie over de kostprijs voor gezondheidszorg volgens niveau van afhankelijkheid, op basis van de gefactureerde prestaties (toiletten of forfaits).

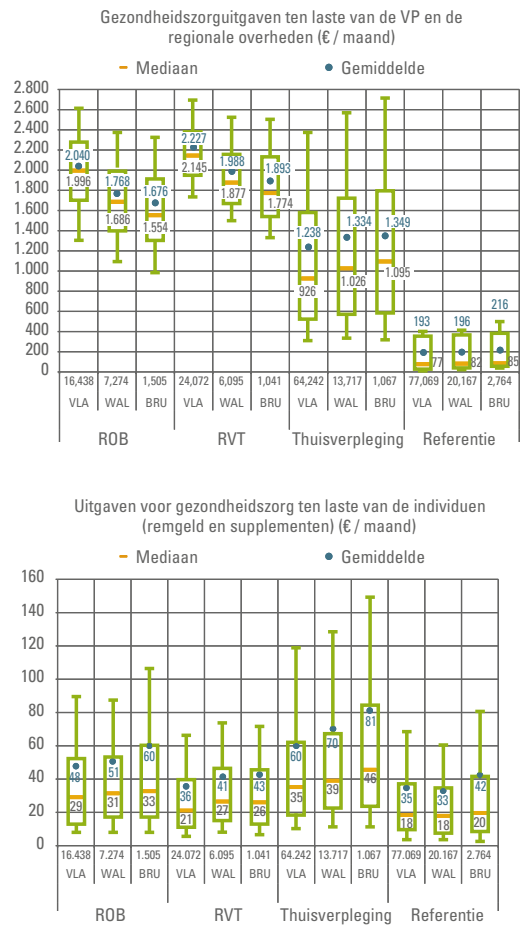
De kosten voor gezondheidszorg ten laste van de VP en de deelstaten stijgen in grote lijnen volgens de zorgbehoevendheid bij thuiszorg. Hetzelfde geldt voor de kost voor hospitalisatie en voor kinesitherapie. Gegeven het feit dat RVT-bedden bedoeld zijn voor zwaar zorgafhankelijke ouderen, is hier minder variatie vast te stellen. Opvallend is wel dat de uitgaven voor hospitalisatie voor dezelfde afhankelijkheidscategorie hoger zijn in ROB in vergelijking met RVT.

De hoogste gemiddelde uitgave voor gezondheidszorg vinden we bij de personen voor wie een van de forfaits palliatieve zorg in de thuisverpleging wordt gefactureerd (3.187 euro per maand).

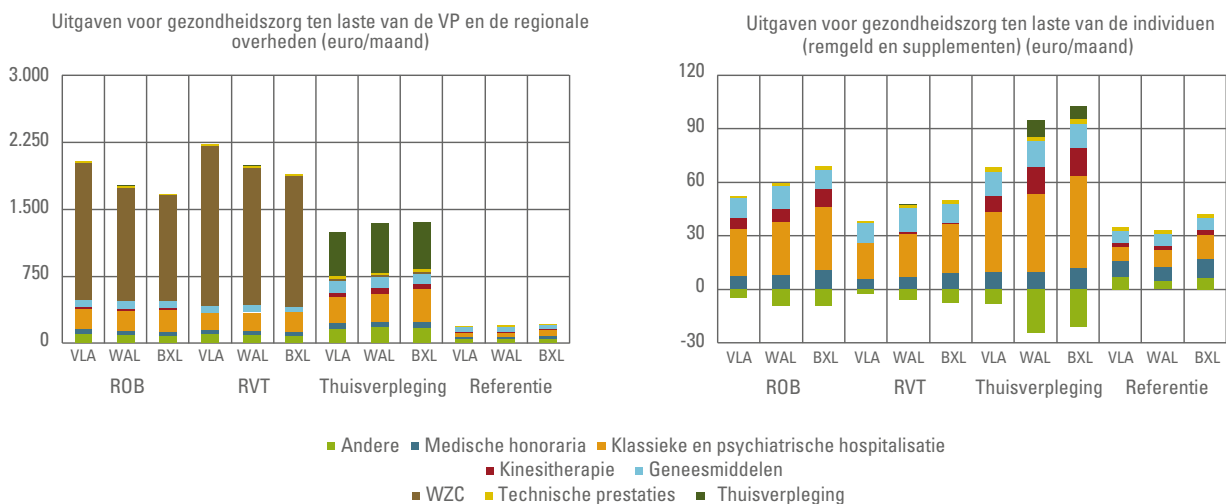
Voor de kosten voor gezondheidszorg die de patiënten zelf moeten betalen, stellen wij vast dat de totale kostprijs stijgt volgens de zorgbehoevendheid vooral bij thuiszorg en voor de bewoners van een rustoord voor bejaarden (behalve voor de categorieën D en Cdem).

Het hoogste gemiddeld bedrag aan remgelden en supplementen wordt betaald door personen voor wie een van de palliatieve forfaits in de thuisverpleging wordt gefactureerd.

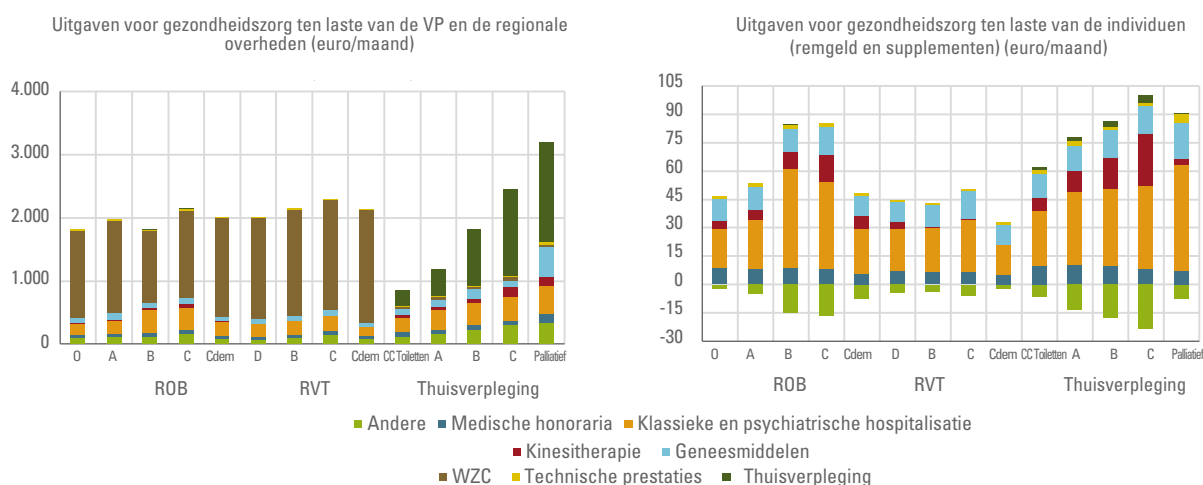
Figuur 8: Boxplots - verdeling van de gemiddelde uitgaven per maand volgens het gewest waar men woont



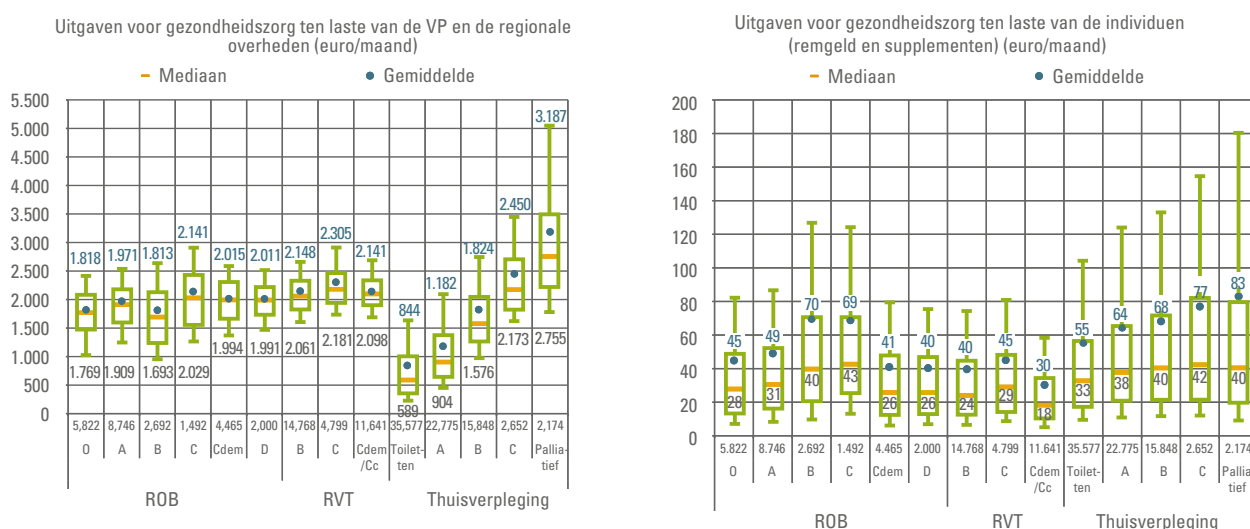
Figuur 7: Structuur van de gemiddelde uitgaven volgens de uitgavencategorieën en het gewest waar men woont



Figuur 9: Structuur van de gemiddelde uitgaven per maand per uitgavencategorie en forfait



Figuur 10: Boxplots - verdeling van de gemiddelde uitgaven per maand per forfait



4. Besluit

In een vergrijzende samenleving neemt de vraag naar zorg en ondersteuning voor ouderen toe. Ouderen zelf staan voor de keuze waar ze de noodzakelijke zorg willen krijgen: thuis of in een woonzorgcentrum. Ook de bevoegde overheden moeten beslissen hoe ze de beschikbare middelen zullen investeren. In beide gevallen is de kostprijs een van de evaluatiecriteria.

In het licht hiervan, analyseerde CM vanuit verschillende invalshoeken de kostprijs voor gezondheidszorg bij ouderen ten laste van de overheid en ten laste van de gebruiker. Voor deze studie is gebruik gemaakt van de CM-facturatiegegevens 2018. Hoewel in deze studie slechts een deel van de uitgaven waarmee de overheden en ouderen geconfronteerd worden

is meegenomen en de resultaten dus met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden, kunnen niettemin enkele interessante vaststellingen alsook aanbevelingen gedaan worden.

- We benadrukken meermaals dat deze studie slechts een partieel beeld kan geven van de kosten die gepaard gaan met zorgafhankelijkheid. Omdat de ziekenfondsen hier geen directe informatie over hebben, zijn heel wat uitgaven voor zorg en dienstverlening die in het kader van een bredere definitie van gezondheid zinvol kan genoemd worden, niet in deze studie meegenomen. De kosten voor gezinszorg, poetsdiensten, oppasdiensten en de dagprijs en bijkomende kosten in het WZC zijn maar enkele voorbeelden hiervan. Op dit ogenblik is er ook vanuit studies onvoldoende zicht op de totale publieke kost, noch op de precieze omvang van het geheel aan out of pocket uitgaven waarmee een zorg-

vragers geconfronteerd wordt. De onderzoeksgegevens hierover zijn gefragmenteerd, onvolledig en soms moeilijk vergelijkbaar. Met het oog op het garanderen van de betaalbaarheid, moet dan ook werk gemaakt worden van een permanente monitoring van de zorgkost op alle bevoegdheidsniveaus.

- Mocht uit deze monitoring een probleem van betaalbaarheid blijken, dan moet dat zo snel mogelijk gecorrigeerd worden. In ons, door de zesde staatshervorming nog complexer geworden zorglandschap, hebben alle betrokken actoren in elk geval de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat die complexiteit geen negatieve weerslag heeft op de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning. Overleg en samenwerking tussen de bevoegde overheden is dan ook essentieel om tot een gecoördineerde oplossing te komen.
- Uit de analyse van de beschikbare gegevens blijkt dat de kostprijs voor gezondheidszorg voor de overheid doorgaans lager ligt voor wie thuis kan blijven. Maar we hebben ook kunnen vaststellen dat er situaties zijn waarbij deze kostprijs voor gezondheidszorg in de thuissituatie hoger is dan deze bij opname in een woonzorgcentrum. De mate van afhankelijkheid en de combinatie met ziekenhuisopnames zijn hier medebepalend. Voor de patiënten zelf is de totale kostprijs voor gezondheidszorg doorgaans hoger wanneer ze gebruik maken van thuisverpleging.
- Binnen elke groep, maar vooral binnen de groep met thuisverpleging, zijn er tussen individuen grote verschillen in totale kostprijs. Dit roept vragen op over de betaalbaarheid van de zorg voor iedereen. Percentiel 95 van elke subpopulatie toont dat de maandelijkse kosten voor gezondheidszorg ten laste van de VP en de deelstaten zeer hoog kunnen oplopen en deze voor de patiënt moeilijk betaalbaar kunnen worden. Gelukkig bestaan verschillende beschermingsmechanismen, bijvoorbeeld: VT-rechthebbenden betalen slechts de helft zelf. Ook de MAF blijkt, zeker voor wie thuis verzorgd wordt, een belangrijke correctiemeetregel.
- De hoogte van en de verschillen in uitgaven worden in belangrijke mate bepaald door uitgaven voor hospitalisatie. De betaalbaarheid van ziekenhuiszorg voor overheid en patiënt is dan ook een belangrijk uitdaging op korte termijn. Een van de mogelijkheden om de factuur van de patiënt te verlichten, is de volledige afschaffing van ereloon-supplementen³⁵. Dit moet gepaard gaan met een hervormingen in het financieringsmechanisme met het oog op een correcte ziekenhuisfinanciering.
- Daarnaast moeten ook initiatieven die erop gericht zijn ziekenhuisopnames of opname in een WZC te vermijden of zo lang mogelijk uit te stellen, verder ondersteund en waar nodig versterkt worden (valpreventie, nachtopvang, oppasdiensten, de inzet van mantelzorgers en vrijwilligers, overleg over en coördinatie van zorg en ondersteuning, tussenschakels tussen ziekenhuisopname en thuiszorg, ...). Dit zal ook bijdragen tot de levenskwaliteit van de ouderen zelf.
- In de thuiszorg is de mate van zorgafhankelijkheid een van de factoren die de hoogte van de kostprijs voor gezondheidszorg beïnvloedt. Vooral voor personen in de hoogste afhankelijkheids categorie van thuisverpleging (forfait C en palliatieve forfaits), zijn de gezondheidszorgkosten zowel voor de overheid als voor de ouderen hoog. Tegelijk weten we dat die ouderen, zelfs in geval van zware afhankelijkheid, de opname in een WZC zo lang mogelijk willen uitstellen. Dit zal in de toekomst niet veranderen. Er moet dan ook verder geïnvesteerd worden in integrale zorg- en samenwerkingsmodellen die een zorgcontinuüm op maat van de patiënt uitbouwen, waarbij naast de kwaliteit ook het garanderen van toegankelijkheid en betaalbaarheid belangrijk is. Hierbij zijn ook bijkomende middelen nodig voor andere vormen van zorg die zich situeren tussen thuiszorg en zorg in het WZC en voor innovatieve woonvormen. Een mogelijkheid om deze bijkomende middelen te creëren is de verdere afbouw van acute ziekenhuisbedden.

35. Zie het memorandum van CM voor de verkiezingen van 2019: https://www.cm.be/media/CM-memorandum-verkiezingen-mei-2019_tcm47-18295.pdf

Slaaptherapie kan het gebruik van slaapmedicatie verminderen

Rebekka Verniest, Katte Ackaert en Gauthier Vandeleene (Studiedienst)

Samenvatting

Heel wat mensen kampen met slaapproblemen, soms over een lange periode. Dit kan het functioneren en de levenskwaliteit aantasten. Tegelijk is ook algemeen geweten dat de Belgen in Europa koploper zijn in het gebruik van geneesmiddelen, waaronder slaapmedicatie. We weten ook dat dit, zeker op langere termijn, niet de beste of meest duurzame oplossing is voor slaapproblemen. Daarentegen is er wetenschappelijk evidentie dat slaaptherapie wel kan leiden tot betere en meer langdurige positieve resultaten. In het kader van haar rol als gezondheidsfonds, zet CM met verschillende initiatieven in op de slaapkwaliteit van mensen. Zo is er voor de Vlaamse CM-leden een tegemoetkoming in de kosten van slaaptherapie. In een onderzoek wilde CM ook nagaan in welke mate deze therapie leidt tot een betere slaap en een verminderd geneesmiddelengebruik. De resultaten van het onderzoek zijn zeker bemoedigend. Bij de meerderheid van de deelnemers aan het onderzoek blijkt het geneesmiddelengebruik drastisch afgenomen.

Sleutelwoorden: Slaap, slaapproblemen, geneesmiddelengebruik, gezondheidsfonds, slaaptherapie

1. Context

Naar gelang de bron, heeft 25 tot 30% van de bevolking last van slaapproblemen¹. Soms worden de problemen om in te slapen of door te slapen uitgelokt door specifieke omstandigheden en zijn ze een reactie op stress of veranderingen (examen, financiële problemen, verlieservaring, ...). Deze acute slapeloosheid is doorgaans van tijdelijke aard. Maar soms houdt de slapeloosheid weken, maanden of jaren aan (= chronische slapeloosheid) en kan er geen duidelijke uitlokkende factor meer aangeduid worden. In dat geval is een verdere aanpak aangewezen.

Slapeloosheid kan het welvinden en de gezondheid immers ernstig aantasten. Wie langdurig slecht slaapt, voelt zich overdag niet uitgerust, is gespannen en prikkelbaar, kan zich moeilijker concentreren en ondervindt problemen met het geheugen. Het leidt tot lagere productiviteit en meer verzuim op het werk of op school. Er zijn ook steeds meer aanwijzingen van een verband tussen slapeloosheid en het ontwikkelen van depressieve gevoelens en angststoornissen en de prevalentie van verkeers- en arbeidsongevallen, valincidenten, ...

Heel wat mensen met slaapproblemen zoeken hun toevlucht in slaapmiddelen. Vergeleken met de buurlanden, blijft België een koploper in het chronische gebruik van benzodiazepines, de groep waartoe de meeste gebruikte slaapmiddelen behoren. Ook het verbruik van kalmeermiddelen ligt in ons land hoog. Jammer genoeg bieden deze geneesmiddelen op de lange termijn geen oplossing voor het slaapprobleem. Bij langdurig gebruik van slaapmedicatie treedt immers gewenning op en heeft de medicatie enkel nog effect indien de dosis verhoogd wordt.

In 2018 verscheen een aangepaste richtlijn voor huisartsen die ook focust op manieren om slapeloosheid aan te pakken zonder geneesmiddelen en zoveel mogelijk op maat van de patiënt². Daarbij kan de huisarts samenwerken met de eerste lijnspsycholoog of de patiënt een slaapcursus aanbevelen. Voor de slechte slapers is slaaptherapie dus een van de aanbevolen behandel mogelijkheden. Het is een vorm van cognitieve gedragstherapie waarbij deelnemers tijdens verschillende sessies in een slaapcentrum - verbonden aan een ziekenhuis - hun chronische slapeloosheid leren aanpakken.

1. https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20documenten/WB_NL_2013.pdf en <https://www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/Longziekten/Gentse%20Universitaire%20Slaapkliniek/Paginas/Slaapstoornissen.aspx>
2. Aanpak van slaapklachten en insomnie bij volwassenen in de eerste lijn (<https://domusmedica.be/sites/default/files/WOREL%20RL%20Aanpak%20insomnie%20NL%2010102018.pdf>)

Als gezondheidsfonds wil ook CM inzetten op de slaapkwaliteit van mensen en hen op weg helpen naar een betere en gezondere slaap. Want goed en voldoende slapen is belangrijk voor de gezondheid. De voorbije jaren is hierrond een ruim aanbod uitgewerkt met informatie en tips, en educatieve tools ter ondersteuning van een gezond slaappatroon. De Vlaamse CM-ziekenfondsen voorzien bovendien in een tegemoetkoming in de kosten voor slaaptherapie³. Concreet krijgen leden een tegemoetkoming tot 150 euro in de kosten voor slaaptherapie in een van de slaapcentra waarmee CM een overeenkomst afsloot. Tegelijk is samengewerkt voor een evaluatie van de impact van deze therapie.

2. CM-onderzoek naar de impact van de slaaptherapie

2.1. Methodologie

Sinds CM een tegemoetkoming voorziet in de kosten voor slaaptherapie, volgden al heel wat leden een dergelijke slaaptherapie. Op drie verschillende momenten werden ze uitgenodigd om deel te nemen aan een online bevraging. Een eerste bevraging gebeurde op het einde van de therapie. 6 maanden en 12 maanden na het einde van de therapie werden de betrokken leden opnieuw bevraged met dezelfde vragenlijst. Dit liet toe om de vooruitgang op het vlak van slaap en slaapkwaliteit op langere termijn sinds het einde van de therapie te beoordelen. In de vragenlijst is gepeild naar het gebruik van slaapmedicatie (al dan niet op voorschrift), de tevredenheid over de slaaptherapie, de ervaren slaapproblemen en de impact van de therapie.

CM ontving van 523 leden een ingevulde vragenlijst op het einde van de therapie. Na verloop van 6 maanden waren er 359 reacties en na verloop van 12 maanden 254.

2.2. Resultaten

2.2.1. Profiel van de deelnemers

523 personen beantwoordden de enquête op het einde van hun therapie. Het ging om 169 mannen (32%) en 354 vrouwen (68%). 60% volgde de therapie na doorverwijzing door een zorgverlener. Het merendeel van de deelnemers leed al langdurig aan slaapproblemen: 87% gedurende ten minste één jaar en ruim 52% zelfs gedurende meer dan zes jaar. 30% gebruikte voor de slaaptherapie geneesmiddelen zonder voorschrift en bijna 58% geeft aan dat ze gebruik hebben gemaakt van slaapmiddelen die door een arts werden voorgeschreven. Meer dan 75% van de personen gebruikte meer dan 3 keer per week een slaapmiddel.

2.2.2. Tevredenheid over de therapie

Ongeacht het bevragingmoment, is een meerderheid van de deelnemers tevreden over de verschillende aspecten van de geboden therapie (intake, inhoud en bruikbaarheid van de sessies, begeleiding door de slaaptrainer, het trainingsmateriaal en de locatie). Zij zouden de therapie dan ook (zeker) aan anderen aanbevelen.

Opvallend is wel dat een niet te verwaarlozen groep aangeeft dat ze geen beoordeling kunnen geven van 'de follow-up na de therapie' en 'ondersteuning bij de afbouw van slaapmedicatie' wegens 'niet van toepassing'. Hier is mogelijks een verbetermarge indien zou blijken dat deelnemers aan de therapie hier behoefte aan hebben.

2.2.3. Effect van de slaaptherapie

Kwaliteit van de slaap

Aan de deelnemers is gevraagd de kwaliteit van hun slaap in de maand voorafgaand aan de bevraging te beoordelen. In de verschillende bevragingen beoordeelt een meerderheid de slaap als vrij of zeer goed. Bovendien vindt bijna vier op de vijf dat de slaap beter is dan voor het begin van de therapie. Voor 16% lijkt er geen verbetering te zijn. Hierbij moet rekening worden gehouden met de vaststelling dat er ruim een op de tien deelnemers in de periode voor het bevragingmoment een ingrijpende levensgebeurtenis meemaakte. Dit kan een (al dan niet tijdelijke) impact hebben op de slaapkwaliteit en dus verklaren dat er geen verbetering was in de periode voor de bevraging.

Niettemin ondervinden de deelnemers nog slaapproblemen. Na de therapie geeft nog 42% aan dat ze midden in de nacht of in de vroege ochtend wakker werden en had 30% slaapproblemen omdat ze 's nachts naar het toilet moesten. Een deelnemer op zeven kon niet binnen de 30 minuten in slaap vallen of lag in bed te piekeren. Deze slaapproblemen hadden ook impact op de dagelijkse activiteiten en leidde bij heel wat deelnemers een of meerdere malen per week tot neerslachtige of depressieve gevoelens. Ook na 6 en na 12 maanden blijven deze problemen bij een deel van de deelnemers bestaan.

Geneesmiddelengebruik

In de eerste bevraging, op het einde van de therapie, geeft 76% aan geen slaapmiddelen op voorschrift te hebben gebruikt (tabel 1). Voor slaapmiddelen zonder voorschrift is dit bijna 90%. Na 12 maanden is dit voor de voorgeschreven medicatie nog steeds 66% en voor de niet-voorgeschreven slaapmiddelen ruim 90%. Voor het begin van de therapie waren deze percentages respectievelijk slechts 43% en 70%. Het lijkt er dus op dat de respondenten na het volgen van de therapie hun geneesmiddelengebruik om de slaap te verbeteren hebben kunnen terugdringen.

3. <https://www.cm.be/gezond-leven/leefgewoonten/slapen> en <https://www.mc.be/votre-sante/tete/sommeil>

Tabel 1: gebruik van slaapmedicatie

Nam u slaapmiddelen die door een arts zijn voorgeschreven voor u startte met de slaaptraining (bijv. benzodiazepines)?	Voor de slaaptraining	Maand 0	Maand 6	Maand 12
Drie of meermaals per week	45,5%	11,5%	15,3%	17,7%
Één of twee maal per week	4,8%	9,1%	8,6%	10,5%
Minder dan één maal per week	7,7%	2,4%	4,3%	5,7%
Niet tijdens de voorbije maand	42,8%	76,1%	71,8%	66,0%

Niettemin stellen we ook vast dat nog een aanzienlijk deel van de respondenten (18%) drie of meer keer per week geneesmiddelen op voorschrift neemt. Dit laatste resultaat kan teleurstellend lijken gezien de impliciete doelstelling van de slaaptherapie: het geneesmiddelengebruik verminderen. Toch blijft een belangrijke conclusie dat zowel het aantal gebruikers als de frequentie van het gebruik positief zijn beïnvloed.

Opvolgen van de adviezen

Ten slotte is aan de deelnemers ook gevraagd in welke mate ze de verschillende adviezen, maatregelen en tips om beter te slapen hebben opgevolgd. Zowat tweederde werkt aan een dagafbouw met ontspannende activiteiten of voorziet een vast tijdstip van opstaan. Ruim de helft voorziet een vast slaapritueel, beperkt de schermtijd 's avonds of staat op als men te lang wakker ligt in bed. Andere tips worden minder opgevolgd.

3. Besluit

Heel wat mensen hebben te maken met slaapproblemen. Indien deze zeer frequent en langdurig voorkomen, heeft dit een negatieve impact op het functioneren en op de levenskwaliteit. Vaak zet dit mensen ertoe aan slaapmedicatie te gebruiken, maar hiervan is geweten dat dit geen duurzame oplossing is. Daarnaast is er evidentie dat het volgen van slaaptherapie positieve effecten kan hebben.

CM voorziet sinds 2015 een tussenkomst in de kosten voor deze slaaptherapie. Tegelijk wilde CM aan de hand van een bevraging bij de deelnemers ook peilen naar het effect van de therapie. De resultaten tonen aan dat met slaaptherapie het gebruik van slaapmedicatie teruggedrongen kan worden. Zowel het aantal gebruikers als de frequentie van gebruik worden positief beïnvloed. Daarnaast merken we ook een herstel van de slaapkwaliteit. Deze effecten zien we niet alleen onmiddellijk na de slaaptherapie, maar ook een jaar later. Slaaptherapie is dan ook een meer duurzame oplossing voor slaapproblemen.

Trommelvliesbuisjes: onverklaarbare variaties

Katte Ackaert en Michiel Callens (Studiedienst)

Samenvatting

Eén van de meest voorkomende aandoeningen bij kleine kinderen is een middenoorontsteking. Dit is een ontsteking van de ruimte achter het trommelvlies, die in verbinding staat met de neus-keelholte. De ontsteking kan onder andere hevige oorpijn geven.

Een veel gebruikte behandelmethode is het plaatsen van trommelvliesbuisjes. Meer en meer wordt duidelijk dat de beperkte klinische voordelen van het plaatsen van buisjes meestal niet opwegen tegenover de nadelen. De laatste jaren wordt dan ook meer terughoudendheid aanbevolen, wat zich al uit in een jaarlijkse lichte daling van het aantal ingrepen.

CM heeft de praktijk in België onderzocht bij haar leden. Wij stellen vast dat er een grote variatie bestaat. Een belangrijke vaststelling is dat er een breuklijn loopt via de taalgrens. In het noorden van het land, en vooral in de provincies West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Limburg, worden veel meer trommelvliesbuisjes geplaatst in vergelijking met het Brussels Hoofdstedelijk Gewest of Wallonië. In Brussel, Luik en Luxemburg wordt deze operatie het minst uitgevoerd. De waargenomen praktijkverschillen zijn eveneens terug te vinden tussen ziekenhuizen: bij bijvoorbeeld 27,02% van de kinderen tussen 0 en 9 jaar die voor een eerste maal consulteren bij een NKO-arts (neus-, keel-, oorarts) in het AZ Alma te Eeklo worden buisjes geplaatst, versus 2,89% van de NKO-patiënten in het ziekenhuis van Herstal. Globaal plaatsen universitaire ziekenhuizen bij een relatief klein percentage van hun patiënten buisjes, maar ook hier zien we onderlinge verschillen tussen de universitaire ziekenhuizen. Verder zien we verschillen tussen jongens en meisjes: procentueel meer jongens dan meisjes krijgen trommelvliesbuisjes. Een opvallende bevinding echter is dat bij patiënten met verhoogde tegemoetkoming (VT) procentueel veel minder buisjes geplaatst worden dan bij patiënten zonder VT (0,89% van de kinderen met VT versus 1,82%).

CM vraagt aan de NKO-artsen om de verschillen tussen praktijken te bespreken en om richtlijnen na te leven zodat de variabiliteit tussen praktijken tot een minimum beperkt kan worden. Onze leden raden we aan om samen met hun arts de voor- en nadelen goed af te wegen vooraleer over te gaan tot het plaatsen van buisjes.

Sleutelwoorden: Trommelvliesbuisje, diablo, gezondheidszorgconsumptie, variatie praktijk, richtlijnen

1. Inleiding

1.1. Trommelvlies en middenoor

Het trommelvlies is een membraan in het oor op het einde van de uitwendige gehoorgang. Het vormt de overgang tussen het uitwendige oor en het middenoor. Bij een acute ontsteking van het middenoor kan veel druk ontstaan, omdat het een afgesloten ruimte is. Dit veroorzaakt soms erge pijn. Middenoorontstekingen komen vooral voor bij kinderen en genezen meestal vanzelf. Pijnstilling is de belangrijkste behandeling, en antibiotica zijn zelden nodig.

Bij een lijmoor blijft er langdurig vocht in het middenoor zitten door een gebrekkige werking van de buis van Eustachius.

Doordat deze buis het vocht minder goed afvoert naar de keelholte, ontstaan vaak drukgevoelens en gehoorverlies. Dit verdwijnt meestal na enkele maanden spontaan.

1.2. Plaatsen van buisjes

De website “Gezondheid en Wetenschap” van de Vlaamse Overheid¹ bespreekt de mogelijke indicaties voor trommelvliesbuisjes. Het plaatsen van trommelvliesbuisjes, kleine diablo's of drains die in het trommelvlies worden geplaatst, zijn zelden aangewezen. Er zijn geen redenen om dit systematisch te doen bij kinderen met frequente oorontstekingen. Men moet het dus geval per geval beoordelen. Na plaatsing, herstellen deze buisjes de middenoorverluchting en kunnen zo een oplossing bieden voor een lijmoor. De buisjes

1. <https://www.gezondheidwetenschap.be/onderzoek-onder-de-loep/wanneer-zijn-trommelvliesbuisjes-nodig>

functioneren meestal enkele maanden en worden dan uitgestoten. Het gaatje dat in het trommelvlies gemaakt werd om de buisjes te plaatsen, groeit meestal spontaan dicht.

1.3. Wanneer zijn trommelvliesbuisjes nodig?

Vaak wordt gesteld dat buisjes gehoorschade kunnen voorkomen. Dit geldt alleen op korte termijn: kinderen die slechter horen door een lijmoor en buisjes krijgen, horen tijdelijk beter dan kinderen die geen buisjes krijgen. Dit voordeel is echter niet langer meetbaar na een jaar, als gevolg van een spontane verbetering bij de niet-behandelde kinderen. Er bestaan geen goede studies waaruit blijkt dat kinderen door een lijmoor spraak- of taalproblemen zouden ontwikkelen, of een leer- of ontwikkelachterstand zouden oplopen. Gehoorverlies kan trouwens ook een verwikkeling zijn van het plaatsen van buisjes.

De laatste jaren is men meer terughoudend geworden voor het plaatsen van buisjes. Echte redenen voor het plaatsen van trommelvliesbuisjes zijn moeilijk te formuleren. Volgende aanbevelingen vinden we terug in de medische literatuur²:

- Overweeg buisjes bij kinderen met frequent weerkerende acute middenoorontstekingen met tussen de ontstekingen een lijmoor.
- Overweeg buisjes bij kinderen met langdurig lijmoor én gehoorproblemen.
- Kinderen met langdurig lijmoor die andere klachten vertonen (zoals gedrags- of evenwichtsproblemen) en normaal horen geeft men best geen buisjes.
- Kinderen met langdurig lijmoor zonder andere klachten geeft men best geen buisjes.

Experten beoordelen de wetenschappelijke bewijsvoering hierover van laag tot zeer laag.

Er zijn ook nadelen verbonden aan het plaatsen van buisjes en deze komen frequent voor: voorbijgaand of chronisch loopoor, beschadiging van het trommelvlies, gehoorverlies, littekenweefsel of een blijvend gaatje in het trommelvlies, om nog niet te spreken van mogelijke verwikkelingen van de algemene verdoving en de psychische belasting van het kind.

2. Methode

De studiedienst van CM onderzocht, bij de CM-leden, de praktijk in België. Het plaatsen van trommelvliesbuisjes is een frequente ingreep. De meeste ingrepen vinden plaats bij kinderen, maar ook bij tieners, volwassenen en ouderen worden frequent

trommelvliesbuisjes geplaatst. Sommige patiënten krijgen meerdere keren in hun leven trommelvliesbuisjes. In onze studie hebben we enkel de eerste plaatsing van trommelvliesbuisjes weerhouden. Bovendien hebben we ons toegespitst op kinderen van 0 tot 9 jaar, de leeftijdscategorie waarbij de meeste trommelvliesbuisjes geplaatst worden. Onze studie onderzocht dus in detail het aantal eerste ingrepen voor trommelvliesbuisjes in 2018 en bekeek de evolutie sinds 2009 voor CM-leden tussen 0 en 9 jaar. Daarnaast hebben we een proxy gemaakt van de grootte van een ziekenhuis, op basis van het aantal eerste consultaties bij een NKO-arts, om het aantal ingrepen per ziekenhuis te vergelijken.

3. Resultaten

3.1. Frequente ingreep

In 101 ziekenhuizen worden in 2018 trommelvliesbuisjes bij CM-leden geplaatst. De kinderen worden zowel poliklinisch behandeld als in het dagziekenhuis, of ze worden voor minstens een nacht opgenomen in het ziekenhuis. 91.557 kinderen tussen 0 en 9 jaar ondergaan in de periode 2009-2018 een eerste ingreep voor het plaatsen van trommelvliesbuisjes (tabel 1). Dit is 80% van het totaal aantal eerste ingrepen bij alle leeftijdscategorieën in die periode. Bij 98,81% van de 0-9 jarigen waarbij er een ingreep plaatsvindt in 2018, gebeurt dit ambulante. Bij 1,19% is er dus een ziekenhuisopname (= minimum 1 overnachting). 39 artsen doen in 2018 50 of meer eerste ingrepen en 57 artsen doen in dat jaar slechts 1 ingreep. In 2018 verrichtten 460 NKO-artsen dergelijke ingrepen.

Tabel 1: Aantal ambulante (polikliniek + daghospitaal) en gehospitaliseerde eerste ingrepen per jaar bij kinderen van 0 tot 9 jaar (CM 2009-2018)

Jaar	Ambulant	Hospitaal	Totaal
2009	11.663	188	11.851
2010	10.132	152	10.284
2011	10.139	146	10.285
2012	9.282	141	9.423
2013	8.307	111	8.418
2014	8.093	96	8.189
2015	8.311	99	8.410
2016	8.158	114	8.272
2017	8.168	102	8.270
2018	8.058	97	8.155
totaal	90.311	1.246	91.557

2. <https://www.gezondheidswetenschap.be/onderzoek-onder-de-loep/wanneer-zijn-trommelvliesbuisjes-nodig>

3.2. Grote verschillen

In 2018 is er voor 1,69% van de CM-leden tussen 0-9 jaar een ingreep voor trommelvliesbuisjes. Globaal gezien is er een afname van het aantal eerste ingrepen met ongeveer 31% over een periode van 10 jaar: van 11.851 in 2009 naar 8.155 in 2018. Dit geeft aan dat sommige artsen toch al meer terughoudend zijn om deze ingreep uit te voeren.

In de loop van de tijd is er een shift doorgevoerd van ingrepen met een overnachting in het ziekenhuis naar poliklinische behandeling en ingrepen uitgevoerd in het dagziekenhuis. Het laatste decennium verblijft ongeveer 1% van de patiënten een nacht in het ziekenhuis. Het aantal poliklinische ingrepen is daarentegen drastisch gedaald: van 78% van de ingrepen in 2008 naar 46% in 2018, dit ten voordele van het dagziekenhuis.

We zien dus dat de praktijkvoering evolueert over de tijd heen, maar ook in 2018 zien we grote variaties, vooral dan op het vlak van het aantal ingrepen. Er zijn grote verschillen tussen de provincies. West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen en Limburg scoren in 2018 het hoogst met 2,3% à 2,4% van de CM-leden die een eerste ingreep krijgen in vergelijking met Brussel, Luik of Luxemburg waar dit percentage tussen 0,6% en 1% ligt (figuur 1). De ingreep gebeurt procentueel ongeveer twee maal zo frequent in Vlaanderen als in Wallonië en procentueel driemaal meer in Vlaanderen dan in Brussel (tabel 2).

Tabel 2: % ingrepen per gewest ten opzichte van de CM-populatie, kinderen tot 9 jaar (CM 2018)

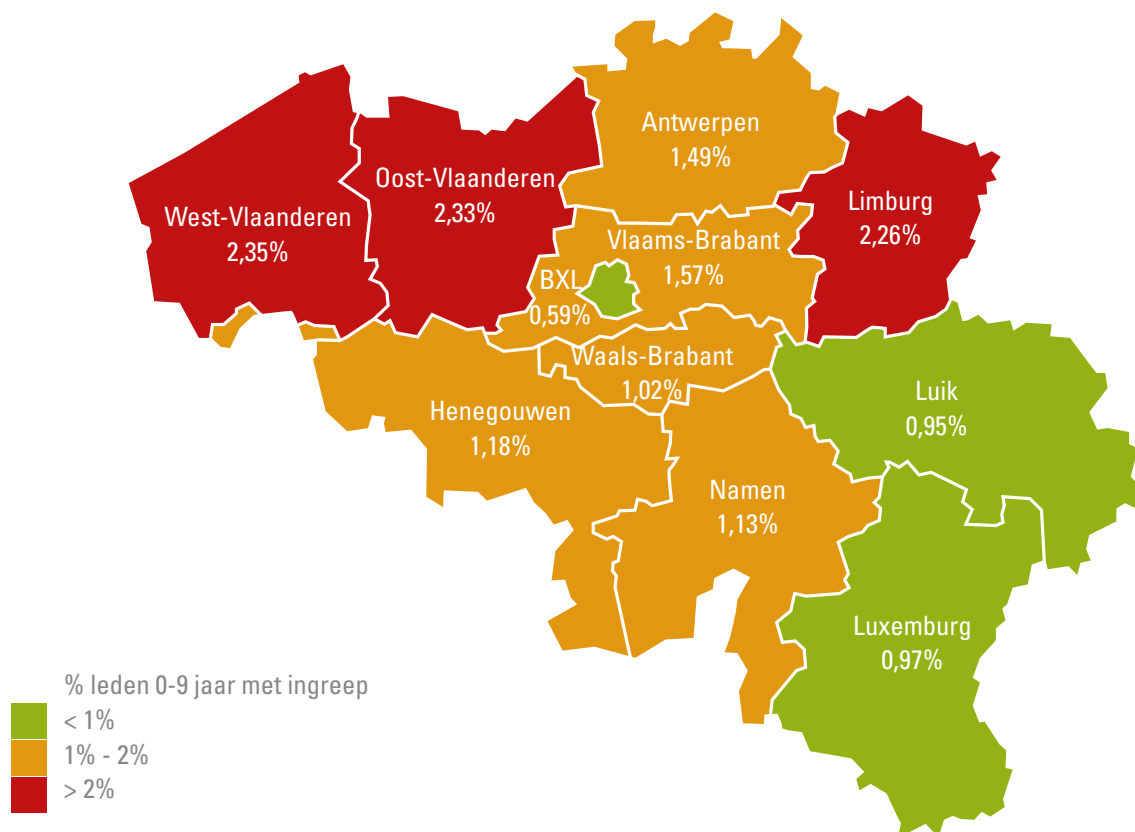
Gewest	% ingrepen
Vlaanderen	1,97
Wallonië	1,06
Brussel	0,59
Missing	0,09
Totaal	1,69

3.3. Sociaal zwakkeren, leeftijd en geslacht

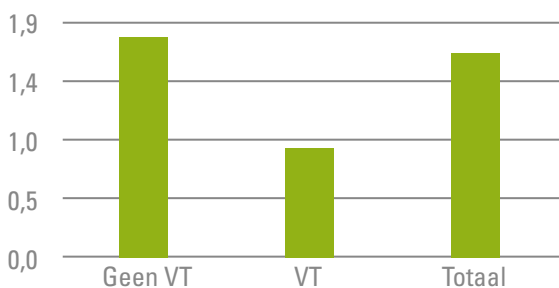
Een andere opvallende vaststelling is dat de ingreep minder gebeurt bij de sociaal zwakkere CM-populatie: bij 0,89% van de kinderen met VT versus 1,82% voor zij zonder VT (2018) (figuur 2).

Nochtans is de kost voor de verzekerde niet erg hoog: 0 euro remgeld voor de ingreep zelf (RIZIV nomenclatuur 257471-257482: Transtympanaal draineren door middel van prothese, uni of bilateraal K 70) en eveneens 0 euro remgeld voor het dagziekenhuis indien de ingreep in het dagziekenhuis uitgevoerd wordt (= helft van de gevallen). Als we op de

Figuur 1: % ingrepen per provincie ten opzichte van de CM-populatie, kinderen tot 9 jaar (CM 2018)



Figuur 2: Percentage eerste ingrepen volgens statuut verhoogde tegemoetkoming (VT) bij kinderen 0-9 jaar (CM 2018)



websites van de ziekenhuizen kijken, dan zien we wel dat er geneesmiddelen-supplementen of supplementen op de ingreep kunnen aangerekend worden. Gemiddeld varieert de totale kost op een 2-persoonskamer tussen 30 en 50 euro voor de patiënt. De gemiddelde kost (2015-2017) voor de ziekteverzekering bedraagt ongeveer 3,7 miljoen euro per jaar³. Daarnaast worden er ook bij iets meer jongens van de CM-populatie (1,82%) trommelvliesbuisjes geplaatst dan bij meisjes (1,55%).

De meeste kinderen zijn zeer jong op het moment van de ingreep (tabel 3). De gemiddelde leeftijd van de kinderen is zelfs de laatste 10 jaar nog gedaald van 3 jaar in 2009 naar 2 jaar in 2018.

Tabel 3: Aantal eerste ingrepen per leeftijdscategorie bij kinderen 0-9 jaar (CM 2018)

Leeftijdscategorie	Aantal	Percentage
0-1	4.136	50,72
2-3	2.067	25,35
4-5	1.420	17,41
6-7	426	5,22
8-9	106	1,30
Totaal	8.155	100

3.4. Vergelijking tussen ziekenhuizen: Vlaanderen boven

Maar ook tussen de ziekenhuizen zijn er grote verschillen. Om grote met kleine ziekenhuizen te kunnen vergelijken, nemen we als maat voor de grootte van het ziekenhuis het aantal eerste patiëntcontacten neus-, keel- en oorziekten in 2017 en 2018 - bij CM-leden tussen 0 en 9 jaar - van de artsen die trommelvliesbuisjes plaatsen in dit ziekenhuis. Avond-, nacht- en weekendconsultaties worden niet meegenomen. De consultaties in een privépraktijk worden toegewezen aan het ziekenhuis waar de arts de ingreep voor het plaatsen van trommelvliesbuisjes uitvoert. Privéconsultaties van artsen die in meerdere ziekenhuizen werken, worden verdeeld volgens de verhouding van de ingrepen op trommelvliesbuisjes in de respectievelijke ziekenhuizen.

Een maat voor de frequentie voor het plaatsen van buisjes in een ziekenhuis is dan de volgende verhouding (2017 + 2018): het aantal patiënten met een eerste ingreep gedeeld door het aantal eerste patiëntcontacten.

Deze methode leert ons dat er duidelijke praktijkvariëaties zijn tussen de verschillende ziekenhuizen, onafhankelijk van de grootte van het ziekenhuis. De gegevens komen uiteraard overeen met de regionale spreiding die we vaststellen als we de regionale percentages bij onze leden bekijken, wat aantoont dat onze methode een goede proxy is.

De Top 20 ziekenhuizen met de hoogste verhouding bevinden zich allemaal in Vlaanderen, de laagste 20 allemaal in Wallonië en Brussel (tabel 4). Als we de universitaire ziekenhuizen buiten beschouwing laten, zien we enkele uitschieters in de hierboven gedefinieerde verhouding: bij 27,02% van de kinderen 0-9 jaar worden na een eerste NKO contact in het AZ Alma te Eeklo buisjes geplaatst, versus 2,89% in het ziekenhuis van Herstal. Ook binnen een provincie zien we grote verschillen: bij het Imelda ziekenhuis te Bonheiden is het aandeel 23,43% en bij het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen slechts 8,69%. Een voorbeeld uit West-Vlaanderen: in het AZ St.-Lucas Brugge is het aandeel 23,39% tegenover 15,43% in Jan Yperman te Ieper. Enkele ziekenhuizen met een lage verhouding zijn CHR Mons-Hainaut 3,33% en het ziekenhuis van Chimay 3,50%. Globaal scoren universitaire ziekenhuizen laag, maar ook daar zijn er toch ook verschillen te merken, bv.: 9,84% in het UZ Gent versus 6,21% in het UZ Leuven.

3. <https://www.gezondbelgie.be/nl/medische-praktijkvariëaties/zintuigen/transtympanale-drains>

Tabel 4: Percentage patiënten met een ingreep (rekening houdend met de grootte van het ziekenhuis), per ziekenhuis (CM 2017-2018)

Plaats ingreep	Naam ziekenhuis	Gemeente	Aantal eerste ingrepen tov aantal eerste consultaties ziekenhuis (%)
PROVINCIE ANTWERPEN			
710009	ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN	ANTWERPEN	8,69
710689	IMELDA ZIEKENHUIS	BONHEIDEN	23,43
710104	SINT-JOZEFKLINIEK	BORNEM	12,38
710710	ALGEMEEN ZIEKENHUIS KLINA V.Z.W.	BRASSCHAAT	19,57
710682	A.Z. MONICA	DEURNE	14,70
710300	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	EDEGEM	9,00
710709	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-DIMPNA	GEEL	17,58
710308	ALGEMEEN ZIEKENHUIS HERENTALS	HERENTALS	13,15
710097	HEILIG HART ZIEKENHUIS Vzw	LIER	22,76
710536	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JOZEF	MALLE	16,43
710026	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.- MAARTEN	MECHELEN	13,86
710102	HEILIG HARTZIEKENHUIS V.Z.W.	MOL	20,70
710314	ALGEMEEN ZIEKENHUIS HEILIGE FAMILIE	REET	16,46
710063	ALGEMEEN ZIEKENHUIS TURNHOUT	TURNHOUT	14,85
710099	GZA- ZIEKENHUIZEN	WILRIJK	21,90
PROVINCIE WAALS BRABANT			
710346	CENTRES HOSPITALIERS JOLIMONT	NIVELLES	4,62
710043	CLINIQUE SAINT PIERRE	OTTIGNIES	8,29
BRUSSEL			
710110	KLINIEK ST.-JAN - CLINIQUE ST. JEAN	BRUSSEL	4,69
710111	EUROPAZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE	BRUSSEL	7,03
710143	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL	BRUSSEL	6,15
710332	C.H. INTERREGIONAL EDITH CAVELL	BRUSSEL	3,28
710723	CENTRE HOSPITALIER INTERREGIONAL EDITH CAVELL (SARE)	BRUSSEL	5,21
710076	CENTRE HOSPITALIER UNIV. ST.-PIERRE	BRUSSEL	4,07
710077	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN	BRUSSEL	1,06
710406	CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE BRUXELLES - HOPITAL ERASME	BRUSSEL	2,24
710403	CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST.-LUC	BRUSSEL	8,13
710150	HOPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIOLA	BRUSSEL	1,95
710087	HOPITAUX IRIS SUD - IRIS ZIEKENHUIZEN ZUID	BRUSSEL	3,58
PROVINCIE HENEGOUWEN			
710724	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	ATH	8,73
710010	GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	CHARLEROI	5,81
710249	CENTRE DE SANTE DES FAGNES	CHIMAY	3,50
710409	CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRACE	GOSSELIES	5,80
710146	CENTRES HOSPITALIERS JOLIMONT	HAINES-SAINT-PAUL	3,51
710410	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	HORNU	5,41
710096	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TIVOLI	LA LOUVIERE	2,61
710718	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CHARLEROI	LODELINSART	6,47

Plaats ingreep	Naam ziekenhuis	Gemeente	Aantal eerste ingrepen tov aantal eerste consultaties ziekenhuis (%)
710254	C.H.U. ET PSYCHIATRIE DE MONS-BORINAGE	MONS	6,13
710266	CHR MONS - HAINAUT	MONS	3,33
710325	C.H. UNIVERSITAIRE ANDRE VESALE	MONTIGNY-LE-TILLEUL	7,26
710247	CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	MOUSCRON	9,71
710007	CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	SOIGNIES	4,54
710534	CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE - Chwapi	TOURNAI	10,42
PROVINCIE LUIK			
710015	ST.-NIKOLAUS HOSPITAL	EUPEN	9,39
710023	CLINIQUE ANDRE RENARD	HERSTAL	2,89
710068	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE HUY	HUY	8,56
710152	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	LIEGE	4,95
710412	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE	LIEGE	4,32
710707	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE	LIEGE (SART-TILMAN)	3,81
710004	CLINIQUE REINE ASTRID	MALMEDY	5,35
710158	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	ROCOURT	4,71
710257	KLINIK ST.-JOSEF	SANKT-VITH	4,29
710042	CENTRE HOSPITALIER DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	SERAING	3,87
710020	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE VERVIERS	VERVIERS	7,13
PROVINCIE LIMBURG			
710371	ZIEKENHUIS OOST - LIMBURG	GENK	16,57
710243	JESSAZIEKENHUIS	HASSELT	16,67
710714	ST. FRANCISKUSZIEKENHUIS	HEUSDEN	15,58
710717	ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	MAASEIK	13,87
710719	MARIAZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG	OVERPELT	22,32
710715	ST. TRUDO ZIEKENHUIS	SINT-TRUIDEN	14,60
710716	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VESALIUS	TONGEREN	13,77
PROVINCIE LUXEMBURG			
710246	VIVALIA - CLINIQUES DU SUD-LUXEMBOURG	ARLON	10,07
710168	VIVALIA - CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	LIBRAMONT	7,55
710164	VIVALIA - INSTITUT FAMENNE-ARDENNE-CONDROZ	MARCHE-EN-FAMENNE	5,13
PROVINCIE NAMEN			
710103	CHR SAMBRE ET MEUSE	AUVELAIS	3,61
710706	CLINIQUE ST.-LUC	BOUGE	13,21
710264	CHU UCL NAMUR	DINANT	5,94
710039	CHU UCL NAMUR	MONT-GODINNE	7,79
710006	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL SAMBRE ET MEUSE	NAMUR	6,16
710166	CHU UCL NAMUR	NAMUR	6,77
PROVINCIE OOST-VLAANDEREN			
710176	ALGEMEEN STEDELIJK ZIEKENHUIS	AALST	14,80
710126	ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS	AALST	19,18
710134	ST.-VINCENTIUSZIEKENHUIS	DEINZE	24,87
710012	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. BLASIUS	DENDERMONDE	12,39

Plaats ingreep	Naam ziekenhuis	Gemeente	Aantal eerste ingrepen tov aantal eerste consultaties ziekenhuis (%)
710032	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ALMA	EEKLO	27,02
710713	ALGEMEEN ZIEKENHUIS JAN PALFIJN	GENT	12,79
710017	ALGEMEEN ZIEKENHUIS MARIA MIDDELARES	GENT	18,86
710290	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	GENT	16,78
710670	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	GENT	9,84
710265	ALGEMEEN ZIEKENHUIS LOKEREN	LOKEREN	16,68
710170	ALGEMEEN ZIEKENHUIS OUDENAARDE	OUDENAARDE	20,73
710550	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GLORIEUX	RONSE	13,08
710595	ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKOLAAS	SINT-NIKLAAS	15,79
710217	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-ELISABETH	ZOTTEGEM	16,05
PROVINCIE VLAAMS-BRABANT			
710712	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DIEST	DIEST	15,99
710106	A.Z. SINT-MARIA	HALLE	17,02
710108	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART	LEUVEN	17,93
710322	UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.L.	LEUVEN	6,21
710109	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART TIENEN	TIENEN	16,23
710204	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VILVOORDE	VILVOORDE	11,97
PROVINCIE WEST-VLAANDEREN			
710140	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	BRUGGE	22,39
710049	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JAN BRUGGE-OOSTENDE	BRUGGE	15,61
710057	JAN YPERMAN ZIEKENHUIS VzW	IEPER	15,43
710124	ST.-JOZEFSKLINIEK VzW	IZEGEM	19,32
710392	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ZENO	KNOKKE-HEIST	19,55
710396	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GROENINGE	KORTRIJK	15,95
710525	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DAMIAAN	OOSTENDE	16,28
710117	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DELTA	ROESELARE	17,01
710395	ST.-ANDRIESZIEKENHUIS	TIELT	17,21
710310	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. AUGUSTINUS	VEURNE	17,17
710397	O.L.V. VAN LOURDES ZIEKENHUIS WAREGEM	WAREGEM	17,26
	Top 20 van ziekenhuizen met de kleinste verhouding ingrepen voor trommelvliesbuisjes.		
	Top 20 van ziekenhuizen met de grootste verhouding ingrepen voor trommelvliesbuisjes.		

4. Overleg

Trommelvliesbuisjes worden in sommige ziekenhuizen helaas nog zeer vaak geplaatst. Toch moet men steeds zorgvuldig de voor- en nadelen afwegen vooraleer men overgaat tot het plaatsen van buisjes. Wetenschappelijk is het momenteel nog moeilijk om strikte indicaties voor het plaatsen van trommelvliesbuisjes te formuleren. Nederland heeft sinds begin dit jaar een arts die speciaal is aangesteld om alle onnuttige en onnodige handelingen en behandelingen uit het ziekenhuisrepertorium te schrappen (namelijk prof. Sjoerd Repping). Het plaatsen van buisjes bij kinderen is één van de topics die bekeken wordt omdat men stelt dat afwachten vaak

net zo effectief is als ingrijpen. Een dergelijke vorm van monitoring zouden we ook in ons land kunnen overwegen. CM roept de NKO-artsen op om de variabiliteit tussen praktijken te bespreken en de richtlijnen scherp te stellen. CM raadt de patiënten aan om samen met de NKO-arts goed de voor- en nadelen af te wegen vooraleer over te gaan tot het plaatsen van trommelvliesbuisjes.

CM Informatie is het driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van relevante CM-studies en achtergrondinformatie over de federale en regionale systemen van sociale bescherming en de andere takken van de sociale zekerheid, en over het gezondheids- en welzijnsbeleid. Elke geïnteresseerde kan zich op het tijdschrift abonneren. Verder wordt het tijdschrift verspreid onder personen voor wie het, in hoofde van hun functie en taken in de samenleving, relevant is om op de hoogte te blijven van deze informatie (CM-medewerkers, bestuursleden van CM en aanverwante organisaties, andere studiediensten, persverantwoordelijken, politiek verkozenen, ...). Uiteraard gebruiken we het adressenbestand enkel en alleen voor dit tijdschrift.

Wens je CM-Informatie niet meer te ontvangen, dan kan je dit schriftelijk laten weten:

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – R&D
Mieke Hofman
Haachtsesteenweg 579
1031 Schaarbeek

Je kan dit ook per mail laten weten: cminfo@cm.be

Inhoud

Redactioneel 2

Financiering Sociale Zekerheid 3

Analyse van de financiering van de sociale zekerheid en de evolutie ervan. De noodzaak van een structurele en duurzame herfinanciering van de sociale zekerheid.

Ouderenzorg 20

Uitgaven voor ouderenzorg: een vergelijking tussen thuis wonen en het woonzorgcentrum

CM Gezondheidsfonds 36

Slaaptherapie kan het gebruik van slaapmedicatie verminderen

Kwaliteit van zorg 39

Trommelvliesbuisjes: overklaarbare variaties

CM-Informatie

verschijnt vier maal per jaar (maart, juni, september, december) in het Nederlands en in het Frans en is gratis te consulteren op:

<http://www.cm.be/CM-Informatie>.

U kan zich daar tevens inschrijven op een mail-alert zodat u wordt verwittigd bij het verschijnen van een nieuw nummer.

Colofon

Verantwoordelijke uitgever	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
Hoofdredactie	Elise Derroitte
Eindredactie	Rebekka Verniest en Mieke Hofman
Layout	grafische vormgeving LCM
Druk	Antilope De Bie
Retouradres	LCM-R&D Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel