

# DE SOCIALE ZEKERHEID: EEN SUPERIEUR EN ONMISBAAR INSTRUMENT IN DE STRIJD TEGEN ARMOEDE

---

JOZEF PACOLET

---

## \_ INLEIDING

‘Designed for the poor is poorer by design’ is het adagio dat mij voortdurend voorstaat als het er op aankomt om een hoogwaardige sociale bescherming te bepleiten voor de totale bevolking via een goed uitgebouwde sociale zekerheid. Het is ook de conclusie van 10 à 15 jaar ‘welfare state watching’ in België en Europa.<sup>1</sup>

De sociale risico’s van een bevolking als ziekte, handicap, werkloosheid, pensioen worden opgevangen door een gans gamma van voorzieningen, van familiale solidariteit en zelfzorg tot sociale zekerheid, overheidsfinanciering van uitgaven tot en met bijstand en liefdadigheid. De Europese verzorgingsstaten zijn georganiseerd volgens twee grote types van stelsels, deze eerder van het Beveridge-type met financiering uit algemene belastingmiddelen, en eerder vlakke basisvoorzieningen, en de eerder Bismarck-georiënteerde stelsels, georganiseerd door werkgevers en werknemers samen en in grote mate door hen gefinancierd. Een residuair stelsel in beide is de bijstand.

Bedoeling is de gevolgen van de risico’s te compenseren, en bovenal ook de armoede of bestaansonzekerheid te vermijden.

België heeft geopteerd voor het Bismarck-georiënteerde stelsel. In welke mate is het adequaat gebleken om de sociale risico’s te verzekeren voor de totale bevolking en lukt het er in om de armoede te vermijden? Wij analyseren de problemen voor één grote categorie van uitgaven, met name deze die te maken heeft met het risico van de oude dag/ de behoeften aan een decent pensioen, goede gezondheidszorgen en ouderenzorg. Niet zelden komen ook in deze pijlers van de sociale zekerheid nieuwe risico’s van bestaansonzekerheid naar boven tengevolge van de inadequaatheid van de sociale zekerheid. In deze bijdrage willen wij illustreren dat juist het afwijken van de koers in de sociale zekerheid, bijdraagt tot een groter risico van bestaansonzekerheid en dualisering.

---

<sup>1</sup> Voor een schets van deze trends en een situering van België in Europees perspectief zie J. Pacolet (red.), De staat van de verzorgingsstaat in de EU Anno 1992 en tien jaar later met tien nieuwe lidstaten, Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid, 2006, nr. 4

Geconfronteerd met budgettaire beperkingen, maar evenzeer een groeiende tendens naar belastingvermindering, bepleit men immers een grotere selectiviteit, tot en met de overgang naar de bijstand. Aan de andere kant bepleit men privatisering of financiering via fondsvorming, kapitalisatie, wat neerkomt op vooraf premies betalen om later de uitkeringen te kunnen financieren. De fondsvorming kan individueel, privé of collectief zijn. België drijft mee met al deze golven. Kan zij de meubels redden?

## **\_ DE EROSIE VAN DE WETTELIJKE PENSIOENEN**

Het armoederisico voor ouderen is in 2005 20,6 % tegenover 12,2 % bij de rest van de bevolking. Zonder pensioenstelsel zou 90 % van de ouderen in armoede leven.

De prestaties van de pensioenen zijn het resultaat van de regels of parameters die men hanteert. Als de pensioenen van de oudsten het meest onaangepast zijn, dan is dat het gevolg van de regelgeving die de welvaartvastheid van pensioenen reeds midden jaren tachtig had opgegeven, of minima die beneden de armoedegrens liggen, of gewoon de afwezigheid van de keuze voor goede bescherming (pensioen zelfstandigen). Om een adequaat pensioen te voorzien is reeds meer dan twee decennia geleden al gekozen voor een drie pijler stelsel. Meer en meer blijkt ook dat de middelen die nodig zijn voor een tweede en derde pijler aanzienlijk zijn, dat dit bijdragen veronderstelt van werkgevers (premies voor pensioenfondsen en groepsverzekeringen), werknemers (eigen spaarinspanningen) en de overheid (fiscale uitgaven).<sup>2</sup>

Het besef groeide dat de tweede pijler nu vooral de mankementen van de eerste pijler moest remediëren. Op twee manieren kan men de vraag stellen van de mate dat de tweede pijler pensioenen een voldoende garantie kunnen bieden voor het pensioen. In eerste instantie werden en worden de meeste tweede pijler pensioenen uitgekeerd onder de vorm van kapitaal, en de vraag is in welke mate deze voldoende veilig en rendabel zijn belegd door de gepensioneerden om hun pensioen voor de rest van hun jaren te ondersteunen. De tweede vraag is in welke mate de pensioenfondsen voor de komende generaties voldoende ruim en rendabel zijn, om het aanvullend pensioen te kunnen verzekeren, en wat, indien dat het geval is, de kostprijs is.

Blijft er de derde pijler: pensioensparen, individuele levensverzekeringen en overig lange termijnsparen. De Belg is in het verleden een aanzienlijke spaarder geweest, en dit nam de jongste jaren ook meer en meer de vorm aan van lange termijn sparen. Een belangrijk deel daarvan (het pensioensparen en levensverzekeringen) zijn fiscaal aangemoedigd. Door de beperking in het bedrag zijn de fiscale stimuli geplafonneerd. Zij zijn ook redelijk democratisch verspreid. In die zin genieten zij zelfs even zeer onze sympathie als de tweede pijler omdat diegenen die niet het geluk hebben een bedrijfspensioen of sectorpensioen te kennen, minstens nog de financiële steun kunnen krijgen om zelf aan voorzorgsparen te doen. Zij zijn evenwel niet toegankelijk voor lage inkomens, uitkeringstrekkers die weinig of geen belastingen betalen. Zij hebben de marge niet

---

<sup>2</sup> Zie in bovenstaand speciaal nummer van het Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid onze bijdrage over België.

voor een aanvullend individueel pensioensparen, en kunnen ook niet van de incentieven genieten. Een echt beleid van aanmoedigen van het voorzorgsparen voor de totale bevolking moet de fiscale incentieven dan ook uitkeerbaar maken voor diegenen die nu geen belastingen betalen en er dus ook niet van kunnen genieten. Het valt echter te vrezen dat zij gezien de laagte van hun inkomen ook de spaarinspanning niet zullen kunnen leveren zodat zij nooit in aanmerking komen voor het fiscale 'incentief'. Wij laten hier even de vierde pijler, de eigen woning uit beeld die ook een vorm van pensioensparen is en ook een aanzienlijke garantie biedt tegen bestaansonzekerheid.

Tot voor kort waren de aanvullende pensioenen vooral een zaak van sterkere sectoren en hogere inkomensgroepen. Met de introductie van de jongste wet op de aanvullende pensioenen was het hek volledig van de dam. Bij sommige voorstellen ging men er bijna van uit dat de totale bevolking een tweede pensioenpijler zou krijgen, en zelfs voor ambtenaren (ondermeer het contractueel personeel bij de lagere overheden) gingen stemmen op om zo een tweede pijler pensioen uit te bouwen.

De groei daarvan is echter beperkt gebleven, omdat deze extra pensioenen ook extra inspanningen vragen (er is niet zo iets als een 'free lunch'), terwijl de jongste jaren herhaaldelijk de risico's van een pensioen op basis van kapitalisatie naar boven kwamen, tot en met de huidige bijna 'melt down' van het financieel systeem<sup>3</sup>.

Maar de tweede en derde pijler zijn aanvullende spaarvormen en geen alternatief voor het wettelijk pensioen. De keuze voor de tweede en de derde pijler maken dat men de eerste verwaarloost.

Afgezien van de adequaatheid van het pensioen voor de totale bevolking bleef het probleem van de laagste pensioenen om uit de bestaansonzekerheid te blijven.

De vervangingsratio (de verhouding tussen het gemiddelde pensioen en het gemiddeld brutoloon) daalt stelselmatig door het gebrek aan welvaartaanpassingen. Vooral de oudste en de laagste pensioenen en uitkeringen leken niet meer in staat om de mensen uit de objectieve bestaansonzekerheid te houden. In 2004 besliste de Regering hier iets aan te verhelpen, en bij de wetgeving op het Generatiepakt werden de maatregelen hiertoe geconcretiseerd. De oudste en laagste vervangingsuitkeringen kregen in 2007 en 2008 reeds een welvaartaanpassing. Deze zal de achteruitgang stopzetten, maar de achterstand opgelopen in het verleden echter niet compenseren.<sup>4</sup>

België is steeds meer gekenmerkt door een grotere inkomensarmoede onder haar uitkerings-trekkers. Pensioenen zitten ziek in het zelfde bedje waarin heel onze sociale zekerheid ziek is, met name de te lage activiteitsgraad. België heeft een traditie om eerder generieus te zijn met

3 Na de vorige beurscrisis in de periode 2000-2003 waarschuwden wij voor de sirenenzang, door financiële sector en overheid gezongen, die de kapitaalmarkten uitoefenen op de uitbouw van de sociale bescherming (J. Pacolet, *Funded Pensions After the Bear Market: Was It a Fatal Attraction*, paper APF Conference 30 juli 2004). Vandaag, oktober 2008, is het opnieuw puin ruimen.

4 J. Pacolet, W. Verschuere, Een uitkeringsafhankelijkheidsratio voor België?, HIVA, KULeuven, 2007.

het breed open laten van de toegang tot bepaalde stelsels als de werkloosheid, maar krenterig te zijn in de hoogte van de uitkeringen. Zo zijn er in de RVA meer dan 1 miljoen personen die één of andere uitkering krijgen van de RVA, terwijl er goed 4 miljoen mensen werkend zijn. Als wij ook alle gepensioneerden, (meer dan 2 miljoen) en diverse andere uitkeringtrekkers optellen dan komen wij bij ongeveer 4,5 miljoen personen die genieten van een uitkering, meer zelfs dan het aantal dat actief is. Vooral, en dat is in België het geval, in een repartitiesysteem (dat de uitkeringen voor de niet-actieven financiert met de bijdragen van de actieven) moet dat een druk zetten op de hoogte van de uitkering. Ook in Nederland bijvoorbeeld was men alert geworden voor deze wanverhouding, in de ziekte en arbeidsongeschiktheid vooral aan de orde, en men legde een band tussen de inactiviteitsgraad en de welvaartvastheid van de uitkeringen.<sup>5</sup> Er is uiteraard een verband zoals boven geschetst. Hoe meer uitkeringsgerechtigden, des te moeilijker het is om uitkeringen welvaartvast te houden. Maar wanneer men langdurig afhankelijk wordt van een vervangingsinkomen, en velen zijn in die situatie, is het niet voordehandliggend om de uitkering te laten dalen. Integendeel, men heeft vermoedelijk al meer en meer op zijn reserves moeten interen, zodat het vervangingsinkomen des te belangrijker wordt. Men moet dan ook eerder de middelen uitbreiden, om de bestaanszekerheid van deze groepen te vrijwaren. In die zin begrijpen wij helemaal de voorstellen niet die thans circuleren om de uitkeringen voor werklozen hoger te maken in het begin van de werkloosheid, om zij dan snel te laten dalen en eventueel te beperken in de tijd. Wat men wel moet doen is zo veel mogelijk op het getal proberen in te werken: vermijden van werkloosheid, streven naar volledige tewerkstelling, vermijden van armoede, vermijden van invaliditeit, streven naar revalidatie en reïntegratie, zij werken allemaal in op het aantal uitkeringsgerechtigden, zonder in te boeten op het streven naar goede sociale bescherming.

Zo is België niet overdreven genereus in zijn werkloosheidsuitkering, maar dit wordt wel gecompenseerd door het feit dat de uitkering niet te sterk daalt naarmate men langdurig werkloos is, zodat het armoederisico daar lager is.<sup>6</sup> Ook in de pensioenen telt België een groot aantal gerechtigden, maar rantsoeneert men (noodgedwongen?) op de uitkeringen.

Er zijn veel mogelijkheden in België om het sociale zekerheidssysteem op basis van een repartitiesysteem terug op rails te zetten om met vertrouwen de toekomst tegemoet te zien. De nog altijd veel te hoge overheidsschuld is één handicap die men moet wegwerken. De veel de lage activiteitsgraad is een andere. Iemand voorbarig inactief laten worden (wat ondermeer het geval is in brugpensioenregelingen) is nu extra uitkeringen doen, in plaats van bijdragen te innen. Dat is schuldfinanciering.

## **DE GRENZEN AAN DE EIGEN BIJDRAGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG**

Arm maakt ziek, maar ook ziekte riskeert mensen in bestaansonzekerheid te brengen. Volgens de gezondheidsenquête van 2001 leeft bij de zieken en invaliden 33% in een huishouden waar de

---

<sup>5</sup> Zie Pacolet J., Verschuere W., op.cit.

<sup>6</sup> Cantillon B., Marx, I., Rottiers, S., Van Rie, T. (2007), Een vergelijking van België binnen de Europese kopgroep: postremis inter pares, Centrum voor Sociaal Beleid, Berichten, Antwerpen.

referentiepersoon of een ander lid van het huishouden in het voorbije jaar gezondheidszorgen heeft moeten uit- of afstellen omwille van financiële redenen.<sup>7</sup>

De uitgaven voor de gezondheidszorg zijn in België ondanks de periodes van rantsoenering bij de koplopers van Europese en OESO landen terecht gekomen, zeker als men een ruime definitie hanteert. Ook de publieke uitgaven liggen op een hoog niveau. Toch blijkt ook dat België relatief veel eigen bijdragen vraagt, remgelden, supplementen, of eigen aandeel in de dagprijs van bijvoorbeeld een rusthuis en rust- en verzorgingstehuis, autonome consumptie van geneesmiddelen, niet terugbetaalde zorgkosten, eventueel van niet-medische aard maar toch veroorzaakt door de ziekte of afhankelijkheid. Gemiddeld komen wij op een publieke dekking van de kosten van 70 %, terwijl dit in andere landen tot 80 en 90 % kan oplopen<sup>8</sup>.

Ook de gezondheidszorg wordt bedreigd door rantsoenering in de middelen, of grotere eigen bijdragen. Naarmate een bevolking ouder wordt, en in het algemeen ook welvarender, vraagt zij steeds meer en betere gezondheidszorgen. Kwalitatief hoogstaand en toegankelijk voor de totale bevolking. Of wij nu naar ingezette middelen kijken in geldtermen, voorzieningen, verstrekkingen, toegankelijkheid, telkens moeten wij België als goed presterend typeren, in Europees en internationaal perspectief.<sup>9</sup> Dit belet niet dat wij behoeften verder moeten blijven afwegen tegenover de inzet van middelen. België komt uit enerzijds een rantsoenering met groeinormen voor de uitgaven, die men geleidelijk heeft moeten lossen, omdat de behoeften te sterk waren (eerst 1,5% reële groei, dan 2,5%, nu 4,5% waarvan de komende jaren een deel zal gereserveerd worden in een reservefonds). Tegelijk is er een verschuiving naar meer eigen bijdragen, en is er een, weliswaar nog beperkte maar groeiende aanwezigheid van private verzekeringen.

Ondanks budgettaire orthodoxie zijn belangrijke nieuwe categorieën van zorgfinanciering mogelijk gebleken. Tal van nieuwe verstrekkingen kwamen meer en beter in aanmerking voor terugbetaling. Men ontdekte ook de grenzen van de eigen bijdragen, remgelden en supplementen. De maximumfactuur zette een rem op deze remgelden. De overheid had de grenzen aan deze eigen bijdragen ingezien en introduceerde de sociale en fiscale franchise, nu de maximumfactuur in de ziekteverzekering. Dit systeem plafonneert de remgelden in functie van de inkomenssituatie van de patiënt. Wetenschappelijk onderzoek toonde herhaaldelijk aan dat zij daar aardig in lukt, maar toch nog situaties achter laat van personen die meer dan 5 tot 10 % van hun inkomen moeten betalen aan remgelden. Telkens opnieuw ontdekt men uitgavencategorieën (in het begin geneesmiddelen), of patiëntengroepen (nu de psychiatrische patiënten die langdurig in een psychiatrische instelling verblijven) die vergeten zijn, of dat er een nog grotere selectiviteit nodig is (bijvoorbeeld een laagste inkomensgroep waar de remgelden best zouden moeten geplafonneerd worden op 250 euro per jaar in plaats van de huidige 450 euro).<sup>10</sup>

7 Belgisch Nationaal actieplan sociale insluiting 2003-2005.

8 J. Pacolet, M. Borghgraef, Gezondheidsrekeningen in België, POD Wetenschapsbeleid, FOD Sociale Zekerheid, HIVA-KU Leuven, 2008.

9 J. Pacolet, D. Deliège, C. Artoisenet, G. Cattaert, V. Coudron, X. Leroy, A. Peetermans, C. Swine, Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België. Viellissement, Aide et Soins de santé en Belgique, FOD Sociale Zekerheid, HIVA KU Leuven en SESA UCL, Brussel

10 E. Schokkaert, J. Guillaume, A. Lecluyse, H. Avalosse, K. Cornelis, D. De Graeve, S. Devriese, J. Vanoverloop, C. Van De Voorde, Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, Brussel, 2008.

Een ander punt is evenwel het vrijwaren van de universele toegankelijkheid, en het vermijden van dualisering. Nu reeds lijkt de ziekenhuissector een tweedeling te kennen tussen diegenen die een hospitalisatieverzekering hebben, en wie het niet heeft. Het wordt een noodzakelijke bijkomende financiering voor verstrekkers en ziekenhuizen, voor diegenen die wat meer comfortzorg (comfort van een eenpersoonskamer bijvoorbeeld) wensen, en daarvoor ook willen betalen. Maar introduceert het juist niet de verdere privatisering van de sector die de kosten kan doen verder oplopen, en de dualisering voorafgaat?

De hospitalisatieverzekering illustreert dat een deel van de kosten voor hospitalisatie onvoldoende gedekt zijn, zodat men een private verzekering nodig heeft. Hier is het de één of tweepersoonskamer in een ziekenhuis die een extra kost en supplement in de honoraria uitlokt, en die de aanleiding is om zich bijkomend te verzekeren. Sommigen definiëren dit als comfortzorg, (in het VK spreekt men van 'topping up'<sup>11</sup>), en voor dat toemaatje moet men dan maar meer betalen, maar hiermee realiseert men dat de private verzekering, individueel of via het bedrijf, meer en meer van de grond komt. Voor zeer velen is het onbereikbaar. Het dreigt overigens ook duurder en minder betaalbaar te worden voor de ouderen, en is opnieuw de voedingsbodem voor verdere dualisering. Voor ons is het simpele gegeven van het recht op de privacy op een eenpersoonskamer (en zou er geen invloed kunnen zijn op de zorg zelf?) een illustratie van gelijke tred houden van ons zorgsysteem met de algemene welvaartsevolutie.

Wij spreken hier over armoede versus luxe-problemen. Maar is dit niet exemplarisch voor de dualisering in de zorg die wij wensen te voorkomen. Door de algemene welvaart in de zorg niet te volgen, creëert men de markt van privatisering ('Privatisation by default'). Alhoewel het aandeel van de private verzekeringen (en de mutualiteiten nemen hier ook een deel van op als private sociale verzekeringen) in het totaal nog beperkt is, rond de 4% van de totale bestedingen in de zorgsector, is het bereik reeds zeer groot (ongeveer 60 % van de bevolking, waarvan ongeveer 4 miljoen via de private verzekeringen en 2 miljoen via de mutualiteiten)<sup>12</sup>. Dit staat tegenover de penetratie van aanvullende pensioenverzekeringen waar bij de gepensioneerde dit reeds op 35 % verondersteld wordt, en bij de actieve bevolking geleidelijk oploopt tot 50 % en waar men hoopt uiteindelijk iedereen te kunnen bereiken. Een politieke partij (de VLD) kwam onlangs tot de vaststelling dat heel wat mensen een noodzakelijke verzekering niet afsloten, waaronder een hospitalisatieverzekering, en wenste het debat te openen of dit niet verplicht zou moeten gesteld worden. Indien de noodzaak daarvan zo manifest is, waarom dan niet al deze middelen die men daartoe zal moeten mobiliseren gunnen aan een goed uitgebouwde eerste pijler in de sociale zekerheid?

---

11 De grens tussen 'top ups' en gewone eigen bijdragen (co-payments) is flinterdun, en kan plotseling enorme implicaties hebben voor de patiënt. In het VK is er recent een hevige discussie ontstaan in de NHS of een kankerpatiënt die zelf extra geneesmiddelen koopt om de symptomen te bestrijden of het leven te verlengen, recht heeft op de gratis NHS die al voorzien was. (J. Carvel, Topping up NHS cancer care with private drugs divides doctors, The Guardian, 10 juli 2008). Men wenste de principes van een gelijke toegang tot de zorg in het NHS zo ver te drijven dat diegenen die meer konden betalen, uitgesloten zouden worden uit de NHS. Mijn moeder zaliger zei mij ooit: 'Van principes kun je sterven'.

12 J. Pacolet, D. Deliège, C. Artoisenet, G. Cattaert, V. Coudron, X. Leroy, A. Peetermans, C. Swine, Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België. Viellissement, Aide et Soins de santé en Belgique, FOD Sociale Zekerheid, HIVA KULeuven en SESA UCL, Brussel

## \_ DE TOEGENOMEN NIET-MEDISCHE KOSTEN

Een ongedekte behoefte riskeerde deze te zijn van chronische ziekte, langdurige zorg, en vooral ouderenzorg. Het was een nieuw sociaal risico dat vooral manifest werd naarmate de mensen langer leven, en er ook meer mensen (de baby boom generaties) langer leven. Deze kosten werden het eerst gesignaleerd in de ouderenzorg, en dit zowel in een rusthuis als in de thuiszorg. In een recente studie maken wij de inventaris van deze niet-medische kosten voor personen die thuis verblijven en genieten van de Vlaamse Zorgverzekering premie thuiszorg en mantelzorg (nu 125 euro per maand).<sup>13</sup> De niet medische kosten die zij hebben (eigen bijdragen in gezinszorg en poetshulp, vervoer, verzorgingsmateriaal, vergoeding van mantelzorg) liepen op tot gemiddeld 150 à 200 euro per maand, en varieerde van minder dan 50 euro voor het laagste deciel tot meer dan 600 euro voor het hoogste deciel. Deze niet medische kosten deed de bestaansonzekerheid, die reeds hoog was bij de groep van ouderen en hulpbehoevende personen verder oplopen van 38 tot 54 %.<sup>14</sup> Ook in de residentiële zorg (rustoord of rust- en verzorgings-tehuis) is de eigen bijdrage of de dagprijs van de bewoner een uitzonderlijk hoog aandeel van de totale kostprijs in vergelijking met andere landen en voor vele bewoners onbetaalbaar met enkel hun pensioeninkomen.

Een twintigtal jaren reeds is internationaal en nationaal dan het debat bezig om voor dit soort van risico een zogenaamde zorgverzekering<sup>15</sup>, te creëren. Dit lijkt, behoudens crisissomstandigheden, een normale termijn te zijn om nieuwe instituties te creëren. In België toonden wij aan dat een aantal risico's van de langdurige zorg, geleidelijk (en steeds beter) hun weg vonden op federaal niveau (opname van rusthuisfinanciering en RVT in het RIZIV, betere vergoeding voor de extra zorg, betere financiering voor de thuisverpleging, introductie van het zorgforfait chronisch zieken, forfait palliatieve zorg, verbeterde toegankelijkheid en uitkering tegemoetkoming hulp aan bejaarden). Wij noemden het 'de stille kracht' van een impliciete zorgverzekering op federaal niveau. Maar toch is dit blijkbaar niet voldoende. Nieuwe zorgbehoeften van chronisch zieken worden duidelijk. Een bewijs daarvan is dat de huidige Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een nieuwe inspanning wenst te doen voor deze groep van chronisch zieken.<sup>16</sup>

Op Vlaams niveau toonden wij recent aan hoe met beperkte middelen de Vlaamse Zorgverzekering een universele systeem voor de gehele bevolking kon opzetten dat zeer snel de volledige doelgroep kon bereiken, en ook het doel, met name bepaalde reële niet-medische kosten van langdurige zorg kon dekken, en mensen uit de armoede houden. Wij noemden het een Vlaams mirakel.<sup>17</sup>

13 J. Pacolet, N. Spruytte, S. Merckx, Bestaansonzekerheid in Vlaanderen bij chronisch zorgbehoeftige zieken thuis: belang van de Vlaamse Zorgverzekering, HIVA, KU Leuven, 2008.

14 Percentage gezinnen dat bestaansonzeker is, d.w.z. een inkomen heeft (na aftrek van de niet-medische kosten) dat lager is dan 822 euro per maand per verbruikseenheid, situatie 2005.

15 Nu internationaal omschreven als het 'Long term care' risico, dat een 'long term care insurance' nodig maakt. In feite verwijst deze term ook duidelijk naar de 'langdurigheid' van de zorg, dus zorg voor chronisch zieken of personen die langdurig hulp behoeven.

16 Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid L. Onkelinx, Prioriteit aan de chronisch zieken!, Programma voor de verbetering van de levenskwaliteit van personen met chronische ziekten 2009-2010, Brussel, 23 september 2008.

17 Zie Pacolet, J., Deliège D., e.a., op.cit. en J. Pacolet, N. Spruytte, S. Merckx, op. cit. ,

De uitkering van een zorgverzekeringspremie in Vlaanderen van nu 125 euro per maand doet die bestaansonzekerheid terug dalen tot beneden de 40 %. Voor ongeveer de helft van de doelgroep zijn de kosten nog altijd onvoldoende gecompenseerd, wat betekent dat er een grotere differentiëring van de tegemoetkoming nodig is. Voor anderen is er een overcompensatie, maar kan dit effectief hun inkomenssituatie iets opgekrikt hebben. Voldoende om hen te tillen over de grens van bestaansonzekerheid die in dit onderzoek op 822 euro per maand per persoon/verbruikseenheid was gesteld. De Vlaamse zorgverzekering kost macro-economisch ongeveer 0,11 % van het BBP (bruto binnenlands produkt). Elke inwoner boven de 25 jaar moet daarvoor ook 10 of 25 euro per jaar betalen. De cijfers illustreren dat met beperkte middelen toch een substantieel effect kan worden bereikt. Zelfs met beperkte middelen kan de overheid deze kosten van langdurige zorg en chronisch zieke personen drastisch beperken, en hen ook uit de bestaansonzekerheid houden. Om die reden, wars van elke institutionele discussie, en onafgezien van de noodzaak om de kosten voor chronisch zieken op federaal niveau verder te verbeteren, bepleiten wij de invoering van gelijkaardige zorgverzekering in de Franse Gemeenschap, zelfs al zou men daar budgettair niet de ruimte voor hebben. Men kan beginnen met de bijdrage te innen van respectievelijk 10 en 25 euro zoals men dit in Vlaanderen doet.

Privatisering in de zorgverzekering is in België nog amper opgetreden. Het zou kunnen omdat het risico voldoende gedekt is, of omdat men de koopkracht niet heeft. Wij twijfelen reeds lang of dit risico door de private sector goed kan gedekt worden (zelfs in de VSA is het amper van de grond gekomen), maar tegelijk is privatisering niet uit te sluiten. Bijvoorbeeld in Frankrijk heeft de private zorgverzekering wel succes. Maar ook hier geldt dat privatisering en dualisering zal voorkomen als de sociale bescherming in gebreke blijft.

## **\_ BESLUIT**

Zowel internationaal als in België is onder druk van toenemende schaarste aan middelen het pleidooi gekomen om de sociale bescherming meer selectief te maken. De toenemende verleiding aan de ene kant om verder belastingverlagingen te bepleiten en anderzijds de ondraaglijke traagheid om de arbeidsmarktparticipatie van de bevolking op te krikken, minstens op het niveau dat de Lissabon-doelstellingen ons voorhouden<sup>18</sup>, zetten de sociale zekerheid verder onder druk. Deze sociale zekerheid evolueert hiermee aan de ene kant naar een bijstandstelsel en aan de andere kant doet privatisering zijn intrede via tweede en derde pijlerformules. Op het vlak van de pensioenen is dit fenomeen reeds ver gevorderd in België. Voor de gezondheidszorg en ouderenzorg stelt men dat dit daar minder snel zal voorkomen, maar de eerste tekenen zijn duidelijk te merken (rol van de hospitalisatieverzekering). Het resultaat is meer en meer een basisverzekering waarvoor effectief dreigt dat 'designed for the poor is poorer by design'. De private remedie voor diegenen die het zich kunnen veroorloven bevestigt de hypothese dat privatisering optreedt als het publiek initiatief in gebreke blijft: 'privatisation by default'.

---

18 Een werkgelegenheidsgraad van 70 % voor de totale bevolking, 60 % voor de vrouwen en 50 % voor de 55-65 jarigen. Als men het zo op zichzelf leest lijkt dit overigens niet ambitieus. Misschien is het illustratief voor het feit dat wij mijlen ver af zijn van volledige tewerkstelling.



De conclusie uit onze 'welfare state watching' is dat voor de drie grote pijlers van de Belgische Sociale Zekerheid die in de toekomst het gros van de sociale uitgaven zullen vormen, die de demografische transitie of de kost van de vergrijzing zullen moeten dragen, zowel vooruitgang opgemerkt kan worden, die aanzienlijk is, maar ook falen. Geen welvaartvaste uitkeringen aan de ene kant, en onvoldoende dekking van bepaalde kosten van chronisch zieken aan de andere kant, maar vooral dreigende dualisering, en opkomende privatisering maken dat het systeem zowel voor de brede bevolking als voor de bestaansonzekereren dreigt tekort te schieten. Gelukkig is het nog niet te laat, en kunnen beide trends gekeerd worden. Maar dat is een kwestie van politieke wil en overtuiging.