



OP ONZE GEZONDHEID !

Michel Roland

Georges Bauherz

www.campagnetamtam.be

Coördinatie : Violaine Wathelet



Op onze gezondheid !

De gezondheidszorg is een bijzonder belangrijke sector binnen de Belgische economie. De uitgaven voor gezondheidszorg, bedragen vandaag de dag 44 miljard euro, iets meer dan 10 % van het bruto binnenlands product (BBP) [1] [2]. Het leeuwendeel van deze uitgaven, 77 % wordt publiek gefinancierd, terwijl 23% voor rekening van de patiënten is (waarvan 18% door middel van directe betalingen en 5% via vrijwillige private verzekeringen) [3].

Onze gezondheidszorg wordt vandaag dus nog grotendeels gefinancierd door de sociale zekerheid. De gezondheidszorg is dan ook een van haar grootste sectoren (samen met de pensioenen): 37,5 % van het geheel van onze sociale uitgaven komen haar toe. We dragen met andere woorden allemaal bij aan onze gezondheid en die van anderen via onze salarissen en onze inkomens als zelfstandigen [4]. Een meer diepgaande uitleg over de organisatie van onze gezondheidszorg vindt u in de bijlagen.

Deze tekst wil aantonen hoe het gezondheidszorgbeleid van de regering Michel kadert binnen de steeds voortschrijdende neoliberalisering, maar vooral ook hoe het huidige beleid een onomkeerbare tendens markeert. Eerst en vooral op financieel en budgettair vlak, maar ook wat betreft de aanpassing van het gezamenlijk beheer van de gezondheidssector.

1. DE VERMARKTING EN PRIVATISERING VAN ONZE GEZONDHEIDSZORG IS AAN DE GANG, CONFORM DE MEEDOGENLOZE LOGICA VAN HET NEOLIBERALISME.

De gezondheidszorgsector is niet gespaard gebleven van de neoliberale ideologie. De afgelopen jaren is de sector vermarkt en geprivatiseerd (met winst als doel) [5].

De evolutie van de relatieve verhouding van de drie pijlers (sociale zekerheid, groepsverzekeringen, individuele verzekeringen) [6] of andere bronnen van financiering van de gezondheidszorg, maakt de privatisering en vermarkting duidelijk. De tweede en derde pijler groeien steeds meer. Op tien jaar tijd, van 2003 tot 2014, is het aandeel van de verzekeraars met 41 % gestegen, ter waarde van 1,8 miljard euro [7]. De verzekeringsbedrijven die deze twee pijlers vormen, zijn over het algemeen winstgevende structuren die uit zijn op winstmaximalisatie. Of het nu gaat over gezondheidszorg, pensioenen, invaliditeit etc., alle maatregelen van de laatste regeringen doelen op een systematische ontmanteling van de eerste pijler. Zo kan je moeilijk de onderliggende beweegredenen niet opmerken: eerst de ineffectiviteit van de eerste pijler bewijzen, om vervolgens de ontwikkeling van de andere twee pijlers te bevorderen.

Door gezondheidszorg te zien als een winstgevend product en haar toe te vertrouwen aan organisaties die vooral hun kapitaal willen maximaliseren, loopt men een groot risico een geneeskunde met twee snelheden te creëren. Inderdaad, wie als doel heeft om winst te maximaliseren om het kapitaal te vergoeden, moet inzetten op wat "opbrengt" (rusthuizen, technische onderzoeken, discriminatie van verzekerden, patiënten ...) en afzien van wat niet voldoende inkomsten genereert (preventie, zorg voor kwetsbare mensen, ...). Particuliere,

winstgevende organisaties zullen zich concentreren op wat loont, de overheid zal zorgen voor de rest. We glijden steeds meer af naar een liberaal sociale zekerheidsmodel waarin overheidsinvesteringen in de gezondheidszorg worden verminderd om de vrije competitie tussen particuliere structuren mogelijk te maken [8]. Dit is de ontwikkeling van een “geneeskunde met twee snelheden”: het “palliatieve” van de staat voor de armen, en dure (vaak nutteloze) zorg voor de rijken, die uiteindelijk ook niet beter verzorgd worden.

Om nog maar te zwijgen over de beheerskosten van de private verzekeringen, die veel hoger liggen dan die van de mutualiteiten: 20 % van hun premies tegenover 3 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg en uitkeringen [9]. Deze beheerskosten worden uiteindelijk gedragen door de cliënten/patiënten. Tenslotte kan men constateren dat in systemen die grotendeels open staan voor private verzekers, zoals de Verenigde Staten, de hoge kosten niet worden uitgebalanceerd door een verhoogde kwaliteit van de gezondheidszorg. Met een BBP van 57.000 \$ per inwoner (tegenover 41.000 \$ in België) en een aandeel van 17,1% van het BBP (tegenover 10,6 % in België) dat wordt besteed aan de gezondheid, zijn hun gezondheidsindicatoren minder positief dan die van landen waar het BBP van inwoners lager ligt. Zo bedraagt de levensverwachting in de VS 79,3 jaar terwijl die in België 81,8 jaar bedraagt [10].

Bovendien spreekt de neoliberale doxa niet langer over sociale bijdragen, maar zelfs over sociale lasten. **Het solidariteitsbeginsel, nochtans het DNA van de organisatie van onze gezondheidszorg, wordt vandaag dus voorgesteld als een beperking, een gewicht, een last.**

De vermarkting en de privatisering van de gezondheidszorg worden duidelijk wanneer we drie concrete gevolgen in beschouwing nemen :

A. Uitstel of afstel van gezondheidszorg, vooral in de eerste-lijnszorg

Een belangrijk deel van de bevolking stelt deze basiszorgen nog uit, of verzaakt eraan. Een onderzoek van Solidaris uit 2014 [11] toont aan dat in Wallonië één persoon op vijf verklaart noodzakelijke zorgen te hebben uitgesteld of eraan verzaakt. Consultaties of huisbezoeken van de huisarts zijn de tweede belangrijkste uitgavenpost in het budget van een doorsnee gezin (20% van de uitgaven), net na geneesmiddelen (35,4%). Eerstelijnszorgen zijn ook de gezondheidszorgen die het vaakst worden uitgesteld (22,8% van het totaal van de uitgestelde zorgen), net na geneesmiddelen (32,9%) en tandzorgen (22,9%) [12]. Uit de enquête uit 2013 die peilt naar de gezondheid van Belgen [13], weten we dat 8 % van de Belgische huishoudens aangeeft medische consumptie te moeten uitstellen. Dit procent varieert sterk naar gelang de regio: in de Brusselse regio zegt 22 % van de huishoudens deze consumptie te moeten uitstellen, in de Waalse regio is dat 9% en in de Vlaamse 5%.

Het uitstel van zorgen verhoogt jaar na jaar en bereikt geleidelijk aan een onrustwekkend niveau, dat de algemene toegang tot zorgen, voorzien en gewaarborgd door de Sociale Zekerheid, ondergraaft. Vrouwen (24,9%), alleenstaande ouders (44,3%), volwassenen tussen 18 en 45 jaar (1 persoon op drie) en de zwakste sociale groepen (26%) worden hierdoor het hardst getroffen [14].

Waarom ?

We kunnen ten eerste de verhoging van het aandeel van de patiënt in de zorgkosten naar voor schuiven. In 2017 was 23% van de zorguitgaven voor rekening van de patiënt (18% door middel van directe uitgaven, 5% via de vrijwillige ziekteverzekering [15]). Al onze buurlanden (Duitsland, Frankrijk, Nederland, Luxemburg) doen het beter dan ons.

De verhoging van het remgeld, deels doorgevoerd door de huidige regering, past in deze tendens. Tijdens de legislatuur van minister De Block is het remgeld voor gynaecologische consultaties bijvoorbeeld verhoogd van 8 tot 12 euro [16]. Bovendien is er een besparing voorzien van 32,89 miljoen euro in 2015 door middel van een hermonisatie en verhoging van het remgeld bij specialisten [17]. De bevolking voelt een systematische verhoging van de financiële last van de onkosten voor directe zorg. Dit leidt tot een stijging van gevallen waar de zorg wordt uitgesteld, en een hoog risico op schulden, of zelfs het risico om in armoede te vervallen.

Gekoppeld aan de verhoging van het remgeld, is het « out-of-pocket » [18], het deel dat mensen uit eigen zak moeten betalen, aanzienlijk gegroeid. We stellen vast dat het aandeel van de zorgkost voor rekening van de patiënt sinds de jaren 2000 is verdubbeld [19]. Vooral de zwakste groepen in de maatschappij (die geen aanvullende privé-verzekeringen kunnen afsluiten) zijn de mogelijke slachtoffers.

Studies tonen ook dat het opleggen van remgeld bij eerste-lijnszorgen en het verbod om het systeem van de derde-betaler toe te passen [20], leiden tot een onder-consumptie van zorg, vooral bij de zwakste groepen. En dat ondanks het mechanisme van de maximumfactuur dat werd geïmplementeerd door de zorgverzekering [21]. Daartegenover staat dat **noch de vermindering of de afschaffing van het remgeld noch het systeem van de derde-betaler, leiden tot een overconsumptie van zorg. Ze laten toe het niveau van zorg op een “normaal” peil te brengen** [22].

Remgeld schiet dus zijn doel voorbij, namelijk het ongepast gebruik van het zorgaanbod tegengaan. Door de toegang tot eerste-lijnszorg af te remmen, heeft het uitstel van zorg een negatief effect op de gezondheid en veroorzaakt het hogere kosten voor de tweede lijn, o.a. voor medicijnen en hospitalisatie, zoals aangetoond in andere analyses, zoals die van het KCE (Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg) in 2008 [23].

B. De wijkgezondheidscentra

Verskillende studies wijzen uit dat een breed-toegankelijke eerste-lijnszorg de efficiëntie, de kwaliteit en de rechtvaardigheid van het gezondheidssysteem versterkt [24]. Deze toegankelijke eerste-lijnszorg is één van de basistaken van de wijkgezondheidscentra.

De sector is in uitbreiding : er zijn 176 groepspraktijken en de afgelopen 10 jaar, kwamen er jaarlijks gemiddeld 10 praktijken bij, hetgeen in die periode tot een verdubbeling van het aantal praktijken leidde. Deze vaststelling toont aan in welke mate de wijkgezondheidscentra grote aantallen patiënten en gezondheidswerkers aantrekken. De meerderheid werkt op basis van een forfait : met een abonnement en niet op basis van het aantal medische prestaties. 3 % van de bevolking (360.000 personen) geniet van dit forfaitair systeem [25]. De medische huizen werken met een globaal budget dat wordt herverdeeld tussen de verschillende centra, op basis van een forfaitair bedrag per patiënt. Tot 2013 was dit budget een directe afgeleide van het budget voor de financiering van de medische prestaties. Vanaf mei 2013, wordt het forfaitaire bedrag voor elk centrum en elke discipline apart berekend op basis van het risicoprofiel van de patiënten en hun behoefte aan zorg. Een eerlijk, innovatief en evoluerend zorgsysteem.

Het publiek van de medische huizen is jonger (gemiddeld 32 jaar tegen 40 jaar voor de prestatie-geneeskunde), zwakker (41% RVT tegen 17% voor prestatie-geneeskunde), en heeft hogere risico's op armoede [26].

De impact van dit financieringssysteem voor eerstelijnszorg correct beoordelen is delicaat. Aangezien het om een specifiek publiek gaat, zou men om de impact van het verloningssysteem op de gezondheid correct te beoordelen, case-studies moeten maken, die groepen patiënten vergelijken die in de 2 systemen ook demografisch en sociaal vergelijkbaar zijn. De beoordeling van het KCE, dat in 2008 deze complexe analyse uitvoerde, besloot dat de kost gelijkwaardig was voor elk financieringssysteem [27]. Wat kwaliteit betreft (preventie, voorschrijven van sommige categorieën geneesmiddelen) had het forfaitair systeem de voorkeur. Voor patiënten die worden behandeld in medische huizen, ligt het remgeld 20% lager. Deze conclusies werden bevestigd door het IMA (InterMutualistisch Agentschap) in 2017 [28].

Ondanks al deze elementen heeft de huidige minster van Volksgezondheid Maggie De Block in oktober 2016 een moratorium beslist op nieuwe groepspraktijken die op forfaitaire basis werken. Bovendien heeft ze een dure evaluatiestudie (200.000€) gevraagd aan KPMG, een privaat studiebureau, eerder dan de vragen te stellen aan de KCE, een wetenschappelijke kwaliteitsstructuur die speciaal voor zulke opdrachten werd opgezet. Gedurende een jaar is er dus geen enkele nieuwe structuur op forfaitaire basis kunnen openen. Het gaat hier dus om een ideologische beslissing tegen een klein maar belangrijk initiatief, dat met succes experimenteert met een anders georganiseerd gezondheidssysteem waarbij een holistische visie op gezondheidszorg en een multidisciplinaire aanpak naar voor wordt geschoven. Het resultaat van deze aanpak, een meer toegankelijke eerstelijnszorg, begunstigt een natuurlijke verspreiding en biedt een tegenwicht tegen het dominante hospitaal-centrische zorgmodel in België. Hoewel dit model verbeterlijk is, is het vanuit economisch oogpunt efficiënt. Op te merken valt dat de resultaten van deze audit in januari 2018 openbaar werden gemaakt, en dat ze gunstig uitvallen voor de groepspraktijken.

Terwijl dit collectieve systeem van de organisatie van gezondheidszorg zich afzet tegen de vermarkting en de privatisering van de gezondheidszorg (met winst als doel), en zich verzet tegen de oprichting van een gezondheidszorg met twee snelheden en een

hospitaal-centrische visie op gezondheidszorg, heeft het moratorium duidelijk gemaakt dat de regering aarzelt om dit type initiatief ondubbelzinnig te steunen.

C. Opleg op de honoraria in de ziekenhuizen : een geneeskunde met twee snelheden

Net zoals andere items in het gezondheidsbudget, zijn ook de ziekenhuizen onderworpen aan een begrotingsconsolidatie beleid. In een context van groeiende uitgaven voor gezondheidszorg, van medische technieken die verbeteren (een dure affaire) en van kleinere middelen voor de mutualiteiten, worden ziekenhuizen gedwongen hun inkomsten elders te vinden.

Een recente studie van het IMA heeft aangetoond dat **tussen 2006 en 2015 de bijkomende honoraria 2,5 keer sneller gestegen zijn dan de RIZIV-honoraria**. Dat ondanks het verbod om bijkomende honoraria aan te rekenen in twee- of meerpersoonskamers, dat de toenmalige Minister van Volksgezondheid (Laurette Onckelinx) in 2013 uitvaardigde. In 2015 vertegenwoordigden de supplementen 18% van de RIZIV-honoraria, tegenover 14% in 2006. Aan dit ritme zullen ze binnen 20 jaar 30% uitmaken van honoraria die door de ziekteverzekering terugbetaald worden [29].

De studie toont ook dat de supplementen vooral gevraagd worden aan oudere mensen en chronisch zieke patiënten die voor langere tijd en vaker worden gehospitaliseerd. Zo betreffen 22,6% van de hospitalisaties met de hoogste supplementen patiënten in de oncologie, terwijl die amper 1% van de totale bevolking uitmaken [30].

Men stelt ook belangrijke tariefverschillen vast tussen de verschillende hospitalen, soms zelfs binnen één zorgnetwerk. Voor een banale tussenkomst zoals het verwijderen van de appendix kan de patient tot 5 keer meer honorariumsupplementen moeten betalen (498 € tegen 2.695 €) naar gelang het hospitaal [31].

Tenslotte zijn de honorariumsupplementen zeer ongelijk verdeeld tussen de dokters. Zo nemen 10% van de zorgverstrekkers 45% van de supplementen voor hun rekening in de ziekenhuizen, en 11% van de zorgverstrekkers rekenen geen enkel supplement aan. Het meeste supplementen worden gevraagd door technische en chirurgicale specialisten. De proliferatie van éénpersoonskamers zal deze beweging nog sterker accentueren. Dit zou moeten leiden tot een opnieuw in vraag stellen van de honorariumsupplementen in ziekenhuizen zelf.

Dergelijke situatie draagt de kiemen in zich voor een geneeskunde met twee snelheden, waarbij de tweede geprivatiseerd is en (veel) duurder :

- **De verhoging van de honorariumsupplementen veroorzaakt een belangrijke stijging van de premies voor hospitaalverzekeringen.** Meer en meer patienten kunnen die zich niet meer veroorloven, in het bijzonder de zwakste groepen op sociaal en gezondheidsvlak.
- De afwezigheid van regelgeving inzake de honorariumsupplementen veroorzaakt een opbod tussen ziekenhuizen om de meest vermaarde dokters aan te trekken. **Het risico bestaat dat het systeem zo niet meer kan waarborgen dat iedereen dezelfde toegang tot dezelfde kwaliteitszorgen heeft.**

- De patient wordt geconfronteerd met tariefonzekerheid in de mate dat hij vooraf geen idee heeft van de supplementen die zullen gefactureerd worden.
- Tenslotte zijn de honorariumsupplementen ook een manier voor sommige ziekenhuizen om initiatieven te nemen die niet gefinancierd worden en zo onevenwichten in de nomenclatuur te omzeilen die sommige specialiteiten benadelen.

2. DE DRAAI VAN DE REGERING MICHEL : EEN DUBBELE IMPACT OP ONS GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM

Als de huidige toestand van de gezondheidszorg in België toe te schrijven is aan het vorige beleid, is het echter duidelijk vast te stellen dat er onder de regering Michel een fundamentele draai plaatsvindt. In de eerste plaats op budgettaire en financieel vlak, maar ook op wat betreft de vermarkting van het gezamenlijk beheer, nochtans het DNA van ons gezondheidszorgsysteem.

A. Vermindering van de budgetten voor gezondheidszorg : de sociale zekerheid wordt een aanpassingsvariabele [32]

Vanaf 2008 wordt in alle OESO-landen een koerswijziging vastgesteld. De investeringen voor gezondheidszorg krimpen en de uitgaven groeien trager. Als reactie op de financiële crisis en het strak begrotingsbeleid dat Europa oplegde, deden de lidstaten inspanningen of namen zij maatregelen om hun gezondheidszorg efficiënter te maken.

Deze koerswijziging is merkbaar in België net zoals elders. Tijdens de vorige legislatuur werd structureel 1,1 miljard bespaard in de ziekteverzekering en die besparingen werden aangewend voor de sanering van de overheidsfinanciën. Voor alle betrokkenen was het ordewoord daarbij het behoud van een kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidsdekking en ondanks het beperktere budgettaire kader kon men aan nieuwe noden tegemoet komen. De besparingen waren vooral toegespitst op het rationeler voorschrijven van geneesmiddelen en bepaalde onderzoeken zoals medische beeldvorming, klinische biologie, implantaten,... . Daarnaast waren investeringen mogelijk, hoewel enigszins voorzichtig, in tegemoetkomingen voor verslaving en chronische ziekten via het Kankerplan, het Plan voor chronisch zieken, een eerste aanpak van de problemen bij multidisciplinariteit, de lancering van wachtposten ,...

Anderzijds kan worden vastgesteld dat de regering sinds 2015 de in 2008 ingezette trend naar een soberheidsbeleid inzake gezondheidszorg, consolideerde en zelfs nog versnelde. **Het budgettaire kader is nog nooit zo sober geweest.** De vereiste besparingen – voor het respecteren van de groeinorm die de regering officieel van 3% naar 1,5% verlaagde en officieus zelfs naar 0,5 % in 2017 – waren bijzonder ingrijpend: **om het begrotingstraject voor de gezondheidszorg te respecteren zou bovendien nog netto 1,541 miljard extra bespaard moeten worden [33] gedurende de hele legislatuur (dat wil zeggen tot 2019) [34].** De nieuw ingevoerde regelgeving voor de begrotingsopmaak 2017 bevestigt nogmaals de wil om de uitgaven voor gezondheidszorg te saneren. Voordien konden de overeenkomsten

– en akkoordencommissies immers « behoeften » inzake budgetinvesteringen formuleren maar dit begrip werd geschrapt. In de plaats daarvan kwam de eis dat compenserende besparingsvoorstellen worden geformuleerd voor elke budgetoverschrijding of vraag naar nieuwe middelen, ongeacht de reële maatschappelijke nood daarvoor. De « soberheids»-logica wordt hiermee dus geïnstitutionaliseerd en de zo kenmerkende maar verouderde werking volgens «silo's» in de gezondheidszorg wordt aldus verder bevestigd op een ogenblik dat grondige hervormingen meer dan noodzakelijk zijn.

De behoeften blijven groot maar daartegenover staan te weinig financiële middelen met een groot risico van budgetoverschrijding. De mogelijkheden om te investeren in de hervorming van onze gezondheidszorg zijn hierdoor zeer gering. De budgetten 2015, 2016, 2017 en 2018 geven weinig ademruimte en implementeren niet de langetermijnvisie die oorspronkelijk in het Regeerakkoord was ontwikkeld. Daardoor valt te vrezen dat de nu dominante visie op gezondheidszorg met een centrale plaats voor de ziekenhuizen overeind blijft en dat de implementatie van een gezondheidsstelsel dat meer aangepast is aan de toekomstige uitdagingen en de evolutie van de noden, vertraagd wordt.

De vermindering van de gezondheidszorgbudgetten zonder structurele hervormingen zou dan kunnen neerkomen op een afwenteling van kosten op de patiënt. Dit zal een sluimerende privatisering van de zorg in de hand werken . De patiënten uit de zwakste socio-economische groepen zouden dan wel meer terugbetaald krijgen dankzij zeer gerichte maatregelen zoals de regering aankondigde. Globaal nemen wij hiermee echter het risico een geneeskunde met twee snelheden te creëren met stigmatiserende « *sociale bijstand* [35]» voor de zwaksten en een stelsel met meer vermarkting voor de anderen, ook al is dit niet wat de regering nastreeft. Deze evolutie zou des te onrustwekkender zijn wetende dat patiënten in België nu al een groter aandeel van de zorg betalen dan de patiënten in onze buurlanden.

Toch is het onontbeerlijk dat dit budget met visie wordt geïnvesteerd in de gezondheidszorg om in de toekomst de uitdagingen inzake gezondheid alsook de vermenigvuldiging van de chronische aandoeningen en de vergrijzing van de bevolking aan te kunnen. Anders gezegd, idealiter zouden de gezondheidszorgbudgetten dienen om het stelsel uit te bouwen volgens een langetermijnvisie zoals de invoering van een meer ontwikkelde eerste lijn, inzetten op een bredere thuiszorgstructuur, antwoord bieden op verslavingsproblemen en alternatieven voor ziekenhuisopnamen bieden zoals in 2014 werd aangekondigd in het regeerakkoord.

B. Verzwakking van het sociaal overleg : hoe het budget 2015, 2016 en 2017 tot stand kwam [36]

In België is het opstellen van het budget een jaarlijkse oefening die een aantal maanden duurt. In overeenstemming met de Bismarck-roots houdt dit proces verschillende sociale onderhandelingsrondes in, en verschillende acteurs. De onderhandelingen worden in een eerste fase gevoerd in de Akkoorden- en overeenkomstencommissies die elk hun budgettaire prioriteiten vastleggen in de lente, en vervolgens in de schoot van het Comité van de

Verzekering, waar de vertegenwoordigers van zowel de zorgverstrekkers als de mutualiteiten begin oktober een eerste globaal budgettair voorstel formuleren.

Na de ronde van het Comité van de Verzekering, is het aan de Algemene Raad van het RIZIV, waarin de mutualiteiten, de werkgeversvertegenwoordigers, de vakbonden en de regering zetelen, en die de definitieve goedkeuring voor het globale budget mag geven. De filosofie van de reglementering die het begrotingsproces vormgaf dat in 1993 werd ingevoerd, stelde in haar "basisbeginselen" dat "*het noodzakelijk is om de bepaling van de belangrijkste budgetten voor de ziekteverzekeringsbegroting chronologisch los te koppelen van het conclaaf van de overheidsbegroting*" - en dit om te vermijden dat de sociale zekerheid een aanpassingsvariabele van de overheidsbegroting wordt - en dat "*beslissingen zo dicht mogelijk bij de dagelijkse realiteit moeten worden genomen*"[37]. Om die reden wilde men dat het budget voor de gezondheidszorg beheerd zou worden door middel van een raadplegingsproces en dat de algemene raad van het RIZIV de definitieve goedkeuringsrol zou krijgen van het globale budget voor gezondheidszorg en niet het kabinet. De basisprincipes specificeren dat "*de minister van Sociale Zaken alleen als laatste redmiddel kan ingrijpen*" [38]. Een begroting die beslist wordt door de Raad van Ministers en het kabinet zou de uitzondering moeten zijn, niet de regel. De situatie is vandaag echter heel anders aan het worden.

Eerder werd een begrotingsvoorstel over het algemeen aangenomen in het Verzekeringscomité, waarvan het grootste deel werd goedgekeurd door de Algemene Raad, zelfs al bracht de minister er enkele malen belangrijke wijzigingen in aan. Maar bij het opstellen van de **begroting voor 2016** in 2015 (en we zien gelijkaardige methoden bij de begroting voor 2017), deponeerde de regering tot ieders verbazing een voorstel bij de Algemene Raad, dat ex nihilo was opgesteld, zonder enige verwijzing naar het voorstel dat een week eerder was ingediend door het Verzekeringscomité.

De Algemene Raad van het RIZIV wees dit nieuwe voorstel van de federale uitvoerende macht af. Hoewel er weinig aandacht aan werd geschonken door de nationale pers, was dit een historisch feit. Een dergelijke afwijzing van een voorstel van de regering door de Algemene Raad had niet meer plaatsgevonden sinds de jaren negentig, toen de Sociale Zaken werden beheerd door de socialiste Magda de Galan. Hoewel de vertegenwoordigers van de werkgevers de federale regering steunden, was dit niet voldoende om te leiden tot de gewone meerderheid die nodig was om het voorstel goed te keuren; de Socialistische Mutualiteit, het ABVV en het ACV stemden tegen en de Christelijke Mutualiteit, de Onafhankelijke Ziekenfondsen en de voorzitter van de Algemene Raad onthielden zich van stemming.

Het gebrek aan overleg tussen de sociale partners en de regering in het kader van de uitwerking van dit regeringsvoorstel, waarin het vorige werk wordt afgewezen en een andere koers wordt gekozen dan diegene die door de sectorale actoren was onderhandeld, de zwakke langetermijnvisie van deze nota en de aanzienlijke besparingen die zij onderschrijft, waren de belangrijkste redenen voor het uitblijven van de steun van de vakbonden en mutualiteiten. Zoals voorzien in de procedure in dit zeldzame geval waarin de tripartiete overlegorganen van het RIZIV worden verslagen, komt het begrotingsinitiatief terug bij de regering.

De parlementaire oppositie, die argumenten en bezorgdheden had gelijkaardig aan die van de Algemene Raad, bekritiseerde het begrotingsvoorstel van de regering sterk. In reactie op de bezwaren van de oppositie, beloofde de premier de tijd te nemen om de redenen voor de weigering op het RIZIV-niveau in de Raad van Ministers te analyseren en opnieuw in de Kamer te bespreken. Dat was echter zonder te rekenen op de pro-activiteit van zijn minister van Volksgezondheid. Minister De Block kondigt de dag erna, aan de vooravond van de Raad van Ministers, aan de pers aan dat het budget voor gezondheidszorg in 2016 is goedgekeurd. **Dit begrotingsvoorstel wordt uiteindelijk effectief aangenomen door de Raad van Ministers, zonder substantiële wijzigingen in de vorm of inhoud, waardoor sociaal overleg stroomopwaarts wordt geweigerd.** Eenzelfde *modus operandi* was zichtbaar in 2016, tijdens de uitwerking van de **begroting voor 2017**.

Dit laatste wordt gekenmerkt door de invoering, op initiatief van het kabinet, van een nieuwe reglementering die het begrotingsproces regelt (CGV 2016/095 ADD). Deze nieuwe reglementering werd officieel gerechtvaardigd door de noodzaak om de Belgische begrotingskalender in overeenstemming te brengen met de Europese kalender. Het belangrijkste gevolg van deze nieuwe reglementering is echter dat er grote veranderingen plaatsvinden in de rolverdeling tijdens het begrotingsproces en in de effectieve capaciteit om transversale en gecoördineerde besprekingen te voeren.

Deze reglementering zorgt voor meer verwarring bij het raadplegingsproces, een veel minder duidelijke taakverdeling tussen de verschillende organen en een moeilijker begrip van het begrotingskader voor de verschillende actoren. Het begrotingskader wordt er bijvoorbeeld druppelsgewijs onthuld, in een continu proces naarmate er overheidsbeslissingen worden genomen, en kan dus mogelijk worden onthuld na de deadlines voor het sluiten van een begrotingsvoorstel door partners en actoren van collectief overleg.

Maar de meest opvallende en ongunstige verandering achter deze nieuwe reglementering betreft de tijd die het Verzekeringscomité krijgt om, op basis van de standpunten van het Comité van Conventies en Overeenkomsten, een gecoördineerd begrotingsvoorstel op te stellen. Eerder had deze drie maanden (van juli tot eind september) om tot een dergelijk voorstel te komen. Dit bood de mogelijkheid van een brede raadpleging van de verschillende verzekeringsorganisaties onderling en besprekingen tussen verzekeringsorganisaties en vertegenwoordigers van gezondheidswerkers. In de nieuwe reglementering zijn er daarentegen nauwelijks twee weken voor dit transversale arbitragewerk. En in de praktijk restte er dit jaar, door de vertraging in de besprekingen in het Comité van Conventies en Overeenkomsten, slechts één week voor de voorbereiding van de begroting 2017. Het formuleren van een gecoördineerd voorstel dat besproken had kunnen worden met zowel mutualiteiten als aanbieders, was daarom onmogelijk. **We kunnen dus concluderen dat hoewel sociaal overleg in theorie mogelijk blijft in de nieuwe reglementering die door het kabinet is ingevoerd, de bestaansvoorwaarden in de praktijk vrijwel nihil zijn.** Zo is het Verzekeringscomité er in 2016 niet in geslaagd een voorstel te doen voor gedeeltelijke begrotingen voor elke sector, omdat het noch over voldoende informatie beschikte over het algemene begrotingskader, noch over de nodige tijd om hierover een fundamenteel debat te houden met alle belanghebbenden. Als gevolg daarvan versterkt deze reglementering de

bewegingsruimte en de invloed van het kabinet, dat, zonder een voorstel conform de oorspronkelijke overlegorganen, des te meer ruimte heeft om een eigen begrotingsvoorstel te formuleren.

Het sociaal overleg, het DNA van onze sociale zekerheid, is de afgelopen twee jaar ernstig verzwakt door de acties van de huidige regering. Paradoxaal genoeg verklaarde de minister echter in haar nota over het gezondheidsbeleid in 2015 dat "het overleg met alle betrokken partijen mijn rode draad is!". De rol van medebeheer van het gezondheidsbeleid en budgettaire aangelegenheden, die historisch is toevertrouwd aan pluralistische organen die zijn samengesteld uit vertegenwoordigers van de regering, maar ook uit partners en sociale actoren, wordt vandaag steeds duidelijker gemonopoliseerd door de Raad van Ministers.

3. CONCLUSIE

Oorspronkelijk was onze sociale zekerheid gebouwd volgens het « bismarckmodel» [39]. Overleg stond hierbij centraal en het streefdoel was iedereen te laten bijdragen én beschermen via een brede institutionalisering van de solidariteit .

In dit tweepartijstelsel kreeg de Staat oorspronkelijk een bemiddeling en toezichhoudende rol toebedeeld, maar met de verschillende economische en politieke crisissen gaf de regering haar « toezichhoudende » rol op om als financieel en politiek beheerder naast de andere actoren te gaan staan. **Hier is duidelijk sprake van een evolutie van een bipartiet naar een tripartiet beheer van onze Belgische sociale zekerheid, zelfs al bleven de actoren dezelfde.**

Deze tripartiete logica kwam al vóór de huidige regering aanzetten, maar de komst van de huidige coalitie markeerde een duidelijk keerpunt in het beheer van de gezondheidszorg. De recentste begrotingen, tonen twee duidelijk symptomatische ontwikkelingen van deze regering aan.

Een eerste kenmerk van de huidige regering is het opleggen van **een bijzonder strak budgettair kader voor gezondheidszorg** dat gericht is op uitgavenvermindering. De nood aan budgettaire investeringen, die de overeenkomsten- en akkoordencommissies vroeger konden formuleren, is vervangen door de eis om besparingsvoorstellen te formuleren.

Ten tweede werd aangetoond dat **de regering het sociaal overleg onder haar voogdij plaatste om de Ministerraad meer manoeuvreerruimte te geven.** Het sociaal overleg is nochtans het DNA van onze sociale zekerheid!

Deze twee grondstromen lijken onze samenleving naar een totaal ander sociaal contract te sturen: ons oorspronkelijk “Bismarckiaans” model van sociale zekerheid, zou evolueren richting een model dat economen en sociologen « liberaal » of « residuair» noemen [40]. Dergelijke socialezekerheidsstelsels bestaan hoofdzakelijk in angelsaksische landen en worden gekenmerkt door **een minimale dekking van de sociale risico's, die worden voorbehouden voor de zwaksten, met een sterk overheidsbeheer. Parallel wordt de sociale bescherming voor de midden- of bovenklasse meer geprivatiseerd en vermarkt.**

We nemen het risico een geneeskunde met twee snelheden te creëren, met enerzijds een stigmatiserende ‘sociale bijstand’ voor de zwaksten en anderzijds een systeem met meer vermarkting voor de anderen. Deze evolutie is des te verontrustender wanneer men weet dat de Belgische patiënt vandaag al een groter aandeel zelf betaalt dan het geval is in onze buurlanden.

Bijlage: Organisatie van de gezondheidszorg in België

1. Een tak van onze sociale zekerheid

Onze sociale zekerheid, zoals we die vandaag nog kennen, is ontstaan uit het verlangen van werkgevers- en vakbondsorganisaties naar sociale vrede, na eeuwen sociale strijd. In het "Belgische sociale pact", geratificeerd in 1944, vinden we de grondslagen van het zogenaamd Bismarckiaans socialezekerheidsstelsel. Dit systeem voorziet in de centralisatie van alle bestaande fondsen in één instantie: de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ). Deze dienst herverdeelt de gepoolde bijdragen van de werknemers tussen de verschillende takken van onze sociale zekerheid (gezondheidszorg (RIZIV), pensioenen (RVP), werkloosheid (RVA), gezinstoelagen (ONFATS), beroepsziekten (FBZ), arbeidsongevallen (FAO), betaalde vakantie (RJV)).

In 1964 werd het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering opgericht, een beheerstructuur voor zowel de ziekte als de handicap die eruit voortkomt. Vanaf het begin werd het RIZIV gezien als een tak van de RSZ. Van meet af aan schrijft de organisatie van de meerderheid van het medische corps haar praktijk in in een liberale filosofie (Orde der Artsen, corporatistische vakbonden ...) die de geneeskunde steeds langer en verder in een gelijkaardige praktijk duwt.

De financiering van de zorg door de sociale zekerheid is wat we de eerste pijler noemen. Rond deze pijler is ons systeem, ons sociaal contract, gebouwd. In een sociale staat, voorzagt deze dat iedereen bijdraagt naar gelang zijn middelen en ontvangt volgens zijn behoeften. De herverdeling van rijkdom verliep op die manier stroomopwaarts (via sociale bijdragen en andere belastingen). Personen die zorg nodig hadden, ontvingen stroomafwaarts dezelfde dekking. Het universeel bedelen van zorg, weerspiegelt het besef dat sociale ongelijkheden voortkomen uit willekeurige politieke keuzes. Men beseftte dat gezondheidsproblemen het resultaat zijn van sociale determinanten en dat ze niet de verantwoordelijkheid zijn van het individu. Vanuit dit perspectief moet de dekking van de gezondheidszorg een collectieve verantwoordelijkheid worden in plaats van een individuele verantwoordelijkheid. Deze eerste pijler is publiek en non-profit. De pijler wordt gekenmerkt door een a priori sociaal perspectief: door het ontbreken van discriminatie in zijn zorgaanbod, door een universele verantwoordelijkheid ten opzichte van de bevolking, door de cohesie tussen keuzes in de zorg en het algemene gezondheidsbeleid, en door zijn non-profit doel.

Maar de gezondheidszorg wordt ook gefinancierd door een tweede pijler (bedrijfsgroepsverzekering) en een derde pijler (individuele verzekering), die beiden privaat en commercieel zijn. Ze hebben a priori geen sociaal perspectief, discriminatie in het aanbod van zorg is veelvoorkomend, ze hebben geen universeel doel, ze zijn het niet noodzakelijk eens met het algemene gezondheidsbeleid, ze zijn commercieel georiënteerde goederen en hebben in essentie een winstdoel.

De andere twee pijlers concurreren met de eerste, omdat ze werken met een stroomopwaartse selectiviteit, door degenen te identificeren die in staat zijn om een particuliere verzekering te financieren en degenen die geen hoog risico op een slechte gezondheid vertonen. Hoe groter

het risico van een slechte gezondheid bij een individu, hoe meer de kosten van de particuliere verzekering zullen toenemen. De concurrentie tussen de pijlers stimuleert effectief de concurrentie tussen de individuele groepen. Een fenomeen dat de principes van sociaal recht en sociale cohesie ondermijnt.

De verschillen tussen deze drie pijlers zijn fundamenteel:

1 ^{ste} pijler	2 ^{de} pijler	3 ^{de} pijler
Publiek	Privé	Privé
Universeel doel	Specifieke doelpopulatie	Persoonlijk doel
Distributietype	Kapitalisatietype	Kapitalisatietype
Collectief	Collectief	Individueel
Gebaseerd op solidariteit	Gebaseerd op het (collectief) actuariel risico	Gebaseerd op het (individueel) actuariel risico
Sociale bescherming	Sociale verzekering	Sociale verzekering

Er dient eveneens akte genomen te worden van de structurele evolutie van de financiering van de sociale zekerheid. In 1955 waren het niet de alternatieve bronnen die de sociale zekerheid financierden (het ging toen vooral over belastingen en BTW). Sinds 2012 zien we een geheel andere realiteit: de alternatieve bronnen financieren sindsdien 17,45 % van de sociale zekerheid. Die evolutie wijst op een belangrijke tendens in de structuur van de financiering: de belasting van de sociale zekerheid [41].

Tableau 2: Pourcentage des parts des diverses sources de financement dans le financement de la sécurité sociale pour les employés

	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008	2010	2011	2012
Cotisations sociales	70	68	71	74	68	61	62	70	75	72,5	69,33	68,15	64,11	62,3	62,37
Subventions publiques	24	24	21	20	28	33	30	20	16	12	11,5	10,2	13,26	11,09	14,5
Financement alternatif	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8,5	14,03	16,5	17,21	20	17,45
Autres	6	8	8	6	4	6	8	10	3	7	5,15	5,15	4,92	6,87	5,68

2. Een gezamenlijk beheer van de zorg

Vanaf het begin werd het unieke karakter van het Belgische socialezekerheidsmodel bepaald door de belangrijkste stakeholders te betrekken. De gehanteerde logica luidt nog steeds als volgt: aangezien het de werkgevers en de werknemers zijn die het socialezekerheidsstelsel financieren, zullen zij het zelf moeten beheren. In België wordt sociale zekerheid dan ook gezamenlijk beheerd door werkgevers en werknemers in een geïnstitutionaliseerd systeem dat bekend staat als gezamenlijk beheer. In 1963 [42] zou het medezeggenschap worden

uitgebreid naar mutualiteiten en zorgaanbieders, en zou deze logica van gezamenlijk beheer worden toegepast op de gehele ziekteverzekeringssector. Dit gezamenlijke beheer volgt het conflict op tussen artsen en de overheid. Die laatste wilde de tarieven van de artsen vastleggen. Het dient opgemerkt te worden dat deze wet felle tegenkanting kreeg van het medische korps. Het medische korps ging in staking en door een tekort aan zorgverlening te organiseren, slaagde ze erin bepaalde artikels die oorspronkelijk in de wet waren voorzien, te schrappen.

In dit model van gezamenlijk beheer worden sociale behoeften niet blindelings door de markt bepaald, maar drukken ze zich uit in de vorm van een dialoog binnen het sociaal overleg. Dit contractuele model verschilt ook heel erg van dat van een overheidsbeheer van de sociale zekerheid. De Vlaamse econoom en politicus Herman Deleeck [43], een kenner van de geschiedenis van onze sociale zekerheid, herinnerde ons eraan dat *"onze sociale zekerheid geen overheidstaak is, maar is ingebed in onze sociale organisaties. Dit socialezekerheidsstelsel is niet unitair maar pluralistisch en wordt binnen een wettelijk kader autonoom geleid en beheerd. Het is geen bijproduct van een staatsapparaat."* Volgens deze auteur staan sociale organisaties in een context van medezeggenschap, garant voor de waarden van solidariteit, sociale economie en democratische tegenmacht tegenover de staat en de markt. De staat heeft aldus een bemiddelings- en controle rol gekregen.

De architectuur van dit systeem is ontworpen om een betere afstemming tussen beslissingen van het sociale beleid enerzijds en de behoeften van burgers anderzijds, mogelijk te maken, via sociale organisaties die zorgen voor een grotere betrokkenheid op het terrein. Gezamenlijk beheer beperkt ook het risico van inertie en bureaucratische isolatie van het systeem en zorgt voor een meer dynamische en responsieve aanpassing aan de veranderende omgeving en de realiteit van de zorg [44].

Een dergelijk systeem heeft het voordeel op lange termijn voor een zekere stabiliteit te zorgen. In landen waar de staat de gezondheidszorg volledig beheert, kan het gezondheidsbeleid snel van richting veranderen onder invloed van politieke veranderingen, zonder dat de actoren op het terrein hun zegje kunnen doen.

Bibliografie

- [1] Assuralia 2016, OCDE 2017 – voor tabellen en berekeningen, zie bijlage PDF
- [2] Het Europese gemiddelde bedraagt 9,4 % (2016). Zwitserland, Duitsland, Zweden, Frankrijk, Nederland, Oostenrijk, Groot-Britannië, Ierland, Italië en Spanje situeren zich tussen 12 en 9%.
- [3] OCDE., Panorama de la santé, 2017, Assuralia 2016.
- [4] Budget de la sécurité sociale SPF – Sécurité sociale : https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/sespros-2015-fr_1.pdf.
- [5] Met vermarkting bedoelt men dat de gezondheidszorg gezien wordt als een 'product' dat te koop is. De begunstigden zijn volgens die redenering consumenten, die vrij het product kiezen dat het beste bij hen past.
- Privatisering verwijst naar de overdracht van verantwoordelijkheden van de publieke sector naar actoren uit de particuliere sector. Het dient gezegd te worden dat de "private sector" een breed begrip is. Tussen een multinational, een zelfstandige en een non-profitorganisatie zitten grote verschillen. Veel wordt duidelijk als we de private sector in twee delen: de particuliere sector die als doel heeft winst te maken en de sector met een sociaal doel in plaats van een winstoogmerk. Om de privatisering in de gezondheidszorg te bespreken moeten we twee elementen in beschouwing nemen: de zorgverlening en haar financiering. In België is de privatisering van het aanbod ingeburgerd omdat de meeste zorgaanbieders buiten de ziekenhuizen (wijkgezondheidscentra inbegrepen) "privaat" zijn. We spreken van privatisering van de financiering van zorg wanneer deze zorg uitsluitend of hoofdzakelijk wordt betaald door de patiënt de eigen zorg te laten vergoeden, of door de patiënt zijn eigen risico's te laten dekken via particuliere verzekeringen.
- [6] Assuralia, « Dépenses nationales dans les soins de santé », in *Assurinfo*, n°13, 12^{ème} édition, 6 avril 2017.
- [7] Men onderscheidt onder meer het Bismarkodel, zoals het onze, van de zogenaamde « liberale » of « residuele » modellen. Ons systeem is gebouwd op een solidariteitsbeginsel (ieder draagt bij volgens zijn middelen en ontvangt volgens zijn behoeften) en sociaal overleg (actoren zoals de mutualiteiten staan in voor het algemeen belang van patiënten en de socialisering van de markt tijdens de regularisering van het systeem.) In een liberaal systeem worden burgers uit de middenklasse aangemoedigd zich enkel te beschermen tegen gezondheidsrisico's via private verzekeringen. De armste burgers worden minimaal gedekt door de staat via hulpverleningsbeleid.
- [8] In het kader van de financiering van de sociale zekerheid, onderscheidt men drie pijlers, die van elkaar verschillen naar gelang het soort solidariteit dat ze implementeren. De eerste pijler is de verplichte regeling, die werkt op basis van bijdragen die worden geheven op de inkomsten van betaalde werknemers of zelfstandige werknemers en op basis van staatssubsidies. De tweede pijler is facultatief. Deze wordt gevormd door systemen die pensioenssupplementen toekennen, bijvoorbeeld in bedrijven of in bepaalde sectoren. De derde pijler, die eveneens facultatief is, maakt strikt genomen geen deel uit van de sociale zekerheid omdat deze bestaat uit de individuele inspanningen van personen die zich vrijwillig facultatieve verzekeringen aanschaffen bij een bank of een verzekeringsmaatschappij.
- [9] Conrath A, Avalosse H, Regueras N, van Cutsem P, Callens M. 2014. Frais d'administration des organismes assureurs. *MC-Informations*. 257 : 12-16.
- [10] 2015 OECD Health Statistics et banque mondiale <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.PCAP.PP.CD>
- [11] Solidaritis direction marketing, rapport d'enquête : Report et renoncement à des soins de santé et des médicaments prescrits suite à des difficultés financières, 2014 (dossier UNMS interne).
- [12] Solidaritis service marketing, baromètre bien-être, 2014
- [13] ISP-WIV- Enquête de santé des belges- 2013.

- [14] Ibidem
- [15] Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017. Assuralia 2016.
- [16] https://www.rtf.be/info/belgique/detail_sante-consulter-des-specialistes-va-souvent-couter-plus-cher-en-2015?id=8412122
- [17] Comité de l'Assurance-Note CSS 2014-223. Budget 2015. Assurance soins de santé.
- [18] « out-of-pocket » is het bedrag dat door patiënten wordt uitbetaald, zonder tussenkomst van publieke en private verzekeringen.
- [19] <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&lang=fr#>
- [20] Het remgeld is het bedrag van de zorg voor rekening van de patiënt, terwijl de derde betaler het door de verzekeraar betaalde bedrag is.
- [21] Het maximumfactuur (MAF) systeem plafonneert het remgeld ten laste van een huishouden. Vanaf het moment dat een bedrag het plafond overstijgt, worden de leden van het MAF huishouden vergoed voor hun persoonlijk legaal aandeel van de gezondheidszorgen die ze de rest van het kalenderjaar genieten. Die bepaling is niet van toepassing op de honorariumsupplementen. Verschillende criteria bepalen wie kan genieten van de MAF: burgerlijke status, inkomsten, leeftijd of de medische consumptie. We onderstrepen dat dit systeem dichter aanleunt bij bijzondere bijstand dan sociale verzekering.
- [22] Jean-Marc Laasman, Leila Maron et Jérôme Vrancken « Le tiers-payant social : pour quel accès aux soins ? », in *Service études Solidaris*, avril 2012; « L'intervention majorée : pour qui ? Pour quelle accessibilité aux soins de santé ? », in *Service études Solidaris*, avril 2014. « Regulating Patient's Access To Health Care », *International Journal of Public Health Care Management and Economics* (Volume 1, Issue 2 ; 2011)
- [23] KCE, « Comparaison du coût et de la qualité des deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique », in *KCE Reports 85B*, 2008, pp.162.
- [24] Par exemple, Starfield B. Shi Leivu, Macinko J., *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, 2005.
- [25] IMA-AIM, « Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België : een update », 7/12/17; Boutsen M., Laasman J-M, Manon L., Pirson A-F, « Les maisons médicales “à la loupe” », in *UNMS*, oct. 2017; Audit KPMG-2018.
- [26] Ibidem
- [27] Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2008, « Comparaison du coût et de la qualité des deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique », *KCE Reports 85B*, p.162
- [28] IMA-AIM, « Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België : een update », 7/12/17
- [29] AIM, « Etude sur les suppléments d'honoraires » in *Medico-Mut*, 22 mai 2017
- [30] AIM, « Etude sur les suppléments d'honoraires » *op cit.*
- [31] Solidaris, baromètre coûts hospitaliers, 2016
- [32] P. van Cutsem - Budget 2015 : négociation sociale atypique et révision du cadre budgétaire, MC Informations N°259-, Mars 2015 ; P. van Cutsem- Budget fédéral des soins de santé 2016- MC informations N°263, Mars 2016 ; P.van Cutsem –Budget fédéral 2017 des Soins de santé- MC informations N°267, 7Mars 2016
- [33] Ofwel bedrag van de cumulatieve besparingen over een periode van 5 jaar legislatuur om een traject te respecteren, ofwel de uitgaven zonder rekening te houden met de beleidsmaatregelen van de regering (besparingen, structurele blockage of uitgaven/terugbetalingen met betrekking tot artikel 81).
- [34] Daarvoor moeten 224 miljoen € besparingen buiten het budgetdoel, meegerekend worden. Dus in totaal 1,7 miljard € netto besparingen tegen 2019. Om de bijdrage van de ziekteverzekering aan de begrotingsconsolidatie te bepalen, moet men de marge toevoegen tussen de norm van 3% die door de vorige regering werd vastgelegd, en de constante beleidsuitgaven, 1 miljard €. Op die manier komen we aan een bijdrage van de ziekteverzekering aan de begrotingsconsolidatie, van 2,8 miljard € tijdens

deze legislatuur. Bron: berekening van de studiediensten van de christelijke en socialistische mutualiteiten op basis van het geheel van officiële, recente budgettaire documenten.

[35] Theoretici die werken rond sociale beschermingssystemen, maken een onderscheid tussen de sociale zekerheid en de sociale bijstand die beiden uit een verschillende geschiedenis en logica voortkomen. De sociale zekerheid is een verzekeringsmechanisme tegenover sociale risico's dat, in de bismarck systemen, solidair wordt gefinancierd en er voor iedereen is, in functie van de behoeften. De sociale bijstand is het ultieme vangnet, dat wordt toegekend aan mensen met onvoldoende middelen, en dat wordt gefinancierd door middel van belastingen en door overheidheidsinstanties, zonder rekening te houden met de bijdrage.

[36] P. van Cutsem - Budget 2015 : négociation sociale atypique et révision du cadre budgétaire, MC- Informations N°259-, Mars 2015 ; P. van Cutsem- Budget fédéral des soins de santé 2016- MC informations N°263, Mars 2016 ; P.van Cutsem –Budget fédéral 2017 des Soins de santé- MC informations N°267, 7Mars 2016

[37] Repris de Cours des Comptes (2006), p 28, point 53.

[38] Idem.

[39] Dat systeem wordt grotendeels gefinancierd door bijdragen evenredig aan het salaris. Evenzo zijn de toegekende toewijzingen, evenredig aan de verloren bezoldiging. Dit systeem genereert een sterke horizontale en verticale solidariteit tussen werkenden en werklozen, mensen in ziekte en mensen in goede gezondheid, hoge en lage inkomens... Ook in dit systeem wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen sociale zekerheid en sociale bijstand. Dit laatste moet zich in een residuele situatie bevinden.

[40] De econoom Esping Andersen (Esping Andersen. G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press, 1990), wereldvermaard expert in dit thema, heeft een typologie ontwikkeld van de verschillende sociale zekerheidsstelsels in Europa. Hij maakt onder andere een onderscheid tussen het « bismarck-model », zoals het onze, ook bekend als « corporatistisch », en de « liberale » of « residuele » modellen, die worden gekenmerkt door een sterk statelijk beheer. Een collectieve, residuele sociale bescherming, focust zich op de meest achtergestelde groepen en meer geprivatiseerde bescherming voor de anderen.

[41] Itinera, 2013/06 (18.02.2013) Le financement des soins de santé en Belgique

[42] Loi du 25 avril 1963 relative à la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale.

[43] H. Deleeck, « De architectuur van de welvaartstaat opnieuw bekeken », in *Acco*, 2003., p 440

[44] H. Fuss , *La genèse clandestine de la sécurité sociale en Belgique*, 1958.