

3
3e trimester
2004
46e jaargang

3
3e trimester
2004
46e jaargang

'Informerer' en 'aanleren' zijn meer dan ooit twee sleutelwoorden van onze tijd. Het Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid wil daartoe bijdragen door kwaliteitsvolle artikelen te publiceren over juridische, economische, sociologische, ... aspecten van de sociale bescherming, die de lezer enig inzicht bijbrengen en hem tevens tot nadenken kunnen aanzetten. Deze lijn wordt ook doorgetrokken naar het domein van de Europese Unie: elk nummer bevat een vaste Europese rubriek.

Het Tijdschrift verschijnt ieder trimester in twee versies: de ene in het Nederlands, de andere in het Frans. Het Tijdschrift kan ook worden geraadpleegd op het internet:
<http://socialsecurity.fgov.be/bib/index.htm>

' Information ' et ' formation ', ce sont là, plus que jamais, deux mots clefs de notre époque et deux exigences auxquelles la Revue belge de sécurité sociale veut souscrire en publiant des articles de haut niveau consacrés aux aspects juridiques, économiques, sociologiques ... de la protection sociale, tout à la fois matière de connaissance et de réflexion pour le lecteur.

Cette politique entend s'inscrire dans le cadre de l'Union européenne. Chaque numéro comporte, donc, une rubrique dédiée à cette fin.

La Revue paraît chaque trimestre en deux versions : l'une française et l'autre néerlandaise. La Revue peut être consultée sur internet:
<http://socialsecurity.fgov.be/bib/index.htm>

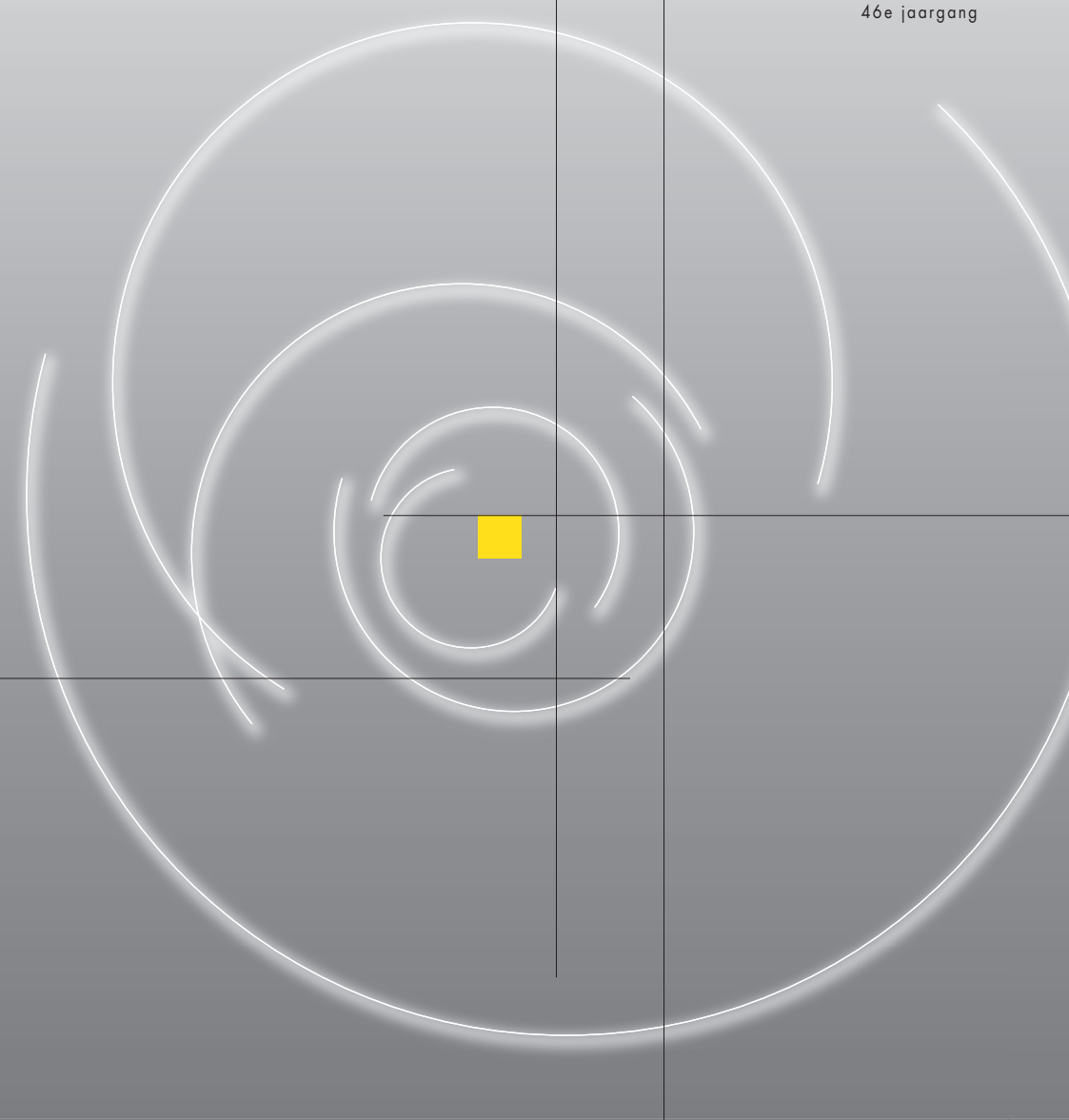
Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid
Zwarte Lievevroustraat 3c – B-1000 Brussel

ISSN: 0775-0234

Belgisch Tijdschrift voor
SOCIALE ZEKERHEID

Belgisch Tijdschrift voor
SOCIALE ZEKERHEID

.be



ISSN 0775-0234

Enkel de auteurs zijn verantwoordelijk voor de ondertekende inzendingen of voor de stukken die worden overgenomen met vermelding van de bron.

De inhoud van de bijdragen in deze publicatie geeft niet noodzakelijk het standpunt of de mening weer van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid.

INHOUD

VOORWOORD	413
------------------	-----

SOCIALE COHESIE

PROSPECTIEVE FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUIZEN. HOE DE UITGAVEN BETER BEHEERSEN ZONDER AFBREUK TE DOEN AAN DE KWALITEIT EN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORGVERLENING?	419
--	-----

MARIE-CHRISTINE CLOSON, PIERRE CHEVALIER EN JULIAN PERELMAN

FINANCIËLE KWETSBAARHEID IN DE BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG	449
---	-----

CHRISTOPHE VANROELEN ET FRED LOUCKX

MAATREGELEN VAN HET ACTIVERINGSBELEID VOOR JONGE LANGDURIG WERKLOZEN ZONDER WERKERVARING. EEN EVALUATIE	493
--	-----

BART COCKX, CHRISTIAN GOBEL ET BRUNO VAN DER LINDEN, MET DE MEDEWERKING VAN BERNARD MASUY EN STEPHANE ROBIN

DE EVOLUTIE VAN DE MINIMUMBESCHERMING IN 15 EUROPESE WELVAARTSSTATEN IN DE JAREN NEGENTIG	509
--	-----

BEA CANTILLON, NATASCHA VAN MECHELEN, IVE MARX EN KAREL VAN DEN BOSCH

100 JAAR WET OP ARBEIDSONGEVALLEN

100 JAAR ARBEIDSONGEVALLENWET. DE IMMUNITEIT VAN DE WERKGEVER BIJ ARBEIDSONGEVALLEN: EEN RECHTSVERGELIJKENDE ANALYSE	551
---	-----

YVES JORENS

DE ONTWIKKELINGEN VAN HET SOCIAAL EUROPA

TUSSEN FEDERALISME EN SUBSIDIARITEIT: DE WEG NAAR 'SOCIAAL EUROPA'	579
---	-----

BEA CANTILLON

AGEING AND PENSION REFORMS IN FRANCE	605
---	-----

HENDRIK ROGGEN

ABSTRACTS

VOORWOORD

De eerste twee bijdragen in dit nummer hebben betrekking op de actuele uitdagingen inzake gezondheidszorg, met bijzondere aandacht voor de toegankelijkheid. De twee bijdragen sluiten dan ook aan op de tekst van Erik Schokkaert, Diana De Graeve, e.a. betreffende de maximumfactuur en kleine risico's, opgenomen in het nummer 2/2004 van het Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid.

Marie-Christine Closon, Pierre Chevalier en Julian Perelman belichten in hun bijdrage, vanuit de vaststelling dat de uitgaven voor gezondheidszorg sterk stijgen, het financieringssysteem van de Belgische ziekenhuizen via de analyse van een aantal recente hervormingen. In het bijzonder gaan ze in op de prospectieve financiering van de ziekenhuizen, zoals toegepast op de kosten van de hospitalisatiedagen, de forfaitarisering van de uitgaven voor geneesmiddelen, de klinische biologie, de radiologie en de inwendige geneeskunde.

De auteurs vestigen de aandacht op het feit dat elke hervorming van het financieringssysteem met het oog op het onder controle houden van de uitgaven moet gepaard gaan met een grondige evaluatie op het niveau van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorgverlening. Zo nodig dienen dan bijstellingen doorgevoerd te worden.

In hun artikel geven Christophe Vanroelen en Fred Louckx een antwoord op de beleidsvraag wie de kwetsbare categorieën zijn in de Belgische gezondheidszorg en waar zich de knelpunten situeren.

De huidige maatschappelijke situatie met zijn specifieke sociaal-economische en demografische kenmerken laat weinig financiële marge toe voor het gezondheidszorgbeleid. De auteurs stellen dat aldus hiaten ontstaan in de financiering van de publieke gezondheidsvoorzieningen, die steeds meer door private systemen worden ingevuld. Door het beleid meer en meer te richten op specifieke doelgroepen ontstaat volgens de auteurs het gevaar dat nieuwe categorieën patiënten uitgesloten raken. Ze presenteren een aantal beleidsaanbevelingen gericht op het terugdringen van de vermarkting van de gezondheidszorg en het heroriënteren van het gezondheidsbeleid naar preventie en eerstelijnszorg. Verder wijzen ze op het belang van een volwaardige toegang tot de gezondheidszorg voor diegenen die buiten de verplichte verzekering vallen en het uitbreiden van de volledige dekking van gezondheidsrisico's naar alle bevolkingsgroepen.

Bart Cockx, Christian Göbel en Bruno Van der Linden onderzochten met de medewerking van Bernard Masuy en Stéphane Robin de impact van twee activeringsmaatregelen, met name het Voordeelbanenplan (tijdelijke en degressieve vermindering van werkgeversbijdragen) en de Inkomensgarantie-uitkering (uitkering van loonsurplus in geval van deeltijdse tewerkstelling), op de werkloosheidsgraad bij jonge kansarmen.

Zij stellen onder meer vast dat het van belang is in vooral de eerste periode van werkloosheid in te grijpen om het wegzinken in langdurige werkloosheid te verhinderen en ze suggereren om maatregelen zoals het Voordeelbanenplan reeds vroeger tijdens de werkloosheidsduur toegankelijk te maken maar ook om deze beter af te stemmen op bepaalde doelgroepen om geen verdringingseffecten te creëren.

Het probleem van de werkloosheid onder laaggeschoolden blijkt uit hun bevindingen anderzijds veeleer een probleem van werkaanbod te zijn dan het ontbreken van financiële stimulansen – zoals een loonbonus – waardoor het bijgevolg efficiënter is via maatregelen die werkgeversbijdragen verminderen, werk te creëren.

In hun armoedebeleid voorzien vele landen regelmatig een aanpassing van de bijstandsuitkeringen en minimumlonen aan de prijzen- en welvaartsevolutie.

Bea Cantillon, Natascha Van Mechelen, Ive Marx en Karel van den Bosch beschrijven welke mechanismen – bijv. aanpassingen gekoppeld aan een index, ad-hoc aanpassingen – 15 Europese welvaartstaten daartoe aanwenden en welke impact de fiscale en parafiscale lasten hierop hebben. Zij onderzoeken hoe het in deze landen gesteld is met het koopkrachtniveau van de diverse gezinstypes die slechts over een minimumloon of een sociale uitkering beschikken en ze vergelijken hun situatie met overeenkomstige gezinstypes met een gemiddeld loon. De onderzoekers vragen zich af wat ze kunnen leren uit de studie van de evolutie van de bodembescherming tijdens het voorbije decennium. Niet onbelangrijk daarbij is de vraag naar de doelmatigheid van deze bodembescherming: wordt er terzelfdertijd effectief een minimale inkomensbescherming gewaarborgd en wordt de sociale integratie met inbegrip van de arbeidsparticipatie voldoende bevorderd?

Onlangs vierde ons land het 100-jarig bestaan van de eerste arbeidsongevallenreglementering. Om te vermijden dat werknemers, als slachtoffer van een ongeval, conflictueuze rechtsprocedures zouden moeten voeren tegen hun werkgever – met aanzienlijke kosten en het uitblijven van vergoedingen als gevolg – werkte de wetgever in het begin van de 20^{ste} eeuw een systeem van objectieve aansprakelijkheid uit. Werknemers zouden voortaan bij een arbeidsongeval steeds een vergoeding ontvangen en de werkgevers zouden genieten van een belangrijke immuniteit en slechts beperkt en forfaitair aansprakelijk worden gesteld. De arbeidsongevallenwet van 1971 verplichtte daarenboven de werkgever aan te sluiten bij een arbeidsongevallenverzekeraar.

Yves Jorens schetst en verduidelijkt de kenmerken en de begunstigden van deze immuniteit en gaat in op de wettelijke uitzonderingen, met inbegrip van de situaties bij verkeersongevallen. Hij legt tevens een vergelijking voor van de Belgische toestand met die in Frankrijk, Nederland en Duitsland en gaat na in hoever er daar een immuniteitssysteem wordt gehanteerd.

Bea Cantillon vertrekt in haar bijdrage voor de Europese rubriek vanuit twee stellingen: armoedebestrijding vereist een ingrijpend herverdelingsbeleid enerzijds en het is anderzijds niet uit te sluiten dat de internationale economische concurrentie en de voortschrijdende globalisering een enorme neerwaartse druk zal uitoefenen op de sociale herverdeling. Zal dan het toekomstige sociaal Europa een ontwikkeld wel-

vaartsniveau kunnen behouden en welk Europees sociaal beleid zal dit moeten ondersteunen: een beleid, blijvend op het niveau van de afzonderlijke Lidstaten binnen de eigen sociale bescherming of daarentegen juist op het supranationaal Europees niveau? De auteur zoekt hierop via de analyse van de historische ontwikkeling en de vergelijking van de Europese en Amerikaanse sociale zekerheid een antwoord. In de huidige periode waarin de opdracht van de welvaartstaten eruit bestaat zich te heroriënteren en te moderniseren, een periode waarin het uitgebreide Europa (met een grote interne diversiteit) fundamenteel verschilt met het Europa in de naoorlogse situatie, waarin het sturingsvermogen van de afzonderlijke Lidstaten aan het verzwakken is, zou wel eens kunnen blijken dat wel degelijk een actieve Europese ondersteuning noodzakelijk is. De Open Methode van Coördinatie kan een middel zijn om de remmingen en de weerstand daartegen op te lossen.

Verontrust door de demografische en budgettaire vooruitzichten van de voortschrijdende vergrijzing mondden in Frankrijk de debatten vanaf de jaren 90 uit in een aantal hervormingen in het pensioenstelsel.

Hendrik Roggen toont voor deze periode het niet te onderschatten belang aan van communicatie en interactie tussen overheid en sociale partners voor de ontwikkeling en het succes van de hervormingsprocessen.

Een eerste hervorming lichtte de financiering van de niet-bijdragegebonden pensioenen uit het algemene stelsel en hevelde die over naar een bijzonder fonds; verder werden de uitgaven in het stelsel van de privé-sector gedrukt door de minimale bijdrageperiode (voor een volledig pensioen) te verlengen, de referentieperiode (basis voor de bepaling van het pensioenbedrag) uit te breiden en de uitkeringen anders te indexeren. De daaropvolgende woelige periode met massaal vakbondsverzet, levendige debatten en diverse rapporten, met soms vrij verschillende benaderingen, resulteerde begin jaren 2000 uiteindelijk slechts in één belangrijke maatregel: de oprichting van een reservefonds met als doel om vanaf 2020 het bestaand pensioenstelsel financieel bij te springen. Later in 2003 werd toch ook de publieke sector aangepakt: in plaats van de pensioenleeftijd te verhogen werd de minimale bijdrageperiode verlengd en gecombineerd met de invoering van een bonus-malusstelsel in functie van de duur van de loopbaan.

SOCIALE COHESIE

PROSPECTIEVE FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUIZEN. HOE DE UITGAVEN BETER BEHEERSEN ZONDER AFBREUK TE DOEN AAN DE KWALITEIT EN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORGEVERLENING?	419
FINANCIELE KWETSBAARHEID IN DE BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG	449
MAATREGELEN VAN HET ACTIVERINGSBELEID VOOR JONGE LANGDURIG WERKLOZEN ZONDER WERKERVARING. EEN EVALUATIE	493
EVOLUTIE VAN DE MINIMUMBESCHERMING IN 15 EUROPESE WELVAARTSSTATEN IN DE JAREN NEGENTIG	509

PROSPECTIEVE FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUIZEN. HOE DE UITGAVEN BETER BEHEERSEN ZONDER AFBREUK TE DOEN AAN DE KWALITEIT EN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORGVERLENING?

DOOR **MARIE-CHRISTINE CLOSON***, **PIERRE CHEVALIER**** EN **JULIAN PERELMAN****

* Professor, Centre Interdisciplinaire en Economie de la Santé, Université Catholique de Louvain

** Onderzoeker, Centre Interdisciplinaire en Economie de la Santé, Université Catholique de Louvain

1. **CONTEXT**

De meeste Europese landen werden in een context van tekorten in de overheidsuitgaven geconfronteerd met een sterke toename van de uitgaven voor gezondheidszorg. Talloze hervormingen werden doorgevoerd teneinde de kosten beter te controleren en aan te zetten tot een grotere efficiëntie binnen de gezondheidszorgstelsels.

Om deze hervormingen te kunnen beoordelen moet rekening gehouden worden met de specifieke eigenschappen van de gezondheidszorg (Arrow, 1963):

- De onzekerheid betreffende het voorkomen van ziekten en de kosten die daaruit ontstaan, heeft geleid tot de ontwikkeling van de verzekeringen, met het daarbijhorende gevaar voor overconsumptie van de zorgverlening.
- Het gevaar voor ontoegankelijkheid voor patiënten met verhoogd risico of een laag inkomen als de verzekeringsmarkt aan de privé-sector wordt overgelaten.
- De asymmetrische informatie tussen de patiënten en de zorgverleners kan leiden tot een door deze laatste opgewekte vraag (aangezien de patiënt geen informatie bezit over de meest geschikte behandeling, kan de geneesheer ertoe geneigd zijn aanleiding te geven tot overconsumptie van winstgevende verrichtingen).
- De externaliteit van de gezondheidszorg gebonden aan de impact die de gezondheid van een individu kan hebben op de gezondheid van de andere individuen.

Teneinde in de gezondheidszorg de nadelige marktgevolgen tegen te gaan die aan het specifieke karakter ervan te wijten zijn, heeft de Staat in de meeste Europese landen, geschiedkundig gezien, een belangrijke rol gespeeld bij de financiering en de organisatie van de zorgverlening om de billijkheid en de toegankelijkheid te behouden. Dat de Staat in deze sector een onontbeerlijke rol speelt, is een feit; toch leidde de tussenkomst van de Staat vaak tot een gezondheidszorgstelsel met zwakke

stimulansen tot efficiëntie. Vandaar de noodzaak, gezien de toenemende tekorten in de gezondheidszorg, om maatregelen in te voeren die bijdragen tot een grotere efficiëntie bij het verstrekken van geneeskundige verzorging. Hierna gaan we dieper in op de belangrijkste maatregelen die naar voren werden geschoven om dit doel te bereiken.

2. MAATREGELEN VOOR EEN GROTERE EFFICIENTIE VAN DE GEZONDHEIDSZORGSTELSELS

2.1. MAATREGELEN BETREFFENDE DE VRAAG

De belangrijkste maatregel is de verhoging van de remgelden om de patiënten bewuster te maken van hun uitgaven en om overconsumptie te voorkomen (in 1994 kenden de remgelden voor ambulante gezondheidszorgverlening in België een aanzienlijke stijging). Deze maatregel houdt evenwel een aantal risico's in voor de toegankelijkheid tot zorgverlening en zou ertoe kunnen leiden dat de zorgverlening wordt uitgesteld, waardoor de ziekte erger wordt. Om dit risico onder controle te houden werd in België een maximumbedrag ingevoerd voor de remgelden die de patiënten per jaar moeten betalen, naargelang van hun inkomsten (de MAF of maximumfactuur). Andere types van maatregelen - zoals de echelonering van de gezondheidszorg, de voorafgaandelijke toestemming van de ziektekostenverzekeraar of de verplichting om een tweede geneesheer te raadplegen alvorens met bepaalde behandelingen te starten - zijn in België relatief weinig ontwikkeld.

2.2. MAATREGELEN BETREFFENDE HET AANBOD

Het eerste type van maatregelen betreft het opleggen van kwantitatieve normen (numerus clausus, aantal ziekenhuisbedden, programmatie van zware medische apparatuur,...) om overconsumptie te voorkomen doordat men van de schaalvoordelen wil genieten of, in een systeem van financiering per verrichting, de inkomsten wil doen toenemen.

Het tweede type van maatregelen wil de verschillende actoren (ziekenfondsen, ziekenhuizen, geneesheren,...) financieel aansprakelijk stellen voor hun uitgaven. In de Belgische context komt dat meer bepaald neer op de invoering van maatregelen die de ziekenfondsen financieel aansprakelijk maken voor de uitgaven van hun leden. Voor de ziekenhuizen en de zorgverleners opteert men geleidelijk aan voor meer geforfaitariseerde financieringsstelsels (vooraf bepaalde begrotingen, eerder dan financiering per verrichting, waarop de financiering van de gezondheidszorg in België grotendeels was en nog steeds is gebaseerd).

3. DE VOOR- EN NADELEN VAN EEN PROSPECTIEF FINANCIERINGSTYPE (VOORAF BEPAALDE BEGROTING) IN VERGELIJKING MET EEN RETROSPECTIEVE FINANCIERING (GEBASEERD OP DE TERUGBETALING VAN VERRICHTTE PRESTATIES)

De vastlegging van a priori bepaalde begrotingen laat toe de uitgaven beter te controleren dan bij een stelsel van financiering per verrichting. Dit stelsel zet immers aan tot een toename van het aantal verrichtingen en zet bij de tenlasteneming niet aan tot een streven naar efficiëntie.

De risico's van een a priori bepaalde begroting zijn daarentegen onderconsumptie en vermindering van de kwaliteit van de zorgverlening.

Verder is er het gevaar voor patiëntenselectie, wat op het vlak van de billijkheid en toegankelijkheid van de zorgverlening problemen kan teweegbrengen. De toegekende begrotingen worden doorgaans immers bepaald volgens "de risico's" van de aangeslotenen of de patiënten die ze moeten dekken. Begrotingen vastleggen volgens de risico's kan dan weer leiden tot problemen op het vlak van de billijkheid en toegankelijkheid van de zorgverlening.

Dit kwam in de verzekeringssector tot uiting. Talloze studies hebben aangetoond dat er in deze sector een selectierisico ("cream skimming effect") bestaat (zie, onder andere, van de Ven en van Vliet, 1992). Dit effect doet zich voor als de verzekeraar de mogelijkheid heeft om individuen af te wijzen van wie hij oordeelt dat de premies of voorziene financiering lager liggen dan de verwachte kosten. Daarom is het van belang dat de Staat - bij het bepalen van de prospectieve begroting (per aangeslotene, per ziekenhuis, per patiënt,...) die voor de financiering van het ziekenfonds, het ziekenhuis en de hulpverlener zijn voorzien - alle factoren incalculeert die een impact hebben op de kosten die hij voor zijn rekening wil nemen, als hij geen aanleiding wil geven tot de uitsluiting van aangeslotenen of patiënten die een of meer van deze factoren vertonen.

Als bijvoorbeeld de sociale factoren een positieve invloed hebben op de uitgaven, dan zal het niet inbrengen ervan in de begrotingsopmaak de ziekenfondsen, ziekenhuizen en geneesheren ertoe aanzetten om te proberen een teveel aan maatschappelijk achteruitgestelde patiënten te vermijden. Investeren in patiëntenselectie is "jammer genoeg" winstgevender dan investeren in het zoeken naar efficiëntie.

Voor het bepalen van de begroting worden die variabelen weerhouden waarvoor de gemeenschap de solidariteit wil verzekeren. Het gaat dus om een buitengewoon politieke keuze. Als aan de ziekenfondsen, ziekenhuizen en geneesheren financiële verplichtingen worden opgelegd, worden zij er immers - om op termijn hun financiële haalbaarheid te verzekeren - onvermijdelijk toe gebracht om de "winstgevende" patiënten (financiering voorzien die minstens gelijk is aan de kosten) te selecteren en om het aantal "niet-winstgevende" aangeslotenen of patiënten te beperken naargelang van de criteria die werden gekozen om de begrotingen vast te leggen.

Samengevat: met een financiering van het prospectieve type kunnen de uitgaven beter worden gecontroleerd en worden de beroepskrachten ertoe aangezet om een manier van patiëntbehandeling te zoeken die voor hen in termen van kostprijs het voordeligst is ten opzichte van de ontvangsten; deze financiering garandeert evenwel niet dat het niveau en de kwaliteit van de verstrekte zorgverlening bevredigend zijn. Overigens, als de prospectieve financiering niet nauwkeurig genoeg rekening houdt met de factoren die kosten kunnen teweegbrengen, bestaat het risico dat sommige patiënten worden verworpen en dat de toegankelijkheid van de zorgverlening in het gedrang komt.

Het systeem van retrospectieve financiering heeft precies de tegenovergestelde voor- en nadelen. Daarom besloten de meeste studies dat de financieringssystemen die beide stelsels combineren, de voorkeur genieten (bijvoorbeeld Ellis en McGuire 1986, 1990, 1993; Pope 1989; Siegel et al. 1992; Ma 1994; Marchand en Massart 1995).

Het percentage van de forfaitaire financiering ten opzichte van de retrospectief gerealiseerde financiering kan des te hoger liggen:

- als de behoeften precies kunnen worden gemeten;
- als het gevaar voor overconsumptie groot is;
- als de zorgverleners het financiële risico van de forfaitaire financiering kunnen spreiden over een groot aantal zorgverleners en/of patiënten;
- als er tussen de zorgverleners concurrentie bestaat die de gevaren voor onderconsumptie en verminderde kwaliteit van de zorgverlening beperkt.

Op basis van deze elementen onderzoeken we verschillende hervormingen die in België voor de ziekenhuisfinanciering werden doorgevoerd.

4. **BESCHRIJVING VAN HET FINANCIERINGSSYSTEEM VAN DE BELGISCHE ZIEKENHUIZEN VOOR DE HERVORMINGEN**

De financiering van de ziekenhuiszorg in België wordt in twee delen opgesplitst.

Eenzijds zijn er de medische verrichtingen en geneesmiddelen die in de "Nomenclatuur geneeskundige verstrekkingen" zijn opgenomen; deze worden in hoofdzaak per verrichting en retrospectief betaald (alle verrichtingen worden a posteriori terugbetaald, volgens tarieven die bij het RIZIV tussen de ziekenfondsen en de beroepsorganisaties werden overeengekomen). Deze honoraria worden verondersteld alle kosten van de verrichtingen te dekken (verstrekkingen van de geneesheer, uitrusting, lokalen, klein materiaal, reagentia, technici,...). Daarom onderhandelen de geneesheren in de ziekenhuizen jaarlijks met de ziekenhuisbeheerders, per beroepstak, over het aandeel van de honoraria dat aan het ziekenhuis moet worden afgestaan teneinde de andere kosten dan die die met hun werk verband houden, te dekken.

Anderzijds zijn er de verpleegdagen, met daarbij de verpleegkundige verstrekkingen en de verblijfskosten. Tot in 1995 werd elke dag terugbetaald tot een bepaald quota, gebaseerd op het aantal bedden en een normatieve bezettingsgraad, (volgens een dagprijs voor verblijfskosten, door het Ministerie van Volksgezondheid vastgelegd op basis van een vergelijking van de gemiddelde kosten per werkeenheid - m², maaltijden - tussen de ziekenhuizen en een prijs voor de verpleegkundige verstrekkingen vastgelegd op grond van basisnormen per verpleegeenheid en een toevoeging afhankelijk van de intensiteit van de verpleegkundige en medische verstrekkingen). Boven het quota werden de verpleegdagen slechts gedeeltelijk terugbetaald.

Een dergelijk financieringsstelsel hield geen rekening met de nuttigheid van de verpleegdagen of verleende verstrekkingen en zette de hulpverleners en ziekenhuizen er niet toe aan om te zoeken naar de doeltreffendste manier om hun patiënten te behandelen. Voor een doeltreffender gebruik van de middelen moesten - zowel voor het gebruik van de middelen, als voor de kwaliteit van de zorgverlening - prestatie-indicatoren en indicatoren voor de behoeften van de ziekenhuizen ontwikkeld worden en dienden, afhankelijk van deze indicatoren, in de financiering stimulansen te worden ingevoerd. Met andere woorden, de algemene tendens was om prospectieve elementen in te voeren in een terugbetalingssysteem dat tot dan toe nagenoeg geheel op de verrichting was gebaseerd en retrospectief was.

5. ONTWIKKELING VAN BEHOEFTE- EN PRESTATIE-INDICATOREN OM DE PROSPECTIEVE FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUIZEN TE BEPALEN

Met welke criteria moet rekening worden gehouden om tegemoet te komen aan de behoeften die het ziekenhuis heeft en waarvoor gegevens beschikbaar zijn?

De ziekenhuisbehoeften hangen ongetwijfeld af van het type van de opgenomen patiënten, hun pathologieën en de ernst daarvan, hun leeftijd, het type van ziekenhuis en de functies dat het vervult (spoedgevalenafdeling, onderwijs, onderzoek,...).

Sinds het begin van de jaren negentig worden voor elke patiënt bij het verlaten van het ziekenhuis Minimale Klinische Gegevens (MKG) verzameld. Deze bevatten de hoofddiagnose en de secundaire diagnoses van de patiënt, de interventies die hij heeft ondergaan, het type van aankomst en vertrek - overlijden, overbrenging, naar rusthuis,... - de leeftijd en het geslacht.

Op basis van deze variabelen kan de structuur van de in elk ziekenhuis behandelde pathologieën worden beschreven, door de opnames onder te brengen in groepen van patiënten die medisch gezien coherent zijn en inzake het gebruik van de middelen homogeen zijn door middel van een in de Verenigde Staten ontwikkelde software: de "All Patients Refined Diagnosis Related Groups" (APRDRG's). Deze patho-

logiegroepen zijn onderverdeeld in vier graden van ernst naargelang van de secundaire diagnoses (1311 mogelijke subgroepen).

Maakt de structuur van de pathologieën (APRDRG) het mogelijk om de behoeften optimaal te benaderen en op die manier het gebruik van de middelen in de toekomst te voorspellen (opnameduur, kosten)?

De onderstaande tabel geeft de percentages weer voor de variantie die door de APRDRG's wordt verklaard voor de opnameduur en andere types van uitgaven in de ziekenhuizen.

TABEL 1: VARIANTIEPERCENTAGE VAN DE OPNAMEDUUR EN VAN DE UITGAVEN, VERKLAARD DOOR DE APRDRG'S

Opnameduur en per patiënt gefactureerde uitgaven	Chirurgische patiënten	Medische patiënten	Alle patiënten
Opnameduur	58,9	44,3	51,6
Totaal van de medische honoraria	76,1	52,7	73,6
Honoraria klinische biologie	62,7	46,7	58,4
Honoraria verrichtingen inwendige geneeskunde	37,0	37,10	36,0
Honoraria radiologie	56	39,03	46,08
Uitgaven farmacie	39,50	31,90	37,80
Totaal van de uitgaven (opnames + honoraria + farmacie)	70,0	41,0	61,2

Deze tabel toont aan dat de APRDRG's een aanzienlijk percentage van de variantie van de uitgaven per patiënt in de ziekenhuizen verklaren. Er moet dus noodzakelijkerwijze rekening worden gehouden met de structuur van de behandelde pathologieën en de ernst ervan om de ziekenhuisbegrotingen te definiëren.

De percentages liggen hoger voor de chirurgische gevallen (meer gestandaardiseerde tenlasteneming) en voor de gegroepeerde uitgavenposten (alle honoraria, alle uitgaven) dan per uitgavenpost (verrichtingen inwendige geneeskunde, radiologie,...

De ziekenhuisbegrotingen die op basis van de APRDRG's worden geraamd, zijn des te nauwkeuriger en het financiële risico is des te kleiner als:

- de begrotingen betrekking hebben op de gegroepeerde uitgaven;
- het aantal patiënten hoog ligt;
- de patiënten behoren tot pathologiegroepen waarbij de interne variantie van de uitgaven klein is.

Met dit laatste element kunnen de financiële risico's van de prospectieve financiering per pathologiegroep beperkt worden gehouden; met de eerste twee elementen kan het risico tussen de verschillende uitgaventypes of over een groter aantal patiën-

ten worden gespreid. Het eerste element maakt ook een betere substitutie tussen de verschillende uitgaventypes mogelijk (voorbeeld: mogelijkheid voor het ziekenhuis om een duurder geneesmiddel te gebruiken zodat de opnameduur aanzienlijk wordt ingekort).

6. ANALYSE VAN VERSCHILLENDE HERVORMINGEN VAN DE FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUISUITGAVEN IN BELGIË

De meeste landen die een prospectieve financiering per pathologiegroep hebben ingevoerd, hebben dit systeem gebruikt, ofwel om een globale begroting voor het ziekenhuis, ofwel om een globale begroting per pathologiegroep te bepalen.

De Belgische context en de twee verschillende financieringsbronnen (hospitalisatiedagen en medische verstrekkingen) bemoeilijkten de toepassing van een dergelijke benadering. Daarom werd in België, om een te grote tegenstand van de beheerders en de geneesheren te voorkomen, gekozen voor een progressieve benadering per uitgaventype.

Verder in dit artikel beschrijven en analyseren we deze verschillende hervormingen, waarbij we telkens de klemtoon leggen op een bijzonder aspect, teneinde overtolligheid te voorkomen.

6.1. PROSPECTIEVE FINANCIERING VAN DE HOSPITALISATIEDAGEN

De vroegere financiering van de hospitalisatiedagen, per gepresteerde dag, zette de ziekenhuizen niet aan tot een doeltreffend gebruik ervan.

6.1.1. Beschrijving van de hervorming

Sinds 1995 hangt het aantal opnamedagen waarvoor het ziekenhuis wordt gefinancierd, af van de activiteit bepaald door het type van pathologieën die in het ziekenhuis worden behandeld (in aanmerking genomen door de APRDRG's), van de leeftijd van de patiënten (ouder of jonger dan 75) en van de geriatrische aard van de opname (bepaald door zeer restrictieve criteria).

Tussen de verschillende ziekenhuizen in België werd, rekening houdende met de drie in de financiering opgenomen risicofactoren, immers een zeer groot verschil in de opnameduur vastgesteld dat niet medisch kon worden verantwoord.

Deze waargenomen variabiliteit kan echter te wijten zijn aan talloze al dan niet gerechtvaardigde factoren waarvoor verschillende en gepaste oplossingen vereist zijn. Deze kan te wijten zijn aan:

- verschillen in efficiëntie, die door toedoen van de nieuwe financieringswijze zou worden gestimuleerd;

- een ontoereikende inaanmerkingneming van bepaalde factoren (ernst, sociale factoren,...) waarop het ziekenhuis geen vat heeft en waarvoor het noch aansprakelijk kan worden gesteld, noch financieel kan worden gestraft;
- verschillen in de medische praktijk, die door toedoen van de hervorming eerder in termen van kwaliteit en resultaat van de zorgverlening zou moeten worden beoordeeld;
- op toeval berustende factoren. De raming zal immers minder nauwkeurig zijn voor een ziekenhuis met weinig patiënten en meer pathologieën waarvoor de opnameduur van de ene patiënt tot de andere zeer verschillend is (in oncologie bijvoorbeeld).

De ziekenhuizen die, sinds de hervorming, voor het geheel van hun patiënten – rekening houdend met de structuur van de pathologieën, de leeftijd en de geriatrie factor – een gemiddelde opnameduur kennen die hoger ligt dan deze waargenomen voor een steekproef voor alle Belgische patiënten, hebben hun budget ‘verpleegdagprijzen’ zien verminderen ten gunste van de hospitalen die een kortere opnameduur optekenen.

Bovendien stijgt of daalt het “verpleegdagprijs”-budget als het ziekenhuis een dag-hospitalisatiepercentage heeft dat hoger of lager ligt dan het nationale gemiddelde, volgens de uitgevoerde interventie.

In 2002 werden de quota’s opgeheven en de financiering hangt nog alleen af van het aantal (door de kenmerken van de patiënten: pathologie, leeftijd en “geriatrie”) “gerechtvaardigde” verpleegdagen.

6.1.2. Weerslag van deze hervorming

a) Efficiëntie van de tenlasteneming en verkorting van de opnameduur

Met deze hervorming beoogde de regering een beter opnamebeheer, wat zou moeten leiden tot een verkorting van de opnameduur, een vermindering van het aantal bedden en een rationalisering van het aanbod (samensmelting van ziekenhuizen, overnames en zelfs sluitingen).

Uit de eerste onderzoeken is gebleken dat de hervorming enigszins doeltreffend is inzake de verkorting van de opnameduur en de stijging van het daghospitalisatiepercentage ten opzichte van de klassieke hospitalisatie, rekening houdend met de structuur van de pathologieën en de leeftijd (Closon et al., 2003).

b) Stijging van de ernst van de gevallen

De financiering is gebaseerd op de APRDRG’s, die 4 graden van ernst tellen. Deze 4 graden van ernst worden door het type en het aantal secundaire diagnoses dat voor de patiënt wordt ingegeven, bepaald. Aangezien een hogere graad van ernst recht geeft op een hoger aantal verpleegdagen, hebben de ziekenhuizen er alle belang bij om de diagnoses zo uitvoerig mogelijk in te voeren.

De hervorming ging met een aanzienlijke stijging van de graad van ernst van de gevallen gepaard (het aandeel van de gevallen “met ernstige verwickelingen” stijgt door de hervorming van 4 tot 8%). Niets wijst erop dat de ernst van de gevallen ook inderdaad is toegenomen. Deze stijging kan alleen te wijten zijn aan een betere codering of een “over”-codering van de opnames.

In een op verrichtingen gebaseerde financiering moet dan ook noodzakelijkerwijze een controle van de kwaliteit van de codering worden voorzien.

c) Het zoeken naar andere bronnen van inkomsten: stijging van het aantal ziekenhuisopnames en het aantal medische verrichtingen

In een systeem van financiering per activiteit kan het ziekenhuis, om zijn inkomsten te doen toenemen, het aantal hospitalisatiedagen met een gegeven activiteitsstructuur niet langer uitbreiden, maar wordt het ertoe aangezet om de activiteit te doen toenemen, hetzij door het aantal opnames te doen toenemen, hetzij door de opnames op te splitsen.

Er werd immers een stijging van het aantal ziekenhuisopnames vastgesteld. Om te beoordelen of deze stijging met een reële behoefte te maken heeft dan wel een “pervers” effect is van de hervorming, werd een onderzoeksprogramma ingevoerd om na te gaan of deze ziekenhuisopnames werkelijk gerechtvaardigd zijn.

Doordat de forfaitarisering onvolledig is, zou wel eens een ander negatief effect kunnen ontstaan. De financiering van de verpleegdagen mag dan al tot het gerechtvaardigde aantal beperkt blijven, dit geldt niet voor de verstrekkingen of de geneesmiddelen, die nog steeds in hoofdzaak per verrichting en retrospectief worden terugbetaald. De verliezen die door de verpleegdagen ontstaan, zouden dus door andere aspecten van de behandeling, die ook per verrichting worden betaald, kunnen worden gecompenseerd. Het zou niet verwonderlijk zijn dat de ziekenhuizen hun geneesheren ertoe aanzetten om de medische verrichtingen (diagnoseverrichtingen) te vermeerderen teneinde hun verliezen in hospitalisatiedagen te financieren. Bovendien zouden ze het door de patiënten betaalde aandeel door middel van hogere honoraria kunnen doen toenemen. Uit een recente studie van de Christelijke Mutualiteit (zie *La Libre Belgique* van 16/10/2003) bleek duidelijk deze stijging, die door tal van ziekenhuisbeheerders werd gerechtvaardigd door de noodzaak om de tekorten aan te vullen. Maar hoe zit het dan met de billijkheid en toegankelijkheid van de zorgverlening?

Het fenomeen van compensatie van de verliezen maakt een uitbreiding van de hervorming tot het geheel van de uitgavenposten wenselijk, zoals in de Verenigde Staten het geval is of zoals in de loop van de komende jaren in Frankrijk het geval zal zijn. Het gaat er in dit geval om, om voor de ziekenhuizen globale begrotingen op te stellen op basis van de kenmerken van hun patiënteel, begrotingen die niet alleen de verpleegdag (verblijfskosten, verpleegkundige verzorging) moeten dekken, maar ook de verstrekkingen, de uitrustingen en de farmacie.

Bij voorkeur blijft echter wel een deel van de financiering per verrichting behouden (bijvoorbeeld 25% van het huidige tarief) teneinde het verband tussen uitgevoerde activiteit en financiering te behouden en de gevaren voor selectie en ontoereikend zorgaanbod te beperken.

d) Kwaliteit van de zorgverlening

Een financieringssysteem voor de verpleegdagen gebaseerd op de structuur van de behandelde pathologieën, de leeftijd en de geriatrische factor zet alle ziekenhuizen ertoe aan om de opnameduur te verkorten naargelang van het nationale gemiddelde voor deze factoren. Aangezien de stimulans tot alle ziekenhuizen wordt veralgemeend, heeft de gemiddelde opnameduur mettertijd bovendien de neiging om naargelang van deze activiteit te verkorten.

Deze kortere opnameduur komt tot uiting in een grotere efficiëntie van de manier waarop de opnamen worden beheerd, maar ook in een snellere transfer naar andere structuren, die niet in het financieringssysteem voor gerechtvaardigde dagen zijn opgenomen, zoals de revalidatiediensten, de rust- en verzorgingstehuizen, de psychiatrische inrichtingen,... Deze transfers kunnen na de acute fase van de ziekte wenselijk zijn, indien de tenlasteneming in dit type van structuur aangepast is. Een dergelijke stimulans kan evenwel ook risico's inhouden voor de kwaliteit van de zorgverlening (vroegtijdig naar huis terugkeren, verwikkelingen, heropname). Deze verschillende factoren moeten worden opgevolgd teneinde te voorkomen dat de hervorming eenvoudigweg een verschuiving van de uitgaven naar andere sectoren teweegbrengt en leidt tot een verkorting van de opnameduur, waardoor geen bevredigende zorgverleningskwaliteit kan worden gegarandeerd. Voor elke hervorming die de uitgaven wil inperken, moeten de verschillen in medische praktijk worden beoordeeld in termen van kwaliteit en resultaat van de zorgverlening.

e) Toegankelijkheid tot de zorgverlening en ontwikkeling van een geneeskunde met twee snelheden

Een forfaitaire financiering van de hospitalisatiedagen kan een gevaar voor patiëntselectie inhouden. Dit effect doet zich voor indien het ziekenhuis de mogelijkheid heeft om individuen te weigeren of te selecteren voor wie het van oordeel is dat de voorziene financiering (in dit geval het aantal opnamedagen) lager of hoger ligt dan de verwachte kosten (voorspelbare opnameduur).

Daarom moet de overheid, bij het definiëren van de begroting voor de financiering van de ziekenhuizen, alle factoren afbakenen die een impact hebben op de kosten, en bepalen de factoren waarmee de maatschappij rekening wenst te houden.

Een onderzoek naar de sociale kenmerken van de patiënt, dat in 1995 bij 28.000 patiënten werd uitgevoerd, heeft aangetoond dat deze kenmerken een belangrijke impact hadden op de opnameduur (zie Closon et al., 1997 en 1998). Maatschappelijk achteruitgestelde patiënten kunnen immers een langere opnameduur hebben doordat ze in een minder goede algemene toestand zijn, ze vaker een beroep doen

op de spoedgevallenafdeling, wat vereist dat de diagnose tijdens de hospitalisatie wordt gesteld, ze bij het verlaten van het ziekenhuis in een minder gunstige sociale omgeving terecht komen en ze heel wat meer moeilijkheden hebben om een rusthuis of thuisverpleging te vinden.

Maatschappelijk achteruitgestelde patiënten verblijven doorgaans langer in het ziekenhuis. Indien met deze factor geen rekening wordt gehouden bij het bepalen van het aantal gerechtvaardigde dagen per ziekenhuis zullen de hospitalen die daartoe de mogelijkheid hebben, ertoe komen om te proberen dit type van patiënten zo weinig mogelijk op te nemen.

Investeren in patiëntselectie levert “jammer genoeg” sneller winst op dan investeren in het streven naar efficiëntie.

Verder moet rekening worden gehouden met de middelen waarover de ziekenhuizen beschikken om op deze factoren een invloed te hebben (mogelijkheid tot selecteren of verwerpen van bepaalde typen van patiënten of pathologieën, beschikbaarheid van onthaal- en zorgverleningsstructuren nadien: revalidatiedienst, rust- en verzorgingstehuis, thuisverplegingsdiensten,...). Ziekenhuizen met elkaar doen wedijveren, heeft geen zin, omdat ze niet over dezelfde middelen beschikken om factoren die de uitgaven beïnvloeden (bijvoorbeeld de sociale factoren) te manipuleren. Dit kan alleen maar leiden tot een stijgende schuldenlast voor ziekenhuizen met een kansarm patiënteel (gelegen in maatschappelijk achteruitgestelde zones of door hun statuut van openbaar ziekenhuis of door hun bestemming “zonder winst oogmerk” niet bij machte om patiënten te selecteren).

Een onderzoek dat door het Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken werd gefinancierd, werd uitgevoerd in het Centre Interdisciplinaire en Economie de la Santé (UCL); de bedoeling was, een methodologie te ontwikkelen waarmee een financieringssysteem kan worden uitgewerkt dat rekening houdt met de impact van de sociale factoren op basis van momenteel toegankelijke gegevens (Closon et al., 1999). Het onderzoek betrof zowel de opnameduur als het vervangingspercentage daghospitalisatie versus klassieke hospitalisatie.

Op basis van de Minimale Klinische Gegevens (leeftijd, overgang naar geriatrie, pathologieën, interventies, ernst,...), van de gegevens van de ziekenfondsen (statuut van de verzekerde, al dan niet met voorkeursregeling, indicator voor beroepsactiviteit of werkloosheid, inkomenscategorie) voor elke ziekenhuisopname en van gegevens van het Nationaal Instituut voor de Statistiek betreffende de gemeente van de patiënt (afzondersgraad, preciaire huisvesting, mediaan inkomen,...), hebben wij de impact van de sociale en demografische factoren op de opnameduur bepaald, rekening houdend met de 3 factoren waarmee in de financiering (APRDRG*LEEFTIJD*GER) reeds rekening werd gehouden uitgaande van een multivariate regressie (zie tabel 2).

TABEL 2: IMPACT VAN DE SOCIALE EN DEMOGRAFISCHE FACTOREN, REKENING HOUDEND MET DE 3 FACTOREN WAARMEE BIJ DE FINANCIERING REEDS REKENING WERD GEHOUDEN (APDRG*LEEFTIJD*GER)

Variabelen	Raming	Standaardfout
Intercept	1.5729**	0.3957
Patiëntgebonden demografische variabelen		
Leeftijd*categorie < 75 jaar	0.0074**	< 0.0001
Leeftijd*categorie > 75 jaar	0.0025**	0.0005
Variabele 'inkomenscategorie' van de ziekenfondsen (impact van het inkomen t.o.v. de categorie "precair")		
600 < Inkomen < 900	-0.0391**	0.0048
900 < Inkomen < grensbedrag	-0.0683**	0.0046
Inkomen > grensbedrag	-0.0953**	0.0037
Werkloosheid	-0.0244**	0.0046
Zelfstandige	-0.0888**	0.0058
WIGW 75%	-0.0114**	0.0033
Ziekenhuisgebonden variabele		
Bezettingsgraad	-0.0183**	0.0038
Variabelen gebonden aan de gemeente van de patiënt		
Afzonderingsgraad	0.0884**	0.0096
Percentage preciaire huisvestingen	0.0237**	0.0013
Klinische variabelen		
Geriatric buiten financiering	0.3619**	0.0069
Overlijden	0.1792**	0.0079
Transfers	-0.0661**	0.0093
APDRG*LEEFTIJD*GER	

**significant op drempel van 1%

Uit deze tabel blijkt duidelijk dat de sociale kenmerken van de patiënt een significante invloed hebben op de opnameduur, rekening houdend met de 3 factoren die bij de financiering reeds werden ingecalculleerd.

Inzake de inkomenscategorieën moet bij de interpretatie rekening gehouden worden met de afgelaste categorie, de categorie van preciaire patiënten, waarmee de andere sociaal-economische groepen moeten worden vergeleken. Deze categorie bevat de patiënten met een jaarinkomen van minder dan 15.000,00 EUR, de bestaansminimumtrekkers, en de patiënten die van het verzekeringsstelsel met voorkeursregeling genieten (afhankelijk van de sociale criteria). We stellen vast dat alle inkomenscategorieën negatieve coëfficiënten hebben. De opnameduur van de "precaire" patiënten is dus langer. Hoe hoger het inkomen is, hoe groter de negatieve coëfficiënt is. Hospitalisatie in een dienst voor acute geriatric (zonder in de financiering als "geriatric" weerhouden te zijn), de afzonderingsgraad en het aandeel van preciaire woningen in de gemeente hebben eveneens een positieve impact op de

opnameduur. Dit bewijst de nood aan gedetailleerdere informatie om het specifieke karakter van de tenlasteneming in de geriatrie diensten te kunnen begrijpen. Tot slot blijkt dat zelfstandigen opvallend minder lang in het ziekenhuis verblijven dan andere patiënten.

Bij wijze van voorbeeld geeft de onderstaande tabel voor enkele ziekenhuizen aan dat er grote verschillen kunnen zijn tussen de “prestaties” in termen van opnameduur verkregen in het huidige financieringssysteem en de prestaties die men zou verkrijgen als men met de sociale factoren rekening zou houden (zie tabel 3).

TABEL 3: VERSCHILLEN IN PRESTATIES VAN ENKELE ZIEKENHUIZEN MET EN ZONDER INAANMERKINGNEMING VAN DE SOCIALE FACTOREN

Ziekenhuis	Afwijkingspercentage in het huidige model in %	Afwijkingspercentage in het huidige model en sociale factoren in %
1	-9	-9
2	19	12
3	4	-5
4	6	3
5	-2	-6
6	8	0
7	18	7
8	8	2

Bron: CIES: Closon, M.C., Perelman, J. et al. (2001), Etude Coût-pathologie, rapport voor het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

De tabel moet op de volgende manier worden geïnterpreteerd. Ziekenhuis 7 heeft in het huidige systeem een opnameduur die 18% hoger ligt dan het gemiddelde. Dit afwijkingspercentage bedraagt nog slechts 7% als met de sociale kenmerken van de patiënten rekening wordt gehouden.

Een gelijkaardige analyse werd uitgevoerd voor de opnames in daghospitaal. Uit deze analyse is gebleken dat oudere patiënten minder gemakkelijk een beroep doen op daghospitaal. De afzonderingsgraad in de gemeente van de patiënt en het percentage precare huisvesting hebben een negatieve invloed op de daghospitaal. Het mediaan inkomen in de gemeente van de patiënt daarentegen heeft een positieve invloed.

Dit onderzoek heeft aangetoond dat voor sommige ziekenhuizen, die daartoe de mogelijkheid hebben, de verleiding groot kan zijn om “niet-winstgevende” patiënten, waarvan de verwachte opnameduur hoger ligt dan het gemiddelde, te verwerpen. Insgelijks zouden bepaalde ziekenhuizen zich kunnen specialiseren in “risicoloze” pathologieën en interventies, waarvoor de variantie van de opnameduur niet zo

hoog is en aan de hand van de waarneembare factoren gemakkelijk kan worden voorspeld (keel-, neus- en oorheelkunde, oogheelkunde, orthopedie,...).

Ook hier komt de kwestie van de toegankelijkheid van de zorgverlening voor de meest kansarmen ter sprake. Ziekenhuizen die hun patiënteel niet selecteren, zouden op lange termijn "sociale" ziekenhuizen kunnen worden, met een concentratie van de, inzake opnameduur, meest zwaarwegende gevallen. De schuldenlast zou steeds groter kunnen worden, waardoor het leveren van kwaliteitsvolle geneeskunde nog moeilijker wordt. Een ziekenhuis met schulden zal overigens moeilijkheden ondervinden bij het realiseren van de nodige investeringen voor een beheer en zorgverlening van kwaliteit, en zal niet in staat zijn om zijn beste praktiserende artsen te behouden, omdat deze elders door betere lonen worden aangetrokken (afhankelijk van de rentabiliteit van het ziekenhuis en de grotere kans om aan een sociaal begunstigde cliënteel toeslagen te vragen).

Als de ziekenhuizen die inzake patiënteel het minst begunstigd zijn, financieel in moeilijkheden komen, zouden ze trouwens wel eens kunnen verdwijnen. Nu, als de Staat de toegang tot de zorgverlening wil garanderen, moet hij vroeg of laat deze toenemende tekorten door middel van bijkomende uitgaven verhelpen. De hervorming brengt dan extra kosten met zich mee.

6.2. FORFAITARISERING VAN DE FARMACEUTISCHE UITGAVEN

Sinds ruimschoots tien jaar hebben de verschillende regeringen regelmatig in hun programma's de doelstelling opgenomen om de farmaceutische uitgaven te evalueren en te forfaitariseren.

6.2.1. Forfaitariseringsmodel voorgesteld voor de farmaceutische uitgaven

Een onderzoek dat de criteria moest vastleggen voor een modelvorming van een dergelijke forfaitarisering werd door de DWTC gefinancierd en door het Centre Interdisciplinaire en Economie de la Santé (UCL) uitgevoerd, in samenwerking met de ziekenhuisapotheken van de universitaire ziekenhuizen van Gent, Luik en Louvain-en-Woluwe (Closon et al., 2001).

We vermelden hier uitsluitend de voornaamste resultaten van deze studie. Deze studie stelt een model voor forfaitarisering voor dat rekening tracht te houden met de onderstaande aanbevelingen:

- Gebruik van het classificatiesysteem APRDRG*^{ernst} om de begrotingen volgens de behoeften te bepalen.
- Specifieke inaanmerkingneming van de grote outliers. Het begrip "outlier" is van belang. Een opname die "outlier" is in farmacie, is een opname waarvoor de farmaceutische uitgaven abnormaal groot zijn in verhouding tot de andere opnames die tot dezelfde cel behoren (APRDRG of APR-DRG*^{ernst}). De abnormaal hoge uitga-

ven kunnen te wijten zijn aan factoren waarmee in de forfaitariseringscriteria onvoldoende rekening werd gehouden. Daarom moet voor deze “outlier”-opnames een specifieke financiering worden voorzien, teneinde te voorkomen dat patiënten worden geweigerd of dat het financiële risico voor het ziekenhuis te groot wordt.

- Vastleggen van grensbedragen voor de uitgaven per opname die het ziekenhuis voor zijn rekening moet nemen, met het doel het financiële risico ervan te beperken. De analyse van de gegevens heeft immers aangetoond dat sommige opnames uitermate hoge farmacie-uitgaven hebben (tot meer dan 75.000,00 EUR) die verband houden met de zeer bijzondere kenmerken van sommige patiënten (bijvoorbeeld hemofiliepatiënten die de gebruikelijke geneesmiddelen niet verdragen,...). Deze maatregel kan worden vergeleken met een mechanisme van “herverzekering” van het ziekenhuis voor deze uitzonderlijke uitgaven.

- Het opstellen van een lijst van af te wijzen risico's: het niet forfaitariseren van sommige vitale geneesmiddelen, die zeer duur zijn of binnen eenzelfde APRDRG een zeer uiteenlopende consumptie kennen, teneinde te voorkomen dat patiënten die deze geneesmiddelen gebruiken, worden geweigerd.

- Het niet forfaitariseren van orale geneesmiddelen teneinde de impact hiervan op de stijging van de extramurale uitgaven binnen de perken te houden. Het gevaar bestaat immers dat de ziekenhuizen aan de patiënten vragen om deze in de apotheek verkrijgbare geneesmiddelen te kopen en ze voor hun hospitalisatie mee te brengen.

- Voorzien van begrotingen voor de financiering van de nieuwe geneesmiddelen, teneinde de technische vooruitgang niet tegen te werken.

- Progressieve forfaitarisering om de ziekenhuizen de mogelijkheid te geven om hun praktijken zonder risico voor de kwaliteit van de zorgverlening aan te passen.

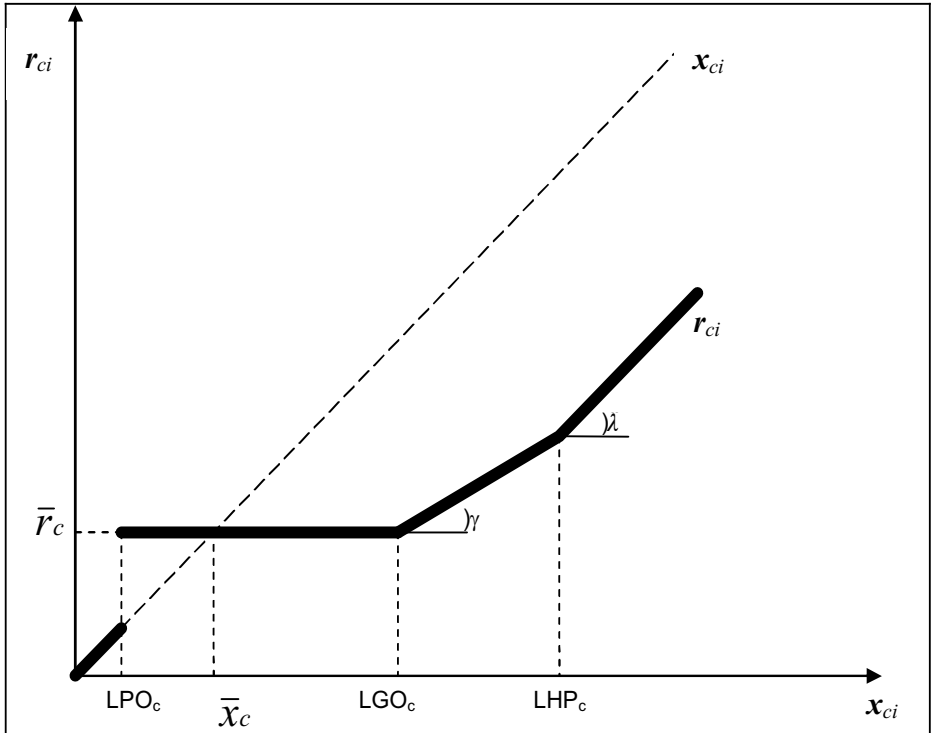
Het voorgestelde forfaitariseringsmodel is gebaseerd op de gezamenlijke verantwoordelijkheid van ziekenhuis en financier (RIZIV). Elk van beide actoren zou immers een deel van de risico's financieel moeten verzekeren als het vastgelegde budget wordt overschreden, naargelang van de APRDRG*ernst.

Het model omvat verschillende beleidsvariabelen (zoals het marginale terugbetalingstarief, de uit de forfaitarisering uitgesloten geneesmiddelen, de grensbedragen voor de uitgaven,...). Verder voorziet het een terugbetaling van de ziekenhuisuitgaven voor geneesmiddelen die door de cel APRDRG*rsv wordt berekend, en houdt het rekening met de lijst van geneesmiddelen die niet voor forfaitarisering in aanmerking komen. De normale gevallen worden terugbetaald tegen “het gemiddelde” van de farmaceutische uitgaven van de cel APR-DRG*graad van ernst waartoe ze behoren; dit gemiddelde wordt uitsluitend voor de normale gevallen berekend.

De kleine outliers en de grote outliers maken het voorwerp uit van bijzondere terugbetalingsprocedures. Bovendien omschrijft het model een vierde categorie van opnames, die “opnames zonder grensbedrag” worden genoemd en door uitzonderlijk hoge uitgaven worden gekenmerkt (de grensbedragen worden vastgelegd op 25.000,00 EUR voor beenmerg- en levertransplantaties, 15.000,00 EUR voor de andere transplantaties en 10.000,00 EUR voor alle andere pathologiegroepen).

Het model van medeverantwoordelijkheid wordt in onderstaande grafiek geïllustreerd:

FIGUUR 1: R_C IN FUNCTIE VAN x_C



In deze grafiek stelt de x-as de farmaceutische uitgaven voor een opname i voor. De y-as komt overeen met de terugbetaalde bedragen. De bissectrice (stippellijn) illustreert een theoretische situatie waarvoor de uitgaven integraal worden terugbetaald. De ononderbroken lijn illustreert de relatie tussen terugbetaling r_c en uitgave x_c gecombineerd met een opname C , gekenmerkt door een bepaalde APR-DRG en een bepaalde graad van ernst.

Vijf opmerkelijke punten zijn op de uitgavenas weergegeven:

- indien de farmaceutische uitgaven van opname C lager liggen dan het punt LPO_c , dan is de opname "outlier klein" (abnormaal lage uitgaven);
- Indien de farmaceutische uitgaven van opname C liggen tussen de punten LPO_c en LGO_c , dan wordt de opname "normaal" genoemd;
- het punt \bar{x}_c komt overeen met de gemiddelde uitgave voor de normale gevallen binnen de cel APR-DRG*ernst waartoe opname C behoort;

- indien de farmaceutische uitgaven van opname C zich bevinden tussen de punten LGO_C en LHP_C , dan is de opname "outlier groot" (abnormaal hoge uitgaven);
- het punt LHP_C komt overeen met de limiet van de opnames "buiten grensbedrag".

In dit model van medeverantwoordelijkheid wordt de terugbetaling op de volgende manier uitgevoerd:

- indien de farmaceutische uitgaven van een opname lager liggen dan het gemiddelde \bar{x}_c , dan haalt het ziekenhuis er voordeel bij;
- indien de farmaceutische uitgaven van een opname liggen tussen \bar{x}_c en LGO_C , dan wordt de opname slechts terugbetaald ten belope van \bar{x}_c ; het

ziekenhuis moet een deel van de uitgaven zelf dragen gelijk aan $LGO_C \cdot \bar{x}_c$;

- indien de farmaceutische uitgaven van een opname liggen tussen LGO_C en LHP_C , dan wordt het ziekenhuis terugbetaald ten belope van \bar{x}_c en van een fractie van het aandeel van de uitgaven dat de bovenste grens van outlier LGO_C overschrijdt (met λ begrepen tussen 0 en 1);
- indien de farmaceutische uitgaven van een opname hoger liggen dan het grensbedrag LHP_C , dan wordt het gedeelte dat hoger ligt dan het grensbedrag, volledig terugbetaald ($\lambda = 1$).

In dit model is ook voorzien dat de overgang van een betaling per verrichting naar een volledig geforfaitariseerd systeem progressief verloopt; daartoe wordt een coëfficiënt ingevoerd ($0 < \pi < 1$) zodat de terugbetaling die een ziekenhuis effectief ontvangt voor de farmaceutische uitgaven van een opname h , $Fh = \pi rh + [1 - \pi]xh$ bedraagt. Indien π goed is voor bijvoorbeeld 75%, dan krijgt het ziekenhuis 75% van het bedrag van de voorziene begroting naargelang van de APRDRG*ernst en de terugbetaling van de werkelijk verbruikte geneesmiddelen tegen 25% van de huidige tarieven.

Het model omvat met andere woorden 4 beleidsvariabelen:

- de coëfficiënt λ , terugbetalingstarief van de uitgaven boven de outlier-grens (vastgelegd op 0,8 in de referentiesimulatie);
- de coëfficiënt π , progressiviteitscoëfficiënt van de forfaitarisering;
- de grensbedragen;
- het al dan niet in aanmerking nemen van een lijst van af te wijzen risico's.

Door de progressiviteitscoëfficiënt π te verhogen, kan de invloed van het medeverantwoordelijkheidsbeleid op de ziekenhuizen naar believen worden getemperd en wordt een geleidelijke overgang naar een forfaitaire terugbetaling mogelijk. Door de waarde van de marginale terugbetalingscoëfficiënt van de outliers λ te verhogen, kan men bovendien de impact van de forfaitarisering op de ziekenhuisfinanciën matigen.

Over het algemeen is uit de verschillende simulaties gebleken dat, voor eenzelfde ernstrisico, de gemiddelde uitgave per opname in de universitaire ziekenhuizen systematisch hoger lag dan in de algemene ziekenhuizen. Met de afschaffing van de lijst van af te wijzen risico's worden de universitaire ziekenhuizen meer bestraft; deze vaststelling suggereert dat de lijst van af te wijzen risico's, in dezelfde mate als de graad van ernst, een middel is om het medeverantwoordelijkheidssysteem dusdanig aan te passen dat de gespecialiseerde diensten, die doorgaans de ernstigste gevallen behandelen, en dat op vaak intensievere manier, niet worden gestraft.

6.2.2. Hervorming die in België werd doorgevoerd in het kader van de forfaitarisering van de farmaceutische uitgaven: de forfaitarisering van de antibioprofylaxie

a) Beschrijving van de hervorming

Onder antibioprofylaxie wordt verstaan, het preventieve gebruik van antibiotica ter gelegenheid van een chirurgische ingreep. Het "profylaxieforfait" werd zodanig berekend dat het 75% van de gemiddelde kostprijs dekt van de antibiotica die tijdens de peri-operatieve periode worden toegediend op basis van de guidelines (praktijkrichtlijnen) die in de wetenschappelijke literatuur voor elke interventie worden gepubliceerd. De in deze periode werkelijk verbruikte antibiotica wordt tegen 25% van de tarieven terugbetaald.

Hierbij moeten we opmerken dat het antibioprofylaxieforfait verschuldigd is zodra aan de toekenningsvoorwaarden ervan is voldaan, ook als tijdens de opname in kwestie aan de patiënt geen enkele profylaxie werd toegediend en er uitzonderingen zijn voorzien op basis van een combinatie van diagnoses en kenmerken die met de voorgeschiedenis van de patiënt (vroegere behandelingen, verwikkelingen, enz.) verband houden.

b) Beoordeling van de hervorming

- Dit type van forfaitarisering heeft het voordeel dat het op guidelines is gebaseerd en een goede medische praktijk garandeert bij het gebruik van de antibioprofylaxie. Een beter gebruik van antibiotica leidt tot een hogere kwaliteit van de zorgverlening doordat de overconsumptie van antibiotica in profylaxie wordt verminderd, met het gevaar dat zich de daarmee verwante weerstand tegen antibiotica ontwikkelt. Er zijn echter weinig klinische situaties die voldoende werden gestandaardiseerd om nauwkeurig forfaits te definiëren op basis van guidelines.

- Voor de invoering van deze hervorming in de ziekenhuisinstellingen waren aanzienlijke administratieve maatregelen noodzakelijk (identificatie van het gebruik van antibiotica tijdens de peri-operatieve periode, identificatie van de uitzonderingen...). Dat een dergelijke hervorming aanzet tot een betere kwaliteit van het voorschrijven, mag dan al duidelijk zijn, minder zeker is dat de vermindering van de uitgaven

omwille van een daling van het overmatig voorschrijven niet wordt gecompenseerd door een toename van de kosten voor de administratieve lasten die het ziekenhuis voor zijn rekening neemt.

■ De impact van de hervorming op het voorschrijven van antibiotica in profylaxie werd geanalyseerd voor een steekproef van 23 ziekenhuizen.

Volgende elementen kwamen hierbij tot uiting:

- 14 van de 23 ziekenhuizen hebben minder in profylaxie gebruikte antibiotica voorgeschreven, rekening houdend met de interventies. Tot deze 14 ziekenhuizen behoorden 7 van de 10 ziekenhuizen die vóór de hervorming hogere uitgaven hadden dan het gemiddelde van de andere ziekenhuizen.
- 5 van de 9 ziekenhuizen waarvan de uitgaven lager lagen dan het gemiddelde, hebben meer antibiotica voorgeschreven.
- Na de hervorming zijn de verschillen in het voorschrijven van antibiotica in profylaxie tussen de ziekenhuizen kleiner geworden.

Deze resultaten tonen aan dat deze hervorming invloed heeft gehad op het voorschrijfgedrag in die zin dat de praktijken afhankelijk van de op de guidelines gebaseerde forfaits dichter bij elkaar werden gebracht.

6.2.3. Voorstel voor forfaitarisering van 7 grote categorieën van geneesmiddelen voor de chirurgische gevallen

a) Beschrijving van het hervormingsvoorstel

Het koninklijk besluit van 18/10/2002 voorziet de terugbetaling op forfaitaire basis van 7 grote geneesmiddelen categorieën, die grotendeels overeenstemmen met 7 ATC-categorieën (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System): categorie A02 (antacida, carminativa en anti-ulcerosa), categorie B01 (antithrombotica), categorie B05 (bloedvervangingsmiddelen en perfusievloeistoffen), categorie J01 (antibacteriële geneesmiddelen voor systemisch gebruik, antibiotica), categorie M03 (spierverlappers), categorie N01 (anesthetica) en categorie N02 (analgetica).

Het forfaitariseringsvoorstel is gebaseerd op de APR-DRG-classificatie en betreft uitsluitend de chirurgische opnames die geen outliers zijn, evenwel met uitzondering van transplantaties, tracheotomieën en percutane cardiovasculaire ingrepen (APR-DRG's 174 en 175). De outliers worden op de spreiding van de totale van de 7 categorieën farmaceutische uitgaven berekend en worden integraal terugbetaald.

Het weerhouden forfaitariseringspercentage bedraagt 75% voor de antibiotica en 50% voor de andere 6 categorieën uit het voorstel, waarbij het saldo per geneesmiddel ten belope van 25 of 50% van de huidige tarieven wordt gefinancierd.

De gegevensbank aan de hand waarvan wij dit voorstel hebben beoordeeld, telt 647.283 opnames, outliers inbegrepen. Deze opnames zijn verspreid over 61 ziekenhuizen, met name 4 universitaire en 57 algemene ziekenhuizen.

De 7 geneesmiddelen categorieën zijn goed voor 50,69% van de totale farmaceutische uitgaven voor de medische gevallen en 56,04% van de totale farmaceutische uitgaven voor de chirurgische gevallen. Na de verwijdering van de medische gevallen, de outliers en de chirurgische APR-DRG's die niet in het forfaitariseringsvoorstel zijn opgenomen, moeten we echter vermelden dat slechts 33,81% van de uitgaven voor de 7 categorieën door de forfaitarisering wordt beoogd, wat goed is voor 18% van de totale uitgaven voor farmacie, voor alle opnames en alle geneesmiddelen categorieën.

b) Kritische analyse van het voorstel

■ Probleem van de financiering van de outliers

De outliers zijn goed voor 31,99% van de uitgaven voor de 7 geforfaitariseerde geneesmiddelen categorieën (verspreid over 7,43% van de opnames). Het door het Ministerie van Sociale Zaken voorgestelde systeem voorziet een integrale terugbetaling van de outliers. We herinneren eraan dat de normale gevallen per APRDRG worden gefinancierd ten belope van het waargenomen gemiddelde. Dat betekent dat, als een opname meer dan dit gemiddelde kost maar geen outlier is, het ziekenhuis een deel van de kosten zal moeten dragen. Het ziekenhuis zal er derhalve alle belang bij hebben om de uitgaven te verhogen opdat deze opname een outlier wordt. Vanuit dit standpunt gezien heeft het systeem een negatief stimulerend effect op het streven naar efficiëntie in de farmaceutische uitgaven.

■ Probleem van de keuze van de geneesmiddelen categorieën en de selectie van de opnames

Studies van de variantie hebben aangetoond dat bij de weerhouden opnames, het APRDRG-systeem na de verwijdering van de outlier-opnames bij de farmaceutische uitgaven, 54,67% verklaarde van de variantie van de farmaceutische uitgaven voor de 7 geforfaitariseerde categorieën voor de chirurgische gevallen; het verklaarde daarentegen 60,07% van de variantie van de totale farmaceutische uitgaven.

Men kan zich afvragen of het zin heeft om de forfaitarisering tot deze 7 geneesmiddelen categorieën te beperken, eerder dan ze op het geheel van de farmaceutische uitgaven toe te passen. Bovendien verhoogt dit variantiepercentage nog (van 60,07% tot 60,87%) als men alle opnames, zowel de chirurgische als de medische APRDRG's, behoudt. De begrotingen zouden wellicht nauwkeuriger zijn geweest als men een forfaitariseringsmodel had toegepast op het geheel van de farmaceutische uitgaven en op het geheel van de opnames.

De beperking van de types van geneesmiddelen en de types van opnames leidt tot meer administratieve taken en meer beheer (opvolging van het voorschrijven en identificatie van de opnames) van de hervorming en zou kunnen leiden tot manipulaties waarbij wel aan forfaitarisering onderworpen geneesmiddelen door niet-onderworpen geneesmiddelen worden vervangen of de classificatie van sommige

patiënten wordt gewijzigd teneinde de voor de forfaitarisering opgelegde limieten te omzeilen (bijvoorbeeld door een chirurgische ingreep niet te factureren om de patiënt in een medische APRDRG te houden).

6.3. FORFAITARISERING VAN DE UITGAVEN VOOR KLINISCHE BIOLOGIE, RADIOLOGIE EN VERSTREKKINGEN VOOR INWENDIGE GENEESKUNDE OP BASIS VAN "REFERENTIEBEDRAGEN"

6.3.1. Beschrijving van de hervorming

In zijn beleidsnota van 29 januari 2002 lanceerde Minister Vandenbroucke een voorstel voor een nog meer geforfaitariseerde financiering van bepaalde veelvoorkomende pathologieën, die inzake de kosten homogeen en inzake de procedures eenvoudig zijn en waarvoor men gemakkelijk verbruiksprofielen kan vaststellen die significant afwijkend zijn ten opzichte van een nationaal gemiddelde. Deze pathologieën werden aangeduid als *routinebehandelingen*. Er zijn er 28 in totaal, verspreid over 26 APR-DRG's. Bij het forfaitariseringvoorstel zijn alleen die opnames betrokken die binnen deze APRDRG's met graad van ernst 1 en 2 overeenstemmen (cataract, amygdalectomie, spataders, appendicitis, hysterectomie,...).

Voor elk van de 28 pathologiegroepen wordt een referentiebedrag bepaald per graad van ernst (niveau 1 en 2) en per uitgavenpost (klinische biologie, medische beeldvormingstechnieken en inwendige geneeskunde). Dit bedrag komt overeen met het nationale gemiddelde verbruik per patiënt, berekend na afzondering van de grote outliers en vermeerderd met 20%. De grote outliers in radiologie worden uitgesloten voor de berekening van de referentiebedragen voor radiologie, de grote outliers in klinische biologie voor de berekening van de referentiebedragen voor klinische biologie en de grote outliers voor inwendige geneeskunde voor de berekening van de referentiebedragen voor inwendige geneeskunde. De kleine outliers worden in de steekproef dus behouden voor de berekening. Deze beslissing kan worden verklaard door het grote aantal opnames waarvoor sommige uitgavenposten vaak nihil zijn (meer bepaald de uitgaven voor radiologie en inwendige geneesmiddelen); deze opnames kunnen dus niet als echte outliers worden beschouwd, voor zover ze in sommige pathologiegroepen een soms zeer significant aandeel vertegenwoordigen (tot 80%).

Alles welbeschouwd omvat het systeem 168 referentiebedragen (28 pathologiegroepen X 2 graden van ernst X 3 uitgavenposten). Hieruit blijkt met andere woorden dat de voorziene forfaitarisering op elke uitgavenpost afzonderlijk betrekking heeft en niet op de geaggregeerde uitgaven. Het ziekenhuis wordt bestraft zodra gemiddeld voor een pathologiegroep en een graad van ernst de uitgaven voor een uitgavenpost het referentiebedrag overschrijden.

Deze 28 pathologiegroepen (en twee graden van ernst) zijn samen goed voor 22,7% van de opnames, overeenstemmend met 12,3% van de uitgaven voor radiologie, 14,3% van de uitgaven voor klinische biologie en 12,1% van de uitgaven voor inwendige geneeskunde.

6.3.2. Beoordeling van het voorstel

a) Uitsluiting van talloze opnames

Het systeem van referentiebedragen, met uitsluiting van de gevallen van ernst 3 en 4, elimineert 8,29% van de opnames voor de 28 groepen van referentiepathologieën; deze geëlimineerde opnames vertegenwoordigen 21,29% van het geheel van uitgaven voor radiologie, klinische biologie en inwendige geneeskunde met betrekking tot de 28 groepen uit het voorstel. Deze graden van ernst werden geëlimineerd omdat de variantie van de uitgaven er groter is.

Dit zou echter wel een stimulans tot overcodering van de graad van ernst kunnen zijn, aangezien de opnames van ernstgraad 3 en 4 voorlopig nog per verrichting worden terugbetaald.

b) Keuze van de pathologiegroepen en de geforfaitariseerde bedragen

We hebben een studie verricht van de variantie, achtereenvolgens voor het geheel van de opnames en voor het subgeheel van opnames dat uit de 28 groepen van referentiepathologieën bestaat; de uitgaven voor radiologie, de uitgaven voor klinische biologie, de uitgaven voor inwendige geneeskunde en de geaggregeerde uitgaven (radiologie + klinische biologie + inwendige geneeskunde) werden als verklaarde variabelen genomen.

Uit deze studie is gebleken dat het verklarende vermogen van het APRDRG-systeem aanzienlijk groter was als de verklaarde variabele het bedrag van de geaggregeerde uitgaven is. Deze vaststelling pleit voor forfaits voor alle geaggregeerde uitgavenposten (radiologie + klinische biologie + verstrekkingen inwendige geneeskunde) eerder dan per afzonderlijk genomen uitgavenpost.

Bovendien hebben we opgemerkt dat de variantiepercentages heel wat hoger lagen voor het geheel van de opnames dan voor de in de 28 referentiecategorieën weerhouden opnames, als men alleen de chirurgische opnames in beschouwing neemt, en nauwelijks hoger lagen als men alleen de medische gevallen in beschouwing neemt. Men kan zich derhalve vragen stellen aangaande de mogelijkheid om de referentiebedragen tot dit subgeheel van 28 pathologiegroepen te beperken.

c) Gebrek aan positieve stimulansen

In het forfaitaire stelsel zoals dat hierboven werd beschreven, zit geen enkele positieve stimulans voor het ziekenhuis. Als een ziekenhuis in een van de groepen van referentiepathologieën meer uitgeeft dan het referentiebedrag, dan wordt het

immers bestraft en staat het zelf in voor het verschil. Als het daarentegen minder uit geeft dan het referentiebedrag, dan ontvangt het geen enkele bonus.

d) Gevaar voor stijgende uitgaven

Aangezien het referentiebedrag gelijk is aan het gemiddelde vermeerderd met 20%, worden de ziekenhuizen ertoe aangezet om tot dit bedrag voor te schrijven, wat als gevolg zou kunnen hebben dat de gemiddelde uitgaven stijgen, in tegenstelling tot de doelstelling, namelijk een efficiënter gebruik van de middelen.

e) Geen mogelijkheid om de risico's te delen

Tussen de 28 referentiegroepen van pathologieën is geen compensatie mogelijk; het ziekenhuis wordt bestraft voor elk van de pathologiegroepen waarin het meer dan het referentiebedrag uit geeft. De enige compensaties die door het systeem zijn voorzien, zijn de compensaties tussen de eerste twee graden van ernst binnen éénzelfde pathologiegroep.

f) Het niet in aanmerking nemen van de uitgaven voor ambulante zorgen

Uit de analyse van de verschillen in uitgaven per pathologiegroep in de ziekenhuizen is gebleken dat een groot deel van de verschillen kan worden toegeschreven aan de realisatie van check-ups voor en na de ingrepen, in ambulante zorgverlening of met ziekenhuisopname. De hervorming zou ertoe kunnen aanzetten om onderzoeken in ambulante zorgverlening uit te voeren, wat positief kan zijn als daardoor de opnameduur kan worden ingekort. In dat geval moet echter wel rekening worden gehouden met de kenmerken van bepaalde patiënten (spoedopname, maatschappelijk achteruitgestelde patiënten, lange afstand tot het ziekenhuis,...) voor wie deze check-ups in ambulante zorgverlening moeilijker te realiseren zijn.

g) Verantwoordelijkheid en boetebetaling

Wie moet er de terug te betalen bedragen terugbetalen? Het ziekenhuis? De voorschrijver die verantwoordelijk is voor de beslissing om verstrekkingen uit te voeren? De zorgverlener die de verstrekkingen heeft uitgevoerd en de honoraria heeft ontvangen? In een systeem waar de medische honoraria individueel aan de geneesheren toekomen, is het gevaar groot dat er tussen de beheerders en de geneesheren en tussen de geneesheren onderling (voorschrijvers, zorgverleners,...) spanningen ontstaan, als er voor het beheer geen harmonieuze samenwerking is tussen de financiële en medische verantwoordelijken en in overleg met het medische korps.

h) Het begrip "referentiebedragen" is niet adequaat

Het veronderstelt impliciet dat de bedragen vanaf dewelke het ziekenhuis wordt bestraft, op medisch niveau als "referentie" zouden kunnen worden beschouwd. Dat is echter niet het geval. Deze bedragen werden niet bepaald op basis van guidelines, maar in termen van verschillen ten opzichte van het waargenomen gemiddelde voor de steekproef in de APRDRG.

Teneinde de uitgaven te controleren en tot efficiëntie aan te zetten, is het absoluut noodzakelijk om de uitgaven van de ziekenhuizen een kader te geven. Het is evenwel een illusie om te denken dat met alle klinische situaties rekening kan worden gehouden. Klinische situaties zijn zelden voldoende precies en gestandaardiseerd om op een nauwkeurige manier de bedragen van de uitgaven (en de onderliggende verrichtingen) te kunnen bepalen die bij voorkeur worden gerealiseerd om de kwaliteit van de zorgverlening te garanderen. De medische tenlasteneming is vaak verwant met de bijzondere situatie van de patiënt en zijn antecedenten waarvoor meer of minder diagnostische onderzoeken nodig zijn dan het gemiddelde van de patiënten uit zijn groep pathologie*ernst.

Om met deze aan de medische tenlasteneming inherente veranderlijkheid rekening te kunnen houden, moeten de risico's kunnen worden gespreid. Het is volkomen mogelijk dat, bij een absoluut efficiënte medische praktijk, de uitgegeven bedragen hoger liggen dan het referentiebedrag en dat des te meer als er slechts een klein aantal patiënten in de groep pathologie*ernst is opgenomen. Een sanctie die op dit niveau wordt genomen, kan dan alleen als onrechtvaardig worden ervaren. De waarschijnlijkheid dat de uitgaven bij een efficiënte praktijk hoger liggen dan de voorziene begroting als met het geheel van de patiënten, hun pathologieën en de ernst van de aandoening rekening wordt gehouden, is daarentegen heel wat kleiner. De compensaties van de risico's komen in dat geval ten volle aan bod. Indien de uitgaven desondanks hoger liggen, is het nodig om de factoren waarmee niet voldoende rekening werd gehouden, naar voren te schuiven en ze in de omschrijving van de begrotingen in te voeren.

Kortom, het is niet alleen onoverkomelijk om de op meetbare behoeften gebaseerde uitgaven (APRDRG*ernst,...) een kader te geven, het is ook uitermate belangrijk dat de geneesheren en de beheerders beseffen dat dit kader slechts zin heeft op het niveau van een globale begroting en niet binnen elke pathologiegroep afzonderlijk, omdat daar de nauwkeurigheid ontoereikend is.

De begroting is een budgettaire omkadering en geen indicator voor de kwaliteit. Parallel met het opleggen van een kader is het noodzakelijk om kwaliteitsindicatoren uit te werken en te evalueren en guidelines voor efficiëntere praktijken te ontwikkelen.

i) Negatief effect van de beperkte impact van de hervorming

Deze hervorming heeft gevolgen voor de medische honoraria. Teneinde bij het medische korps geen al te groot verzet teweeg te brengen, wilden de ontwerpers hun hervorming beperkt houden (enkele pathologiegroepen, enkele types van uitgaven) om de impact van een dergelijke forfaitarisering en de toepasselijkheid ervan te evalueren alvorens ze uit te breiden. Deze beperkte "peiling" heeft een negatief effect. De mogelijke sancties die aan de hervorming zijn verbonden, zijn voor de ziekenhuizen financieel gesproken zo zwak ten opzichte van de globale middelen, dat de meeste ziekenhuizen er de voorkeur aan geven de sancties te betalen om geen

grote middelen hoeven aan te wenden om de afwijkingen te analyseren en de praktijken aan te passen en om conflicten tussen de beheerders en de geneesheren en in het medische korps zelf te voorkomen. De middelen die moeten worden aangevend om de praktijken te analyseren en ertoe aan te zetten ze te wijzigen, zijn immers heel wat groter dan de eventuele sancties.

7. CONCLUSIE

Om ons verplichte ziekteverzekeringssstelsel te kunnen laten overleven moeten de uitgaven voor gezondheid worden beheerst en de middelen doeltreffend worden gebruikt. Daarom moeten stimulansen en financiële verplichtingen worden ingevoerd teneinde het streven naar efficiëntie in de ziekenhuizen in de hand te werken.

Tot nog toe werden de hervormingen in België, in het kader van de forfaitarisering van de ziekenhuisuitgaven, versnipperd en beetje bij beetje doorgevoerd. Ze houden geen rekening met interacties, wisselwerkingen of complementariteit tussen de verschillende types van zorgverlening in het ziekenhuis en tussen de ambulante zorgverlening en de zorgverlening in het ziekenhuis en ze laten geen risicocompensatie toe.

Bovendien blijkt dat een meer geforfaitariseerd financieringstype gebaseerd op de globale tenlasteneming van de patiënt de betrekkingen tussen de beheerders en de geneesheren en de betrekkingen tussen de geneesheren onderling grondig zal wijzigen. Het dubbele financieringssysteem (toegekende verpleegdagprijzen + honoraria, eigendom van de geneesheren, met afgesproken teruggave van een deel aan het ziekenhuis) heeft geleid tot het risico op spanningen tussen de beheerders en de geneesheren, waarbij elke pool het meeste inkomsten probeert te produceren en tegelijkertijd de andere partij verwijt dat deze niet de optimale en doeltreffende voorwaarden creëert om hierin te slagen. Voor een geslaagd forfaitariseringssysteem gebaseerd op optimale tenlasteneming van de patiënten is een nauwe samenwerking tussen de beheerders en de geneesheren vereist. De lonen van de geneesheren zouden niet langer alleen moeten gebonden zijn aan de gepresteerde verrichtingen, maar ook aan de efficiëntie waarmee ze de patiënten behandelen.

Elke forfaitariseringshervorming houdt risico's in voor de kwaliteit van de zorgverlening. Daarom moet deze noodzakelijkerwijze vergezeld gaan van een evaluatie van de kwaliteit en het resultaat van de zorgverlening (guidelines, vergelijking van de zorgverleningspraktijken, benchmarking,...).

Om deze praktijken te kunnen beoordelen is het van het hoogste belang om over informatie over de uitgevoerde verrichtingen te kunnen beschikken. In dit opzicht is het wenselijk om een deel van de financiering per verstrekking te behouden. Op die manier blijft ook de band bestaan tussen de financiering en de werkelijk opgelopen kosten.

Men moet er zich echter wel van bewust zijn dat de ziekenhuizen, die aan deze financiële verplichtingen onderworpen zijn, zullen pogen hun financiële risico's te beperken door patiënten te weigeren voor wie het gevaar voor financiële verliezen groter is, en door eventueel de kwaliteit van de zorgverlening te beknotten als die niet-gedekte kosten met zich zou meebrengen.

De patiënten die het meeste risico lopen, zijn diegene voor wie bij de financiële verplichtingen met sommige kenmerken geen rekening wordt gehouden of diegene die zeer uiteenlopende zorgverleningsprofielen vertonen. Het gaat in hoofdzaak om oudere patiënten, patiënten met chronische pathologieën of wier tenlasteneming zeer variabel kan zijn (in termen van intensiteit of kwaliteit van de zorgverlening) en maatschappelijk achteruitgestelde patiënten, voor wie de tenlasteneming vaak zwaarder doorweegt en die een eventuele meerkost voor het ziekenhuis niet kunnen compenseren door toeslagen voor de honoraria of de kamer.

Daarom moet bijzondere aandacht worden besteed aan dit type van patiënten, teneinde te voorkomen dat de deelnemers aan de gezondheidszorg ertoe worden gebracht om hen niet ten laste te nemen of hun geen bevredigende kwaliteit van zorgverlening te bieden.

Er moet voor worden gezorgd dat hervormingen van de organisatie en de financiering van de geneeskundige verzorging geen stimulansen bevatten om dit type van patiënten te benadelen. Dat is een *conditio sine qua non* indien men wil voorkomen dat de financiële verplichtingen die men terecht aan de ziekenhuizen wil opleggen om hun doeltreffendheid te verhogen, geen ontwikkeling van geneeskunde met twee snelheden veroorzaken.

Elke hervorming van het financieringssysteem dat de uitgaven moet controleren, moet noodzakelijkerwijze gepaard gaan met een evaluatie van de impact van deze hervorming, teneinde de negatieve effecten, zowel op het niveau van de controle van de uitgaven als op het niveau van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorgverlening, te kunnen identificeren en zo nodig te corrigeren.

(Vertaling)

REFERENTIES

- Arrow, K., Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, *American Economic Review*, 53 (5), pp. 941-973, 1963.
- Carter, G.M., Newhouse, J.P. en Relles, D.A., How much change in the case mix index is APDRG creep?, *Journal of Health Economics*, 9, pp. 411-428, 1991.
- Chalkley, M. en Malcomson, J.M., Contracting for health services when patient demand does not reflect quality, *Journal of Health Economics*, 17, pp. 1-19, 1998.
- Closon, M.C., Azoury, E. en Duchaine, A., *Impact des facteurs sociaux sur les durées de séjour dans les hôpitaux*, eindrapport, Brussel, CIES-UCL, 1997.
- Closon, M.C., Chevalier, P. en Perelman, J., *Etude Coût-Pathologie*, onderzoeksrapport, Brussel, CIES-UCL, 2001.
- Closon, M.C., Chevalier, P. en Perelman, J., *Etude Coût-Pathologie*, onderzoeksrapport, Brussel, CIES-UCL, 2003.
- Closon, M.C., Maes, N. en Duchaine, A., *Impacts des facteurs sociaux sur la durée de séjour et les coûts dans les hôpitaux*, onderzoeksrapport, Brussel, CIES-UCL, 1998.
- Closon, M.C., Maes, N., Duchaine, A., Perelman, J. en Bellemans, M., *La dimension sociale de l'hôpital: concrétisation des résultats de la recherche RSM – RCM dans le financement et l'organisation des hôpitaux*, eindrapport, Brussel, CIES-UCL, 1999.
- Closon, M.C. en Perelman, J., *The incidence of social factors on inpatient length of stay and its implications on hospitals financing*, mimeo, 2002.
- Cutler, D., The incidence of adverse medical outcomes under prospective payment, *Econometrica*, vol. 63, 1, pp. 29-50, 1995.
- Dafny, L., *How do hospitals respond to price changes?*, National Bureau of Economic Research, Working Paper 9972, september, 2003.
- Duan, N., Smearing estimate: a nonparametric retransformation method, *Journal of American Statistical Association*, 78, pp. 605-610, 1983.
- Ellis, R.P. en McGuire, T.G., Provider behavior under prospective reimbursement, *Journal of Health Economics*, 5, pp. 129-151, 1986.

Ellis, R.P. en McGuire, T.G., Optimal payment for health service, *Journal of Health Economics*, vol. 9, 4, pp. 375-396, 1990.

Ellis, R.P. en McGuire, T.G., Hospital response to prospective payment: moral hazard, selection, and practice-style effect, *Journal of Health Economics*, 15, pp. 257-277, 1996.

Ellis, R.P. en McGuire, T.G., Supply-side and demand-side cost-sharing in health care, *Journal of Economic Perspectives*, herfst, 7, 4, pp. 135-151.

Epstein, A.M., Stern, R.S. en Weissman, J.S., Do the poor cost more? A multi-hospital study of patients' socioeconomic status and use of hospital resources, *NEJM*, apr. 19, 322, 16, pp. 1122-8, 1990.

Feinglass J. en Holloway, J.J., The initial impact of the Medicare PPS on US health care: a review of the literature, *Medical Care*, 48, pp. 91-115, 1991.

Franz, R.G. en Lava, J.R., A comparison of hospital responses to reimbursement policies for Medicaid psychiatric patients, *RAND journal of Economics*, 20, nr. 4, winter, pp. 587-600, 1989.

Freiman, M.P., Ellis, R.P. en McGuire, R.P., Provider response to Medicare's PPS: reductions in length of stay for psychiatric patients treated in scatter beds, *Inquiry*, vol. 26, zomer, pp. 192-201, 1989.

Gilman, B.H., Hospital response to APDRG refinements: the impact of multiple reimbursement incentives on inpatient length of stay, *Health Economics*, vol. 9, 4, juni, pp. 277-294, 2000.

Hadley, J., Zuckerman, S. en Feder, J., Profits and fiscal pressure in the prospective payment system: their impact on hospitals, *Inquiry*, 26, pp. 354-365.

Hodgkin, D. en McGuire, T.G., Payment levels and hospital response to prospective payment, *Journal of Health Economics*, 13, 1, pp. 1-31, 1994.

Kominski, G.F. en Long, S.H., Medicare's DSA and cost of low-income patients, *Journal of Health Economics*, 16, pp. 177-190, 1997.

Ma, C-T. A., Health care payment systems: cost and quality incentives, *Journal of Economics and Management Strategy*, volume 3, 1, lente, pp. 93-112, 1994.

Martin, S. en Smith, P., Explaining variations in inpatient length of stay in the National Health Service, *Journal of Health Economics*, 15, pp. 279-304, 1996.

Massart, Pouplier, I., Labart, N., Marchand, M., Closon en Roger France, F., *Financement prospectif des hôpitaux belges*, eindrapport, SSTC-CIES, 3 volumes, december, 1995.

Newhouse, J.P. en Byrne, D.J., Did Medicare's prospective payment system cause length of stay to fall?, *Journal of Health Economics*, 7, pp. 413-416, 1988.

Norton, E., Van Houtven, C., Lindrooth, R., Normand, S. en Dickey, B., Does prospective payment reduce inpatient length of stay?, *Health Economics*, 11, pp. 377-387, 2002.

Pope, G.C., Hospital nonprice competition and medicare reimbursement policy, *Journal of Health Economics*, vol. 8, 2, pp. 147-172, 1989.

Schokkaert, E., Dhaene, G. en Van de Voorde, C., Risk adjustment and the trade-off between efficiency and risk selection: an application of the theory of fair compensation, *Health Economics*, 7, pp. 465-480, 1998.

Shmueli, A., Intrator, O. en Israeli, A., The effects of introducing prospective payments to general hospitals on length of stay, quality of care, and hospitals' income: the early experience of Israel, *Social Science and Medicine*, 55, pp. 981-989, 2002.

Siegel, C., Jones, K., Laska, E., Meisner, M. en Lin, S., A risk-based prospective payment system that integrates patient, hospital and national costs, *Journal of Health Economics*, vol. 11, 1, pp. 1-41, 1992.

Van de Ven, W.P. en Van Vliet, R.C. How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?, *Health Economics Worldwide*, P. Zweifel and H.E. Frech III (eds.), Kluwer, Nederland, pp. 23-46.

INHOUDSTAFEL

PROSPECTIEVE FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUIZEN. HOE DE UITGAVEN BETER BEHEERSEN ZONDER AFBREUK TE DOEN AAN DE KWALITEIT EN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORGVERLENING?

1. CONTEXT	419
2. MAATREGELEN VOOR EEN GROTERE EFFICIENTIE VAN DE GEZONDHEIDSZORGSTELSELS	420
2.1. MAATREGELEN BETREFFENDE DE VRAAG	420
2.2. MAATREGELEN BETREFFENDE HET AANBOD	420
3. DE VOOR- EN DE NADELEN VAN EEN PROSPECTIEF FINANCIERINGSTYPE (VOORAF BEPAALDE BEGROTING) IN VERGELIJKING MET EEN RETRO- SPECTIEVE FINANCIERING (GEBASEERD OP DE TERUGBETALING VAN VERRICHTTE PRESTATIES)	421
4. BESCHRIJVING VAN HET FINANCIERINGSSYSTEEM VAN DE BELGISCHE ZIEKENHUIZEN VOOR DE HERVORMINGEN	422
5. ONTWIKKELING VAN BEHOEFTE- EN PRESTATIE-INDICATOREN OM DE PROSPECTIEVE FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUIZEN TE BEPALEN	423
6. ANALYSE VAN DE VERSCHILLENDE HERVORMINGEN VAN DE FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUISUITGAVEN IN BELGIE	425
6.1. PROSPECTIEVE FINANCIERING VAN DE HOSPITALISATIEDAGEN	425
6.2. FORFAITARISERING VAN DE FARMACEUTISCHE UITGAVEN	432
6.3. FORFAITARISERING VAN DE UITGAVEN VOOR KLINISCHE BIOLOGIE, RADIOLOGIE EN VERSTREKKINGEN VOOR INWENDIGE GENEESKUNDE OP BASIS VAN "REFERENTIEBEDRAGEN"	439
7. CONCLUSIE	443
REFERENTIES	445

FINANCIËLE KWETSBAARHEID IN DE BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG

DOOR CHRISTOPHE VANROELEN EN FRED LOUCKX

Vakgroep Medische Sociologie, Vrije Universiteit Brussel

1. INLEIDING

De Vakgroep Medische Sociologie van de Vrije Universiteit Brussel heeft, in opdracht van de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden, een onderzoek naar 'Nieuwe Kwetsbare Groepen in de Belgische Gezondheidszorg' gedaan. Al snel groeide het besef dat het niet zinvol was afgelijnde 'kwetsbare categorieën' te identificeren, maar dat het relevanter is, de processen die aanleiding geven tot financiële kwetsbaarheid, te bestuderen. Centraal in deze studie stond dan ook de vraag naar de determinanten die een rol spelen in het ontstaan van financiële toegankelijkheidsproblemen in de gezondheidszorg. Het resultaat is een exhaustief overzicht van concrete knelpunten op het niveau van de relatie patiënt - gezondheidszorg/ziekteverzekering. Deze laten zich samenvatten in zes grote dimensies, waarrond de structuur van het eerste deel van dit artikel is opgebouwd.

Daarnaast werd de financiële kwetsbaarheid binnen haar maatschappelijke context geplaatst. Dit door mogelijke oorzaken op macroniveau te identificeren. Het tweede deel van dit artikel bevat een synthese van de belangrijke knelpunten op macroniveau. Na een summier beschrijving van de maatschappelijke veranderingen waarmee de Belgische gezondheidszorg werd geconfronteerd, wordt dieper ingegaan op de toenemende vermarkting en selectiviteit van de gezondheidszorg en de belangrijkste knelpunten in het overheidsbeleid.

Naast het identificeren van knelpunten op micro- en macroniveau werden in het onderzoek uiteenlopende beleidsaanbevelingen gedaan. Dit artikel geeft ook de belangrijkste krachtlijnen van deze aanbevelingen weer.

2. METHODOLOGIE

Mede omwille van de complexiteit van het onderwerp werd met meerdere methodologische invalshoeken gewerkt. In de eerste plaats werden secundaire bronnen geraadpleegd: met name bestaande studies en de gegevens uit de Belgische gezondheidsenquête van 1997. Ten slotte deden we een kwalitatief empirisch onderzoek (Delphi-studie) bij mensen die professioneel bij de problematiek betrokken zijn.

De gezondheidsenquête is een cross-sectionele enquête met zelfgerapporteerde informatie over uiteenlopende gezondheidsdeterminanten, het gebruik van zorgvoorzieningen en het gezondheidsgedrag (leefstijl en preventie) (Quataert et. al., 1997). De populatie voor de enquête zijn alle in het Belgische nationale register ingeschreven personen (behalve de in een collectieve gemeenschap verblijvenden). In totaal werden 10.786 personen geïnterviewd.

De gegevens uit de gezondheidsenquête zijn in onze studie enkel op een beschrijvend niveau weergegeven. De verschillende subgroepen werden steeds tegenover vier variabelen voor de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg geplaatst. Het gaat om de variabelen 'absolute uitgaven aan medische zorg', 'relatieve uitgaven aan medische zorg', 'moeilijkheden om medische zorg te betalen' en 'uitstel of afstel van medische zorg'. Dit steeds op het niveau van het huishouden. De absolute maat vertegenwoordigt de totale maandelijkse gezondheidskosten van een gezin. Het is de som van de uitgaven aan zorgverstrekkers, geneesmiddelen en verblijfskosten. Het steekproefgemiddelde voor deze variabele is 109,15 EUR (mediaan: 49,58 EUR). De relatieve maat is het quotiënt van de totale maandelijkse uitgaven en het equivalent inkomen (1) van het gezin in een periode van een maand. Ook huishoudens die geen uitgaven voor gezondheidszorg hadden, zijn meegerekend. De hele steekproef spendeert gemiddeld 5,84% van het gezinsbudget aan medische zorg (mediaan: 2,86%). Bij de variabele 'moeilijkheden om de gezondheidskosten te betalen' gaat het om een subjectieve afweging van hoe de medische kosten zich verhouden ten opzichte van het totale gezinsbudget. Deze vraag werd herleid tot een dichotomie: personen die vinden dat de gezondheidskosten van hun gezin gemakkelijk in het budget passen, en diegenen die van mening zijn dat hun gezondheidskosten moeilijk of helemaal niet in het budget passen. 32,7% van de respondenten vindt dat de gezondheidskosten moeilijk in het gezinsbudget passen. Ook de variabele voor uit- of afstel van medische zorg omwille van financiële redenen is herleid tot een dichotomie. Gedurende het jaar voorafgaand aan de enquête heeft 9,6% van de respondenten voor zichzelf of voor zijn gezin medische zorgen moeten uit- of afstellen.

Voor het kwalitatieve empirische luik van deze studie was nood aan een methode die aan de specificiteit van de problematiek aangepast was. Er moest achtergrondinformatie en duiding over de redenen waarom personen te maken krijgen met financiële kwetsbaarheid in de gezondheidszorg, worden verzameld. Bovendien moest de methode duidelijkheid verschaffen over het draagvlak binnen het 'werkveld' voor de uiteenlopende individuele meningen en aanbevelingen. Daarom werd gekozen voor de kwalitatieve 'Delphi-methode (2).

(1) Om het inkomen van een gezin te meten is gebruik gemaakt van het 'equivalent inkomen': alle inkomsten van een huishouden zijn samengeteld en vervolgens gewogen aan het aantal gezinsleden. Het equivalent inkomen is gecodeerd in de categorieën 'laag inkomen', 'bescheiden inkomen' en 'hoger inkomen'. De categorie 'laag inkomen' groepeerde alle respondenten uit huishoudens met een equivalent inkomen dat onder de 496 EUR per maand ligt. Voor de categorie 'bescheiden inkomen' ligt de grens op 744 EUR per maand. Respondenten met een 'hoger inkomen' komen uit gezinnen met een equivalent inkomen boven 744 EUR per maand.

(2) Voor een uitgebreide beschrijving van de Delphi-methodologie en de toepassing ervan in dit onderzoek, zie: Vanroelen, C., Smeets, T. en Louckx, F., *Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg*, Academia Press, Gent, p. 25-43, 2004.

Deze wordt gekenmerkt door drie belangrijke eigenschappen. (a) Men doet een beroep op de kennis en ervaring van een groep deskundigen. Er wordt van uitgegaan dat groepsbesluiten in het algemeen juist zijn dan de besluiten van één individu (Murry en Hammons, 1995: 431). (b) De Delphi-methode is een iteratief onderzoeksproces: het verloopt over meerdere rondes (Kenis, 1995: 5). De antwoorden van de eerste ronde worden samengevat, geanalyseerd en tot een tweede vragenronde herwerkt. De respondenten kunnen in de tweede ronde hun mening herzien en de individuele stellingen of voorstellen van de andere panelleden valideren (3). De groepsinteractie verloopt anoniem, via een reeks schriftelijke vragenlijsten. Er ontstaan vaak problemen wanneer in een groep face-to-face gediscussieerd wordt: 'grouphink', het maken van voorbarige conclusies, het 'centrale-tendenseffect' en dominantie van bepaalde individuen. Extreme of controversiële standpunten worden in groep wel eens verzwegen. Door de anonimiteit van de deelnemers tijdens de interactie te waarborgen, ontsnapt de Delphi-methode aan deze problemen (Kenis, 1995: 5).

Het panel van deskundigen werd breed samengesteld: beleidsmensen, mensen uit belangenorganisaties, het 'werkveld' en de academische wereld waren vertegenwoordigd. Het oorspronkelijke panel bestond uit 56 deskundigen. In de eerste ronde kregen de panelleden vijf open vragen (3). Hierdoor kregen ze ruimte om uitgebreid hun ervaringen en kennis neer te schrijven. Door een intensieve begeleiding was de uitval na de eerste ronde miniem. 51 panelleden stuurden een ingevulde vragenlijst terug. De informatie uit de eerste ronde werd onder de vorm van stellingen teruggekoppeld naar de panelleden. Er werden in deze tweede ronde nog 43 ingevulde vragenlijsten ontvangen. In de laatste (derde) ronde werden fouten en onduidelijkheden uit de tweede ronde verbeterd.

3. ONDERZOEKSCONCLUSIES OP MICRONIVEAU

3.1. DE KNELPUNTEN SAMENGEVAT IN ZES DIMENSIES

Uiteenlopende knelpunten spelen een rol in het ontstaan van financiële toeganke-lijkheidsproblemen in de gezondheidszorg. Tijdens de studie kwamen tal van risicosituaties aan de oppervlakte. Op zichzelf geven de opgesomde risicosituaties in veel gevallen geen aanleiding tot een verhoogde kwetsbaarheid. Het is slechts de combinatie ervan die de gezondheidskosten ondraaglijk kan maken. De specifieke combinatie van een aantal knelpunten maakt iedere situatie uniek. Het scherp aflijnen van een exhaustieve lijst van kwetsbare patiëntencategorieën is daardoor onmogelijk.

(3) In de eerste ronde werden de volgende vragen gesteld: (a) Welke categorieën van patiënten kunnen we vandaag als financieel kwetsbaar bestempelen in de gezondheidszorg? Kan u het sociaal-economische en demografische profiel van deze patiënten schetsen? (b) Wat zijn de belangrijkste financiële knelpunten die deze categorieën in de gezondheidszorg ervaren? Onderbouw uw antwoord met concrete voorbeelden (indien mogelijk uit de eigen werkervaring). (c) Wat moet er volgens u beleidsmatig gebeuren om deze knelpunten weg te werken? Argumenteer waarom dit een oplossing zou kunnen zijn. (d) Wat is er volgens u nodig om de door u voorgestelde beleidsmaatregelen mogelijk te maken? (e) Welke categorieën van patiënten (die u nog niet in vraag a vernoemde) ziet u door allerlei politieke en maatschappelijke ontwikkelingen in de toekomst in een kwetsbare financiële positie terecht komen? Argumenteer waarom.

De verschillende knelpunten kunnen worden samengevat in zes grote dimensies:

- problemen met het statuut in de ziekteverzekering;
- een achtergestelde materiële situatie;
- problemen ten gevolge van de werking van de instellingen;
- hoge zorgbehoeften;
- het ontbreken van niet-professionele steun;
- een gebrek aan kennis en weerbaarheid.

3.1.1. Problemen met het statuut in de ziekteverzekering

Met deze dimensie worden problemen ten gevolge van een precair statuut in de ziekteverzekering bedoeld. Het gaat, met andere woorden, om mensen die niet of slechts deels verzekerd zijn binnen de verplichte ziekteverzekering.

'Mensen zonder papieren' bevinden zich ongetwijfeld in de meest precare situatie. Zij kunnen slechts in zeer uitzonderlijke gevallen een beroep doen op terugbetaling van medische kosten binnen de verplichte ziekteverzekering. Meestal zijn ze aangewezen op een uitzonderlijke regeling: 'het Koninklijk Besluit van dringende medische hulpverlening aan mensen zonder wettig verblijfsstatuut' (4). De werking van dit KB verloopt echter niet optimaal:

- De regeling is in de eerste plaats niet genoeg bekend. Artsen, OCMW's, ziekenhuizen en andere zorgverstrekkers zijn onvoldoende op de hoogte van het bestaan, de draagwijdte en de procedures verbonden aan dit recht op dringende medische hulp. De panelleden uit ons onderzoek geven ook aan dat sommige verstrekkers het KB niet willen toepassen.
- Verder blijkt er allerm minst duidelijkheid te bestaan over het toepassingsgebied van het KB: welk soort hulpverlening valt binnen de omschrijving 'dringende medische hulp'? Ambulante, kleine, aanslepende of minder acute gezondheidsproblemen en preventieve zorgen worden niet steeds tot de regeling toegelaten. Terwijl deze gezondheidsproblemen evengoed 'dringend' kunnen zijn (*stelling 1*) (5).
- Verder bestaat onduidelijkheid over de inhoud van de verstrekte zorg. Meerdere panelleden uit de studie geven aan dat men zich al eens beperkt tot 'eerstehulpverlening' (6) Toch kan in principe de kost van het volledige zorgtraject door middel van het KB worden gerecupereerd (*stelling 2*).

(4) KB van 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven.

(5) In de tweede ronde van de Delphi-studie werden de individuele uitspraken uit de eerste ronde herwerkt tot stellingen. Aan de panelleden werd gevraagd deze te beoordelen. In Bijlage worden de vermelde stellingen en hun beoordeling weergegeven.

(6) In het KB van 13 januari 2003 werd in die zin een verduidelijking aan het oorspronkelijke KB toegevoegd: voor mensen met een besmettelijke aandoening moet de dringende medische hulp ook de nazorg inhouden die noodzakelijk is voor de algemene volksgezondheid.

- De OCMW's krijgen een belangrijke rol toebedeeld met betrekking tot de toepassing van het KB. Hun rol wordt echter gecontesteerd binnen het deskundigenpanel: enerzijds bestaan er tussen de OCMW's onderling grote verschillen in de manier waarop het KB wordt toegepast, anderzijds worden de verstrekkers die van het KB wensen gebruik te maken met een grote administratieve complexiteit geconfronteerd (*stelling 3*).
- De voorgaande knelpunten leiden tot een gebrek aan rechtszekerheid bij de doelgroep. Bovendien hebben nogal wat 'mensen zonder papieren' angst dat het gebruik van het KB hen zou 'verraden' en tot uitwijzing zou leiden.
- Tenslotte moet nog worden aangestipt dat – met uitzondering van de PAAZ-diensten – geen enkele vorm van psychiatrische hulpverlening onder deze regeling valt, terwijl er toch heel wat psychische klachten voorkomen bij 'mensen zonder papieren'.

Behalve de mensen zonder papieren worden er ook personen geïdentificeerd die theoretisch wel rechten hebben binnen de verplichte ziekteverzekering, maar omwille van uiteenlopende omstandigheden erbuiten vallen. Het gaat onder andere om mensen die door verwaarlozing of een gebrek aan middelen hun bijdragen niet betaald hebben of hun administratieve verplichtingen niet nagekomen zijn. Voorbeelden zijn thuislozen, drugsverslaafden en woonwagenbewoners (*stellingen 4, 5 en 6*).

Tenslotte zijn sommige mensen niet voldoende verzekerd tegen medische kosten. Men denkt in dit verband automatisch aan zelfstandigen die zich niet bijkomend hebben verzekerd voor de 'kleine risico's'. In 2002 had naar schatting 23 procent (7) van de zelfstandigen die voor de grote risico's verzekerd zijn, geen verzekering kleine risico's. Dit betekent dat een niet te verwaarlozen deel van de zelfstandigen de volledige prijs moet betalen van onder meer consultaties bij een huisarts of specialist, tandzorgen, ambulante verstrekte verpleegkundige zorg en geneesmiddelen. Meer en meer wordt ook het ontbreken van een hospitalisatieverzekering als een knelpunt aangeduid. Het toenemende aantal kosten waarin de verplichte ziekteverzekering bij hospitalisatie niet tussenkomt, maakt dat mensen zonder hospitalisatieverzekering tegen erg hoge eigen betalingen kunnen aankijken. De panelleden geven aan dat hospitalisatieverzekeringen bij financieel kwetsbare personen allesbehalve ingeburgerd zijn. Bovendien doen de verzekeraars aan risicoselectie. De premie is afhankelijk van de criteria die het risico op hospitalisatie verhogen (bijvoorbeeld de leeftijd). Categorieën met een hoog risico (bejaarden, chronisch zieken) kunnen zelfs moeilijk tot een hospitalisatieverzekering toetreden.

(7) Eigen berekening op basis van cijfers van het RIZIV, de Controledienst voor Ziekenfondsen en Landsbonden van Ziekenfondsen en 'Deutsche Krankenversicherung' (DKV).

3.1.2. Een achtergestelde materiële situatie

Een gebrek aan financiële middelen of een onzekere materiële toestand kunnen eveneens oorzaken van knelpunten zijn. Mensen die moeten leven van een vervangingsinkomen treden hier op de voorgrond. Heel wat mensen die (zwaar) ziek worden, worden niet alleen geconfronteerd met hogere medische kosten, ze krijgen op hetzelfde moment vaak te maken met inkomensverlies doordat ze arbeidsongeschikt worden. In verscheidene studies wordt aangegeven dat de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid en invaliditeit maar net voldoende zijn om in de basisbehoeften te voorzien (Avalosse, Van Winckel en Verniest, 2002: 5, Beck, 2000 en Van Winckel, 2001: 15-21). Ze zijn zonder twijfel onvoldoende om naast deze basisbehoeften nog belangrijke medische kosten te dragen. Hetzelfde geldt voor de andere vervangings- en bijstandsinkomens.

Om de eigen uitgaven aan medische zorg voor de kwetsbaarste categorieën te beperken, werd een aantal specifieke tegemoetkomingen in het leven geroepen. Onze panelleden geven echter aan dat deze tegemoetkomingen vaak een druppel op een hete plaat zijn en dat ze vaak noodgedwongen worden gebruikt om te voorzien in de basisbehoeften (*stelling 7*). Een en ander blijkt ook uit de inkomenssupplementen die worden toegewezen door de OCMW's. Wanneer gerechtigden op het leefloon een beroep doen op een inkomenssupplement, is dat in 11,7% van de gevallen om medische kosten te helpen dragen, in 8,8% van de gevallen gaat het om aanvullende steun om de bijdragen voor de ziekteverzekering te betalen. Meer dan 20% van de toegekende inkomenssupplementen aan gerechtigden op het leefloon heeft dus te maken met de kosten voor gezondheidszorg (Dehaes et al., 2000: 23-25). Daarnaast kennen de OCMW's ook aanvullende financiële steun toe aan mensen met andere inkomensbronnen dan het leefloon. Dit zijn de zogenaamde niet-residuele steuntrekkers. 25% van de niet-residuele steuntrekkers doet een beroep op een inkomenssupplement vanwege het OCMW omwille van medische kosten. In 8% van de gevallen dient de aanvullende steun om de bijdragen voor de ziekteverzekering te betalen (Dehaes et al., 2001: 43).

Niet alleen mensen met een vervangingsinkomen worden geconfronteerd met financiële toegankelijkheidsproblemen. Ook mensen met een inkomen uit arbeid dat net voldoende is om in de dagelijkse behoeften te voorzien, zijn kwetsbaar. Hetzelfde geldt voor huishoudens met een hoge schuldenlast. Afbetalingen voor een hypothecaire lening of consumentenkrediet kunnen een groot deel van het maandelijkse inkomen opeisen. Deze gezinnen leven in een 'budgettaire randsituatie'. Plotse medische kosten kunnen een krap financieel evenwicht in gevaar brengen en tot bestaansonzekerheid leiden (*stelling 8*). In heel wat gevallen hebben deze gezinnen bovendien geen eigen vermogen onder de vorm van wat spaargeld of een eigen huis. Net deze extra's kunnen een financiële buffer vormen in geval van (ernstige) gezondheidsproblemen (Beck, 2000).

3.1.3. Problemen ten gevolge van de werking van de instellingen

Deze dimensie laat zich opsplitsen in knelpunten die te maken hebben met de werking van de ziekteverzekering, de zorgverstrekkers en de OCMW's.

De complexiteit van de procedures en de administratie in de ziekteverzekering blijkt een belangrijke factor te zijn. Er mag dan wel een aanbod aan correctiemaatregelen en bijzondere voorzieningen voor kwetsbare groepen bestaan, ze worden – volgens sommige panelleden – op een fragmentarische wijze toegekend. Heel wat mensen maken geen gebruik van voorzieningen waarop ze in principe recht hebben. Anderen 'overcumuleren', waardoor ze meer krijgen dan ze nodig hebben. Niet iedereen weet waar men recht op heeft in termen van uitkeringen, tegemoetkomingen, bijzondere statuten, enz. Daarenboven weet men dikwijls niet bij welke instellingen men moet aankloppen. Alleen mondige mensen vinden hun weg in dit labrynt. Kwetsbare personen ondervinden grote hinder van de complexiteit van het systeem. Een voorbeeld is de voorkeurregeling: volgens een panellid bekomen heel wat potentiële gerechtigden deze niet of te laat omdat ze niet op de mogelijkheid ervan worden gewezen.

Andere knelpunten zijn het gevolg van een te categorisch beleid in de ziekteverzekering. Mensen die niet tot een van de 'geïnstitutionaliseerde sociale categorieën' behoren en toch kwetsbaar zijn, lopen het risico om niet in aanmerking te komen voor bijkomende voordelen. In de meeste gevallen gaat het om personen met een laag inkomen uit arbeid. Zij kunnen, doordat ze werken, geen beroep doen op allerlei sociale voordelen waarop uitkeringstrekkers met een inkomen dat niet veel lager ligt, wel een beroep kunnen doen. Een te categorisch beleid zorgt er eveneens voor dat sommige zieken of personen met een handicap niet in aanmerking komen voor sociale correctiemaatregelen. Door te weinig flexibiliteit in de criteria ontstaan er 'niet-erkende chronisch zieken en personen met een handicap'. Dit probleem stelt zich onder meer bij de (potentiële) gerechtigden op de forfaits voor chronische ziekte en hulpbehoevendheid. Het forfait voor zorgafhankelijkheid komt in de eerste plaats ten goede aan chronisch zieken met een beperkte zelfredzaamheid. Minder afhankelijke chronisch zieken kunnen ook hoge zorg-uitgaven hebben, maar kunnen minder bijkomende tussenkomsten ontvangen. Op die manier vallen ze door de mazen van het net.

Een laagdrempelige zorg wordt eveneens bemoeilijkt door een stoeve samenwerking tussen hulpverleners. Medische informatie wordt niet altijd doorgegeven tussen instellingen, of zelfs tussen de diensten van eenzelfde instelling (*stelling 9*). Bovendien is het taalgebruik van medische hulpverleners niet altijd even begrijpelijk voor maatschappelijk kwetsbare mensen. Dit kan ertoe leiden dat mensen hun probleem niet ten volle vatten en op die manier verkeerde keuzes maken. Soms zijn ze hierdoor ook niet voldoende op de hoogte over de financiële implicaties van een behandeling of de mogelijkheid op een bijkomende tegemoetkoming of sociale correctie. Het taalprobleem stelt zich in de eerste plaats bij de hulpverlening aan allochtonen. Toch leidt het medisch-technische jargon ook tot drempels bij autochtone patiënten.

Er klinkt ook kritiek op de werking van de OCMW's als aanvullende instantie in de gezondheidszorg (de OCMW's kunnen onder meer financiële steun verlenen voor het betalen van medische kosten of bijdragen). Zo is er sprake van een te grote complexiteit en een gebrek aan uniformiteit in de toepassing van de regelgeving met betrekking tot de financiële bijstand voor medische zorgen (*stelling 10*). Bovendien levert de samenwerking tussen OCMW's problemen op: bevoegdheden worden niet zelden naar elkaar doorgeschoven. Volgens sommige panelleden is ook de zorgverlening aan patiënten waarvoor het OCMW bijspringt, niet altijd van dezelfde kwaliteit (*stelling 11*). Verder blijkt voor heel wat OCMW's het combineren van een eigen vermogen met financiële hulpverlening niet mogelijk. Bejaarden die een eigen huis bezitten, hebben hierdoor bijvoorbeeld angst om een beroep te doen op de hulp van het OCMW. Ten slotte is er nog de 'spreidingspolitiek': asielzoekers die in de procedure voor het verwerven van een verblijfsvergunning zitten, worden vaak toegewezen aan een ander OCMW dan dat van de gemeente waarin ze wonen. Hierdoor hebben ze feitelijk vaak geen toegang tot de gezondheidszorg (*stelling 12*).

3.1.4. Hoge zorgbehoeften

De belangrijkste oorzaak van financiële toegankelijkheidsproblemen is ongetwijfeld de financiële impact van hoge zorgbehoeften. Er is in dit verband sprake van een dubbele kwetsbaarheid. De hoge zorgbehoeften beïnvloeden niet alleen de materiële positie. In de wetenschappelijke literatuur wordt aangetoond dat zwakkere sociaal-economische categorieën ook een grotere kans hebben op een slechtere gezondheid (Beck, Vanroelen en Louckx, 2002).

De Belgische gezondheidsenquête van 1997 geeft een idee van de omvang van de uitgaven voor medische zorg bij mensen met hoge medische zorgbehoeften. Terwijl de gemiddelde maandelijkse uitgaven voor gezondheidszorg van de volledige steekproef 109,15 EUR bedragen (met een mediaan van 49,58 EUR), liggen de maandelijkse uitgaven van chronisch zieken significant hoger (gemiddeld 138,40 met een mediaan van 63,21 EUR per maand). Hetzelfde geldt voor de relatieve uitgaven, het aantal mensen met betalingsmoeilijkheden en het aantal mensen dat medische zorg uit- of afstelt. Binnen de categorie van de chronisch zieken zijn diegenen met een laag inkomen de meest kwetsbare categorie. Ondanks hun lagere uitgaven (wat op uit- of afstelgedrag wijst) vertegenwoordigen deze gemiddeld bijna 20% van het beschikbaar inkomen. Meer dan driekwart van de respondenten uit deze categorie geeft aan betalingsmoeilijkheden te ondervinden; 31 % heeft medische zorgen moeten uit- of afstellen. Hoogbejaarden (+75 jaar) zijn een andere kwetsbare categorie. Zij geven gemiddeld meer dan 80 EUR meer uit aan gezondheidszorg dan het steekproefgemiddelde. Ook het relatieve aandeel in het totale budget ligt een stuk hoger, net als het aantal mensen met betalingsmoeilijkheden. Wel valt op dat minder hoogbejaarden medische zorg uit- of afstellen. Opnieuw werd het equivalent inkomen in rekening gebracht; dit geeft grotendeels dezelfde resultaten als bij chronisch zieken (behalve voor uit- en afstel van zorg). Hoogbejaarden met één of meer chronische aandoeningen geven in absolute termen het meest uit aan medische zorg (gemid-

deld 235,59 EUR, met een mediaan van 104,04 EUR). De waarden voor de andere drie indicatoren zijn lager dan bij de hoogbejaarden met een laag inkomen. Waarschijnlijk spelen de inkomensversterkende correctie maatregelen hierin een rol (tabel 1).

TABEL 1: ABSOLUTE EN RELATIEVE UITGAVEN AAN GEZONDHEIDSZORG, MOEILIKHEDEN OM GEZONDHEIDSZORGEN TE BETALEN EN UIT- EN AFSTEL VAN GEZONDHEIDSZORGEN VOOR ENKELE KWETSBARE CATEGORIEËN

	N	Absol. Uitg. (€)		Rel. Uitg.		Moeilh. Uitstel	
		gem	med	gem	med	Bet. procent	procent
Eén of meer chronische aandoeningen + hoger inkomen	1.594	144,13	64,45	7,58	3,3	30,5	8,1
Geen chronische aandoeningen + laag inkomen	340	80,53	24,79	11,2	4,17	66,7	25,5
Eén of meer chronische aandoeningen + laag inkomen	148	107,82	59,11	19,14	8,54	75,9	31
Eén of meer chronische aand.	2.347	138,40	63,21	9,25	3,92	39,6	11,7
Jonger dan 75 j. + laag inkomen	578	91,49	37,35	14,76	5,48	70,3	29,7
Ouder dan 75 j. + hoog inkomen	259	229,61	89,24	14,29	5,71	35	4,6 ¹
Ouder dan 75 j. + laag inkomen	35	180,93	151,22	29,75	13,56	81,3	11,8 ¹
Jonger dan 75 j. + chronische aand.	2.417	154,25	81,8	10,56	5,31	47,9	12,7
Ouder dan 75 j. + geen chron. aand.	201	130,46	70,70	9,23	4,57	34,8	4,5 ²
Ouder dan 75 j. + chronische aand.	226	235,59	104,04	19,5	8,62	51,9	8,4 ²
Ouder dan 75 jaar	427	190,65	81	15,12	6,81	44,4	6,9
Totaal	10.786	109,15	49,58	5,84	2,86	32,7	9,6

Bron: Gezondheidsenquête 1997, Wetenschappelijk Instituut voor volksgezondheid Louis Pasteur.

¹ en ² Deze waarden zijn onderling niet significant (volgens het 0,05-significantieniveau) verschillend van elkaar.

Uit diverse studies (Du Bois, Van Winckel en Verniest: 2000, Van Winckel, Versieck en Boly, 1997, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 1999 en Beck, 2000) en de reacties van de panelleden blijkt dat vooral de kosten die buiten het pakket van de verplichte ziekteverzekering vallen, grote obstakels vormen. Op dit vlak kan een onderscheid worden gemaakt tussen medische en niet-medische verstrekingen. In de categorie van de niet-terugbetaalde medische verstrekingen worden als belangrijkste problemen de uitgaven voor geneesmiddelen uit de categorie D, de supplementaire kosten bij hospitalisatie en de kosten voor behandeling van zeldzame aandoeningen die niet in de ziekteverzekering zijn opgenomen, ver-

noemd. In de categorie van de niet-medische kosten worden vooral afhankelijkheidskosten (bv. kosten voor aangepast vervoer, voor hulp in het huishouden, voor hulp bij de persoonlijke verzorging,...), verzorgingsmateriaal (bv. verbanden, incontinentiemateriaal, sondevoeding,...) en paramedische materialen (bv. brillen, prothesen, orthopedische apparaten,...) als knelpunten beschouwd.

De introductie van de maximale gezondheidsfactuur (MAF) wordt door veel waarneemers als een positieve stap voor de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg beschouwd. Toch is het moeilijk om te spreken van een systeem dat een universele toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen garandeert. Het zorgt voor de meeste patiënten namelijk pas voor een tegemoetkoming nadat de kosten werden gemaakt, voor de gerechtigden op de fiscale MAF laat de terugbetaling tot twee jaar op zich wachten. Heel wat respondenten uit de studie drukken erop dat toegankelijkheidsverhogende maatregelen moeten tussenkomen op het moment dat de kosten zich stellen, niet nadien (*stellingen 13, 14 en 15*).

3.1.5. Het ontbreken van niet-professionele steun

De mate waarin familie, vrienden, burens,... steun verlenen aan personen in een kwetsbare positie, is erg belangrijk. Door de hulp van familie en kennissen (mantelzorg) kan dure professionele hulpverlening worden vermeden. Zorgafhankelijke zieken, personen met een handicap of bejaarden die dergelijke steun ontberen, worden door de respondenten uit de studie expliciet vernoemd als categorieën met een verhoogde kans op financiële toegankelijkheidsproblemen in de gezondheidszorg.

Anderzijds werd aangetoond dat de financiële compensatie voor een ziekte of handicap, onder de vorm van een vervangingsinkomen en/of een tegemoetkoming, dikwijls onvoldoende is om de verhoogde uitgaven te dragen. Heel wat gezinnen van zieken of personen met een handicap moeten zich daarom - naast het beroep op hun eigen reserves - wenden tot de 'familiale solidariteit' (Avalosse, Van Winckel en Verniest, 2002: 34). Wanneer deze mogelijkheid ontbreekt, wordt de kans op financiële toegankelijkheidsproblemen ook vergroot.

TABEL 2: ABSOLUTE EN RELATIEVE UITGAVEN AAN GEZONDHEIDSZORG, MOEILIKHEDEN OM GEZONDHEIDSZORGEN TE BETALEN EN UIT- EN AFSTEL VAN GEZONDHEIDSZORGEN VOLGENS HUISHOUDTYPE EN BURGERLIJKE STAAT

	N	Absol. Uitg. (€)		Rel. Uitg.		Moeilh. Uitstel	
		gem	med	gem	med	Bet. procent	procent
Alleenst. mannen met bescheiden ink.	118	38,59	6,57	7,43	1,63	49,5	23,1
Alleenst. vrouwen met bescheiden ink.	199	92,12	28,46	15,4	5,03	69,9 ¹	34,4 ²
Alleenst. mannen met kinderen en een bescheiden ink.	26	121,59	70,90	12,26	8,94	69,2 ¹	34,6 ²
Alleenst. vrouwen met kinderen en een bescheiden ink.	126	143,99	39,54	14,44	4,60	71,5 ¹	34,4 ²
Niet-alleenst. mannen en vrouwen	6.917	119,60	55,04	6,99	2,92	29,7	7,6
Gescheiden mannen	271	68,12	29,75	5,11	2	34,7	6,6
Gescheiden vrouwen	318	111,79	42,14	10,46	4,06	54,7	21,2
Weduwnaars	111	67,21	36,29	5,74	3,51	31,2	3,6
Weduwen	354	105,69	49,58	10,02	4,17	55,2	10,3
Totaal	10.786	109,15	49,58	5,84	2,86	32,7	9,6

Bron: Gezondheidsenquête 1997, Wetenschappelijk Instituut voor volksgezondheid — Louis Pasteur.

¹ De waarden voor deze categorieën verschillen onderling niet significant van elkaar (volgens het 0,1-significantieniveau).

² De waarden voor deze categorieën verschillen onderling niet significant van elkaar (volgens het 0,1-significantieniveau).

Het spreekt voor zich dat alleenstaanden en mensen zonder familie in een zeer kwetsbare positie verkeren. Vrouwen en bejaarden komen dan onmiddellijk op de voorgrond. In de gezondheidsenquête werden alleenstaande mannen en vrouwen met een bescheiden inkomen onderling en met niet-alleenstaanden vergeleken (tabel 2). Alleenstaanden met kinderen geven in absolute termen meer uit aan gezondheidszorg, de vrouwen het meest (gemiddeld 143,99 EUR met een mediaan van 39,54 EUR). Het valt op dat de uitgaven voor gezondheidszorg bij vrouwen – los van het al dan niet hebben van kinderen – gemiddeld een groter deel van het gezinsbudget opslorpen dan bij mannen. Gescheiden vrouwen zijn er met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg duidelijk slechter aan toe dan gescheiden mannen. Voor gescheiden mannen liggen de cijfers steeds onder of in de buurt van het steekproefgemiddelde. Bij gescheiden vrouwen ligt het aandeel van de uitgaven voor gezondheidszorg binnen het gezinsbudget gemiddeld ongeveer dubbel zo hoog. Bovendien geeft 54,7% van de gescheiden vrouwen aan dat de uitgaven voor gezondheidszorg moeilijk te betalen zijn, en heeft 21,2% medische zorgen moeten uit- of afstellen. De vergelijking tussen weduwnaars en weduwen geeft een gelijkaardig beeld. Alleen voor uit- of afstel van zorg liggen de gemiddelden lager.

3.1.6. Een gebrek aan kennis en weerbaarheid

Tot slot kan worden vastgesteld dat de algemene kennis en weerbaarheid een rol spelen met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Dit knelpunt staat in verband met de hoger genoemde complexiteit van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. In de Delphi-studie wordt duidelijk aangegeven dat mensen met een beperktere intellectuele bagage of weerbaarheid makkelijker problemen hebben om datgene te krijgen waar ze recht op hebben of om de gepaste behandeling tegen een gepaste prijs te krijgen (*stellingen 16 en 17*).

Bovendien heeft de factor 'kennis' ook een invloed op de uitgavenprioriteiten van een individu of een huishouden. Wie onvoldoende op de hoogte is zal bijvoorbeeld minder prioriteit geven aan het afsluiten van een facultatieve verzekering, aan preventieve zorg of aan een vlugge interventie in geval van medische problemen. Op langere termijn kunnen deze 'keuzes' dan weer leiden tot grotere financiële problemen wanneer medische zorg onafwendbaar wordt.

3.2. BELEIDSAANBEVELINGEN OP MICRONIVEAU

3.2.1. De toegang tot de gezondheidszorg voor wie buiten de verplichte ziekteverzekering valt

Hierboven werden twee belangrijke probleemcategorieën beschreven, enerzijds mensen zonder statuut in de verplichte ziekteverzekering en anderzijds mensen met een theoretisch recht op verzekering, die omwille van uiteenlopende redenen (verwaarlozen van administratieve verplichtingen, niet betalen van bijdragen) onverzekerd blijven.

Mensen zonder papieren zijn het belangrijkste voorbeeld van een categorie zonder statuut. Een eerste reeks voorstellen pleit voor verbeteringen aan de regeling zoals op dit moment voorzien binnen het KB voor dringende medische hulpverlening. Dit kan door een omzendbrief (8) uit te vaardigen. Hierin moet dan (a) het begrip 'dringende medische hulp' geherdefinieerd worden, zodat er meer duidelijkheid komt over welke verstrekkingen in aanmerking komen (b). Er moet formeel overleg komen op het lokale vlak tussen de verschillende betrokken actoren (c). Er zijn versoepelde procedures en een vereenvoudigde administratie nodig: men denkt hierbij aan een veralgemening van het systeem van de conventies tussen verstrekkers en OCMW's, het gebruik van typedocumenten en een toegankelijk contactpunt voor de gebruikers (d). De OCMW's moeten zich meer bewust worden van hun rol in deze materie. Hiertoe dienen ze te worden verplicht om concrete uitvoeringsmaatregelen te nemen. Met het oog op de toepassing van het KB dienen hun aanpak geharmoniseerd en hun procedures vereenvoudigd te worden. De OCMW's moeten

(8) Heel wat ideeën hiervoor komen uit de publicatie: Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren vzw, *Wacht tot vannacht. Chronisch zieke minderjarigen zonder wettig verblijf in de Belgische gezondheidszorg*, Brussel, p. 53, 2000.

hiervoor dan wel de nodige financiële en administratieve middelen krijgen. Er moet ook expliciet vermeld worden dat OCMW's op eigen initiatief kunnen tussenkomen voor voorzieningen die niet onder het KB vallen (e). Voor chronisch zieken is het belangrijk een tenlasteneming voor een bepaalde periode (eerder dan voor een bepaalde prestatie) in te voeren. Dit spaart heel wat administratief werk, zeker voor de gebruikers zelf. (f) Ten slotte dient er geïnvesteerd te worden in informatievertrekking bij zoveel mogelijk actoren (zowel gebruikers als verstrekkers).

Verder is er een voorstel om een nieuw KB uit te vaardigen, specifiek voor mensen met een handicap, een chronische aandoening of personen die revalideren. Dit met als doel de psychiatrische hulpverlening, voorzieningen voor beschut wonen, instellingen voor mensen met een handicap, kinderdagverblijven, voorzieningen voor bejaarden,... ook toegankelijk te maken voor mensen zonder wettige verblijfsstatus.

Meer radicale beleidsvoorstellen willen – los van het KB – de mensen zonder wettige verblijfsvergunning (of althans sommige categorieën) via de reguliere ziekteverzekering helpen. Een deskundige merkt op dat hiervoor in de eerste plaats een gunstig maatschappelijk en politiek klimaat nodig is. Politici en het middenveld moeten hun nek durven uitsteken. De houding van de burgers met betrekking tot vluchtelingen is daarbij mede bepalend. Dat binnen het Delphi-panel enige scepsis leeft met betrekking tot de mogelijkheid van meer fundamentele maatregelen, blijkt uit het prioriteitenlijstje van beleidsmaatregelen dat moest worden samengesteld (tabel 3). De meerderheid van het panel kiest voor de meer pragmatische oplossing, namelijk een aanpassing van het huidige KB voor dringende medische hulpverlening. De belangrijkste reden hiervoor lijkt de noodzaak om op korte termijn iets te doen en – daarmee verbonden – de angst dat fundamentele maatregelen concrete verbeteringen op de lange baan zouden schuiven.

TABEL 3: BELEIDSPRIORITEITEN VOOR MENSEN ZONDER PAPIEREN

Stelling	Aantal punten
Een algemene toegang tot de gezondheidszorg via het gewone ziekteverzekeringssysteem voor mensen zonder papieren kan misschien een goede oplossing zijn, maar is politiek niet haalbaar. Alleen hiernaar streven is verbetering van de toegankelijkheid op de lange baan schuiven. Men kan beter proberen de regeling voor dringende medische hulpverlening te verbeteren.	65
Er dient een betere informatieverbreiding en een grotere duidelijkheid te komen over wat kan en wat niet kan binnen het kader van het KB voor dringende medische hulpverlening, zowel bij de patiënten, de OCMW's als bij de gezondheidszorgverstrekkers.	62
Mensen zonder papieren zouden best recht op aansluiting bij een mutualiteit krijgen, zodat zij net als elke andere verzekerde toegang krijgen tot de gezondheidszorg. De huidige mogelijkheid om via het KB voor dringende medische hulpverlening en de OCMW's toegang te verwerven tot de gezondheidszorg, is een heel omslachtige manier om uiteindelijk een veel minder goede oplossing te bekomen. Deze piste moet dan ook resoluut verlaten worden.	29
Men dient zich te blijven realiseren dat deze mensen zich niet in een wettige situatie bevinden. Het is dan ook niet juist hun een volledige toegang tot de gezondheidszorg te garanderen. Medische zorgen dienen zich te beperken tot dringende medische hulp.	20

Een belangrijke categorie theoretisch rechthebbenden, die omwille van uiteenlopende redenen onverzekerd zijn, zijn de thuislozen. Voor hen dienen in de eerste plaats bijkomende inspanningen te worden gedaan om de procedure en de vereisten om een hoedanigheid te bekomen binnen de ziekteverzekering te vereenvoudigen (*stelling 18*). Dit moet gepaard gaan met een actief aanmoedigingsbeleid - hierbij staat het begrip 'zorg op maat' centraal. De meeste panelleden vinden dat de OCMW's hiertoe beter zouden moeten samenwerken met ambulante en residentiële opvangvoorzieningen (*stelling 19*). Men stelt voor de mogelijkheid te voorzien om gezondheidszorgverstrekkingen (bv. consultaties van de huisarts,...) binnen de welzijnsvoorzieningen te laten plaatsvinden. Dit zou ongetwijfeld de drempel verlagen. Er is verder ook vraag naar doorgedreven preventie- en ondersteuningsinspanningen, gericht op specifieke doelgroepen. Algemene campagnes gaan vaak aan hen voorbij. Dergelijke campagnes zijn niet alleen van belang voor de doelgroep zelf, maar ook voor de volksgezondheid in het algemeen. Specifieke welzijnsorganisaties worden als het meest voor de hand liggende kanaal beschouwd; zowel voor preventie, als om gezondheidszorgen te verstrekken (*stelling 20*).

3.2.2. Maatregelen voor mensen met een onvolledige verzekeringsdekking

Een eerste knelpunt is de bescherming van zelfstandigen binnen de verplichte ziekteverzekering. De meest fundamentele maatregel om hun situatie te verbeteren is de integratie van het algemene stelsel en het stelsel voor zelfstandigen tot één statuut. De verzelfstandiging van heel wat arbeidsrelaties maakt dat het profiel van de zelfstandige gewijzigd is. Het onderscheid tussen werknemers en zelfstandigen in de sociale zekerheid ligt steeds minder voor de hand. Sommigen pleiten daarom voor één uniforme ziekteverzekering. De stelling dat het specifieke stelsel voor zelfstandigen moet worden afgeschaft, krijgt van het Delphi-panel een ruim draagvlak (bijna 95% van het panel is voor) (*stelling 21*). Meer dan 85% van de panelleden denkt dat de toegankelijkheidsproblemen voor sommige zelfstandigen zullen blijven bestaan tot er een nieuw statuut komt waarin ze op dezelfde manier verzekerd zijn als werknemers (*stelling 22*). Toch zijn er panelleden die serieuze kanttekeningen plaatsen bij deze 'integratieoperatie'. Ten eerste zullen, wanneer de zelfstandigen in het algemene stelsel worden opgenomen, ook de financiële middelen die hiervoor nodig zijn, moeten toenemen. Men stelt zich de vraag wie dit zal betalen. Zullen de zelfstandigen bereid zijn fundamenteel hogere bijdragen te betalen? Ten tweede, stelt een deskundige, is de aard van de verzekerde risico's voor werknemers en zelfstandigen verschillend: arbeidsongeschiktheid zou een groter risico zijn voor werknemers omdat zelfstandigen niet alleen uit arbeid, maar ook uit de inzet van hun kapitaal inkomsten puren. Ten derde is de basis van de solidariteit tussen zelfstandigen historisch gezien steeds anders geweest dan bij werknemers: zelfstandigen kiezen zich individueel in te dekken tegen risico's. Ten slotte is er nog de vrees dat een toenadering tot het werknemersstelsel zou kunnen inhouden dat dit stelsel wordt meegezogen naar een lager niveau van bescherming. Er zijn dan ook panelleden die eerder voorstander zijn om de gescheiden systemen verder te laten bestaan. Ze wijzen erop dat ook in dat geval de verzekering voor kleine risico's kan veralgemeend

worden: hetzij door het toevoegen van de kleine risico's aan het pakket van de verplichte ziekteverzekering – hetgeen ook in het federale regeerakkoord van 2003 wordt voorgesteld (2003: 40), hetzij door het afsluiten van een private verzekering kleine risico's te verplichten.

Het toevoegen van een aantal sociale correcties aan de bestaande regeling zou ook al een stap vooruit zijn. Men denkt dan aan lagere tarieven (of vrijstellingen) voor de zwakste groepen (9), de invoering van de gekende sociale mechanismen uit het werknemersstelsel (voorkeurregeling, MAF,...) of het verbieden van risicoselectie (*stelling 23*). Uit het prioriteitenlijstje voor zelfstandigen blijkt toch dat de meest fundamentele oplossing, de integratie van beide verzekeringssystemen, de voorkeur krijgt (tabel 4).

Het ontbreken van een hospitalisatieverzekering is een ander knelpunt. In de sector van de hospitalisatieverzekeringen zou de overheid een algemeen verbod op risicoselectie moeten uitvaardigen (*stelling 24*). Ook de uitsluiting van personen omwille van hun risicoprofiel zou men moeten verbieden. Een respondent wijst erop dat door deze maatregelen de premies substantieel zullen verhogen. De helft van de panelleden ziet op dit terrein liever de verplichte ziekteverzekering haar rol spelen. Zij willen de facultatieve verzekeringen afschaffen en het toepassingsgebied van deze verzekeringen integreren in de verplichte ziekteverzekering (*stelling 25*).

TABEL 4: BELEIDSPRIORITEITEN VOOR ZELFSTANDIGEN

Stelling	Aantal punten
Het specifieke stelsel voor zelfstandigen moet worden afgeschaft en de zelfstandigen moeten geïntegreerd worden in één stelsel: het algemene stelsel voor werknemers. De kleine risico's zullen op dat moment ook voor zelfstandigen opgenomen zijn in het pakket van de verplichte ziekteverzekering.	77
Alle vervangingsuitkeringen in het sociaal statuut voor zelfstandigen dienen drastisch verhoogd te worden. De recent toegekende verhogingen zijn nog steeds onvoldoende.	38
Men dient aan de facultatieve verzekering voor kleine risico's een aantal sociale dimensies toe te voegen:	22
a. Het invoeren van dezelfde sociale mechanismen die ook in de verplichte ziekteverzekering bestaan (voorkeurregeling, MAF, regeling derde betalende).	20
b. Er kan hier gedacht worden aan lagere tarieven en zelfs een vrijstelling van bijdragen voor de zwakste groepen.	16
c. Het verbieden van negatieve selectie / weigering door de instellingen die aanvullende verzekeringen tegen kleine risico's aanbieden.	16

(9) Men zou de categorie van zelfstandigen die binnen de verplichte ziekteverzekering is verzekerd voor de kleine risico's kunnen uitbreiden.

3.2.3. Het verbeteren van de materiële situatie van kwetsbare categorieën

De beleidsaanbevelingen hebben zich hier vooral toegespitst op de inkomenssituatie van chronisch of zwaar zieken en bejaarden. Enerzijds kan hieraan worden gewerkt door de vervangingsinkomens te verhogen. Anderzijds kunnen inkomensversterkende maatregelen worden genomen om de specifieke gezondheidskosten van deze categorieën te helpen opvangen. Specifiek voor chronisch zieken kan ook worden gedacht aan aangepaste tewerkstellingsmogelijkheden.

Ondanks de inspanningen die in de voorbije jaren gebeurden, is er nog steeds vraag om de inkomensvervangende uitkeringen en tegemoetkomingen voor zieken en personen met een handicap te verhogen. Binnen het panel werden concrete aanbevelingen geformuleerd, daarnaast werden enkele van de beleidsvoorstellen die tijdens de voorbije jaren door de ziekenfondsen werden geformuleerd, aan het panel voorgelegd. Meer dan 85% van de panelleden ziet een aanzienlijke verhoging van de uitkeringen als de meest prioritaire maatregel voor zieken en personen met een handicap (*stelling 26*). Deze stelling kan worden teruggevonden in de eis van het christelijk ziekenfonds om de uitkeringen voor chronisch zieken en personen met een handicap met 10% te verhogen, de maximumgrens voor de uitkeringen te schrappen en de evolutie ervan te koppelen aan de stijging van de welvaart (Van Winckel, Versieck en Boly, 1997: 22-23 en 29 en Avalosse, Van Winckel en Verniest, 2002: 48). De koppeling van het niveau van de uitkeringen aan de gezinssituatie wordt als een belangrijk knelpunt ervaren. Aan de ene kant wordt voorgesteld het vergoedingspercentage van de invaliditeitsuitkering voor alleenstaande werknemers op te trekken tot 65% (10) van het vroegere loon - hetzelfde percentage als voor gezinshoofden (Avalosse, Van Winckel en Verniest, 2002: 48). Anderzijds wil men 'perverse effecten' voor samenwonenden uit de wereld helpen. 75% van de panelleden vindt het onaanvaardbaar dat chronisch zieken en personen met een handicap die gaan samenwonen hun individuele uitkering zien afnemen (*stelling 27*). Om de vaak hoge medische kosten van gezinnen met twee gerechtigden op een invaliditeitsuitkering beter te helpen opvangen, is bijna 80% van de panelleden voorstander om één van beide partners een uitkering als gezinshoofd te geven (*stelling 28*). Bovendien steunt driekwart van de panelleden het voorstel om gerechtigden op een invaliditeitsuitkering een jaarlijks vakantiegeld toe te kennen (*stelling 29*).

In het recente verleden werden er uiteenlopende tegemoetkomingen voor chronische ziekte of hulpbehoevendheid in het leven geroepen. Volgens heel wat panelleden zijn de bestaande tegemoetkomingen (voor hulp aan derden, het zorgforfait, het incontinentieforfait) slechts druppels op een hete plaat. Ze stellen dan ook een fundamentele verhoging voor (*stelling 30*). Zowel in de literatuur als naar aanleiding van de Delphi-studie werden concrete voorstellen geformuleerd. (a) De ziekenfondsen willen een veralgemening van het zorgforfait naar alle chronische patiënten

(10) Op 1 januari 2003 werd het vergoedingspercentage voor alleenstaande werknemers al verhoogd van 45 naar 50 procent.

met hoge verzorgingskosten (Du Bois, Van Winckel en Verniest, 2000: 23) en een grotere soepelheid met betrekking tot de toekenning van het zorgforfait (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 1999). Daarnaast wordt een graduele verhoging van het bedrag van het zorgforfait gevraagd: de huidige tegemoetkoming van 250 EUR op jaarbasis zou moeten toenemen tot ongeveer 750 EUR (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 1999) (b) Met betrekking tot de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp aan derden eisen zowel het socialistische als het christelijke ziekenfonds een verhoging van het huidige bedrag (11) naar 8,5 EUR per dag, wat zou leiden tot een tegemoetkoming van ongeveer 250 EUR per maand (c) In het panel stelde men voor, een nieuwe tegemoetkoming in het leven te roepen voor de kosten van beschut wonen. Het blijkt vaak onmogelijk deze kosten te dragen met enkel een invaliditeitsuitkering.

Ook de arbeidsmarktparticipatie bij chronische patiënten en invaliden kan worden verbeterd. Het huidige werkaanbod is te veel gericht op reguliere tewerkstelling. Er is nood aan aangepast werk en een soepelere regelgeving. Op die manier kan een grotere groep van zieken en personen met een handicap hun inkomen aanvullen door arbeid. Deze stelling werd door 90% van de panelleden onderschreven (*stelling 31*). Concreet kunnen aangepaste jobs, trajectbegeleiding en herscholingspremies hierin een rol spelen. Werkgevers kunnen ook (meer) financiële prikkels krijgen wanneer ze kwetsbare personen aanwerven (Du Bois, Van Winckel en Verniest, 2000: 14). De regelgeving kan onder meer versoepeld worden door het grensbedrag dat personen ten laste van een invalide mogen verdienen, op te trekken (Van Winckel, Versieck en Boly, 1997: 27). Voor de zieken en personen met een handicap zelf kan een versoepeling van de reglementering voor toegelaten arbeid een betere integratie op de arbeidsmarkt bevorderen. Ook voor zieke of gehandicapte zelfstandigen moet het volgens sommigen mogelijk gemaakt worden op constante basis een beperkte professionele activiteit te combineren met een uitkering (12).

Voor bejaarden is het inkomen eveneens cruciaal om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te garanderen. Daarom moet ervoor gezorgd worden dat de officiële pensioenen – door ze de evolutie van de welvaart te laten volgen – niet worden uitgehold. Met deze stelling ging 93% van de panelleden akkoord. Het was ook de belangrijkste prioriteit van alle beleidsvoorstellen voor bejaarden (tabel 5).

(11) Op 1 april 2004 was dit 5,26 EUR per dag.

(12) Hierover werd op 19 maart 2004 een voorstel van resolutie ingediend door de federale parlementsleden G. Van Gool en A. Storms: Federale Kamer van Volksvertegenwoordigers, DOC 51 0938/001.

TABEL 5: BELEIDSPRIORITEITEN VOOR BEJAARDEN

Stelling	Aantal punten
Ook voor bejaarden is het inkomensniveau het meest van belang om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te garanderen. De pensioenen moeten de evolutie van de welvaart volgen. Men moet ervoor zorgen dat het officiële pensioen niet wordt uitgehold en straks niet meer volstaat.	63
Een zorgverzekering zou beter in de verplichte federale sociale zekerheid worden geïncorporeerd. Zo niet is het de eerste stap naar een regionalisering van de sociale zekerheid.	47
De zorgverzekering die in Vlaanderen is van start gegaan, moet verder uitgebouwd worden, in haar huidige toestand biedt ze nog geen afdoende bescherming.	41
Het initiatief van de zorgverzekering moet ook in de andere landsgedeelten navolging krijgen. De andere gemeenschappen dienen hier het initiatief te nemen.	30
Om de gezondheidskosten van chronisch zieke bejaarden met een laag inkomen betaalbaar te houden, moet de mogelijkheid gecreëerd worden om een overlevingspensioen te cumuleren met een uitkering voor arbeidsongeschiktheid.	17

Nog een maatregel voor zieke en zorgafhankelijke bejaarden is de zorgverzekering. Deze verplichte sociale verzekering van de Vlaamse Gemeenschap – die op dit moment nog eerder beperkt is – voorziet een tegemoetkoming voor de niet-medische kosten in een residentiële of thuiszorgsituatie. Er zijn echter nog minpunten: de verzekering bestaat alleen voor Vlaanderen en Brussel en er gelden eerder strenge criteria om in aanmerking te komen. Volgens sommigen wordt slechts het topje van de ijsberg bereikt. 70% van de panelleden vindt dat de huidige verzekering moet uitgebreid worden. Deze uitbreiding betreft zowel het bedrag van de tegemoetkoming, als de toekenningsvoorwaarden. De meerderheid van de respondenten zou ook liever één federale zorgverzekering zien. Ze verkiezen dit boven een gelijkaardig initiatief van de andere gemeenschappen.

3.2.4. Het verbeteren van de werking en het op elkaar afstemmen van de instellingen in de gezondheids- en welzijnszorg

De deelnemers aan de Delphi-studie besteden veel aandacht aan de aanvullende rol van de OCMW's in de gezondheidszorg. Bijna 90% van het panel is het eens over de dringende noodzaak om administratieve klaarheid te scheppen en de procedures voor het verkrijgen van aanvullende steun te versnellen (*stelling 32*). Het streven naar een snelle en eenvoudiger dienstverlening moet gepaard gaan met een grotere transparantie en uniformiteit tussen de OCMW's (*stelling 33*). Er moeten eenduidige bepalingen komen over de criteria en de te volgen procedures. Een deskundige geeft aan dat de hogere overheid hier begeleidend en controlerend moet optreden. Er moet trouwens over gewaakt worden dat harmonisatie geen 'nivellering naar beneden' wordt. Een mogelijkheid om dit te voorkomen is het uitbouwen van meer

solidariteit tussen de OCMW's van armere en rijkere gemeenten. Over dit laatste voorstel is het panel quasi unaniem (*stelling 34*).

De verbetering van de werking van de OCMW's op het vlak van de gezondheidszorg is een belangrijke bekommernis van de deskundigen in onze studie. Dit mag blijken uit het belang dat beleidsvoorstellen over dit onderwerp krijgen. Twee voorstellen dringendst categorie-overstijgende beleidsaanbevelingen (13) gerangschikt (tabel 6).

Een ander opmerkelijk voorstel om de werking van de gezondheidszorg te vereenvoudigen is de oprichting van een centraal gemeentelijk gezondheidsloket, naar het voorbeeld van het 'sociaal huis' (14), maar dan toegespitst op de gezondheidszorg. Dit loket moet niet alleen de weg wijzen op het gebied van de zorgverlening, maar moet ook onderzoeken voor welke statuten, uitkeringen, tegemoetkomingen,... een patiënt in aanmerking komt, en een bemiddelende functie vervullen. Het loket moet de verschillende bevoegdheidsniveaus overstijgen, zodat men er zowel voor federale, gemeenschaps- als gemeentelijke voorzieningen terecht kan. 55% van de panelleden ziet een dergelijk gezondheidsloket zitten, 25% weet het nog niet (*stelling 35*) De twijfel heeft te maken met vragen naar de concrete invulling en implicaties voor andere actoren binnen de gezondheidszorg. Onder meer de relatie met de ziekenfondsen lijkt een obstakel. Ook over garanties in verband met de privacy, vertrouwelijkheid van informatie of banden met de gemeentelijke overheid rijzen vragen.

Vanuit het panel weerklinkt ook de vraag naar een betere, geïnstitutionaliseerde, patiëntenvertegenwoordiging op beleidsniveau. Een afvaardiging van patiënten(verenigingen) in de beleidsadviserende raden zou er niet alleen voor zorgen dat de stem van de patiënt beter wordt gehoord, men verwacht op die manier ook een betere voorlichting en informatie voor de patiënt. Patiëntenverenigingen stellen voor dat ze, net zoals de artsen en de ziekenfondsen, worden betrokken bij de opstelling van de begrotingen van het RIZIV (*stelling 36*).

Een panellid heeft wel vragen over de toekomstige verhouding tussen een geïnstitutionaliseerde patiëntenvertegenwoordiging en de ziekenfondsen. Zijn de ziekenfondsen dan niet de belangrijkste vertegenwoordigers van de patiëntenbelangen? Of dienen zij een andere agenda? Een rechtstreekse vertegenwoordiging van patiënten in het besluitvormingsproces kan voor concurrentie en een gespannen verhouding zorgen, denkt hij.

(13) Alle voorgestelde beleidsmaatregelen die niet op een specifieke probleemcategorie van toepassing waren, maar eerder als brede toegankelijkheidsbevorderende maatregelen konden worden beschouwd, werden in de tweede ronde van de Delphi-studie aan de panelleden voorgelegd met de vraag deze te ordenen volgens hun prioriteit.

(14) Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Decreet van 19 maart 2004 betreffende het lokaal sociaal beleid, Hoofdstuk IV.

TABEL 6: BELEIDSPRIORITEITEN VAN DE CATEGORIE-OVERSTIJGENDE AANBEVELINGEN.

Stelling	Aantal punten
Werken aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg betekent ook dat men moet werken aan de algemene sociaal-economische situatie van mensen. Dit brengt zowel de hoogte van de uiteenlopende vervangingsinkomens, de hoogte van de lonen, de tewerkstellingspolitiek, de onderwijspolitiek,... mee in de discussie. Een globaal beleid is de enige fundamentele oplossing.	102
Het is tijd dat de ziekteverzekering losgekoppeld wordt van arbeid. De mate van verzekeraarbaarheid en de kwaliteit van de zorg mogen niet afhangen van het professionele statuut van de gerechtigde. Werknemer, zelfstandige, werkonbekwaam of andere redenen voor inactiviteit mogen geen implicaties meer hebben op het statuut binnen de ziekteverzekering.	59
Men moet nog verdere stappen zetten in verband met het invoeren van de verzekeraarbaarheid voor iedereen. Iedereen die op het Belgische grondgebied gevestigd is, moet recht hebben op dezelfde ziekteverzekering.	48
Er moet een collectieve wil ontstaan om komaf te maken met het pauperisme. Dit betekent dat men de mechanismen van armoedereproductie aanpakt. Hiervoor is er een krachtige positieve discriminatie nodig, niet enkel in de gezondheidszorg maar ook in de huisvesting en het onderwijs.	24
Er zal vooral meer geld naar gezondheidszorg moeten gaan, net als naar andere sociale posten in het overheidsbudget.	24
Er moet een grotere transparantie komen in de prijzen van medische verstrekkingen. Patiënten moeten op voorhand goed weten wat er gaat uitgevoerd worden, tegen welke kostprijs en tegen welke verhouding op het gebied van terugbetaalde/eigen bijdrage.	23
Men dient te werken aan een solidariteitssysteem tussen de OCMW's van arme gemeenten (met veel probleemgroepen) en de OCMW's van rijkere gemeenten.	22
De rechten van patiënten mogen niet afhankelijk zijn van het OCMW van de gemeente waar zij wonen; er is een harmonisatie van de modaliteiten voor tussenkomst tussen de OCMW's van verschillende gemeenten nodig. Deze afspraken moeten dan ook opgevolgd, nageleefd en gecontroleerd worden.	21
De voorzieningen dienen op een correcte manier gesubsidieerd te worden, zodat zij geen kosten dienen af te wentelen op de patiënten.	19
Een grotere samenwerking en betere communicatie tussen zorgverleners is nodig, willen de beschikbare middelen in de gezondheidszorg zorgvuldig en verantwoord besteed worden.	19

3.2.5. Een vermindering van de prijs van (medische) zorg voor mensen met hoge (medische) zorgbehoeften

De meest rechtstreekse determinant voor de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg is de prijs van medische zorg. De eigen bijdrage geldt als een belangrijke toegangsrempeel voor kwetsbare personen. Er is een onderscheid tussen de eigen bijdrage voor medische verstrekkingen die door de verplichte ziekte-

verzekering worden terugbetaald, uitgaven voor medische verstrekkingen die niet in de verplichte ziekteverzekering zijn opgenomen, en uitgaven voor niet-medische zorg.

Een aantal panelleden vindt dat de prijs van gezondheidszorgen nog meer gedifferentieerd moet worden naargelang van de draagkracht van de patiënt. Bovendien is het wenselijk in te grijpen op het moment dat de kost wordt gemaakt, in plaats van nadien een terugbetaling te voorzien. Voor gratis gezondheidszorgen lijkt geen meerderheid te bestaan binnen het panel (ook niet voor de kwetsbaarste categorieën) (*stelling 37*). Men ziet meer in een kleine (symbolische) bijdrage voor deze categorieën. Dit als wapen tegen onverantwoorde consumptie en stigmatisering. De bestaande verhoogde tegemoetkoming is voor het panel een geschikt instrument om een prijsdifferentiatie door te voeren. Ze moet dan wel worden uitgebreid (*stelling 38*). In de eerste plaats moet het aantal potentiële gerechtigden worden verhoogd. Men zou – zoals bij de MAF – het inkomen als basis criterium moeten gebruiken en gelijktijdig de huidige inkomensgrenzen verhogen. Dit zou ervoor zorgen dat ook loontrekkenden met een lager inkomen in aanmerking kunnen komen. Het uitsluitend gebruik van een inkomenscriterium sluit wel mensen uit met een hoger inkomen die in een specifieke situatie leven (bijvoorbeeld uit een gezin met meer dan chronisch zieke). Sommige panelleden willen het systeem daarom verfijnen door bepaalde ‘bijkomende factoren’ in rekening te brengen. Een ander voorstel wil – naar analogie met de MAF – een getrappt systeem invoeren met voor elke inkomenscategorie verschillende ‘tarieven’.

Men wil dus een beleid dat de financiële toegangsdrempels wegwerkt op het moment dat ze zich stellen, en niet nadat de uitgaven zijn gebeurd (*stelling 13*). Het bovenstaande voorstel met betrekking tot de voorkeuregeling wordt boven het systeem van de MAF verkozen. De a-posterioriwerking van de MAF is een belangrijk punt van kritiek. Indien wordt verdergegaan met het systeem van de MAF, moet volgens het panel haar werking versneld worden (*stellingen 14 en 15*). Eenmaal het inkomensafhankelijke plafond wordt bereikt zou niemand nog remgeld mogen voorschieten; nu geldt dit enkel voor de kwetsbaarste categorieën. Nadat nu ook de kosten voor langdurige hospitalisatie in rekening kunnen worden gebracht (15) situeren de inhoudelijke leemtes in de MAF zich voornamelijk nog op het vlak van de geneesmiddelen Cs en Cx en de begrenzing van de niet-terugbetaalde medische (geneesmiddelen uit de categorie D voor sommige patiënten) en niet-medische zorgkosten.

(15) KB van 3 maart 2004 tot wijziging van de artikelen 37sexies en 37septies van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Een ander knelpunt zijn de persoonlijke bijdragen voor niet-terugbetaalde medische verstrekkingen en supplementen (o.a. in de ziekenhuizen). Hiervoor worden slechts zeer beperkte sociale correcties voorzien. Men vraagt om een betere vergoeding van niet-terugbetaalde medische kosten voor diegenen waarvoor deze uitgaven noodzakelijk zijn.

De begrenzing van de kosten bij opname in een ziekenhuis is een eerste aanbeveling. 74% van de panelleden wil dat er duidelijke maximumgrenzen worden afgebakend voor hetgeen iemand kan worden aangerekend in een ziekenhuis (*stelling 39*). Het betreft dan zowel de eigen bijdragen voor het deel dat wordt verzekerd binnen de verplichte ziekteverzekering, als de kosten voor supplementen.

Een ander aspect is de terugbetaling voor de behandeling van zeldzame aandoeningen die niet in de verplichte ziekteverzekering zijn opgenomen. Voor 77% van de panelleden volstaat het niet maatregelen te nemen die de terugbetaling door middel van het bijzondere solidariteitsfonds versnellen en eenvoudiger maken. Zij zien liever een uitbreiding van het verzekerde pakket binnen de verplichte ziekteverzekering (*stelling 40*).

Ten slotte zijn er nog de niet-medische zorgkosten. Deze worden meestal niet terugbetaald binnen de verplichte ziekteverzekering. Om de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg correct te kunnen inschatten, moet men nochtans naar de volledige kost van een aandoening kijken – en m.a.w. de niet-medische kosten meellen (*stelling 41*). In de schoot van de verplichte ziekteverzekering bestaat een aantal forfaitaire tussenkomsten om de niet-medische kosten te verlichten. De aanbevelingen hierover kwamen in paragraaf 3.2.3. aan bod. Maar, ook het uitbreiden van de MAF met een aantal niet-medische verstrekkingen lijkt voor het panel een interessante mogelijkheid.

4. ONDERZOEKSCONCLUSIES OP MACRONIVEAU

4.1. DE STRUCTUREEL-MAATSCHAPPELIJKE OORZAKEN VAN DE KNELPUNTEN

Een sociologische analyse kan de financiële kwetsbaarheid in de Belgische gezondheidszorg niet loskoppelen van haar maatschappelijke context. Waar in het vorige deel werd stilgestaan bij concrete knelpunten, wordt hier een macroperspectief aangenomen. De band met het overheidsbeleid en de maatschappelijke factoren die dit beleid hebben vorm gegeven, komen hieronder aan bod.

De Europese sociale zekerheidssystemen hebben vorm gekregen binnen de Keynesiaanse Nationale Welvaartsstaat (KNW) (Jessop, 2000) die zich ontwikkelde na de tweede wereldoorlog. De specifieke omstandigheden van die periode maakten de ontwikkeling van een KNW mogelijk. Het vooroorlogse arbeidersprotest, de aanzienlijke bijdrage van de arbeidersbeweging in de overwinning op het fascisme en het gegeven van de 'systeemconcurrentie' (Pelizzon en Casparis, 1996: 119 en

Hirsch, 1998: 7) hadden de georganiseerde arbeidersbeweging een aanzienlijke machtspositie gegeven. Dit was een van de belangrijkste factoren waarom de uitbouw van een verzorgingsstaat door het establishment als een noodzaak werd gezien om economische accumulatie mogelijk te maken (Pelizzon en Casparis, 1996: 119). Uit die verhoudingen groeide een specifiek overheidsbeleid: (a) een Keynesiaans economisch beleid met een streven naar volledige tewerkstelling (Jessop, 2000: 13-14); (b) een specifiek sociaal beleid dat de norm van massaconsumptie probeerde te veralgemenen en vormen van collectieve consumptie voorzag en aanmoedigde (Jessop, 2000: 13-14) en (c) de keuze voor een sociale markteconomie, met name een regulerend staatsoptreden gebaseerd op paritaire besluitvormingsprocessen (Deleeck, 1997: 133-134). Dit alles speelde zich af binnen de nationale staat (Jessop, 2000: 13-14) met zijn op dat moment specifieke demografische, culturele en economische kenmerken.

De ontwikkeling van 'verzorgingsstaten' binnen die specifieke nationale context heeft tot verschillen tussen de nationale socialezekerheidssystemen geleid. Esping-Andersen (1990) deelt het Belgische systeem ideaaltypisch bij de conservatieve verzorgingsstaten in. Steunend op de Bismarckiaanse traditie wordt dit type gekenmerkt door een verzekeringslogica, gekoppeld aan het solidariteitsprincipe. De sociale zekerheid biedt bescherming aan personen die door het betalen van bijdragen op hun loon rechten hebben verworven. Personen die niet in aanmerking komen voor deze sociale verzekering, worden opgevangen in bijstandsregelingen (Berghman et. al., 2003: 4). Verder zijn deze publiek georganiseerde sociale verzekeringen verplicht en bieden ze een ruime verzekeringsdekking (Esping-Andersen, 1990). Het Belgische socialezekerheidssysteem was bovendien initieel gericht op het traditionele gezinsmodel met een mannelijke kostwinner en een thuiswerkende vrouw (Deleeck, 2001: 93).

Ingrijpende evoluties in de specifieke maatschappelijke omstandigheden sedert de tijd van haar ontstaan hebben de Belgische sociale zekerheid onder druk gezet. Enerzijds waren een aantal economische oorzaken al aan het einde van de jaren zestig latent aanwezig. Doordat de Tayloristische en Fordistische productiemethoden de grens van hun ontwikkelingsmogelijkheden bereikten, vertraagde de productiviteitsstijging (Bihl, 1991: 73-74). Ondernemingen reageerden hierop onder meer door de toenemende kosten in de verkoopprijzen te verrekenen en door grootschalige investeringsprogramma's. Hierdoor nam onder meer de inflatie en de schuld van de ondernemingen toe (Bihl, 1991: p. 78). De investeringen die variabel kapitaal door constant kapitaal vervingen (Bihl, 1991: 74-75), waren, samen met de intrede van vrouwen op de arbeidsmarkt, een belangrijke oorzaak voor de toenemende werkloosheid (Bihl, 1991: 78). Verder bereikte de consumptienorm voor duurzame goederen een verzadigingspunt, terwijl de vraag naar sociale diensten bleef toenemen - de groeiende tertiaire sector hield bovendien weinig mogelijkheden voor productiviteitsstijging in (Bihl, 1991: 76-77). Meer en meer werden internationale uitwegen gezocht voor zowel productie als afzetmarkten (Bihl, 1991: 78), wat competitie op het vlak van de overheidsregulering, de lonen en de sociale uitga-

ven met zich meebracht (Hirsch, 1998). De olieschokken van 1973 en '79 maakten de latent aanwezige crisiselementen manifest. De traditionele Keynesiaanse beleidsmaatregelen bleken geen effectieve antwoorden op de economische problemen (Jessop, 2000: 16), bovendien verhoogden ze de schuldenlast van de meeste westerse staten spectaculair (Bihl, 1991: 78-79). Anderzijds had de crisis van de verzorgingsstaat ook politieke en sociale oorzaken. Op het politieke vlak werd de beleidsmarge van de nationale staat uitgehold door een dubbele machtserosie naar het supranationale en het regionale niveau (Jessop, 2000: 17-18). Daarnaast kwam de rol van de overheid in de sociale markteconomie ter discussie: enerzijds door politieke weerstand tegenover de klassieke Keynesiaanse beleidsrecepten, anderzijds door nieuwe sociale bewegingen, die zich ongemakkelijk voelden met het naoorlogse compromis (Jessop, 2000: 18). Tenslotte plaatsten ook demografische evoluties het oorspronkelijke ontwerp van de verzorgingsstaat onder druk. De gezinnsamenstelling begon in steeds meer gevallen af te wijken van de klassieke gezinsstructuur waarvoor de verzorgingsstaat was ontworpen (Deleeck, 2001: 93). Bovendien zetten de ontgroening en vergrijzing de sociale zekerheidsbudgetten in toenemende mate onder druk (Deleeck, 1991: 12).

Op het einde van de 20e eeuw bevinden de naoorlogse socialezekerheidssystemen zich dus in een fundamenteel gewijzigde context. Het post-Fordistische ontwikkelingsmodel plaatst nationale staten in onderlinge concurrentie tegenover elkaar (Jessop, 1994: 25-26). De financiële ruimte voor het sociaal beleid wordt afhankelijk van de mogelijkheden binnen een open, geglobaliseerde economie. In heel wat Europese landen werden besparingen in diverse socialezekerheidstakken doorgevoerd (Bonoli, George en Taylor-Gooby, 2000: 29-49). Het financiële keurslijf, samen met de stijgende noden, plaatst de sociale zekerheid onder druk. Een manier om hieraan het hoofd te bieden is het invoeren van selectiviteit door de afbraak van het verzekerings- en solidariteitskarakter en de evolutie in de richting van een bijstandssysteem. Ook in België werd deze weg gevolgd (Cantillon, Andries en Meulemans, 1996: 10-11). Echter, toenemende selectiviteit heeft tot gevolg dat het aantal mensen dat wordt uitgesloten, verhoogt (Goodin et.al., 1999: 140-147).

Men heeft het in dit verband ook vaak over de privatisering van de sociale zekerheid. Omwille van het individu-overstijgende belang van sociale risico's (Berghman, 2000: 200), de beperkte garanties (Ploug en Kvist, 1996: 40-42) en de neiging tot 'adverse selection' (Berghman, 1999: 170) van puur vrijwillige private sociale verzekeringen, worden zij niet geacht te kunnen zorgen voor een adequate sociale bescherming (Berghman et al., 2003: 35). De volledig particuliere verzekering van bepaalde socialezekerheidstakken is in de meeste Europese landen op dit moment dan ook niet aan de orde. Private verzekeringen lijken in Europa eerder een toekomst te hebben als aanvullende verzekeringen (Ploug en Kvist, 1996: 6) - er is dus eerder sprake van privatiseringstendensen. De afslanking en het selectiever worden van de publieke sociale zekerheid hebben deze tendensen ongetwijfeld in de hand gewerkt. De privatisering gebeurt op die manier impliciet. In een eerste beweging vallen er, door terugtrekking of stagnering van de publieke sociale zekerheid,

'gaten' in de verzekeringsdekking. In een tweede beweging worden de aldus ontstane gaten opgevuld door private verzekeringen (Berghman, 1999: 159). Soms beperkt de privatisering zich ook tot bepaalde aspecten van de verzekering (beperkte privatisering). Zo kan bijvoorbeeld alleen de uitvoeringswijze geprivatiseerd worden (Berghman et. al., 2003: 36-37).

4.1.1. 'Vermarkting' en selectiviteit in de Belgische gezondheidszorg

De privatisering in de Belgische ziekteverzekering is partieel en impliciet. In de mate dat de ziekenfondsen private instellingen zijn, is de uitvoeringswijze van de ziekteverzekering reeds van bij de aanvang geprivatiseerd. De Vlaamse Zorgverzekering gaat op dit vlak nog een stap verder door commerciële verzekeringsmaatschappijen bij de uitvoering te betrekken. Daarnaast kunnen aanvullende en facultatieve verzekeringen worden afgesloten. Hierbij rijst de vraag of er daadwerkelijk sprake is van een zich terugtrekkende (of stagnerende) verplichte ziekteverzekering. Een analyse van beleidsmaatregelen gedurende de laatste decennia wijst in elk geval in die richting (Louckx, 1995: 14 en Beck, Vanroelen en Louckx, 2002: 275-277). Meerder auteurs gaan ervan uit dat een groeiend deel van de gezondheidskosten particulier wordt gedragen (Louckx, 1995, Peers, 1999 en Beck, Vanroelen en Louckx, 2002). In absolute termen wordt trouwens een sterke groei van de particuliere verzekeringsmarkt waargenomen. De aanvullende (arbeidsgebonden) en facultatieve ziekteverzekering betaalde tussen 1993 en 2001 anderhalf tot twee keer meer tegemoetkomingen uit. De prestaties van de verplichte ziekteverzekering voor werknemers namen in dezelfde periode met bijna de helft toe. De aanvullende en facultatieve sector groeit dus ook in relatieve termen. Toch blijft het aandeel ervan beperkt. Het totale bedrag van de uitbetaalde tegemoetkomingen van de aanvullende (aanvullende diensten van de ziekenfondsen en arbeidsgebonden ziekteverzekering) en facultatieve ziekteverzekering kwam in 2001 slechts overeen met 5,14% van de tegemoetkomingen uitbetaald door de verplichte ziekteverzekering. In 1993 was dat 3,65%. (tabel 7) Ook de betalingen ten laste van de patiënt zijn stijgend - al bestaat hierover weinig eenduidige informatie. Robinson (2002: 165-173) stelde in 1994 vast dat de eigen bijdrage van de patiënt in België 17% van de totale uitgaven aan gezondheidszorg omvatte. Het christelijk ziekenfonds berekende, met cijfers uit 2000, dat 19,1% van de kost door de patiënt zelf wordt gedragen (Avalosse, Kesenne en Léonard: 2003, 5) en Assuralia (voorheen Beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen (BVVO)) schatte - op basis van cijfers uit 1998 - het aandeel van de patiënt op 18% (BVVO, 2002: 11). Aan de hand van deze macrocijfers kan men besluiten dat er sprake is van een langzaam voortschrijdende privatiseringstendens.

TABEL 7: TEGEMOETKOMINGEN VAN DE VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING, DE AANVULLENDE DIENSTEN VAN DE ZIEKENFONDSEN, DE (COLLECTIEVE) AANVULLENDE EN DE (INDIVIDUELE) FACULTATIEVE ZIEKTEVERZEKERING: VERGELIJKING TUSSEN 1993 EN 2001

		1993	2001
Verplichte ziekteverzekering	Absoluut	8.592.612.985	12.882.727.576
	Toename absoluut		4.290.114.591
	Toename in %		49,9279
Aanvullende diensten van de ziekenf.	Absoluut	168.356.887	256.245.057
	Toename absoluut		87.888.170
	Toename in %		52,20
	Aandeel in verpl vz	0,0196	0,0199
Collectieve verzekeringen (2e pijler)	Absoluut	70.075.632	209.503.169
	Toename absoluut		139.427.537
	Toename in %		198,97
	Aandeel in verpl vz	0,0082	0,0163
Individuele verzekeringen (3e pijler)	Absoluut	75.178.520	196.256.251
	Toename absoluut		121.077.731
	Toename in %		161,05
	Aandeel in verpl vz	0,0087	0,0152
Totaal niet-verplichte ziekteverzekering	Absoluut	313.611.039	662.004.477
	Toename absoluut		348.393.438
	Toename in %		111,09
	Aandeel in verpl vz	0,04 ¹	0,05 ²

Bron: Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, Controledienst der Ziekenfondsen en Landsbonden van Ziekenfondsen en Assuralia.

¹ 0,0365

² 0,0514

In de Delphi-studie wordt de privatiseringstendens van de ziekteverzekering in verband gebracht met de 'vermarkting' van de zorgverstrekking. In de hedendaagse gezondheidszorg heerst een vrijwel onstuitbare drang naar technische vernieuwing. Niet alleen de wetenschappelijke vooruitgang speelt hierin een rol, maar ook een strategisch, marktgericht denken. Deze vernieuwingen in de gezondheidszorg hebben ongetwijfeld een positieve invloed op de volksgezondheid. Toch kan men zich de vraag stellen of de technologisch meest geavanceerde zorg ook steeds de beste zorg is. Bovendien zorgen de vernieuwingen meestal voor een toename van de behandelingskost. De panelleden formuleren vooral kritiek op de sector van de geneesmiddelen. Een panellid ziet de hoge monopolieprijzen van de farmaceutische industrie als een belangrijke oorzaak van de betaalbaarheidsproblemen in de geneesmiddelensector (*stelling 42*). Het constant vervangen van goedkopere door duurder geneesmiddelen, die niet noodzakelijk beter zijn, zet de budgetten van de ziekteverzekering onder druk. De impact van de medisch-technische industrie op de ziekenhuissector is een ander voorbeeld van vermarkting.

Heel wat panelleden zijn ook bezorgd over de rol die Europa speelt met betrekking tot de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. 58% van de panelleden vindt dat de gevolgen van het Europese integratieproces de uitsluiting, onder meer in de gezondheidszorg, in de hand hebben gewerkt. Vooral de rol van Europa op het vlak van de liberalisering en de introductie van de markt in de openbare sector wordt als een oorzaak van uitsluiting beschouwd (*stelling 43*).

In welke mate is er ook sprake van toenemende selectiviteit in de Belgische ziekteverzekering? Een analyse van beleidsmaatregelen uit de jaren negentig bevat belangrijke indicaties in die richting. De maximumfactuur - en voordien de sociale en fiscale franchise, de uitbreiding van de voorkeurregeling en de tegemoetkomingen voor chronisch zieke, hulpbehoevende, oudere en palliatieve patiënten (Beck, Vanroelen en Louckx, 2002: 278-295) is een schoolvoorbeeld van selectieve correctie maatregelen. De evolutie van de uitgaven van het RIZIV voor een aantal belangrijke sociale correctie maatregelen is een andere indicatie (tabel 8). In absolute cijfers is het toenemende belang ervan duidelijk: tussen 1996 en 2003 zijn de uitgaven meer dan verzevenvoudigd (16). In relatieve termen blijft het aandeel van deze sociale correctie maatregelen in het totaal van de prestaties relatief beperkt; toch is er sprake van een toename. In 2003 wordt 1,56% van de totale uitgaven aan deze sociale correctie maatregelen gespendeerd, in 1996 was dit nog 0,30%. De percentages zijn echter een onderschatting van 'het selectieve aandeel' in de totale uitgaven voor geneeskundige verzorging. De voorkeurregeling wordt hier namelijk niet meegerekend. Een juiste inschatting van de netto kost (17) van de voorkeurregeling is op dit moment niet voorhanden. De verrekening van deze netto kost zou het 'selectieve aandeel' in de totale uitgaven zeker substantieel verhogen. Bovendien is deze netto kost eveneens stijgend: de uitbreiding van de voorkeurregeling in de jaren negentig heeft naar schatting voor een uitgavenstijging van 420 miljoen EUR gezorgd (Federaal Ministerie Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2002: 337).

Toenemende selectiviteit wordt ook door de panelleden als een bron van uitsluiting gezien. Meer dan drie kwart van de panelleden vindt dat het beleid zich te zeer richt op maatregelen voor kwetsbare categorieën, terwijl de basisproblemen van al deze patiënten gelijklopend zijn. Ze betwijfelen of een selectieve benadering wel daadwerkelijk kostenbesparend is, wanneer de perverse effecten ervan in rekening worden gebracht. Bovendien vallen door een selectief beleid heel wat mensen uit de boot, omdat ze juist buiten de criteria van een maatregel vallen (*stelling 44*). Anderzijds kunnen risicocategorieën moeilijk precies worden afgebakend. De financiële

(16) Eigen berekeningen op basis van de RIZIV-jaarverslagen van 1999 tot en met 2003.

(17) Met netto kost wordt bedoeld: het totale bedrag aan terugbetalingen dat voorkeursgerechtigden meer ontvangen omdat ze gerechtigd zijn op de voorkeurregeling. De RIZIV-statistieken maken wel een onderscheid tussen de uitgaven aan PUG's en aan voorkeursgerechtigden. Maar het stuk van de uitgaven aan voorkeursgerechtigden dat ze ook als PUG zouden ontvangen, mag niet worden meegeteld in de netto kostprijs van de voorkeurregeling.

toegankelijkheidsproblematiek beperkt zich immers niet tot de 'traditionele' probleemcategorieën. Er is ook een belangrijk deel van de actieve bevolking dat (plotse) hoge gezondheidszorgkosten moeilijk of niet kan betalen. Het concept 'categorie' is dan ook voor heel wat panelleden een vereenvoudiging van de werkelijkheid. Men spreekt liever over 'kwetsbare leefsituaties' die op een bepaald moment tot financiële toegankelijkheidsproblemen kunnen leiden. Een categorisch beleid kan hieraan niet verhelpen (*stelling 45*).

TABEL 8: UITGAVEN AAN SELECTIEVE SOCIALE CORRECTIEMAATREGELEN BINNEN HET TOTAAL VAN DE JAARLIJKSE UITGAVEN AAN GENEESKUNDIGE VERZORGING

	1996	2003	Doelstelling 2004
Bijzonder solidariteitsfonds	2.853.254	14.431.000	7.646.000
MAF ^o	30.285.152	150.381.000	125.565.000
Chronisch zieken		60.804.000	58.558.000
Palliatieve zorg (totaal)		7.637.000	8.276.000
Zwaar zieke kinderen			5.000
Totaal sociale correcties	33.138.406	240.394.000	200.058.753
Totaal uitg. geneesk. verz.	10.957.280.509	15.383.682.000	16.257.831.000
Aandeel soc. corr. In tot.	0,3024	1,5627	1,2305

Bron: RIZIV, jaarverslagen.

^o Voor 1996 omvat deze rubriek de uitgaven voor de sociale franchise. De uitgaven in het kader van de fiscale franchise en de fiscale MAF zijn hier niet meegerekend.

4.1.2. Het beleid in de gezondheidszorg

Beleidskeuzes – of juist het ontbreken van maatregelen – kunnen een belangrijke rol spelen met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Hieronder wordt bij twee specifieke punten stilgestaan: de 'responsabilisering' van de patiënt in de gezondheidszorg en de plaats van preventie en eerstelijnszorg.

De overheid probeert 'verkeerde praktijken' die tot overconsumptie leiden en de kosten voor de ziekteverzekering de hoogte in jagen, te ontmoedigen. Hiertoe is de responsabilisering van de actoren in de gezondheidszorg een belangrijk instrument. Men dient er wel over te waken dat de financiële sancties van de responsabilisering niet steeds naar de patiënt worden toegeschoven. Een drietal recente maatregelen is in dit verband illustratief. (a) De referentietierugbetaling van geneesmiddelen in

de ambulante sector (18). Deze houdt in dat het RIZIV zich voor de terugbetaling van een farmaceutische specialiteit waarvoor er een generisch alternatief bestaat, richt op de prijs van het generische geneesmiddel. Patiënten die vasthouden aan de originele specialiteit, worden geconfronteerd met een remgeldverhoging. Wie overschakelt op een generisch geneesmiddel, zal minder remgeld betalen. Deze maatregel levert een besparing op voor de ziekteverzekering. De verantwoordelijkheid wordt echter bij de patiënt gelegd, terwijl de arts in principe autonoom kan voorschrijven (2). De nomenclatuur voor kinesitherapie werd aangepast (19) om een doelmatiger gebruik van de middelen te stimuleren. Door een beperking van het aantal voorgeschreven zittingen per voorschrift, het verminderen van het aantal terugbetaalbare zittingen of het verhogen van het remgeld na een bepaald aantal behandelingen (voor bepaalde categorieën van patiënten) wil men de kinesitherapeuten aanzetten tot een doelmatiger praktijk. Maar ook hier wordt de terugbetaling aan de patiënten als beleidsinstrument gebruikt (3). Spoedgevallendiensten kregen de mogelijkheid een remgeld van 12,5 EUR te vragen aan patiënten die zich met 'minder ernstige aandoeningen' aanbieden (20). De bedoeling is het onnodige gebruik van de spoedgevallendienst te ontmoedigen en de eerstelijnszorg te promoten. De vraag is echter of op die manier niet in de eerste plaats patiënten worden gestraft die een toegangdrempel tot de eerste lijn ervaren – dus bijna per definitie kwetsbaar zijn.

Ook de plaats die preventieve en eerstelijnszorg in de Belgische gezondheidszorg innemen, wordt als een fundamenteel knelpunt ervaren. Heel wat panelleden vinden dat deze belangrijke – en relatief goedkope – sectoren stiefmoederlijk worden behandeld, zeker wanneer men kijkt naar het gewicht van specialistische en ziekenhuisgeneeskunde in onze gezondheidszorg. Een universeel toegankelijke en solidaire gezondheidszorg zou juist de kaart van de preventie en de eerste lijn moeten trekken, enkel dan blijft een solidaire gezondheidszorg betaalbaar, aldus 75% van de panelleden. Het uit- of afstellen van (preventieve) gezondheidszorg is bij maatschappelijk kwetsbare categorieën vaak groot. Doorgedreven inspanningen op het vlak van de preventieve gezondheidszorg zouden voor kwetsbare categorieën een grote gezondheidswinst en een betere toegankelijkheid van de gezondheidszorg opleveren (*stellingen 46, 47 en 48*). Voor de preventie ligt het probleem echter niet alleen bij een gebrek aan aandacht: door de verdeling van bevoegdheden over de verschillende beleidsniveaus wordt een coherent globaal beleid haast onmogelijk gemaakt (*stelling 49*).

(18) Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, Art. 35ter. Laatst gewijzigd door het KB van 27 november 2002 tot wijziging van het percentage bedoeld in artikel 35ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

(19) KB van 18 april 2002 tot wijziging van het KB van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, Hoofdstuk III.

(20) KB van 19 februari 2003 betreffende de forfaitaire bijdrage die kan worden gevorderd van patiënten die zich aanmelden in een eenheid voor spoedgevallenzorg van een ziekenhuis.

4.2. BELEIDSAANBEVELINGEN OP MACRONIVEAU

Net als voor de identificatie van knelpunten heeft deze studie zich niet beperkt tot het formuleren van beleidsaanbevelingen op microniveau. Er is eveneens oog geweest voor aanbevelingen op een hoger beleidsniveau. Meer zelfs, de noodzakelijke maatregelen op microniveau moeten vaak begeleid worden door ingrepen op een hoger niveau.

Door een aantal panelleden wordt een rechtstreeks verband gelegd tussen de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de algemene sociaal-economische situatie van patiënten. Ingrijpen in de toestand van kwetsbare mensen moet dus over meerdere domeinen gespreid worden. Dit brengt zowel het niveau van de uiteenlopende vervangingsinkomens, het niveau van de lonen, het tewerkstellings- en onderwijsbeleid, enz. mee in de discussie. Eerst moeten de oorzaken van de armoede worden aangepakt, pas dan kunnen ernstige vorderingen worden gemaakt op het vlak van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Deze stelling wordt door een ruime meerderheid van de panelleden gevalideerd (*stelling 50*). 61% van de panelleden legt een verband met de inkomensverdeling in België en denkt dat het verkleinen van de discrepanties op dat vlak de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg zal ten goede komen (*stelling 51*).

Volgens het panel moet er dus resoluut gekozen worden voor een globaal sociaal beleid (*stellingen 50, 52, en 53*). Bovendien wordt een stelling hierover in een lijst van algemene beleidsmaatregelen als de meest prioritaire aangeduid door de meerderheid van het Delphi-panel (tabel 6). De panelleden beseffen dat dergelijke maatregelen tot belangrijke verschuivingen in de financiële huishouding van de overheid zullen leiden: 67% van de panelleden vindt dat er meer geld naar de gezondheidszorg en andere sociale posten in het overheidsbudget moet gaan (*stelling 54*).

Binnen de gezondheidssector impliceert een omvattend sociaal beleid de uitdrukkelijke keuze om (ook in de toekomst) een laagdrempelige, op solidariteit gebaseerde, openbare gezondheidszorg en ziekteverzekering te behouden. Deze keuze zal moeten blijken uit belangrijke financiële investeringen in de gezondheidszorg. Verder moeten volgens het panel beschermingsmaatregelen tegen de 'vermarkting' worden getroffen. De middelen voor de gezondheidszorg moeten eveneens op een andere manier worden aangewend. Een heroriëntering van de huidige gezondheidszorg - met prioritaire aandacht voor preventieve en eerstelijnszorg - kan een antwoord bieden op de privatisering en de toenemende selectiviteit, teneinde een sociale en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg te garanderen.

4.2.1. Tegenhouden van een verdere 'vermarkting' van de gezondheidszorg

Veel panelleden eisen een grotere overheidsregulering en controle op commerciële bedrijven die actief zijn in de gezondheidssector. Heel wat reacties hebben betrekking op de farmaceutische industrie. Die wordt verantwoordelijk geacht voor de snelle toename van de uitgaven in de gezondheidszorg. Er moet gewaakt worden

over de winstmarges van farmaceutische bedrijven. Het huidige beleid waarbij budgetoverschrijdingen door de farmaceutische sector zelf moeten worden bijgesteld, is een stap in de goede richting.

Binnen het panel is er ook overeenstemming over de nadelige gevolgen van reclame voor geneesmiddelen en het systeem van medische vertegenwoordigers. Een voorstel om beide praktijken te verbieden, vindt steun binnen het panel: 63% schaart er zich achter, 16% is tegen (*stelling 55*).

Een frequenter gebruik van generische geneesmiddelen kan de kostprijs zowel voor de ziekteverzekering als voor de patiënt drukken. De panelleden zijn echter van oordeel dat de huidige referentietariefbetaling de verantwoordelijkheid te veel bij de patiënt legt. Men ziet meer in een systeem waarbij het goedkoopste geneesmiddel nog het enige 'voorschrijfbaar' wordt. De helft van de panelleden steunt dit voorstel, 32% is er tegen (*stelling 56*).

Ook voor de gevolgen van de privatisering van de ziekteverzekering – in de vorm van aanvullende en facultatieve verzekeringen – zijn heel wat panelleden beducht. Meer dan 76% van de panelleden vindt dat de privatisering in de ziekteverzekering moet worden aan banden gelegd, als men een tweesparenbeleid wil vermijden (*stelling 57*). De helft van de respondenten ziet het terrein van de facultatieve verzekeringen dan ook liever opgenomen in de verplichte ziekteverzekering (*stelling 58*).

4.2.2. Een heroriëntering naar preventie en de eerste lijn

Indien ervoor gekozen wordt een sociale, voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg te vrijwaren, dan dringen zich enkele belangrijke ingrepen met betrekking tot de organisatie van de gezondheidszorg op.

Binnen het Delphi-panel wil men het beleid prioritair toespitsen op de eerste lijn. Meer dan 88% van de panelleden wil van de eerste lijn de spil van de gezondheidszorg maken (*stelling 59*). Hiertoe dienen grondige ingrepen te gebeuren die de eerstelijnszorg hervormen tot een laagdrempelig systeem van geïntegreerde hulpverlening. Voor de meeste panelleden is het vanzelfsprekend dat de huisarts een centrale rol speelt in de medische begeleiding op maat van de patiënt (*stelling 60*). Huisartsen moet echter ruim omkaderd worden door andere gezondheidswerkers (verpleegkundigen, paramedici, psychiatrische hulpverleners,...) en sociale hulpverleners (*stelling 52*). Op die manier kan de eerstelijnszorg uitgroeien tot een geïntegreerde hulpverlening, met, behalve de curatieve eerstelijns geneeskunde, ook plaats voor de opvolging van de patiënt in de andere echelons van de gezondheidszorg, preventieve gezondheidszorg, psychische en paramedische hulpverlening en een actieve sociale begeleiding van mensen met (ernstige) gezondheidsproblemen. Organisatorisch dient men volgens het panel te evolueren naar een soort 'centra voor eerstelijnszorg'. Wijkgezondheidscentra zijn bestaande voorbeelden die hiertoe ongetwijfeld inspirerend kunnen werken. Een geïntegreerde hulpverlening zal ech-

ter niet volstaan om de universele toegankelijkheid van de eerste lijn te garanderen, ook de prijs is van belang. Voor een volledig kosteloze eerstelijnszorg blijkt binnen het panel geen meerderheid te bestaan, wel voor een substantiële beperking van de prijs. De denkpiste van de forfaitaire betaling is in dat opzicht interessant (*stelling 61*). Een dergelijke hervorming impliceert ook dat de toegang tot de tweede en derde lijn vanuit de eerste lijn wordt geregeld. Een 'echelonnering' zal niet alleen kostenbesparend zijn voor de ziekteverzekering, maar zal eveneens een centrale coördinatie van het zorgtraject toelaten.

Het geheel van de voorgestelde maatregelen werd in een samenvattende stelling aan het panel voorgelegd: *"Er dringen zich belangrijke ingrepen in de organisatie van de eerstelijnszorg op, opdat de eerstelijnszorg de spil van een universeel toegankelijke gezondheidszorg zou zijn (onder andere een belangrijke vermindering van de kostprijs voor de patiënt, de echelonnering, het terugdringen van de prestatie-geneeskunde,...)"*

Deze stelling werd door de panelleden in een lijst van 11 samenvattende stellingen als de meest prioritaire aangeduid.

Wanneer men de door de panelleden voorgestelde ingrepen in overweging wenst te nemen, kan men zich met betrekking tot de eerstelijnszorg de vraag stellen of er nog plaats is voor een betaling per prestatie. In het voorgestelde systeem zullen verstrekkers minstens een deel van hun inkomen uit een loon moeten halen. In welke mate verstrekkers hiertoe bereid zullen zijn, is natuurlijk de vraag. Deze discussie moet echter vroeg of laat worden gevoerd.

5. SAMENVATTING

Al snel werd van de oorspronkelijke opdracht van deze studie, met name het samenstellen van een limitatieve lijst van kwetsbare categorieën in de gezondheidszorg, afgestapt. Financiële kwetsbaarheid in de gezondheidszorg is steeds het gevolg van processen die leiden tot knelpunten. De combinatie van knelpunten maakt iedere individuele situatie uniek. De verschillende knelpunten die een rol spelen in het ontstaan van financiële toegankelijkheidsproblemen in de gezondheidszorg, werden samengebracht in zes grote dimensies, die op hun beurt kunnen worden opgedeeld in subdimensies (tabel 9).

TABEL 9: OVERZICHT VAN KNELPUNTEN IN DE FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG

6 dimensies van kwetsbaarheid	Subdimensies van concrete knelpunten	Concrete knelpunten
I. Een kwetsbare positie ten gevolge van het statuut in de ziekteverzekering	1. Komt niet in aanmerking voor een hoedanigheid in de verplichte ziekteverzekering 2. Heeft geen (volledige) verzekering binnen de ziekteverzekering ondanks potentiële rechten	a. Bezit geen geldige verblijfsdocumenten a. Ondanks rechten geen hoedanigheid in de ziekteverzekering b. Niet verzekerd voor alle verstrekkingen c. Geen aanvullende, facultatieve ziekteverzekering
II. Een kwetsbare positie ten gevolge van een achtergestelde materiële situatie	1. Leven in een budgettaire randsituatie 2. Tekort aan aangepaste tewerkstellingsmogelijkheden 3. Leven van een vervangingsinkomen 4. Leven van een bijstandsinkomen 5. Knelpunten verbonden aan de tegemoetkomingen in de ziekteverzekering	
III. Een kwetsbare positie ten gevolge van de werking van de instellingen	1. Problemen door de werking van de OCMW's 2. Problemen ten gevolge van de werking van de ziekteverzekering 3. Problemen ten gevolge van de werking van de zorgverstrekkers	a. Complexiteit en gebrek aan uniformiteit b. De kwaliteit van de zorgverlening c. De combinatie van 'bijstand' en een 'eigen vermogen' d. De spreidingspolitiek a. Complexiteit van procedures en administratie b. Gevolgen van een te categorisch beleid a. Samenwerking tussen hulpverleners b. Taalgebruik van de hulpverleners c. Specifieke knelpunten binnen ziekenhuizen
IV. Een kwetsbare positie ten gevolge van hoge medische zorgbehoeften	1. Niet-terugbetaalde medische zorgen 2. Geneesmiddelen 3. Terugbetaalde ambulante verstrekkingen 4. Hospitalisatiekosten 5. Niet-medische zorgen 6. Drempelverhogende situaties	a. Niet-medische hulpmiddelen b. Afhankelijkheidskosten a. Meerdere intensieve zorggebruikers in één gezin b. Plotse hoge medische kosten c. Langdurige (hoge) medische kosten d. Hoge leeftijd

V.	Een kwetsbare positie door het ontbreken van niet-professionele steun	1. Ontbreken van mantelzorg 2. Gebrek aan financiële familiale solidariteit
VI.	Een kwetsbare positie door een gebrek aan kennis en weerbaarheid	1. Laag scholingsniveau 2. Culturele of taalbarrières

De beleidsaanbevelingen op het niveau van de individuele patiënten werden in vijf grote blokken samengevat. In de eerste plaats zijn er aanbevelingen die een betere toegang tot de gezondheidszorg beogen voor wie niet verzekerd is binnen de verplichte ziekteverzekering. Mensen zonder papieren en theoretisch rechthebbenden die toch onverzekerd zijn (bv. thuislozen) vormen hier de belangrijkste aandachtspunten. Een tweede reeks aanbevelingen handelt over de onvolledige verzekeringsdekking waarmee personen zonder verzekering voor de kleine risico's of hospitalisatieverzekering worden geconfronteerd. De voorgestelde maatregelen ter verbetering van de inkomenssituatie van kwetsbare categorieën bevatten drie krachtlijnen: de verhoging van de vervangingsinkomens, inkomensversterkende maatregelen voor mensen met hoge zorgkosten en een betere arbeidsmarktintegratie van zieken en personen met een handicap. Het vierde blok groepeerde aanbevelingen om de werking van de instellingen uit de gezondheids- en welzijnszorg beter op elkaar af te stemmen, de voorwaarden en regels te harmoniseren en de complexiteit te reduceren. Daarnaast is er een pleidooi voor een betere - geïnstitutionaliseerde - patiëntenvertegenwoordiging op het beleidsniveau. Tot slot zijn aanbevelingen geformuleerd om de prijs van terugbetaalde en niet-terugbetaalde medische en niet-medische zorg te verlagen.

De studie beperkte zich echter niet tot het niveau van de individuele patiënt. Ook op de achterliggende oorzaken werd ingegaan. De gezondheidszorg kan niet worden losgezien van de veranderingen in de samenleving waarbinnen ze zich bevindt. De naoorlogse welvaartsstaat - waarin de organisatie van de Belgische gezondheidszorg wortelt - heeft belangrijke sociaal-economische, demografische en culturele transformaties doorgemaakt. Deze nieuwe maatschappelijke omstandigheden hebben het sociaal beleid in zijn geheel, waaronder de budgetten van de gezondheidszorg en ziekteverzekering, onder druk gezet. Dit heeft uiteenlopende processen op gang gebracht. In dit artikel zijn enkele belangrijke evoluties belicht: de toenemende selectiviteit, de vermarkting en de responsabilisering van de patiënt in de gezondheidszorg.

De beleidsaanbevelingen op macroniveau concentreren zich enerzijds rond het terugdringen van de rol van ‘de markt’ in de gezondheidszorg en de ziekteverzekering’. Anderzijds werd een scenario uitgetekend om de gezondheidszorg meer te richten op eerstelijns- en preventieve zorg. Maatregelen op dit vlak moeten de gezondheidszorg betaalbaar houden zonder afbreuk te doen aan het sociale karakter ervan en zonder te vervallen in een selectief beleid voor kwetsbare categorieën.

REFERENTIES

- Avalosse, H., Van Winckel, H. en Verniest, R., Financiële en sociale situatie van invaliden in België. Enquête bij 413 invaliden aangesloten bij CM, *CM-Informatie*, Extra editie 1, 2002.
- Avalosse, H., Kesenne, J. en Leonard, C., Privatisering van de gezondheidszorg in België, *CM-Informatie*, 206, februari, p. 3-14, 2003.
- Beck, M., *De financiële problematiek van kankerpatiënten: een analyse van de gegevens van de Vlaamse Liga tegen Kanker. Onderzoeksrapport*, Vakgroep Medische Sociologie, VUB, Brussel, 2000.
- Beck, M., Vanroelen, C. en Louckx, F., *Sociale breuklijnen in de gezondheid en de gezondheidszorg*, VUBPRESS, Brussel, 2002.
- Berghman, J., Sociological consequences of the privatisation of social security in Pieters, D. (ed.), *International impact upon social security*, Kluwer Law International, Londen, 1999.
- Berghman, J., Verzekering en solidariteit, *Documentatieblad*, 60, 2, p. 195-208, 2000.
- Berghman, J., Debels, A., Nijs, K., Verhalle, I. en Vleminckx, K., *Dynamieken van de sociale zekerheid in Europa*, Academia Press, Gent, 2003.
- Beroepsvereniging van verzekeringsondernemingen (BVVO), *De positie van de private ziektekostenverzekering in de Belgische gezondheidszorg: pleidooi voor een volwaardig partnership*, 2002.
- Bihl, A., *Du grand soir à l'alternative. Le mouvement ouvrier européen en crise*, Collection Portes Ouvertes, Parijs, 1991.
- Bonoli, G., George, V. en Taylor-Gooby, P., *European welfare futures. Towards a theory of retrenchment*, Polity Press, Cambridge, 2000.
- Cantillon, B., Andries, M., Meulemans, B. et al., *Twintig jaar armoede en beleid inzake armoedebestrijding*, CBS Berichten, Antwerpen, 1996.
- Dehaes, V. et al., *De bijstandspopulatie in Vlaanderen: feiten en reflecties. Gegevens aan de hand van de OCMW-registratiegegevens anno 1998. I. Het bestaansminimum*, CBGS-Werkdocument, nr. 11, 2000.

Dehaes, V. et al., *De bijstandspopulatie in Vlaanderen: feiten en reflecties. Gegevens aan de hand van de OCMW-registratiegegevens anno 1998. II. De maatschappelijke dienstverlening van financiële aard*, CBGS-Werkdocument, nr. 2, 2001.

Deleeck, H., *7 lessen over de sociale zekerheid*, ACCO, Leuven, 1991.

Deleeck, H., 'Dillemans, of de sociale zekerheid waarvan wij dromen' in Pieters, D., Simoens, D., Van Buggenhout, B. en Van Langendonck, J. (eds.), *Liber amicorum Roger Dillemans. Deel II. Socialezekerheidsrecht*, Story-Scientia, Antwerpen, 1997.

Deleeck, H., *De architectuur van de welvaartsstaat opnieuw bekeken*, ACCO, Leuven, 2001.

Du Bois, M., Van Winckel, H. en Verniest, R., 'Wie zijn de gerechtigden op het zorgforfait?', *CM-Informatie*, extra editie 3, 2000.

Esping-Andersen, G., *Three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity Press, 1990.

Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Bestuur van de Informatie en Studiën, Sterkte/zwakteanalyse van de sociale bescherming voor werknemers in België, *Belgisch tijdschrift voor sociale zekerheid*, nr. 2, p. 265-363, 2002.

Federale Regering, *Zuurstof voor het land. Een creatief en solidair België. Regeeringsverklaring en regeerakkoord*, Brussel, 2003.

Goodin, R.E., Heady, B., Muffels, R. en Dirven, H.J., *The real worlds of welfare capitalism.*, University Press, Cambridge, 1999.

Hirsch, J., *Von Sicherheitsstaat zum nationalen Wettbewerbsstaat*, ID Verlag, Berlijn, 1998.

Jessop, B., 'The transition to post-fordism and the schumpeterian workfare state in Burrows, R. en Loader, B. (eds.), *Towards a post-fordist welfare state?*, Routledge, Londen, 1994.

Jessop, B., 'The changing governance of welfare: Recent trends in its primary functions, scale and modes of coordination in Manning, M. en Shaw, I. (eds.), *New risks, new welfare. Signposts for social policy*, Blackwell Publishers, Oxford, 2000.

Kenis, D., *Improving Group Decisions. Designing and testing techniques for Group Decisions Support Systems applying Delphi principles*, proefschrift, Den Haag, CIP-gegevens, Koninklijke Bibliotheek Den Haag, 1995.

Louckx, F., Financiële toegangsdrempels in de gezondheidszorg. Pleidooi voor een maatschappelijke vraagstelling in Louckx, F. (ed.), *De gevelarchitectuur van de welvaartsstaat. Ongelijke toegang tot de gezondheidszorg*, VUBPRESS, Brussel, 1995.

Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren vzw, *Wacht tot vannacht. Chronisch zieke minderjarigen zonder wettig verblijf in de Belgische gezondheidszorg*, Brussel, 2000.

Murry, J. en Hammons, J., Delphi: A Versatile Methodology for Conducting Qualitative Research, *The Review of Higher Education*, 18, 1995.

Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, *Resultaten enquête chronisch zieken alarmerende resultaten*, 1999.

Peers, J., *Gezondheidszorg in België: uitdagingen en opportuniteiten*, 1999.

Pelizzon, S. en Casparis, J, World human welfare in Hopkins, T.K. en Wallerstein, I., *The age of transition. Trajectory of the world system. 1945-2025*, Zed Books, Londen, 1996.

Ploug, N. en Kvist, J., *Social security in Europe: development or dismantlement?*, Kluwer Law International, Londen, 1996.

Quataert, P., *Health Interview Survey, 1997. Protocol for the selection of the households and the respondents*, S.P.H. / EPISERIE, nr. 12, S.P.H., Brussel, 1997.

RIZIV, *Jaarverslag 1999*, Brussel, 2000.

RIZIV, *Jaarverslag 2000*, Brussel, 2001.

RIZIV, *Jaarverslag 2001*, Brussel, 2002.

RIZIV, *Jaarverslag 2002*, Brussel, 2003.

RIZIV, *Jaarverslag 2003*, Brussel, 2004.

Robinson, R., User charges for health care in Mossialos, E. en Dixon, A., Funding health care: an introduction in Mossialos, E. et al. (eds.), *Funding health care: options for Europe*, Open University Press, Buckingham, 2002.

Vanroelen, C., Smeets, T. en Louckx, F., *Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg*, Academia Press, Gent, 2004.

Van Winckel, H., Versieck, K. en Boly, J., Welk prijskaartje voor de verzorging van chronisch zieken?, *CM-Informatie*, nr. 178, 1997.

Van Winckel, H., Uitkeringen en tegemoetkomingen voor arbeidsongeschikte en gehandicapte personen. Stand van zaken en voorstellen tot verbetering, *CM-Informatie*, extra editie 1, 2001.

BIJLAGE: OVERZICHT VAN DE STELLINGEN

Nr.	STELLING	N	Verdeling in procenten				
			Helemaal eens	Eens	Niet eens, niet oneens	Oneens	Helemaal oneens
1	Het begrip 'dringende medische hulp' is erg rekbaar. Het is voor niemand duidelijk of het enkel over levensbedreigende aandoeningen gaat, of ook om eerder banale aandoeningen.	31	64,5	19,4	3,2	9,7	3,2
2	Er is eveneens onduidelijkheid over de inhoud van de behandeling. Het is niet duidelijk of het om eerste hulp gaat of om een complete behandeling met volledige genezing als eindpunt. En komt preventieve zorg in aanmerking?	29	58,6	31	0	10,3	0
3	Ook hier wordt men weer geconfronteerd met de willekeur van de OCMW's. Ieder OCMW gaat met betrekking tot deze regeling anders te werk. Dit maakt de administratieve afhandeling voor alle actoren tot een ware lijdensweg. De verstrekkers zijn onzeker of en wanneer ze vergoed zullen worden. Dit leidt ertoe dat dikwijls enkel minimale zorgen worden toegediend.	29	79,3	17,2	3,4	0	0
4	Onder jonge meerderjarigen en bejaarden vindt men een niet te verwaarlozen aantal mensen dat zich omwille van uiteenlopende redenen niet in orde heeft gesteld met de sociale zekerheid. Deze personen moeten gezondheidszorgkosten dan ook zelf betalen, wat kan doorwegen op hun budget. Dit leidt dan weer tot uitstel, waardoor de aandoeningen weer erger worden en de kosten voor verzorging nog hoger.	39	51,3	30,8	12,8	5,1	0
5	Daklozen zijn vaak niet in orde met de sociale zekerheid, verliezen hun SIS-kaart, of hebben een algemene desinteresse. De oorzaken hiervoor zijn complex, maar het feit blijft dat ze hierdoor geen toegang hebben tot medische zorgen, wat leidt tot uit- en afstel van preventieve, maar ook van noodzakelijke gezondheidszorgen.	39	66,7	23,1	5,1	5,1	0
6	Door de specifieke aard van hun professionele bezigheden (zelfstandige, werken in onderaanneming of clandestien werk) hebben heel wat woonwagenbewoners problemen met hun statuut in de ziekteverzekering. In het beste geval zijn ze dan enkel voor de grote risico's verzekerd, in het slechtste geval helemaal niet. Dit heeft natuurlijk zware gevolgen voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor deze mensen.	26	38,5	42,3	15,4	3,8	0
7	De tegemoetkomingen en forfaits voor chronisch zieken, zwaar hulpbehoevenden,... (zoals de uitkering voor hulp van derden, het zorgforfait en het incontinentieforfait) zijn slechts druppels op een hete plaat. Wil men hier echt de inkomenssituatie van deze doelgroepen mee verbeteren, dan is een fundamentele verhoging van de bedragen nodig.	36	19,4	52,8	25	2,8	0
8	Een groot probleem bij sociaal-economisch achtergestelde groepen zijn schulden. Vaak wordt er op een 'budgettaire randsituatie' geleefd. Hoge gezondheidskosten kunnen dan niet meer gedragen worden, wat tot betalingsproblemen en uit- of afstelgedrag leidt.	42	66,7	31	2,4	0	0
9	Een grotere samenwerking en betere communicatie tussen zorgverleners is nodig, willen de beschikbare middelen in de gezondheidszorg zorgvuldig en verantwoord besteed worden.	39	51,3	43,6	2,6	2,6	0
10	De manier waarop de OCMW's bijspringen voor het betalen van medische kosten of bijdragen verschilt van gemeente tot gemeente. De patiënt heeft dus andere rechten, afhankelijk van de gemeente waarin hij woont. De verschillende OCMW's passen verschillende regels toe en er is willekeur in de interpretatie van de richtlijnen omtrent de financiële tussenkomst van de OCMW's.	34	55,9	38,2	5,9	0	0
11	Bij patiënten die worden bijgestaan door het OCMW dient men zich ook de vraag te stellen naar de kwaliteit van de zorg. Mensen die hulp krijgen van het OCMW krijgen niet dezelfde kwaliteit van zorg; ze worden vlugger afgescheept door artsen, of krijgen vaker stagiairs.	31	25,8	19,4	22,6	22,6	9,7
12	Asielzoekers wiens erkenningsprocedure nog lopende is, hebben in principe via het OCMW recht op terugbetaling van gezondheidszorg. De spreidingspolitiek, waardoor asielzoekers - ongeacht hun feitelijke vestigingsplaats - kunnen worden toegewezen aan de zorgen van een OCMW waar ook te lande, is verantwoordelijk voor het feit dat heel wat asielzoekers nauwelijks toegang hebben tot gezondheidszorgen.	25	36	16	20	16	12
13	In eerste instantie is er een gezondheidszorgbeleid nodig dat resoluut kiest voor het wegwerken van financiële drempels, in plaats van te proberen deze drempels achteraf weg te werken via de maximumfactuur.	38	26,3	42,1	26,3	5,3	0
14	Voor mensen met een zware levensbedreigende aandoening (bv kanker) moet de terugbetaling van medische kosten in het kader van de MAF onmiddellijk gebeuren. Nu valt het voor dat de persoon in kwestie reeds genezen is of anderzijds overleden is op het moment dat de terugbetaling gebeurt. De financiële problemen stellen zich echter op het moment van de ziekte zelf.	38	60,5	34,2	5,3	0	0
15	Men zou met correctiemaatregelen als de MAF korter op de bal moeten spelen, zodanig dat mensen de hulp krijgen als ze in een moeilijke situatie zitten en niet erna.	36	44,4	41,7	11,1	2,8	0

Nr.	STELLING	N	Verdeling in procenten				
			Helemaal eens	Eens	Niet eens, niet oneens	Oneens	Helemaal oneens
16	Personen met een mentale handicap hebben beperkte vaardigheden en inzichten op alle levensdomeinen. Ze kunnen moeilijk situaties inschatten, de ernst van symptomen evalueren,... Hierdoor doen ze frequenter/ juist niet/ op een verkeerde manier een beroep op geneeskundige zorgen. Daarenboven zijn ze geneigd op andere vlakken onverantwoorde uitgaven te doen, die hen later in de problemen brengen.	35	45,7	37,1	17,1	0	0
17	Het gebrek aan informatie geldt ook voor de informatie over de eigenlijke kostprijs van medische verstrekkingen. Veel patiënten zijn niet op de hoogte van de reële kostprijs van een verstrekking. Op basis van een te hoog ingeschatte kostprijs stellen ze zorgen uit of af. De kwestie is in dit geval dus niet dat mensen in financiële problemen komen, maar dat ze denken dat ze in financiële problemen zullen komen. Het resultaat is hetzelfde: noodzakelijke zorgen worden niet uitgevoerd.	37	27	64,9	8,1	0	0
18	Men moet ernaar streven zo veel mogelijk thuislozen binnen te halen in het reguliere ziekteverzekeringssysteem. Dit kan alleen door de procedure voor het openen van de 'hoedanigheid van verblijvende in België' verder te vereenvoudigen en door een actiever aanmoedigingsbeleid te voeren.	33	51,5	33,3	9,1	3	3
19	De ambulante en residentiële opvangvoorzieningen in de thuislozenzorg en de OCMW's zouden onderling beter moeten samenwerken. Op die manier moet er voor deze doelgroep een 'zorg op maat' tot stand komen en moet er voor thuislozen een individuele gezondheidsbegeleiding zijn.	38	42,1	47,4	2,6	7,9	0
20	Daar algemene preventiecampagnes aan de doelgroep van de thuislozen volledig voorbij gaan, is er voor deze doelgroep een specifiek preventiebeleid nodig. De welzijnsorganisaties die actief zijn in de thuislozenzorg, zijn hiertoe een geschikt middel.	39	46,2	35,9	10,3	7,7	0
21	Het specifieke stelsel voor zelfstandigen moet worden afgeschaft en de zelfstandigen moeten geïntegreerd worden in één stelsel: het algemene stelsel voor werknemers. De kleine risico's zullen op dat moment ook voor zelfstandigen opgenomen zijn in het pakket van de verplichte ziekteverzekering.	37	51,4	43,2	2,7	0	2,7
22	De toegankelijkheidsproblemen voor zelfstandigen zullen blijven bestaan, zolang er geen fundamenteel nieuw statuut voor zelfstandigen komt, waarin ze dezelfde verzekering als werknemers krijgen.	37	40,5	45,9	13,5	0	0
23	Men dient aan de facultatieve verzekering voor kleine risico's een aantal sociale dimensies toe te voegen:	16	43,8	25	18,8	6,3	6,3
	a. Er kan hier gedacht worden aan lagere tarieven en zelfs een vrijstelling van bijdragen voor de zwakste groepen,	34	41,2	32,4	17,6	2,9	5,9
	b. Het invoeren van dezelfde sociale mechanismen die ook in de verplichte ziekteverzekering bestaan (voorkeurregeling, MAF, regeling derde betalende),	34	41,2	38,2	14,7	2,9	2,9
	c. Het verbieden van negatieve selectie / weigering door de instellingen die aanvullende verzekeringen tegen kleine risico's aanbieden.	31	43,8	25	18,8	6,3	6,3
24	Er moet een algemeen verbod komen op uitsluiting van (chronische) zieken uit hospitalisatieverzekeringen.	39	53,8	20,5	12,8	10,3	2,6
25	Het stelsel van de facultatieve verzekeringen, waaronder de hospitalisatieverzekering, moet afgeschaft worden en in het algemeen pakket inbegrepen zijn.	38	31,6	18,4	23,7	13,2	13,2
26	Een aanzienlijke verhoging en het welvaartsvast maken van de uitkeringen en tegemoetkomingen voor chronisch zieken en personen met een handicap is de eerste vereiste.	40	42,5	45	12,5	0	0
27	De uitkeringen voor chronisch zieken en personen met een handicap zouden niet mogen gekoppeld worden aan de gezinssituatie. Het is onaanvaardbaar dat mensen met een chronische ziekte of een handicap die gaan samenwonen hun individuele uitkering zien afnemen. De kosten van een chronische ziekte of handicap verminderen immers niet door te gaan samenwonen.	40	40	35	15	5	5
28	Een van de kwetsbaarste groepen zijn de gezinnen met twee chronisch zieke uitkeringstrekkingen. Op dit moment krijgen deze beide personen elk een uitkering voor samenwonenden. Om aan de erg hoge medische kosten van deze gezinnen tegemoet te komen zou een van beide een (hogere) uitkering voor gezinshoofd moeten ontvangen.	33	39,4	39,4	6,1	9,1	6,1
29	Personen die recht hebben op een invaliditeitsuitkering, moeten – net als dat voor gepensioneerden het geval is – een jaarlijks vakantiegeld ontvangen. Dit zal hun de mogelijkheid geven eens een extra uitgave voor bijvoorbeeld vrijetijdsbesteding te doen.	38	23,7	44,7	21,1	5,3	5,3
30	De tegemoetkomingen en forfaits voor chronisch zieken, zwaar hulpbehoevenden,... (zoals de uitkering voor hulp van derden, het zorgforfait en het incontinentieforfait) zijn slechts druppels op een hete plaat. Wil men hier echt de inkomenssituatie van deze doelgroepen mee verbeteren, dan is een fundamentele verhoging van de bedragen nodig.	36	19,4	52,8	25	2,8	0

Nr.	STELLING	N	Verdeling in procenten				
			Helemaal eens	Eens	Niet eens, niet oneens	Oneens	Helemaal oneens
31	Het activeringsbeleid in het kader van de actieve welvaartsstaat is zeker niet verkeerd voor chronisch zieken en personen met een handicap. Maar het is te veel gericht op reguliere tewerkstelling. Een aantal chronisch zieken en personen met een handicap kan dit niveau niet (meer) aan. Er is dan ook nood aan aangepaste tewerkstelling voor chronisch zieken en personen met een handicap – ook buiten de economisch rendabele sectoren. Op deze manier moet een grote groep van zieken en personen met een handicap hun inkomen uit een uitkering kunnen aanvullen.	41	48,8	41,5	9,8	0	0
32	Een dringende noodzaak is ook het scheppen van administratieve klaarheid en het versnellen van procedures voor het verkrijgen van aanvullende steun voor medische kosten of het betalen van bijdragen of voor het terugvorderen van medische uitgaven.	37	48,6	40,5	10,8	0	0
33	De rechten van patiënten mogen niet afhankelijk zijn van het OCMW van de gemeente waar zij wonen; er is een harmonisatie van de modaliteiten voor tussenkomst tussen de OCMW's van verschillende gemeenten nodig. Deze afspraken moeten dan ook opgevolgd, nageleefd en gecontroleerd worden.	36	33,3	30	20	13,3	3,3
34	Men dient te werken aan een solidariteitssysteem tussen de OCMW's van arme gemeenten (met veel probleemgroepen) en de OCMW's van rijkere gemeenten.	37	48,6	45,9	5,4	0	0
35	Men dient te streven naar één gezondheidsloket op gemeentelijk niveau of op wijkniveau. Hier dient de gerechtigde alle informatie te krijgen, geholpen te worden met administratieve procedures, tussenkomst van het OCMW te bekomen,...	40	27,5	27,5	25	7,5	12,5
36	De positieve participatie moet gestimuleerd worden, patiënten dienen betrokken te worden bij locoregionale overlegorganen; er dient een patiëntenvertegenwoordiging te zijn op beleidsniveau, net zoals de artsen, mutualiteiten en ziekenhuisbeheerders vertegenwoordigd zijn.	41	36,6	39	19,5	2,4	2,4
37	De prijs van gezondheidszorgen dient nog meer te worden gedifferentieerd volgens het inkomen van de gerechtigden. Gezondheidszorgen zouden gratis moeten zijn voor de gerechtigden uit de economisch meest zwakke groepen.	41	9,8	31,7	24,4	26,8	7,3
38	Een andere maatregel die tegemoetkomt aan noden op het moment dat ze zich stellen, is de verhoogde tegemoetkoming. Het zou dan ook beter zijn mocht deze regeling veralgemeend worden naar alle gerechtigden met een inkomen dat zich onder een bepaalde grens situeert.	38	42,1	52,6	5,3	0	0
39	De zeer hoog oplopende kosten bij opname in ziekenhuizen of instellingen dienen te worden aan banden gelegd door duidelijke maximumgrenzen af te spreken afhankelijk van het profiel van de patiënt / het gezin. Dit zowel voor de supplementen als voor de persoonlijke bijdragen.	35	20	54,3	20	5,7	0
40	In geval van zeldzame aandoeningen dient men de nomenclatuur uit te breiden, in plaats van een beroep te moeten doen op het Bijzonder Solidariteitsfonds.	35	20	57,1	14,3	5,7	2,9
41	Men moet kijken naar een meer volledige kost die een aandoening met zich meebrengt. Behalve ziekenhuisrekeningen en honoraria is er vaak veel meer: niet-medische kosten wegen zwaar door (verplaatsing, extra hulp in het huishouden, kinderoppas, medisch verzorgingsmateriaal). Zeker in de thuiszorg wegen extra kosten zwaar door; kosten die in een voorziening in de dagprijs inbegrepen zijn. Op deze manier kan men veel beter inschatten hoeveel er van het budget nog overschiet om waardig te leven, en dan ook tegemoetkomen waar dit nu niet het geval is.	38	36,8	60,5	2,6	0	0
42	De zeer hoge monopolieprijzen in de farmaceutische industrie ondermijnen een sociale financiering van de gezondheidszorg. Het resultaat is dat de patiënt een steeds groter deel van de kosten voor geneesmiddelen uit eigen zak moet betalen. De druk om zich privaot te verzekeren wordt groter. Als resultaat loopt een groeiend deel van de bevolking het risico om uitgesloten te worden.	37	43,2	37,8	10,8	5,4	2,7
43	Europa doet mee aan de organisatie van de belangrijkste oorzaak van uitsluiting in de gezondheidszorg: de privatisering, zowel van de financiering als van de organisatie van de zorg.	31	22,6	35,5	25,8	9,7	6,5
44	Door een selectief beleid in de gezondheidszorg vallen heel wat mensen uit de boot omdat ze net buiten de criteria voor een bepaalde correctiemaatregel vallen. Desondanks hebben ze even veel nood aan maatregelen die de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor hen vergemakkelijken.	38	34,2	47,4	15,8	2,6	0
45	Het probleem met een selectief beleid in de gezondheidszorg is dat risicogroepen tegenwoordig steeds minder duidelijk zijn af te bakenen. De financiële toegankelijkheidsproblematiek beperkt zich niet langer tot een aantal traditionele risicogroepen (bejaarden, vervangingsinkomens,...). Er is tegenwoordig ook een belangrijk deel van de actieve bevolking dat hoge gezondheidszorgkosten niet meer kan betalen (vb. flexwerkers, (schijn) zelfstandigen, nepstatuten,...). Het concept 'categorie' is dan ook een vertekening van de werkelijkheid geworden, het gaat eerder om complexe leefsituaties die op een bepaald moment tot kwetsbaarheid kunnen leiden. Hier kan het huidige selectieve beleid niet aan verhelpen.	41	39	36,6	17,1	4,9	2,4

Nr.	STELLING	N	Verdeling in procenten				
			Helemaal eens	Eens	Niet eens, niet oneens	Oneens	Helemaal oneens
46	De huidige manier van werken in de gezondheidszorg is kosteninefficiënt: er zal véél meer geld naar preventie en naar de eerste lijn moeten gaan.	37	37,8	40,5	18,9	2,7	0
47	Meer belangstelling voor preventie kan hoge gezondheidszorgkosten voor een stuk vermijden.	39	48,7	33,3	17,9	0	0
48	Het hospitalocentrisme moet ingedijkt worden ten voordele van een goed uitgebouwde eerstelijnszorg.	37	51,4	37,8	8,1	0	2,7
49	Men dient de gezondheidszorg op beleidsniveau te 'hergroeperen' zodat het geheel (preventie inclusief) door één ministerie kan geleid worden.	36	58,3	27,8	8,3	5,6	0
50	Ingrijpen in de toestand van financieel zwakkeren is een taak die over meerdere domeinen gespreid moet worden. De oorzaken van armoede moeten eerst aangepakt worden; pas dan kan men serieuze vorderingen maken op het vlak van toegankelijkheid van zorg.	41	31,7	41,5	19,5	7,3	0
51	De discrepanties in de inkomensverdeling in België moeten minder scherp gemaakt worden.	36	27,8	33,3	25	11,1	2,8
52	De eerstelijnsgezondheidszorg moet bestaan uit multidisciplinaire equipes die beschikken over een actieve strategie naar kansarmen toe, die werken vanuit een globaal armoedebestrijdingsplan.	40	30	62,5	2,5	5	0
53	Er moet een collectieve wil ontstaan om komaf te maken met het pauperisme. Dit betekent dat men de mechanismen van armoedereproductie aanpakt. Hiervoor is er een krachtige positieve discriminatie nodig, niet enkel in de gezondheidszorg maar ook in de huisvesting en het onderwijs.	40	37,5	37,5	12,5	10	2,5
54	Er zal vooral meer geld naar gezondheidszorg moeten gaan, net als naar andere sociale posten in het overheidsbudget.	40	25	42,5	27,5	2,5	2,5
55	Er moet een verbod komen op elke vorm van reclame voor geneesmiddelen zowel via de media als via het systeem van medische vertegenwoordigers.	38	39,5	23,7	21,1	10,5	5,3
56	Prijs-volume contracten moeten ingevoerd worden: jaarlijks maakt het Ministerie van Volksgezondheid een openbare offerte voor het totale volume dat men van een bepaald medicament nodig heeft. Ze bepaalt ook de galenische vormen (pillen, siroop, spuiten...) die er nodig zijn. Alle firma's, ook de generische, kunnen zich op deze offerte inschrijven. De firma met de beste prijs/kwaliteit mag gedurende gans het jaar de medicatie leveren.	28	17,9	32,1	17,9	25	7,1
57	Privé-verzekeringsfirma's mogen geen rol krijgen in de gezondheidszorg, op de markt van de facultatieve verzekering of de zorgverzekering. De overheid moet daarvoor zorgen. Privatisering dient aan banden gelegd te worden, wil men een tweesporenbeleid vermijden (waarbij bepaalde groepen patiënten uitgesloten worden).	42	42,9	33,3	9,5	9,5	4,8
58	Het stelsel van de facultatieve verzekeringen, waaronder de hospitalisatieverzekering, moet afgeschaft worden en in het algemeen pakket inbegrepen zijn.	38	31,6	18,4	23,7	13,2	13,2
59	De eerste lijn moet zeker voor sociaal kwetsbare groepen de spil van de toegang tot de gezondheidszorg zijn. Daarom moet de toegang tot de eerste lijn voor deze groepen vergemakkelijkt worden.	42	61,9	26,2	7,1	4,8	0
60	De huisarts moet de centrale figuur in de gezondheidszorg zijn. Hij/zij moet een ruime omkadering krijgen in een laagdrempelig netwerk van sociaal assistenten en welzijnswerkers.	40	47,5	35	12,5	2,5	2,5
61	Forfait als betalingswijze voor huisartsen zou moeten worden aangemoedigd.	36	33,3	36,1	19,4	8,3	2,8

INHOUDSTAFEL

FINANCIËLE KWETSBAARHEID IN DE BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG

1. INLEIDING	449
2. METHODOLOGIE	449
3. ONDERZOEKSCONCLUSIES OP MICRONIVEAU	451
3.1. DE KNELPUNTEN SAMENGEVAT IN ZES DIMENSIES	451
3.2. BELEIDSAANBEVELINGEN OP MICRONIVEAU	460
4. ONDERZOEKSCONCLUSIES OP MACRONIVEAU	470
4.1. DE STRUCTUREEL-MAATSCHAPPELIJKE OORZAKEN VAN DE KNELPUNTEN	470
4.2. BELEIDSAANBEVELINGEN OP MACRONIVEAU	478
5. SAMENVATTING	480
REFERENTIES	484
BIJLAGE: OVERZICHT VAN DE STELLINGEN	488

MAATREGELEN VAN HET ACTIVERINGSBELEID VOOR JONGE LANGDURIG WERKLOZEN ZONDER WERKERVARING. EEN EVALUATIE *

DOOR **BART COCKX****, **CHRISTIAN GOBEL***** EN **BRUNO VAN DER LINDEN******

Met de medewerking van Bernard Masuy***** en Stéphane Robin*****

1. SYNTHESE VAN DE EVALUATIE

Dit onderzoek (Cockx et al., 2004) heeft betrekking op een populatie van jonge achtergestelde werkzoekenden en heeft de impact geëvalueerd van twee activeringsmaatregelen gericht op de inschakeling in de arbeidsmarkt en de tewerkstellingsduur: het Voordeelbanenplan (VBP) en de Inkomensgarantie-uitkering (IGU).

1.1. DE GEGEVENS BANK

Een groot deel van dit onderzoeksproject heeft te maken met de opbouw van een nieuwe longitudinale gegevensbank die voortkomt uit de Datawarehouse Arbeidsmarkt en die wordt aangevuld met specifieke informatie betreffende opleidingen afkomstig van de RVA. De Datawarehouse Arbeidsmarkt is een administratieve gegevensbank die het resultaat is van een samenwerking tussen de Kruispuntbank en diverse instellingen die onder de Sociale Zekerheid vallen: de RVA, de RSZ, de RSVZ, het RIZIV, de RKW en de RSZPPO. Deze databank beoogt om de gegevens over de arbeidsmarkt afkomstig van de voornoemde instellingen samen te brengen. Op het ogenblik dat we onze aanvraag indienden, had de Datawarehouse net zijn fase van pilootproject beëindigd. De inzameling van gegevens heeft dus moeilijkheden met zich meegebracht en een vertraging die inherent is aan elke opstarting van een complexe statistische gegevensbron. De samenvoeging van gegevens afkomstig van de verschillende administraties, die elk hun eigen logica hebben, is een bijzonder lastige onderneming gebleken. Deze moeilijkheden verklaren waarom wij de analyse van de professionele trajecten van de jonge werkzoekenden uit onze steekproef pas op het einde van dit project hebben kunnen aanpakken. Wegens tijdsgebrek hebben we een aantal vragen dus nog niet kunnen aansnijden. Deze vragen zullen worden behandeld in de context van een later onderzoek, dat eveneens door de Federale Diensten voor Wetenschapsbeleid zal worden

* Deze tekst is een synthese van het onderzoek Cockx, B. e.a., Politiques d'activation pour des jeunes chômeurs de longue durée sans expérience de travail, in opdracht van Federaal Wetenschapsbeleid, 2004.

** Professor, Département des Sciences économiques en onderzoeker, Institut de Recherches économiques et sociales (IRES), Université catholique de Louvain (UCL).

*** Onderzoeker, IRES, UCL.

**** Professor, Département des Sciences économiques, onderzoeker, IRES, UCL en gekwalificeerd onderzoeker, Fonds nationale de la Recherche scientifique.

***** Informatica expert, Faculté des sciences économiques, sociales et politiques, UCL.

***** Onderzoeker, CRESGNE-LABORES, Université catholique de Lille en geassocieerd onderzoeker, IRES, UCL.

gefinancierd binnen hetzelfde meerjarige onderzoeksprogramma over "Sociale Cohesie", getiteld "Micro- en macro-economische evaluatie van de verlagingen van de (para)fiscaliteit" (onderzoekscontract nr. SO/10/073).

De "Datawarehouse" is een waardevolle bron voor de analyse van de professionele trajecten van de Belgische werknemers. Deze database bevat informatie over de overgang naar werkloosheid met uitkering (RVA), bezoldigde tewerkstelling (RIZIV en RSZPPO) of een zelfstandig statuut (RSVZ), of naar inactiviteit (geen werkloosheid en geen tewerkstelling) (1). Op basis hiervan kan de duur van het toebehoren tot een van deze drie voornoemde toestanden op de arbeidsmarkt bepaald worden.

De aanvankelijke steekproef betreft 140.075 jongeren tussen 15 en 26 jaar die in 1998 (gedurende minstens één dag) een wacht- of overgangsvergoeding hebben gekregen. Dit zijn werkloosheidsuitkeringen die respectievelijk worden ontvangen na beëindiging van de studies of tijdens de periode van de verplichte deeltijdse schoolplicht (van 15 tot 18 jaar). Het project voorzag een opvolging van het professionele traject van die jongeren sinds hun aanwezigheid in de uitkeringsgerechtigde werkloosheid in 1998 tot einde 2002. De analyse waarover in dit document verslag wordt uitgebracht, stopt echter eind 2000, aangezien de gegevens van 2001 en 2002 op het ogenblik van dit onderzoek nog niet beschikbaar waren.

Teneinde met een eenvoudiger analyse te kunnen beginnen, die een aantal acute methodologische problemen vermijdt, (2) hebben wij het veld van de analyse beperkt en een substeekproef genomen. Daarna bleven er nog 15.177 jongeren tussen 18 en 26 jaar over die in 1998 voor het eerst een werkloosheidsuitkering kregen na een wachtperiode van 9 maanden en die geen enkele werkervaring hadden sinds het einde van hun studies. Het betreft dus veeleer jonge, achtergestelde werknemers. Wij willen ook de andere betrokkenen geleidelijk in later onderzoek opnemen.

We hebben ons beperkt tot de analyse van de duur van de eerste periode van uitkeringsgerechtigde werkloosheid en van de eerste periode van tewerkstelling die daarop volgt. Een periode van tewerkstelling wordt onderbroken door een overgang naar werkloosheid of inactiviteit. De overgang van één werkgever naar een andere die niet door werkloosheid of inactiviteit wordt onderbroken, onderbreekt de tewerkstellingsduur dus niet.

(1) Aan de hand van de gegevensbank kunnen werkzoekende niet-uitkeringsgerechtigde werknemers of werkzoekende leefloontrekkers niet worden geïdentificeerd. Deze werknemers worden gelijkgesteld met inactieven. Aangezien het aantal dergelijke werknemers vrij gering is, zijn we van mening dat de fout die door deze verkeerde classificatie wordt teweeggebracht verwaarloosbaar is.

(2) Het betreft vooral het probleem van de "initiële condities" dat nader wordt uitgelegd in paragraaf 4.

1.2. DE NOTIE VAN ACTIEF BELEID IN DE GEGEVENS BANK

Aan de hand van de gegevensbank kunnen wij twee vormen van actieve beleidsmaatregelen onderscheiden:

- Die welke gebeuren *buiten het kader van de bezoldigde tewerkstelling*: deze hebben voornamelijk betrekking op de deelneming aan een (beroeps)opleiding of op een herneming van de studies, maar ook op de tewerkstelling in PWA's (Plaatselijke Werkgelegenheidsagentschappen).
- Die welke *binnen het kader van de bezoldigde tewerkstelling gebeuren*: deze hebben betrekking op elke maatregel van de federale regering (3) die de arbeidskost tijdelijk verlaagt (m.a.w. die na een zekere periode van tewerkstelling van de werknemer) wordt geannuleerd.

We hebben twee actieve beleidsmaatregelen geanalyseerd: het Voordeelbanenplan (VBP) en de Inkomensgarantie-uitkering (IGU). We hebben de impact van die maatregelen op de tewerkstellingsduur proberen in te schatten.

1.3. DE DOELSTELLING VAN DE STUDIE EN DE GEBRUIKTE METHODE

Wij hebben de impact van de deelname aan de geanalyseerde activeringsbeleidsmaatregelen bestudeerd, respectievelijk het VBP12 en de IGU. De impact werd gemeten met behulp van twee criteria: de duur van de eerste tewerkstellingsperiode (van de jongeren die in de steekproef werden opgenomen) en het inschakelingsritme in een niet-gesubsidieerde tewerkstelling.

Wij hebben de duur geanalyseerd op basis van het "uitstroompercentage" uit de werkloosheid en de tewerkstelling, dat ook "hazard rate" wordt genoemd. Dit uitstroompercentage hangt samen met de waarschijnlijkheid om uit een bepaalde toestand te geraken, gegeven dat men deze toestand vroeger niet heeft kunnen verlaten. Er bestaat een unieke band tussen de duur daarvan en de kans. Daarom hebben wij op een zeer klassieke manier de determinanten van deze kans geanalyseerd, veel meer dan die van de waargenomen duur. Uit deze analyse kunnen wij altijd de effecten van de determinanten op de duurverdeling berekenen.

Om de impact van de deelname aan een actieve beleidsmaatregel te kunnen bepalen, moeten wij de kansen van een deelnemer aan de maatregel vergelijken met die van een niet-deelnemer. Indien een deelnemer verschilt van een niet-deelnemer op basis van de door de onderzoeker al of niet waargenomen kenmerken, bestaat het risico dat een gewone vergelijking niet alleen de impact van de deelneming weerspiegelt, maar ook die van de verschillen wat de individuele kenmerken betreft. Om rekening te kunnen houden met die "selectievertekeningen" hebben wij een overgangmodel geschat tussen de volgende toestanden:

(3) De regionale maatregelen worden in de gegevensbanken niet geïdentificeerd.

- van uitkeringsgerechtigde werkloosheid naar de geanalyseerde activeringsmaatregel;
- van uitkeringsgerechtigde werkloosheid naar eender welke andere vorm van tewerkstelling;
- van tewerkstelling naar niet-tewerkstelling (= werkloosheid en inactiviteit).

We houden in deze evaluatie rekening met een aantal waargenomen determinanten van deze overgangen. Verder hebben wij – om voor de selectievertekening te controleren op basis van de niet-waargenomen kenmerken – tegelijk de gezamenlijke verdeling van de niet-waargenomen determinanten van deze overgangen geschat.

1.4. HET VOORDEELBANENPLAN (VBP12)

1.4.1. Kenmerken

Het VBP richt zich voornamelijk tot volledig uitkeringsgerechtigde werkzoekenden en werklozen die sinds 6 maanden (indien ze meer dan 50 jaar oud zijn), 12 of 24 maanden werkloos zijn. De werkgevers die deze categorieën van werknemers tewerkstellen, kunnen van een tijdelijke en degressieve vermindering van de werkgeversbijdragen aan de Sociale Zekerheid genieten. Wij hebben de analyse beperkt tot de tweede categorie van werklozen die sinds meer dan 12 maanden geen werk hebben (het “VBP12”). Voor deze categorie bedraagt de vermindering van de bijdragen 75% van het basisniveau tijdens het eerste jaar, 50% tijdens het tweede jaar en niets vanaf het derde jaar. Volgens de omvang van het bedrijf van de werkgever komt het basisniveau overeen met 32,4% tot 34% van het brutosalaris.

1.4.2. Voorspellingen van de economische theorie

Het VBP is een vorm van tijdelijke tewerkstellingssubsidie (4). De economische theorie voorspelt een verschillende impact tijdens en na de periode van de toekenning van de subsidie. Tijdens de periode van de toekenning bevordert een subsidie de creatie van werkgelegenheid en dit des te meer naarmate het bedrag van de subsidie hoger is en de loongevoeligheid van zowel het arbeidsaanbod als de arbeidsvraag groot is. Volgens econometrische studies is deze gevoeligheid groter voor laaggeschoold werk dan voor hoger geschoold werk.

De activeringsmaatregel zou ook nog voor een tweede reden moeten worden aangehouden. Een dergelijke maatregel zou immers het verlies van knowhow en arbeidsgewoonten afremmen en zo de afglijding in inactiviteit verhinderen. Econometrische studies hebben echter aangetoond dat dit verlies doorgaans niet zeer groot is.

(4) Tijdelijk in die zin dat ze na een bepaalde periode van tewerkstelling van de werknemer wegvalt.

Na de periode van toekenning is de impact van de tewerkstellingssubsidie niet eenduidig. Doorgaans wordt, net als voor het VBP, geargumenteed dat het bedrag van de subsidie kan verminderen met de tewerkstellingsduur, omdat de effecten van deze daling dankzij de verhoging van de productiviteit door een opleiding op de werkplek meer dan worden gecompenseerd. Wanneer de subsidie echter gericht is op de tewerkstelling van achtergestelde werknemers, zou de subsidie slechts zeer geleidelijk mogen dalen, want uit econometrische studies kon worden besloten dat de toename van de productiviteit binnen deze doelgroep zeer traag verloopt.

Ondanks deze zwakke productiviteitstijging kan een tijdelijke subsidie de inschakeling in een niet-gesubsidieerde tewerkstelling begunstigen door de efficiëntie van het onderlinge afstemmingsproces (“matching”) tussen werkgevers en werknemers te verhogen. De gesubsidieerde tewerkstelling zou de werknemers die niet zouden worden aangeworven indien er geen subsidie bestond, de kans geven om tegenover de werkgever te bewijzen dat ze over capaciteiten beschikken die slechts op de werkvloer aan het licht komen, m.a.w. tijdens het verloop van de arbeidsrelatie. Bovendien, zelfs indien de werknemer niet in dezelfde onderneming blijft of kan blijven (5), kan de aanwerving in een gesubsidieerde job de andere werkgevers erop wijzen dat de werknemer gemotiveerd is en/of verbonden blijft met de arbeidsmarkt. Deze argumenten zijn des te plausibeler naarmate er maar een beperkt aanbod van gesubsidieerde tewerkstelling is en de werknemer blijf moet geven van zijn wil om inspanningen te leveren om naar werk te zoeken. We noteren hierbij dat dit aanduidt dat een maatregel die gunstige effecten teweegbrengt wanneer hij op kleine schaal wordt ontwikkeld, het risico loopt dat deze effecten worden afgezwakt indien hij op grote schaal wordt doorgevoerd (doordat het signaleffect verdwijnt).

De versterking van de kwaliteit van de onderlinge afstemming (“match”) die wordt teweeggebracht door een tewerkstellingssubsidie, dient echter niet noodzakelijk de inschakeling te bevorderen; ze zou zelfs de kansen op tewerkstelling in een niet-gesubsidieerde betrekking kunnen verminderen. Dit zou bijv. het geval zijn indien de deelname aan een gesubsidieerde tewerkstelling de werkgevers duidelijk zou maken dat een bepaalde werknemer een geringe productiviteit heeft. Evaluatiestudies hebben vastgesteld dat dit risico vooral aanzienlijk is wanneer de gesubsidieerde tewerkstelling zich in het beschermde circuit of in de non-profitsector bevindt.

Tot slot wijzen we er nogmaals op dat we over het effect van een tijdelijke subsidie voor de begunstigden hebben gesproken. Het positieve effect van de tewerkstellingssubsidie kan zich ook negatief uitwerken op andere, niet-gesubsidieerde werknemers. In dit geval spreekt men van zogenaamde “substitutie-“ of “verplaatsings-effecten”. De omvang van deze laatste effecten kan door deze studie niet worden ingeschat.

(5) In Zwitserland bijvoorbeeld, kan een werkgever een gesubsidieerde werknemer slechts voor een beperkte periode in dienst nemen (zie Gerfin et al., 2002).

1.4.3. De resultaten volgens andere empirische studies

Doorgaans concluderen de onderzoekers dat tijdelijke subsidies leiden tot een verhoging van het herinschakelingpercentage van de begunstigden in een niet-gesubsidieerde tewerkstelling op voorwaarde dat de tijdelijke subsidies worden voorbehouden voor banen uit het "normale" economische circuit en op voorwaarde dat de subsidie niet blijft duren. Een tijdelijke subsidie lijkt dus efficiënt, omdat ze de kosten die tijdens het selectieproces door de werkgever moeten worden gemaakt, vermindert en niet omdat ze een geleidelijke verhoging van de productiviteit van de werknemer teweegbrengen dankzij de opgedane werkervaring. Er dient ook te worden opgemerkt dat doorgaans wordt vastgesteld dat de specifieke programma's voor jongeren geen enkele impact hebben op de tewerkstelling of zelfs tot ongunstige effecten leiden. Het programma "New Deal" voor jonge werklozen in het Verenigd Koninkrijk is één van de weinige programma's die de intrede op de arbeidsmarkt lijkt te bevorderen. Wel dient nog te worden nagegaan of dit effect ook op langere termijn blijft aanhouden.

1.4.4. De resultaten van onze analyse

Het VBP12 richt zich ogenschijnlijk voornamelijk tot de gediplomeerde werknemers onder de jongeren van de steekproef. Een jonge man met alleen een diploma lager onderwijs heeft 61% minder kans om van de voordelen van het plan te genieten dan een jongere die een diploma van het hoger middelbaar onderwijs heeft behaald. Een vrouw die een diploma van het middelbaar onderwijs heeft behaald, heeft zelfs vijfmaal meer kans om gesubsidieerd werk te vinden dan een vrouw die hoogstens een diploma lager onderwijs heeft. De jongeren die het lager secundair onderwijs hebben voltooid, hebben amper meer kansen. Daarnaast verhoogt een diploma van het hoger onderwijs nog eens zeer aanzienlijk - tot 79% - de kansen om aan een maatregel in het kader van het activeringsbeleid deel te nemen.

De jonge Brusselaars halen proportioneel duidelijk meer voordeel uit het Plan dan hun Waalse tegenhangers. De jonge Vlaamse mannen - maar niet de vrouwen - daarentegen nemen duidelijk minder vaak aan het Plan deel.

Wanneer we de 9 maanden van de wachttijd in rekening brengen, kan een jongere slechts de voordelen van het VBP12 genieten vanaf het tweede trimester nadat hij of zij toegang heeft gekregen tot de uitkeringsgerechtigde werkloosheid. Het toegangsritme tot het VBP12 lijkt echter vooral geconcentreerd op het 5e trimester na de beëindiging van de wachttijd. Op dat moment nemen de kansen toe met een factor van bijna 2,5 voor de mannen en een factor van meer dan 3 voor de vrouwen. We hebben dus de indruk dat de werkgevers die deze mensen tewerkstellen niet weten dat de wachttijd in rekening kan worden gebracht voor de berekening van de duur. Vanaf het 9de trimester wordt het toegangsritme tot het VBP12 quasi tot nul herleid, wat weerspiegelt dat de werkgevers recht hebben op belangrijker lastenverlagingen na een werkloosheidsduur van meer dan 24 maanden. We wijzen er wel op

dat wij – gezien de beperkte duur van de observatieperiode – het effect van het luik van het VBP-beleid dat gericht is op mensen die gedurende meer dan 2 jaar werkloos zijn niet hebben onderzocht.

Wij stellen vast dat de uitstroompercentages uit de tewerkstelling sterk – en voor de mannen significant – dalen tijdens het eerste jaar van de toekenning van de subsidie: -37% voor de mannen en -24% voor de vrouwen. Na het eerste jaar is het effect echter al veel geringer voor de vrouwen (-6%) en wordt het zelfs duidelijk positief voor de mannen (+35%). Dit laatste effect wijst dus op een toename van de uitstroom van mannen van tewerkstelling naar niet-tewerkstelling. Ten slotte verhoogt het percentage ontslagen in de periode na de beëindiging van de subsidie voor beide geslachten: +60% voor de mannen, maar wel slechts +14% voor de vrouwen. Er dient wel te worden opgemerkt dat slechts de eerste en de laatste vermelde impact statistisch significant verschillend zijn van nul en dit alleen voor de mannen.

Met behulp van simulaties stellen we vast dat de impact van het VBP12 zeer heterogeen verdeeld is voor de verschillende begunstigden, maar dat het wel de duur van de tewerkstelling van de meeste categorieën van begunstigden verhoogt: de duur neemt toe voor 74% van de mannelijke begunstigden en zelfs voor 94% van de vrouwelijke begunstigden. Het mediaan effect bedraagt 3,2 maanden en dit zowel voor mannen als voor vrouwen.

Hoewel ons model niet werd ontwikkeld om te bestuderen in welke mate de deelneming aan het VBP12 de inschakeling van de begunstigden versnelt, kunnen uit de bijzondere vorm van de niet-waargenomen heterogeniteitsverdeling toch enkele conclusies worden getrokken. Aangezien de heterogeniteitsverdeling met weinig nauwkeurigheid werd geschat en het niet absoluut zeker is dat de specificatie ervan correct is, dient nochtans te worden benadrukt dat deze resultaten nog dienen te worden bevestigd tijdens verder onderzoek.

Uit de niet-waargenomen heterogeniteitsverdeling kunnen wij besluiten dat sommige jongeren nooit uit de werkloosheid zouden zijn geraakt indien ze niet van de voordelen van het VBP12 hadden kunnen genieten. Bovendien leiden wij uit onze schattingen af dat dit zo zou zijn voor de grote meerderheid van de begunstigden, namelijk voor 96% van de mannelijke begunstigden en voor 80% van de vrouwelijke begunstigden. Het Voordeelbanenplan lijkt dus tewerkstellingsmogelijkheden te hebben gecreëerd voor werknemers die, ondanks het feit dat ze vaak hogere diploma's hadden dan de niet-begunstigden, zonder dit plan nooit werk zouden hebben gevonden!

Toch gaat niet elke begunstigde over naar een niet-gesubsidieerde tewerkstelling. Indien we de eerder vermelde fracties vermenigvuldigen met het deel van de begunstigden dat overgaat naar een niet-gesubsidieerde tewerkstelling onmiddellijk na de periode van toekenning van de subsidie in het kader van het VBP12, daalt de inscha-

kelingsgraad sterk, maar blijft toch nog aanzienlijk. Het VBP12 zou de overgang naar een niet-gesubsidieerde tewerkstelling versnellen voor minstens 37% van de mannen en 32% van de vrouwen.

Hoe kunnen wij al deze resultaten interpreteren? Ze wijzen er ten eerste op dat het Voordeelbanenplan alleen de duur van de tewerkstellingsperioden verlengt, die bij gebrek aan subsidie vrij kort zouden zijn geweest. Misschien verkort het plan de langere tewerkstellingsperioden omdat de werkgevers de betrokken werknemers willen vervangen door nieuwe werknemers die opnieuw in aanmerking komen voor subsidie volgens het Plan. Voor de bestudeerde populatie is het aandeel van korte tewerkstellingsperiodes hoog: het uitstroomritme uit de tewerkstelling is vooral hoog tijdens de eerste kwartalen. Dit verklaart waarom het effect van verlenging van de tewerkstellingsperiode domineert: voor de meeste begunstigden wordt de tewerkstellingsduur langer.

De verhoging van de uitstroomgraad uit de tewerkstelling die reeds na het einde van het eerste jaar wordt vastgesteld (vooral voor de mannen) toont aan dat het groeiritme van de productiviteit te gering is om de verlaging van het niveau van de subsidie te compenseren. Ze suggereert eveneens dat een duurzamere inschakeling in de werkgelegenheid een structurele vermindering van de arbeidskost vereist. Niettemin bevordert het plan de inschakeling in de niet-gesubsidieerde tewerkstelling voor een belangrijke groep werknemers die zonder het Plan werkloos zouden zijn gebleven: dit is het geval voor minstens 37% van de mannelijke begunstigden en 32% van de vrouwelijke begunstigden. De verhoging van het terugkeerpercentage naar niet-tewerkstelling na het eerste jaar wijst er echter op dat deze inschakeling veeleer wordt gerealiseerd door een verhoging van de efficiëntie van het afstemmingsproces tussen de werkzoekenden en de werkgevers. De werkgevers worden ertoe aangezet om een arbeidsverhouding aan te gaan met populaties die gemiddeld minder begunstigd zijn, en de tijdelijke periode van tewerkstelling biedt de kans om informatie te krijgen over de kwaliteiten van de werknemer. Aangezien deze afstemming in het begin van de periode van tewerkstelling plaatsvindt, is langere subsidiëring voor deze groep dus niet doelmatig.

De resultaten lijken dus een dubbelzinnige boodschap te bevatten wat de beleidsaanbevelingen betreft. Enerzijds identificeren wij een groep werknemers die nood heeft aan een permanentere verlaging van de arbeidskost om een duurzamere inschakeling in de arbeidsmarkt te realiseren. Anderzijds zien we dat er ook een groep bestaat voor wie de tijdelijke subsidie doeltreffend is op voorwaarde dat de periode van toekenning van die subsidie relatief kort is. Dit is slechts een schijnbare tegenstelling, want de deelnemers vormen geen homogene groep. De eerste groep omvat ongetwijfeld de minder productieve werknemers. Ze zouden vermoedelijk duurzamer in de arbeidsmarkt ingeschakeld zijn geweest indien hun werkgever van een structurele verlaging van de werkgeversbijdragen had kunnen genieten. De tweede groep betreft vermoedelijk productievere werknemers, die om de een of andere reden in de werkloosheid zijn terechtgekomen en die door het Voordeelba-

nenplan een kans hebben gekregen om in de arbeidsmarkt te worden ingeschakeld. Een kortere subsidieperiode zou echter vermoedelijk dezelfde effecten hebben teweeggebracht en zou dus efficiënter zijn geweest. In principe zouden we deze interpretatie moeten kunnen uittesten, aangezien ze een verschillende impact impliceert naargelang van de productiviteit van de werknemers. Wij zouden moeten nagaan of de omvang van de impact van het VBPI2 verandert op de manier zoals aangeduid naargelang van vastgestelde productiviteitsindicatoren, bijvoorbeeld het opleidingsniveau. Zoals we reeds hebben aangeduid, is de steekproef van begunstigden van het Plan echter te klein om een dergelijke analyse met een voldoende statistische betrouwbaarheid uit te voeren. Deze vraag zou dus in later onderzoek opnieuw moeten worden behandeld.

1.5. DE INKOMENSGARANTIE-UITKERING (IGU)

1.5.1. Kenmerken

Een uitkeringsgerechtigde volledig werkloze die een deeltijdse betrekking aanvaardt met een arbeidsregeling van minstens eenderde en hoogstens 80% van een voltijdse betrekking kan een aanvulling op zijn of haar loon genieten, de IGU, op voorwaarde dat hij of zij volledig werkzoekende blijft en een maandelijks bezoldiging heeft die lager is dan het minimumloon. Het bedrag van deze aanvulling hangt af van de gezinscategorie (samenwonend met of zonder gezinslast of alleenstaand) waartoe hij of zij behoort, en vermindert evenveel als het netto-inkomen van het deeltijdse werk stijgt. Bovendien is dit bedrag beperkt tot 90% van het uitkeringsniveau van een volledig werkloze.

1.5.2. Voorspellingen van de economische theorie

Aangezien de IGU kan worden geïnterpreteerd als een loonsubsidie, zou ze de tewerkstelling moeten stimuleren tijdens de periode van toekenning ervan en dit des te meer naarmate het aanbod (of de loonvormingscurve) en de vraag naar werk loongevoelig zijn. Indien er voor eenzelfde segment van de arbeidsmarkt zowel niet-gesubsidieerde als gesubsidieerde werknemers zijn, vermindert de elasticiteit van de loonvormingscurve voor de subsidie en vermindert de impact op de tewerkstelling. Deze elasticiteit vermindert aangezien er voor dit segment slechts over één loon wordt onderhandeld. De niet-gesubsidieerde werknemers verzetten zich dan tegen een verlaging van het niet-gesubsidieerde loon.

Er is ook nog een tweede factor die het effect van de IGU op de tewerkstelling vermindert. Indien de potentiële begunstigden van de IGU zijn tewerkgesteld tegen het minimumloon of een loon dat dicht bij dit niveau ligt, wordt de tewerkstelling beperkt door een tekort aan vraag naar werk en niet door een gebrek aan aanbod van werk. Aangezien het brutoloon niet tot onder het minimum kan dalen, kan de IGU dus alleen maar het loon van de begunstigden verhogen en kan ze de loonkosten niet verlagen. Bijgevolg kan de IGU de vraag niet beïnvloeden.

De bovenstaande analyse houdt echter wel geen rekening met een ander aspect. Zelfs zonder toename van de vraag naar (en van het aanbod van) werk, kan een aanvulling op het loon die wordt verleend aan deeltijdse werknemers de inschakeling in de tewerkstelling verhogen door deze aantrekkelijker te maken. In het kader van een banenzoekmodel kan worden aangetoond dat dit type van aanvullende bezoldiging het zoeken naar deeltijds werk meer intensiveert dan dat het de intensiteit van het zoeken naar een voltijdse betrekking doet afnemen.

Eens de werknemer is tewerkgesteld en van het IGU geniet, loopt hij het risico om in deeltijds werk te blijven vastzitten. Al is een begunstigde van de IGU verplicht om een voltijdse betrekking te blijven zoeken, hij wordt financieel niet aangemoedigd om een beter bezoldigde tewerkstelling te vinden. De uitkering wordt immers verminderd met één euro voor elke bijkomende euro inkomsten uit arbeid. Bovendien richt de IGU zich in het bijzonder tot laaggeschoolde werknemers voor wie de toename van de productiviteit en van het loon gering is.

Omgekeerd kan deeltijds werk dat door middel van een IGU wordt gesubsidieerd, net als tijdelijk gesubsidieerd werk, de werkgevers attent maken op de “goede” kwaliteiten van de werknemers en aldus de doeltreffendheid van het afstemmingsproces tussen werkgevers en werknemers en bijgevolg het inschakelingsritme versterken. Dit voordeel komt echter slechts tot uiting in de aanvangsfase van de tewerkstelling en is dus geen rechtvaardiging voor een toekenning van de subsidie na enkele maanden. Bovendien kan de deelname aan dit programma ook op kwaliteiten wijzen die door de werkgevers niet zijn gewenst en zodoende het inschakelingsritme vertragen. De theoretische analyse kan dus geen conclusies trekken over de manier waarop de IGU een impact heeft op de tewerkstelling.

1.5.3. Resultaten volgens andere empirische studies

Er bestaan relatief weinig studies over systemen van aanvullende inkomens die aan deeltijdse werknemers worden toegekend. Een Canadese studie bevestigt dat die aanvullingen de uitstroom uit de werkloosheid kunnen versnellen. Het ritme van de toegang tot een deeltijdse betrekking neemt sterker toe dan het ritme van de toegang tot een voltijdse tewerkstelling afneemt. De effecten zijn echter vrij gering.

Een analyse van het systeem van “*activité réduite*” of vermindering van de activiteit in Frankrijk duidt aan dat een aanvullend inkomen voor deeltijdse werknemers de toekomstige inschakeling in de arbeidsmarkt kan vergemakkelijken, maar de effecten blijken complex te zijn en te verschillen naargelang van het geslacht. Daarentegen concludeert de (voornamelijk Amerikaanse) literatuur over het belastingkrediet, waarvan de begunstigten vaak deeltijdse werknemers zijn, dat de toename van de lonen te gering is om een belangrijke toename in de overgang naar een niet-gesubsidieerde tewerkstelling mogelijk te maken.

1.5.4. De resultaten van onze analyse

Eerst en vooral dient te worden opgemerkt dat wij de analyse hebben beperkt tot vrouwen, omdat te weinig mannen van de IGU genieten. Een analyse voor het mannelijke doelpubliek van die maatregel heeft statistisch gezien dus weinig zin.

Net als voor het VBP12, hebben jonge vrouwen afkomstig uit een land buiten de EU veel minder kans om van de IGU te genieten dan Belgische vrouwen (het verschil bedraagt meer dan 70%). Weinig andere kenmerken zijn significant gecorreleerd met de overgang naar de IGU. We hebben zelfs de hypothese niet kunnen verwerpen dat het overgangpercentage naar de IGU niet varieert met de werkloosheidsduur. Het feit dat de duur van de werkloosheid geen criterium is om in aanmerking te komen voor de IGU kan een verklaring bieden voor dit resultaat.

De effecten van de IGU op de overgang van werkgelegenheid naar niet-werkgelegenheid gaan in dezelfde richting als die van het VBP12, maar zijn in absolute waarde groter. Tijdens de periode van toekenning lijkt de begunstigde van de IGU heel sterk vast te zitten in de gesubsidieerde tewerkstelling. De overgangskans naar niet-tewerkstelling daalt immers met 37%. Dit kan worden verklaard door de financiële stimulansen die ervoor zorgen dat de begunstigten in de slecht betaalde tijdelijke tewerkstelling blijven. De IGU wordt, zoals eerder al aangeduid, verminderd met één euro per euro bijkomende inkomsten uit arbeid. Anderzijds is het ook zo dat eenmaal de werkneemster is overgegaan van een tewerkstelling met toekenning van de IGU naar een niet-gesubsidieerde tewerkstelling, de kansen op ontslag sterk toenemen. De overgang naar niet-tewerkstelling is bijna dubbel zo groot als bij de gesubsidieerde tewerkstelling. Dit wijst er opnieuw op dat het groeiritme van de productiviteit tijdens de periode van gesubsidieerde tewerkstelling te laag is om de annulering van de subsidie te kunnen compenseren. We kunnen ons echter wel afvragen welke de omstandigheden zijn waarin en de redenen waarom de begunstigde de gesubsidieerde tewerkstelling heeft verlaten om een niet-gesubsidieerde betrekking aan te nemen. We hebben hieromtrent enkele hypothesen geformuleerd, maar een antwoord op die vragen vereist verder onderzoek.

Ongeveer eenvierde van de vrouwelijke begunstigten zou zonder de IGU nooit uit de werkloosheid zijn geraakt. Dit percentage is veel lager dan de 80% met betrekking tot de vrouwelijke begunstigten van het VBP12. Dit wijst erop dat veel meer begunstigten van de IGU de werkloosheid in elk geval zouden hebben verlaten. Dit verschil tussen IGU en VBP12 wijst er volgens ons op dat de werkloosheid in het segment van de arbeidsmarkt voor laaggeschoolde werknemers voornamelijk wordt verklaard door een gebrekkige vraag veeleer dan door een tekort aan financiële prikkels. Waarom beweren wij dit? De steekproef van de analyse bevat alleen achtergestelde werknemers. Bijgevolg zullen velen van hen worden aangeworven tegen een salaris dat dicht bij het minimumloon ligt. Aangezien de IGU een aanvulling op het nettoloon is, kunnen de loonkosten daardoor niet tot onder dit minimum dalen. De IGU kan dus alleen maar het nettoloon verhogen en bijgevolg de vervangingsratio doen dalen. Indien de tewerkstelling voor dit segment zou worden verklaard door

een gebrek aan financiële prikkels, zouden er door de maatregel dus minstens evenveel nieuwe inschakelingen in de werkgelegenheid moeten worden gegenereerd als door een verlaging van de arbeidskost. Aangezien we echter vaststellen dat de inschakeling sterker wordt gestimuleerd door het VBP12, concluderen we dat de werkloosheid vooral het gevolg moet zijn van een te geringe vraag naar arbeidskrachten voor dit segment van de arbeidsmarkt.

Hoewel de IGU minder efficiënt lijkt te zijn dan het VBP12 wat de inschakelingsgraad betreft, komt men na deze gesubsidieerde tewerkstelling verhoudingsgewijs vaker dan voor het VBP12 in een niet-gesubsidieerde tewerkstelling terecht. De helft van de begunstigden van de IGU gaat namelijk over naar een niet-gesubsidieerde tewerkstelling, tegenover slechts 40% van de begunstigden van het VBP12. Dit verschil zou echter wel kunnen worden verklaard door een selectievertekening: de begunstigden van de IGU zijn waarschijnlijk gemiddeld productiever dan de deelnemers aan het VBP12, aangezien ze vaker dan deze laatsten zelfs zonder subsidies werk zouden hebben gevonden.

2. BELEIDSAANBEVELINGEN

We hebben herhaaldelijk benadrukt dat het hier om een eerste analyse gaat en dat een aantal verdere analyses vereist zijn om de resultaten te kunnen bevestigen. Bovendien had onze analyse vooral betrekking op achtergestelde jongeren en kunnen de resultaten dus niet automatisch worden geëxtrapoleerd naar de andere doelgroepen. Onder voorbehoud van deze precisering zouden wij voornamelijk drie beleidsaanbevelingen naar voren willen schuiven.

Ten eerste hebben wij, in tegenstelling tot vroegere empirische studies, vastgesteld dat het uitstrooppercentage in zekere mate een negatieve relatie vertoont met de werkloosheidsduur, toch zeker tijdens de eerste drie trimesters van de uitkeringsgerechtigde werkloosheid (6). In de theoretische analyse hebben we opgemerkt dat tijdelijke tewerkstellingsprogramma's hun rechtvaardiging kunnen halen uit de aanwezigheid van een negatieve relatie tussen het uitstrooppercentage uit de werkloosheid naar een tewerkstelling en de duur van de werkloosheid. Dergelijke programma's kunnen immers de mogelijkheid bieden om de bekwaamheden van de deelnemers opnieuw op peil te brengen en verloren "wergewoonten" terug te verwerven. De meeste van de betrokken jongeren genieten de voordelen van het VBP12 echter slechts vanaf het vijfde trimester na afloop van hun wachttijd. Na die periode is de afhankelijkheid van de duur verwaarloosbaar en kan de tewerkstellingssubsidie doorgaans dus het afglijden in de werkloosheid niet verhinderen. Daaruit vloeit voort dat het VBP12 doelmatiger zou kunnen worden gemaakt indien de jongeren de mogelijkheid zouden krijgen om sneller aan het VBP12 deel te

(6) Wat overeenkomt met de periode van het 4e tot het 6e trimester na het begin van de wachttijd.

nemen. Zonder een betere gerichtheid van het programma op bepaalde doelgroepen is het echter zeer waarschijnlijk dat een vervroeging van het begin van de periode waarin iemand in aanmerking komt voor een subsidie het “deadweight-effect” zou verhogen (7).

Vooraleer de toegang tot vergelijkbare bestaande programma’s te bepleiten, bijvoorbeeld ACTIVA, dat het VBP vervangt, moet dus worden bestudeerd in welke mate deze “deadweight-effecten” belangrijk zijn en door een aangepaste doelgerichtheid kunnen worden uitgeschakeld.

Ten tweede bevestigen de duidelijk betere resultaten van het Voordeelbanenplan tegenover de Inkomensgarantie-uitkering wat de inschakeling in de arbeidsmarkt betreft, dat het probleem van de werkloosheid van laaggeschoolde werknemers vooral een probleem is van een tekort aan vraag naar werk en niet in de eerste plaats te wijten is aan een gebrek aan financiële prikkels. Bijgevolg is het belangrijk om als prioritaire maatregel de werkgeversbijdragen voor dit segment van de arbeidsmarkt te verlagen en niet om de voorkeur te geven aan formules als de IGU of de “werkbonus” zoals vermeld in het huidige regeerakkoord.

Ten derde kunnen we uit ons onderzoek concluderen dat een dubbel systeem, waarin een daling van de permanente werkgeversbijdragen voor laaggeschoolde werknemers naast een tijdelijke tewerkstellingssubsidie blijft bestaan, efficiënt kan zijn op voorwaarde dat de periode van toekenning van die subsidie niet te lang is. Wij zijn van mening dat een dergelijke tijdelijke subsidie, zoals in de context van het Voordeelbanenplan, een nieuwe mogelijkheid tot inschakeling in de arbeidsmarkt biedt aan sommige relatief productieve werknemers, die om een of andere reden in de werkloosheid zijn terechtgekomen. Het feit dat die werknemers zonder subsidies geen werk vinden, heeft veeleer te maken met een gebrekkige informatie en met een ondoeltreffend afstemmingsproces tussen werkgevers en werknemers dan met een te geringe productiviteit van deze werknemers. De werkgever stelt ze niet tewerk wegens een gebrek aan subsidie want de lange duur van hun inactiviteit betekent statistisch gezien (of ook gemiddeld bekeken) dat ze een geringe productiviteit hebben. Indien het probleem van inschakeling in de arbeidsmarkt verband houdt met een onaangepaste informatie, zou dit probleem moeten worden opgelost in de aanvangsfase van de tewerkstelling en rechtvaardigt het dus geen dergelijk lange subsidies als in de context van het Voordeelbanenplan of het ACTIVA-plan (8) worden toegekend. Een subsidie gedurende enkele maanden zou moeten volstaan.

(7) Een "deadweight-effect" heeft betrekking op een situatie waarin de werknemer ook zonder subsidie zou zijn tewerkgesteld.

(8) Het is belangrijk op te merken dat de "arbeidstoelage" in de context van het ACTIVA-plan een integrerend bestanddeel van het loon uitmaakt en geen aanvullend loon is, zoals in het geval van het VBP. De arbeidstoelage kan dus dienen om de arbeidskost te verlagen voor minimumlonen, wat voor het VBP in dezelfde mate niet mogelijk is.

Niet alle begunstigden van het VBP hebben echter een voldoende hoge productiviteit om zonder subsidie tewerkgesteld te blijven. We hebben vastgesteld dat de inschakeling in de arbeidsmarkt voornamelijk werd gestimuleerd tijdens het eerste jaar van de toekenning van de subsidie. Vanaf het tweede jaar, wanneer het niveau van de subsidie met eenderde daalt, neemt het terugkeerpercentage naar de niet-tewerkstelling aanzienlijk toe. Deze vaststelling bewijst dat het groeiritme voor een groep begunstigden met geringe productiviteit te laag is om de daling van het subsidiëniveau te compenseren. Voor deze groep kan de inschakeling in de arbeidsmarkt niet duurzaam worden gegarandeerd, behalve dan door een structurele verlaging van de werkgeversbijdragen.

Op basis van de resultaten van onze analyse bevelen wij dus, zeker voor de jongeren (9), aan om de duur van de toekenning van de subsidies in de context van ACTIVA tot enkele maanden te beperken. De aldus vrijgemaakte fondsen zouden moeten worden aangewend voor een permanente verlaging van de arbeidskost voor werknemers met weinig kansen op een inschakeling op de arbeidsmarkt. Deze verlaging zou de vorm kunnen aannemen van een structurele vermindering van de werkgeversbijdragen voor de lage lonen, zoals wij reeds uitgebreider hebben gerechtvaardigd en met argumenten gestaafd in Cockx et al., 2003.

(9) Op dit ogenblik bestaat er een grote kloof (een uitgesproken scheiding) tussen het bedrag van het voordeel waarop iemand recht heeft naargelang van het feit of de persoon ouder of jonger is dan 45 jaar. Wij vrezen dat de aanwending van leeftijd als criterium om in aanmerking te komen voor de subsidies de substitutie-effecten tussen de leeftijdscategorieën zal versterken en dat dit ten koste zal gaan van de nettocreatie van werkgelegenheid. Bovendien zou het efficiënter zijn om de doelgroepen die in aanmerking komen en die welke niet in aanmerking komen, van elkaar te scheiden door een geleidelijkere toename van het voordeel.

REFERENTIES

Cockx, B., Göbel, C., Van der Linden, B., Masuy, B. en Robin, S., *Politiques d'activation pour des jeunes chômeurs de longue durée sans expérience de travail. Une évaluation*, Eindverslag in opdracht van Federaal Wetenschapsbeleid, Gent, Academia Press, 2004.

Cockx, B., Sneessens, H. en Van der Linden, B., Allègements des charges sociales : une mesure à promouvoir mais à réformer, *Regards Economiques*, 15, <http://regards.ires.ucl.ac.be>, 2003.

Gerfin, M., Lechner, M. en Steiger, H., Does Subsidised Temporary Employment Get the Unemployed Back to Work? An Econometric Analysis of Two Different Schemes, *IZA Discussion paper*, 606, Bonn, 2002.

INHOUDSTAFEL

MAATREGELEN VAN HET ACTIVERINGSBELEID VOOR JONGE LANGDURIG WERKLOZEN ZONDER WERKERVARING. EEN EVALUATIE

1. SYNTHESE VAN DE EVALUATIE	493
1.1. DE GEGEVENS BANK	493
1.2. DE NOTIE VAN ACTIEF BELEID IN DE GEGEVENS BANK	495
1.3. DE DOELSTELLING VAN DE STUDIE EN DE GEBRUIKTE METHODE	495
1.4. HET VOORDEELBANENPLAN (VBP12)	496
1.5. DE INKOMENSGARANTIE-UITKERING (IGU)	501
2. BELEIDSAANBEVELINGEN	504
REFERENTIES	507

DE EVOLUTIE VAN DE MINIMUMBESCHERMING IN 15 EUROPESE WELVAARTSSTATEN IN DE JAREN NEGENTIG

DOOR **BEA CANTILLON, NATASCHA VAN MECHELEN, IVE MARX EN
KAREL VAN DEN BOSCH**

Universiteit Antwerpen, Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck

INLEIDING

Dit artikel sluit aan bij een eerdere studie van het CSB naar de evolutie van de minimumbescherming in de Belgische welvaartsstaat (Cantillon et al., 2003) (1). Deze studie bracht aan het licht dat na de uitzonderlijke stijgingen in de jaren zeventig, de meeste sociale minimumuitkeringen in België in de jaren tachtig en negentig enkel nog de prijsevolutie volgden. Vergeleken met de gemiddelde lonen en het welvaartsniveau van de Belgische gezinnen bleven zij beduidend achterop. Pas aan het einde van de jaren '90 was er een duidelijke trendbreuk, met substantiële verhogingen van de minimumuitkeringen en de nettominimumlonen.

In dit artikel plaatsen we deze vaststelling in een internationale context. We gaan na hoe het de bodembescherming in verschillende Europese landen is vergaan gedurende de jaren negentig. We vergelijken de evolutie van de netto beschikbare inkomens van bijstandstrekkers en van minimumloners met de evolutie van de netto gemiddelde lonen in 15 Europese landen en brengen zo de evolutie van hun relatieve welvaartspositie in kaart.

Dit artikel is als volgt opgebouwd. In het eerste deel beschrijven we de gevolgde methodologie. Het tweede deel geeft een overzicht van de wettelijke aanpassingsmechanismen die in 15 lidstaten gehanteerd worden om de sociale minimumuitkeringen op een regelmatige basis aan te passen aan de prijs- en welvaartsevolutie. In het derde deel bespreken we de impact van wijzigingen in de (para)fiscaliteit op de evolutie van de minimuminkomens. Deel vier beschrijft het niveau van de bodembescherming in 2001 en deel vijf gaat in op de evolutie van de gewaarborgde minima gedurende de jaren negentig. Het zesde deel belicht de impact op de sociale doelmatigheid van de minima. Het laatste deel tenslotte synthetiseert.

(1) Zie ook: Cantillon, B., Marx, I., De Maesschalck, V., Het trilemma van de sociale zekerheid: verleden, heden en toekomst. De minimumbescherming in de welvaartsstaat. In *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 45, 2, pp. 399-435, 2003.

1. METHODE

De bodembescherming definiëren we als het netto beschikbaar inkomen van gezinnen die moeten terugvallen op hetzij een minimumloon, hetzij een bijstandsuitkering. We kijken dus niet enkel naar de wettelijke minima maar houden ook rekening met fiscale en parafiscale lasten (die op de brutobedragen wegen), de gebeurlijke kinderbijslagen, de belastingkredieten, e.a. sociale voordelen voor zover zij automatisch gebonden zijn aan de inkomenssituatie.

We beperken ons tot de universele bijstandssystemen, dit wil zeggen de bijstandssystemen die openstaan voor iedereen die de inkomensstoets doorstaat, en niet enkel voor specifieke bevolkingscategorieën. Daarom komen de Griekse bijstandsregelingen hier niet aan bod, gezien in Griekenland alleen categoriale bijstandssystemen in voege zijn, zowel voor de actieven als voor de ouderen (bv. een inkomensgetoetste uitkering voor gezinnen in bergachtige en achtergestelde gebieden). Ook de bijstandsregelingen voor personen op actieve leeftijd in Italië en Spanje laten we buiten beschouwing, vanwege de grote regionale verschillen in de uitkeringsbedragen. De bijstandsregelingen die we in dit rapport presenteren worden derhalve gekenmerkt door hetzij nationaal uniforme bijstandsbedragen (België, Denemarken, Frankrijk, Ierland, Luxemburg, Nederland, Portugal en het VK), hetzij door eerder kleine regionale verschillen die toelaten een representatief uitkeringsbedrag te gebruiken. Voor Duitsland gebruiken we het gemiddeld uitkeringsbedrag voor alle deelstaten, voor Zweden de nationale richtlijnen, voor Oostenrijk de Weense bijstandsregeling, en voor Noorwegen de regeling van Oslo.

Wat de minimumlonen betreft, worden in dit artikel alleen de landen met een nationaal (wettelijk of interprofessioneel) minimumloon opgenomen: België, Frankrijk, Griekenland, Luxemburg, Nederland, Portugal, Spanje, en voor 2001 ook het Verenigd Koninkrijk (minimumloon ingevoerd in 1999) en Ierland (minimumloon ingevoerd in 2000).

Deze studie maakt gebruik van de standaardsimulatiemethode. Dit betekent dat voor een aantal hypothetische inkomenssituaties en gezinstypes het netto beschikbare inkomen wordt berekend, gegeven de fiscale en sociale regelgeving in een land. Alhoewel we de resultaten in dit artikel soms gemakshalve voorstellen alsof ze gelden voor 'de' gezinnen met een bijstandsuitkering of een minimumloon, hebben ze dus enkel betrekking op welbepaalde gezinstypes in een specifieke inkomenssituatie. In dit artikel geven we de resultaten voor een gehuwd koppel zonder kinderen en een alleenstaande (echtgescheiden) met twee schoolgaande kinderen (7 en 14 jaar). Voor de resultaten voor andere gezinstypes verwijzen we de lezer naar het onderzoeksrapport.

Het netto beschikbare inkomen wordt op dezelfde wijze gedefinieerd als door de OESO (OECD, 2002): het bruto-inkomen - inkomensbelasting - sociale bijdragen - lokale belastingen + gezinsbijslagen + huisvestingstoelagen. In tegenstelling tot de OESO worden de huisvestingstoelagen enkel opgenomen in zoverre zij een onvoor-

waardelijk recht zijn van alle huishoudens in een gegeven inkomenssituatie en niet discretionair toegekend worden.

We concentreren ons in dit artikel op de evolutie van de koopkracht en van de relatieve welvaartspositie van uitkeringstrekkers en minimumloners. De internationale verschillen in het koopkrachtniveau van bijstandstrekkers en minimumloners brengen we in kaart met behulp van de koopkrachtpariteiten berekend door Eurostat (PPP). Koopkrachtpariteiten of PPP's (Purchasing Power Parities) zetten nationale munteenheden om naar een gemeenschappelijke munteenheid en corrigeren daarbij voor de koopkrachtverschillen tussen munteenheden. Koopkrachtpariteiten maken het mogelijk om de netto beschikbare inkomens uit een uitkering of minimumloon van verschillende landen te vergelijken, zonder rekening te moeten houden met de verschillen in prijsniveaus tussen die landen. Als indicator voor de relatieve welvaartspositie van een gezin verhouden we het netto beschikbaar inkomen tot het inkomen van een gelijkaardig gezin met één gemiddeld voltijds loon (2). De evolutie van deze indicator geeft aan in welke mate de uitkeringen en minimumlonen de evolutie van de gemiddelde lonen gevolgd hebben, rekening houdend met de fiscale en parafiscale lasten.

Voor de verzameling van de gegevens inzake bruto- en netto-uitkeringsbedragen werkten we met een netwerk van informanten. In het kader van onderzoeksprojecten aan de Universiteit van York werden al voor een groot aantal Europese landen de netto beschikbare inkomens van bijstandstrekkers op actieve leeftijd en minimumloners berekend voor mei 1992 en juni 2001 (Eardley et al., 1996; Bradshaw et al., 2002). Door onze studie te beperken tot deze twee momentopnamen, konden we terugvallen op de gegevens en het netwerk van nationale informanten, gebruikt in deze onderzoeksprojecten. De nationale informanten (zie bijlage 1) stonden in

(2) Het algemene welvaartspeil van de bevolking wordt echter vooral bepaald door de hoogte van het gestandaardiseerde gezinsinkomen, en is daarom maar ten dele afhankelijk van de hoogte van de individuele lonen. De representativiteit van het gemiddeld loon van een voltijdse werknemer voor het welvaartspeil van de bevolking hangt af van onder meer het aandeel deeltijdarbeiders en tweeverdieners. Dit betekent dat de validiteit van het gemiddeld loon als indicator voor het welvaartsniveau van land tot land én doorheen de tijd varieert.

voor de selectie van de relevante sociale programma's (zie bijlage 2), de keuze van de meest geschikte bronnen (voor o.a. gemiddeld loon voor een voltijdse werknemer) en de berekening van de netto beschikbare inkomens. (3)

Een internationale vergelijking van netto-bijstandsniveaus heeft beperkingen. Verschillende factoren bemoeilijken een correcte vergelijking tussen de landen. Ten eerste zijn de institutionele verschillen tussen de landen groot: het bijstandssysteem in het geheel van de sociale bescherming verschilt sterk, de toekenningsvoorwaarden variëren en de non-take up van bijstandsuitkeringen loopt sterk uiteen (4). Ten tweede is de standaardsimulatiemethode zeer gevoelig voor de inkomenselementen en uitgavenposten die al dan niet in het netto beschikbaar inkomen opgenomen zijn. Bij gebrek aan betrouwbare comparatieve gegevens blijven in onze definitie van het netto beschikbare inkomen een aantal grote uitgavenposten afwezig, zodat geen rekening wordt gehouden met de internationale verschillen in bijvoorbeeld de huisvestingskosten of de gezondheidsuitgaven. Ten slotte kan de validiteit van een aantal gegevens verbeterd worden, onder meer van de beschikbare internationale tijdreeksen over de gemiddelde lonen.

Dit artikel is een synthese van het onderzoeksrapport 'De bodembescherming in 15 Europese landen in de periode 1992-2001' (Cantillon et al., 2004). Dit onderzoeksrapport kan geraadpleegd worden op <http://www.ua.ac.be/csb> en bevat een methodologische bijlage met een beschrijving van de methode en de maatstaven, de assumpties, de voor- en nadelen van de methode en de validiteit van de resultaten. Het onderzoek werd gefinancierd door de FOD Sociale Zekerheid.

(3) We zijn dan ook een uitgesproken dank verschuldigd aan alle informanten: Peter Abrahamson en Cecilie Wehner (Universiteit Kopenhagen, Denemarken), Peter Krause, Gundi Knies, Tanja Zähle en Constanze Büning (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Duitsland), Antoine Math (Institut de Recherches Economiques et Sociales, Frankrijk), Theo Papadopoulos (University of Bath (Griekenland)), Brian Nolan en Brenda Gannon (Economic and Social Research Institute, Ierland), Yuri Kazepov, Geatano Proto en Stefania Sabatinelli (Universiteit van Urbino, ISTAT en Universiteit van Milaan-Bicocca, Italië), Monique Borsenberger (Centre d'Études de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Économiques, Luxemburg), Wim van Oorschot en Michiel Luigjes (Universiteit van Tilburg, Nederland), Axel West Pedersen, Anne Skevik en Charlotte Koren (NOVA, Noorwegen), M. Förster en M. Fuchs (European Centre for Social Welfare Policy and Research, Oostenrijk), Ana Cardoso (CESIS, Portugal), Joaquim Aiguabella, Raul Martínez en Adele Oliveri (Gabinet d'Estudis Socials S.C.C.L., Spanje), Jonathan Bradshaw, Tina Davis en Chris Farrell (University of York, VK) en Kenneth Nelson (Stockholm Universiteit, Zweden). Bovendien willen we Hendrik Larmuseau (FOD Sociale Zekerheid) danken voor zijn bijzonder nuttige opmerkingen. Fouten in de berekeningen of interpretaties die in dit onderzoeksrapport voorgesteld worden, vallen echter volledig onder de verantwoordelijkheid van de auteurs.

(4) Het belang van deze institutionele verschillen blijkt onder andere uit de zwakke correlatie tussen de hoogte van de netto-bijstandsinkomens en de armoederisico's (zie Cantillon et al., 2004 (methodologische bijlage)). Voor een analyse van de non-take up, zie Nicaise et al, 2004.

2. DE WETTELIJKE AANPASSINGSMECHANISMEN

In de meeste landen worden de sociale uitkeringen regelmatig aangepast aan de prijzen en de welvaarts-groei. Maar de criteria die hiervoor gebruikt worden, variëren sterk. We overlopen hier kort de wettelijke aanpassingsmechanismen anno 2001 (voor een overzicht: zie tabel 1). Let wel: in periodes van snel groeiende sociale uitgaven veranderen landen vaak van aanpassingsmechanisme (bv. Duitsland) of stellen ze het wettelijke mechanisme tijdelijk buiten werking (bv. Nederland). In deel 5 gaan we na in hoeverre de feitelijke evolutie van de sociale minima door de wettelijke aanpassingsmechanismen bepaald wordt.

2.1. PRIJSAANPASSINGEN

Het principe van koopkrachtvaste bijstandsuitkeringen wordt veelal in praktijk gebracht via een koppeling van de uitkeringen aan een algemene prijsindex, meestal de index van de consumptieprijzen (Consumer Price Index (CPI)) (Duitsland, Frankrijk, Italië, Luxemburg, Spanje, Zweden). De Belgische en Britse overheden hebben een specifieke index ontwikkeld. In België zijn de sociale uitkeringen en de lonen sinds 1994 niet meer gekoppeld aan het indexcijfer van de consumptieprijzen, maar aan de zogenaamde gezondheidsindex. De gezondheidsindex wordt op een gelijkwaardige manier berekend als het CPI, maar het bevat niet de prijzen van producten die schadelijk worden geacht voor de gezondheid (tabakswaaren), of die sterk afhankelijk zijn van buitenlandse factoren (olie) (5). In het VK worden sociale uitkeringen geïndexeerd op basis van de zgn. Rossi-index. Deze index - voor het eerst gebruikt in 1982 - wordt berekend op basis van de Retail Price Index, maar bevat niet de huur- en woningprijzen, gezien de lage inkomensgezinnen hiervoor in principe kunnen terugvallen op huisvestingstoelagen (Bradshaw et al., 1995). De aanpassingen aan een prijsindex kunnen automatisch gebeuren via een spilindex (België, Frankrijk en Luxemburg) of op geregelde tijdstippen (Duitsland, Italië, Spanje, Verenigd Koninkrijk en Zweden).

In sommige landen bestaat er geen expliciete koppeling van de uitkeringen en/of minimumlonen aan een prijsindex, maar resulteren de jaarlijkse ad hoc aanpassingen wel in koopkrachtvaste minima. Vooral de aanpassing van de minimumlonen is vaak afhankelijk van de uitkomst van het sociaal overleg. In Ierland, Portugal, Spanje en het Verenigd Koninkrijk past de overheid het minimumloon jaarlijks aan na overleg met de sociale partners. In Griekenland is de overheid zelfs nauwelijks betrokken bij de vaststelling van het minimumloon; de hoogte van het minimumloon wordt er volledig overgelaten aan de sociale partners. Behalve in Spanje resulteerden in de beschouwde periode deze ad hoc aanpassingen in koopkrachtvaste brutominimumlonen.

(5) Voor een analyse van het effect van de gezondheidsindex op de koopkrachtvastheid van de pensioenen: zie Hoge Raad van Financiën, 2004.

2.2. WELVAARTSAANPASSINGEN

Het meest courant gebruikte mechanisme om welvaartsvaste uitkeringen en minimumlonen te garanderen is de koppeling aan een loonindex, veelal gebaseerd op het brutoloon (Denemarken, Italië, Luxemburg en het minimumloon in Frankrijk en Nederland). In Nederland en Oostenrijk fungeert het nettoloon als basis voor de aanpassing van de bijstandsuitkeringen; de aanpassingen houden met andere woorden ook rekening met de fiscale en parafiscale behandeling van de arbeidsinkomens. Hoewel de globale inkomensevolutie in principe een betere indicator is voor de veranderingen in het algemene welvaartsniveau van een land dan het loon, is er in onze studie slechts één land dat hiermee rekening houdt, met name Duitsland.

In sommige landen wordt er ad hoc beslist over de welvaartsaanpassingen. In Ierland, Portugal en Noorwegen worden de bijstandsuitkeringen aangepast volgens de beleidsprioriteiten en/of budgettaire mogelijkheden van het moment. Globaal gesproken resulteerden deze aanpassingen in de jaren '90 in bijstandsuitkeringen die minstens even snel groeiden als de gemiddelde lonen.

Een bijzonder aanpassingsmechanisme voor bijstandsuitkeringen zijn de aanpassingen op basis van enquêtes over het consumptiegedrag. In Duitsland wordt het uitgavenpatroon van lage inkomensgezinnen via 5-jaarlijkse enquêtes gevolgd en in rekening gebracht in het aanpassingspercentage waarmee de bijstandsuitkeringen jaarlijks herzien worden. In Zweden worden de bijstandsuitkeringen op basis van consumenten-enquêtes jaarlijks aangepast aan de prijzen én regelmatig herzien in functie van het gewijzigde consumptiegedrag (Nielsen, 2003). Dit aanpassingsmechanisme garandeert niet noodzakelijk welvaartsvaste uitkeringen, maar is wel duidelijk verbonden met een normatief kader over de levensstandaard van een bijstandsgezin.

TABEL 1: WETTELIJKE PRIJS- EN WELVAARTSAANPASSINGSMECHANISMEN VOOR BIJSTANDSUITKERINGEN EN MINIMUMLONEN IN 15 EUROPESE LANDEN, 2001

	Gewaarborgd minimum actieve leeftijd	Gewaarborgd minimum na actieve leeftijd	Nationaal minimumloon
België	Automatische (spilindex) prijsaanpassingen op basis van consumptieprijzen (gezondheidsindex)	Automatische (spilindex) prijsaanpassingen op basis van consumptieprijzen (gezondheidsindex)	Automatische (spilindex) prijsaanpassingen op basis van consumptieprijzen (gezondheidsindex) Mogelijkheid tot welvaartsaanpassingen via tweejaarlijks sociaal overleg
Denemarken	Jaarlijkse welvaartsaanpassingen op basis van brutolonen	Jaarlijkse welvaartsaanpassingen op basis van brutolonen	-
Duitsland	Jaarlijkse welvaartsaanpassingen d.m.v. index samengesteld op basis van consumptieprijzen, netto inkomens en consumptiegedrag	Jaarlijkse welvaartsaanpassingen d.m.v. index samengesteld op basis van consumptieprijzen, netto inkomens en consumptiegedrag	-
Frankrijk	Jaarlijkse prijsaanpassingen op basis van consumptieprijzen (CPI)	Ad hoc	Automatische (spilindex) prijsaanpassingen op basis van consumptieprijzen (CPI) Jaarlijkse welvaartsaanpassingen op basis van brutolonen Mogelijkheid tot bijkomende welvaartsaanpassingen via regeringsbeslissing
Griekenland	-	-	Aanpassingen via jaarlijks sociaal overleg
Ierland	Ad hoc	Ad hoc	Aanpassingen via tweejaarlijks sociaal overleg
Italië	-	Jaarlijkse prijs- en welvaartsaanpassingen op basis van consumptieprijzen en brutolonen	-
Luxemburg	Prijs- en welvaartsaanpassingen via koppeling aan het bruto minimumloon	Prijs- en welvaartsaanpassingen via koppeling aan het bruto minimumloon	Automatische (spilindex) prijsaanpassingen op basis van consumptieprijzen (CPI) Tweejaarlijkse welvaartsaanpassingen op basis van brutolonen
Nederland	Welvaartsaanpassingen via koppeling aan het netto minimumloon	Welvaartsaanpassingen via koppeling aan het netto minimumloon	Halfjaarlijkse welvaartsaanpassingen op basis van de brutolonen Mogelijkheid tot bijkomende welvaartsaanpassingen via driejaarlijks sociaal overleg
Noorwegen	Ad hoc	Ad hoc	-

TABEL 1: WETTELIJKE PRIJS- EN WELVAARTSAANPASSINGSMECHANISMEN VOOR BIJSTANDSUITKERINGEN EN MINIMUMLONEN IN 15 EUROPESE LANDEN, 2001 (VERVOLG)

Oostenrijk	Gekoppeld aan het minimumpensioen: Jaarlijkse welvaartsaanpassingen op basis van de nettolonen Mogelijkheid tot bijkomende welvaartsaanpassingen via regeringsbeslissing	Gekoppeld aan het minimumpensioen: Jaarlijkse welvaartsaanpassingen op basis van de nettolonen Mogelijkheid tot bijkomende welvaartsaanpassingen via regeringsbeslissing	-
Portugal	Ad hoc	Ad hoc	Jaarlijkse aanpassing op basis van sociaal overleg
Spanje	-	Jaarlijkse prijsaanpassingen op basis van consumptieprijzen	Jaarlijkse aanpassing op basis van sociaal overleg
Verenigd Koninkrijk	Jaarlijkse prijsaanpassingen op basis van consumptieprijzen (Rossi-index)	Jaarlijkse prijsaanpassingen op basis van consumptieprijzen (Rossi-index)	Jaarlijkse aanpassing op basis van sociaal overleg
Zweden	Jaarlijkse prijs- en welvaartsaanpassingen op basis van consumptieprijzen en consumptiegedrag (via consumentenenquête)	Jaarlijkse prijsaanpassingen op basis van consumptieprijzen	-

Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UA.

2.3. DE MECHANISMEN VAN KOOP- EN WELVAARTSVASTHEID IN KAART GEBRACHT

De aanpassingsregeling in België waarbij voor de bijstandsuitkeringen enkel een automatische koppeling aan de prijzen is voorzien, vormt – samen met de regelingen in Frankrijk en in het VK – een uitzondering in het Europese landschap (6). Uit tabel 1 blijkt immers dat vele landen verschillende aanpassingsmechanismen aan prijzen én aan welvaart combineren. In Duitsland, Frankrijk, Italië, Luxemburg en Zweden wordt een mechanisme van koopkrachtaanpassingen gecombineerd met welvaartsaanpassingen (7). Zo houdt het Duitse aanpassingspercentage voor sociale

(6) Recent (Ministerraad 20 en 21/03/2004) werd in België evenwel beslist om vanaf 2007 zowel de inkomensplafonds als de uitkeringen in de sociale zekerheid elke twee jaar aan te passen aan de welvaarts-groei. Over de omvang van de aanpassing zal de regering ad hoc beslissen, rekening houdend met de ontwikkeling van de werkgelegenheid en de kost van de vergrijzing, en na overleg met de sociale partners. Dit mechanisme is echter alleen van toepassing op de socialezekerheidsuitkeringen, niet op de bijstandsuitkeringen.

(7) Door zowel mechanismen voor koopkracht- als welvaartsaanpassingen te voorzien kunnen in principe ook koopkrachtvaste sociale minima gewaarborgd worden in een periode van een negatieve of beperkte welvaarts-groei.

uitkeringen (geïntroduceerd in 2001) rekening met zowel de inflatie, de evolutie van het netto-inkomen als het consumptiegedrag van de lage inkomensgezinnen. In Frankrijk en Luxemburg wordt het minimumloon (in Luxemburg ook de sociale uitkeringen die gekoppeld zijn aan het minimumloon) zowel aangepast aan de prijzen als aan de brutolonen. In Luxemburg wordt het minimumloon om de twee jaar aangepast op basis van de evolutie van het gemiddelde bruto uurloon tijdens de voorbije twee jaar en de algemene economische ontwikkeling. In Frankrijk wordt het minimumloon jaarlijks aangepast aan minstens de helft van de koopkrachtevolutie van de lonen.

In niet minder dan zes van de twaalf landen met een nationaal bijstandssysteem voor personen op actieve leeftijd volgen de bijstandsuitkeringen in principe (deels) de algemene welvaartsevolutie (Denemarken, Duitsland, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk (Wenen) en Zweden). Slechts in drie landen bestaat geen enkel aanpassingsmechanisme voor de bijstandsuitkeringen en wordt de evolutie volledig bepaald door ad hoc beslissingen (Ierland, Portugal, Noorwegen). In België, Frankrijk en het VK is enkel een koppeling aan de prijzen voorzien.

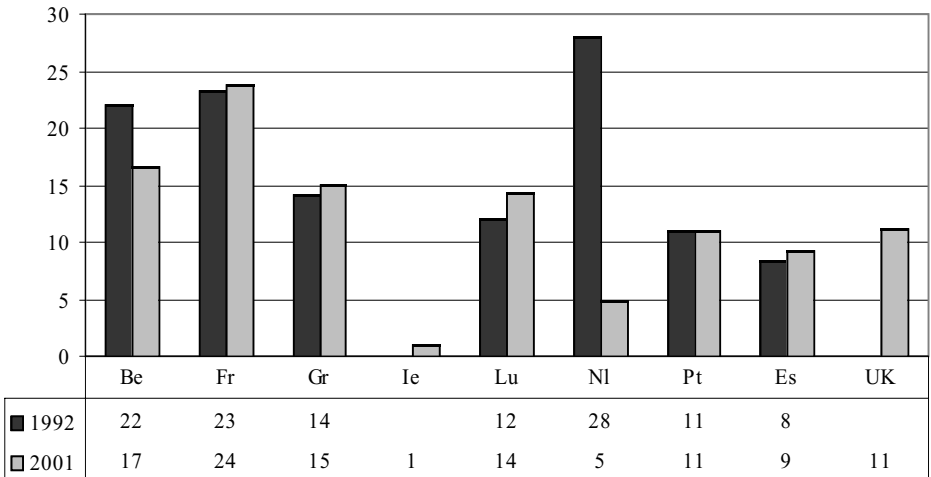
Voor de nationale minimumlonen daarentegen vormt het ontbreken van een aanpassingsmechanisme eerder de regel dan de uitzondering. In slechts vier van de negen landen met een nationaal minimumloon worden de minimumlonen geregeld aangepast aan de prijzen (België, Frankrijk en Luxemburg) en/of lonen (Frankrijk, Luxemburg en Nederland).

3. DE FISCALE EN PARAFISCALE DRUK OP DE BODEMBESCHERMING: VAN BRUTO-NAAR NETTO-UITKERINGEN/MINIMUMLONEN

In de meeste landen zijn de bijstandsuitkeringen volledig vrijgesteld van fiscale en parafiscale lasten (Duitsland, Ierland, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Portugal en Zweden) of zijn zij enkel onderworpen aan lokale belastingen (8) (België, Frankrijk en het VK). Enkel in Denemarken veranderde de fiscale behandeling van bijstandsuitkeringen in de jaren negentig aanzienlijk. Sinds de belastinghervorming van 1994 worden de sociale uitkeringen er op zowat dezelfde manier belast als de arbeidsinkomens. Deze hervorming ging gepaard met een belangrijke verhoging van de bruto-uitkeringsbedragen en de introductie van een substantiële belastingvermindering voor de lage inkomensgezinnen. De effecten van deze belastinghervorming op de relatieve levensstandaard van uitkeringsgerechtigden verschillen sterk naargelang van het gezinstype (cf. infra).

(8) De lokale belastingen bevatten niet alleen de lokale personenbelastingen maar ook de bijkomende kosten voor water, riolering of huisvuilophaling

FIGUUR 1: SOM VAN DE PERSONENBELASTINGEN, DE SOCIALE BIJDAGEN EN DE LOKALE BELASTINGEN ALS % VAN HET BRUTO-MINIMUMLOON VOOR EEN EENVERDIENERSKOPPEL ZONDER KINDEREN MET EEN NATIONAAL MINIMUMLOON IN 9 EUROPESE LANDEN, 1992 EN 2001*

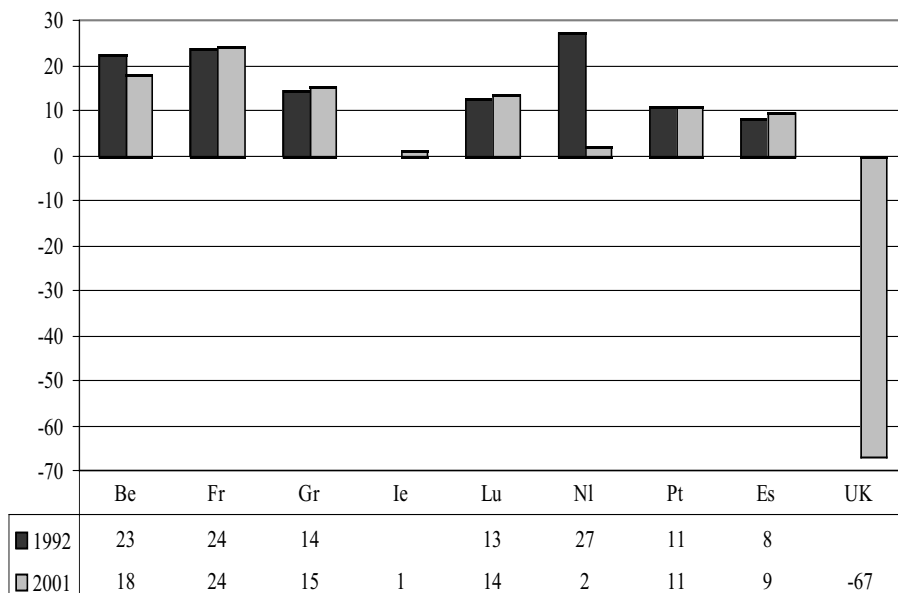


* In het VK en Ierland werd het minimumloon pas in 1999 resp. 2000 ingevoerd. Beschrijving landen: figuur 4.
Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UA.

De fiscale en parafiscale lasten (som van de personenbelastingen, de sociale bijdragen en de lokale belastingen) voor een eenverdienerskoppel met een minimumloon variëren anno 2001 van 1% van het bruto-minimumloon in Ierland tot 24% in Frankrijk (figuur 1). In een aantal landen werden in de jaren 1990 fiscale en parafiscale lastenverlagingen doorgevoerd om het netto-inkomen van gezinnen met een laag arbeidsinkomen te verhogen, en aldus de afhankelijkheidsval te beperken. Het meest gekende voorbeeld is de Working Families Tax Credit (WFTC) in het Verenigd Koninkrijk, ingevoerd in 1999 en een centraal element in het Britse actieve welvaartsstaatbeleid. Het maandinkomen van een koppel of alleenstaande ouder met twee kinderen en een minimumloon werd dankzij dit belastingkrediet in 2001 met ongeveer 730 EUR opgehoogd (dit is 81% van het brutominimumloon). Ook in Frankrijk werd een belastingkrediet voor lage lonen ingevoerd, maar dit is zo beperkt in omvang (voor koppels zonder kinderen en eenouders met twee kinderen bedraagt dit 2% van het minimumloon) dat het niet compenseert voor de algemene stijging van de parafiscale lasten sinds het begin van de jaren '90. Figuren 1 en 2 tonen aan dat ook in België en Nederland de fiscale en parafiscale druk op de lage lonen daalde. In Nederland werd met de belastinghervorming van 2001 een algemene lastenverlaging doorgevoerd (onder meer via de invoering van een forfaitair belastingkrediet van 921 EUR per jaar voor alle arbeidsinkomens (de zgn. Arbeidskorting); in 2003 werd de Arbeidskorting omgevormd tot een inkomensafhankelijk belastingkrediet). In Nederland was een koppel zonder kinderen in 1992 nog 28%

van het minimumloon verschuldigd aan belastingen en bijdragen, in 2001 nog maar 5%. In België daalde de fiscale en parafiscale last op het minimumloon voor een koppel van 22% in 1992 tot 17% in 2001 (nadien werden nog belangrijke lastenverlagingen voor lage lonen doorgevoerd (9)).

FIGUUR 2: SOM VAN DE PERSONENBELASTINGEN, DE SOCIALE BIJDRAGEN EN DE LOKALE BELASTINGEN ALS % VAN HET BRUTO-MINIMUMLOON VOOR EEN ALLEENSTAANDE OUDER MET 2 KINDEREN EN EEN NATIONAAL MINIMUMLOON IN 9 EUROPESE LANDEN, 1992 EN 2001*



In het VK en Ierland werd het minimumloon pas in 1999 resp. 2000 ingevoerd. Beschrijving landen: figuur 5.
Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UA.

(9) De som van de inkomensbelasting en de sociale bijdrage in percentage van het bruto-minimumloon is tussen 2001 en 2003 voor een alleenstaande ouder met twee kinderen nog verder gedaald van 15% naar 12% (De Lathouwer, 2004).

4. DE BODEMBESCHERMING IN 2001

4.1. DE KOOPKRACHT VAN DE BODEMBESCHERMING

De internationale verschillen in het koopkrachtniveau van de bodembescherming kunnen we meten door de netto beschikbare inkomens (10) uit te drukken in koopkrachtpariteiten (of PPP) (11). In koopkrachtpariteiten varieert het gezinsinkomen van een koppel met één minimumloon van 1.488 EUR in Luxemburg over 1.069 EUR in België tot 411 EUR in Portugal (figuur 3: bovenste grafieken). Ook de koopkracht van bijstandsgezinnen verschilt sterk van land tot land. Voor koppels op actieve leeftijd bedraagt het netto bijstandsinkomen uitgedrukt in PPP 1.339 EUR in Luxemburg, 719 EUR in België en 362 EUR in Portugal (figuur 3: middelste grafieken). Er weze bovendien aan herinnerd dat een universele bijstandsregeling onbestaande is in Griekenland, Italië en Spanje.

Hoewel de koopkracht van de gewaarborgde minima steeds hoog is in Luxemburg en laag in Portugal, verandert de ranking van de landen tussen beide uitersten naargelang van de regeling. Vergeleken met de mediaan voor de Europese landen scoort België bijvoorbeeld zeer goed op het vlak van de inkomensbescherming voor voltijds werkenden (minimumlonen), maar eerder middelmatig voor de niet-actieven op beroepsactieve leeftijd en zelfs laag voor de inkomenswaarborg voor ouderen (figuur 3).

De ranking van de landen op basis van koopkrachtpariteiten stemt bovendien niet altijd overeen met de klassieke rangordening waarbij de sociaal-democratische welvaartsstaten in de Scandinavische landen tot de meest genereuze worden gerekend, vervolgens de zg. 'corporatistische' welvaartsstaten in Nederland, België, Duitsland, Frankrijk en Luxemburg, waar de bescherming genereus is, maar minder, en tot slot de minst genereuze Angelsaksische en Zuid-Europese welvaartsstaten. De koopkracht van bijstandsgezinnen op beroepsactieve leeftijd blijkt in Zweden en Noorwegen nauwelijks hoger te liggen dan het mediane niveau in Europa (figuur 3: middelste grafieken). De koopkracht van Duitse bijstandsgezinnen ligt veelal lager dan van Ierse of Italiaanse bijstandstrekkers. En bijstandsgerechtigden in het Verenigd Koninkrijk beschikken meestal over een grotere koopkracht dan bijstandstrekkers in België of Frankrijk.

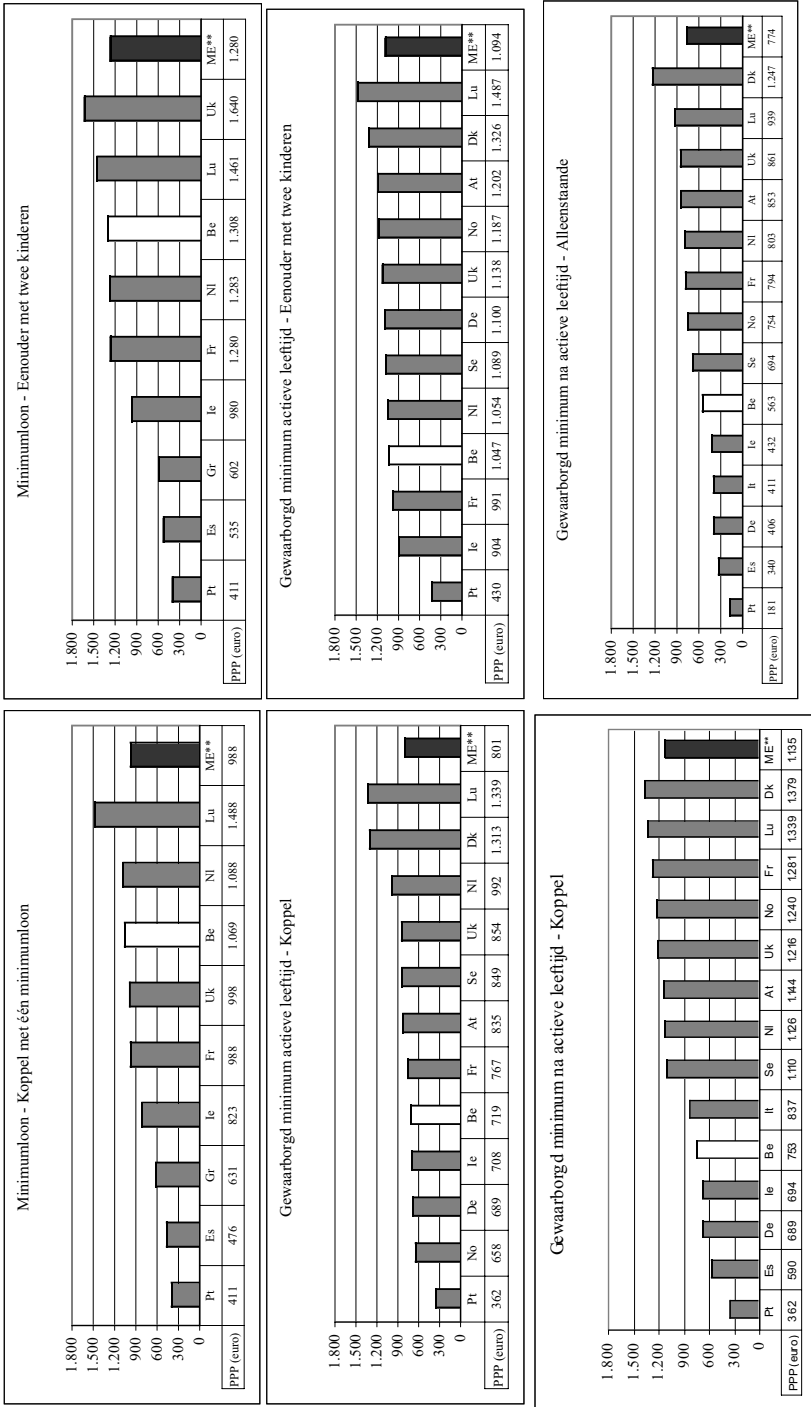
In bijna alle landen is de bijstandsbescherming voor ouderen hoger dan voor uitkeringstrekkers op beroepsactieve leeftijd (figuur 3: vergelijk middelste met onderste grafieken). Het koopkrachtverschil tussen het gewaarborgd inkomen voor personen op beroepsactieve leeftijd enerzijds en dat voor ouderen anderzijds is vooral groot in Noorwegen, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Oostenrijk. In Noorwegen is de koopkracht van een koppel met een universeel minimumpensioen (1.240 EUR) bijna twee keer zo hoog als van een bijstandskoppel zonder kinderen (658 EUR).

(10) Netto beschikbaar inkomen = bruto-uitkering - inkomensbelasting - sociale bijdragen - lokale belastingen + gezinsbijslagen + huisvestingstoelagen.

(11) Voor meer uitleg over de gebruikte koopkrachtpariteiten of PPP's: zie deel 1.

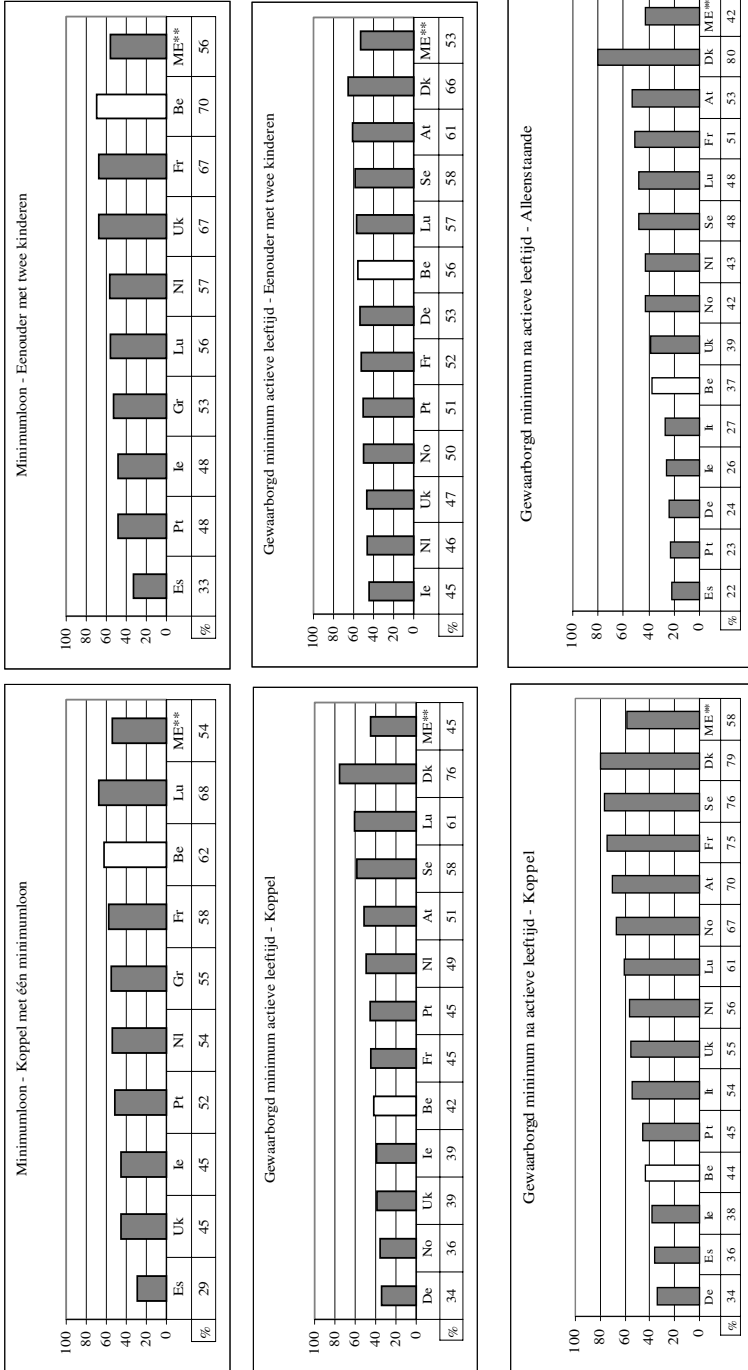
In landen waar wettelijke minimumlonen bestaan, is de inkomensbescherming voor voltijds werkenden altijd hoger dan voor niet-actieven op beroepsactieve leeftijd (figuur 3: vergelijk bovenste met middelste grafieken). Toch zijn de voltijds werkenden niet altijd de best beschermde categorie. In Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, Spanje en Nederland ligt de bijstandsuitkering voor ouderen hoger dan het netto-inkomen van een koppel met één minimumloon (figuur 3: vergelijk bovenste met onderste grafieken). In België, Ierland, Luxemburg en Portugal zijn voltijds werkenden wel beter beschermd dan niet-actieve gezinnen. In België is het verschil tussen de netto-bijstandsuitkeringen en het netto-minimumloon - met meer dan 40% - zelfs zeer uitgesproken, zowel voor actieven als ouderen.

FIGUUR 3: NETTO BESCHIKBAAR INKOMEN VAN BIJSTANDSGEZINNEN* EN EENVERDIENERSGEZINNEN MET EEN MINIMUMLOON IN EUROPESE LANDEN, 2001 (IN KOOPKRACHTPARITEITEN)



* Nationale programma's behalve gewaarborgd minimuminkomen voor personen op actieve leeftijd in Oostenrijk (Wenen), Duitsland (gemiddelde over alle deelstaten) en Noorwegen (Oslo). De gewaarborgde minima voor personen na actieve leeftijd in Nederland, Denemarken, Noorwegen en Zweden zijn geen middeldegevoeste bijstandsuitkeringen maar universele minimumpensioenen. ** Mediaan. Beschrijving landen: figuur 4.
Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleck, UA.

FIGUUR 4: NETTO BESCHIKBAAR INKOMEN VAN EEN GEZIN MET EEN BIJSTANDSUITKERING*/MINIMUMLOON ALS PERCENTAGE VAN HET NETTO BESCHIKBAAR INKOMEN VAN EENZELFDE GEZINSTYPE MET ÉÉN GEMIDDELD LOON IN EUROPESE LANDEN, 2001



* Nationale programma's behalve gewaarborgd minimuminkomen voor personen op actieve leeftijd in Oostenrijk (Wenen), Duitsland (gemiddelde over alle deelstaten) en Noorwegen (Oslo). De gewaarborgde minima voor personen na actieve leeftijd in Nederland, Denemarken, Noorwegen en Zweden zijn geen middelgetoeste bijstandsuitkeringen maar universele minimumpensioenen. ** Mediaan. At=Oostenrijk, Be=België, De=Duitsland, Dk=Denemarken, Fr=Frankrijk, Gr=Griekenland, Ie=Ierland, It=Italië, Nl=Nederland, No=Noorwegen, Lu=Luxemburg, Pt=Portugal, Es=Spanje, Se=Zweden, UK=Verenigd Koninkrijk.
Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UA.

Voor koppels zonder kinderen is het beschermingsniveau – rekening houdend met de kinderbijslagen – veelal lager dan voor eenoudergezinnen met twee kinderen (figuur 3: vergelijk meest rechtse met meest linkse grafieken). Dat betekent dat de meeste landen bijzondere aandacht hebben voor alleenstaanden met kinderlast. De equivalentieschalen die daarbij impliciet gehanteerd worden, variëren echter sterk (tabel B.1). Voor bijstandsgezinnen zijn de extra tegemoetkomingen voor eenoudergezinnen het meest genereus in Noorwegen, waardoor de koopkracht van een alleenstaande ouder (1.187 EUR) ongeveer 80% hoger ligt dan voor een koppel zonder kinderen. Voor werkenden is het verschil tussen gezinnen zonder en gezinnen met kinderen het meest uitgesproken in het Verenigd Koninkrijk. Het inkomen van een koppel zonder kinderen (998 EUR in PPP) ligt er bijna 40% lager dan het inkomen van een alleenstaande ouder (1.640 EUR in PPP). Het relatief lage niveau van de minimumlonen wordt er voor gezinnen met kinderen gecompenseerd door het genereuze belastingkrediet. Vergeleken met de andere Europese landen zijn de financiële voordelen voor bijstandsgezinnen en minimumloners met kinderen in België noch hoog, noch laag.

4.2. DE BODEM VERGELEKEN MET DE GEMIDDELTE LONEN

De relatieve welvaartspositie van bijstandsgerechtigden en minimumloners brengen we in kaart door het netto beschikbaar inkomen van een gezin te verhouden tot het netto inkomen van eenzelfde gezinstype met één gemiddeld loon. In percentage van het inkomen van een gezin met een gemiddeld loon varieert het gezinsinkomen van een bijstandskoppel op actieve leeftijd van 76% in Denemarken tot 34% in Duitsland (figuur 4: middelste grafieken).

De ranking op basis van de relatieve welvaartspositie wijkt soms af van de rangorde op basis van koopkrachtpariteiten. Als we de bijstandsinkomens verhouden tot de gemiddelde lonen, verschijnen Zweden en Oostenrijk veel meer aan de top van de rangordening dan in de ranking op basis van koopkrachtpariteiten (vergelijk figuren 3 en 4: middelste grafieken). Het Verenigd Koninkrijk gaat, in vergelijking met de ranking op basis van koopkrachtpariteiten, meestal een aantal plaatsen achteruit. Het opmerkelijkste in het licht van de klassieke typologie van welvaartsstaten is de relatieve welvaartspositie van bijstandsgezinnen op beroepsactieve leeftijd in Portugal. De koopkracht van een bijstandsuitkering bleek er beduidend onder het niveau van de andere Europese landen te liggen; in vergelijking met het gemiddeld loon is het verschil tussen de Portugese bijstandsuitkeringen voor actieven en de bescherming in andere Europese landen niet zo groot.

De Europese mediaanwaarde van de verhouding tussen het minimumloon en het gemiddelde loon ligt voor eenoudergezinnen met twee kinderen op 56%, voor koppels zonder kinderen op 54% (figuur 4: bovenste grafieken). In België is deze verhouding gunstiger: het netto-minimumloon voor eenoudergezinnen met inbegrip van de kinderbijslag bedraagt 70% van het netto gemiddelde loon, voor eenverdienerskoppels zonder kinderen 62%. In Frankrijk en in het Verenigd Koninkrijk ligt de

verhouding minimumloon/gemiddeld loon substantieel boven de mediaanwaarde voor eenoudergezinnen, in Luxemburg voor koppels zonder kinderen. In Nederland en Griekenland schommelt deze verhouding telkens rond de mediaanwaarde. In Portugal, Ierland en – vooral – Spanje zijn de minimumlonen vergeleken met de gemiddelde lonen lager.

Voor actieve koppels zonder kinderen worden de hoogste bijstandsniveaus gerealiseerd in Denemarken, Zweden, Oostenrijk en Luxemburg: in deze landen zijn de bijstandsuitkeringen hoger dan de helft van de gemiddelde lonen (figuur 4: middelste grafiek links). Samen met Nederland, Frankrijk en, verrassend, Portugal, scoort België rond de mediaanwaarde van 45%. De relatieve bijstandsniveaus in Noorwegen, Duitsland, Ierland en het VK liggen beduidend onder de mediaan.

Voor eenoudergezinnen blijft de groep van de 'hoge beschermingslanden' beperkt tot Denemarken, Luxemburg en – in vergelijking met de gemiddelde lonen althans Oostenrijk en Zweden (figuur 4: middelste grafiek rechts). Het beschermingsniveau in Duitsland en Noorwegen ligt ditmaal – evenals in België, Frankrijk en Portugal – dicht bij de mediaanwaarde (53%). Nederland, Ierland en het VK scoren hier minder goed.

De ranking van de bodembescherming voor ouderen laat weer een ander patroon zien (figuur 4: onderste grafieken). Ouderen met een gewaarborgd minimuminkomen genieten in vergelijking met de gemiddelde lonen de beste bescherming in Denemarken, Luxemburg, Oostenrijk en Zweden; zij krijgen bovendien het gezelschap van Frankrijk. Nederland, Noorwegen, het VK en – alhoewel de koopkracht van de uitkeringen er eerder laag is – Italië situeren zich rond de mediaan. Ierland, Portugal en Spanje maar ook België en Duitsland behoren tot de groep 'lage beschermingslanden'.

Voor België is deze vergelijking van beschermingsniveaus zeer leerrijk. De bodembescherming voor werkenden ligt zowel in koopkrachtpariteiten als in vergelijking met de gemiddelde lonen hoog, zeker voor gezinnen met kinderen. Voor niet-werkende gezinnen op actieve leeftijd ligt het beschermingsniveau rond de mediaanwaarde in Europa. Voor ouderen daarentegen is de bodembescherming relatief laag. Het bijstandsinkomen voor een bejaard koppel ligt er in koopkrachtpariteiten maar liefst 34% onder de mediaan voor de Europese landen (753 versus 1.135 EUR); uitgedrukt in procent van de gemiddelde lonen ligt de inkomensgarantie voor ouderen 14 procentpunten onder de Europese mediaan (44% versus 58% van het netto gemiddelde loon).

5. DE EVOLUTIE VAN DE BODEMBESCHERMING IN DE JAREN NEGENTIG

Figuur 5 toont de koopkrachtevolutie van de bodembescherming in de Europese landen; de landen zijn van laag naar hoog gerangschikt op basis van het beschermingsniveau in koopkrachtpariteiten in 2001 (zie figuur 3). Figuur 6 geeft de procentuele evolutie van de relatieve welvaartspositie van bijstandsgerechtigden en minimumloners in de Europese landen, gerangordend volgens het relatieve welvaartsniveau (zie figuur 4) (zie ook tabel B.4).

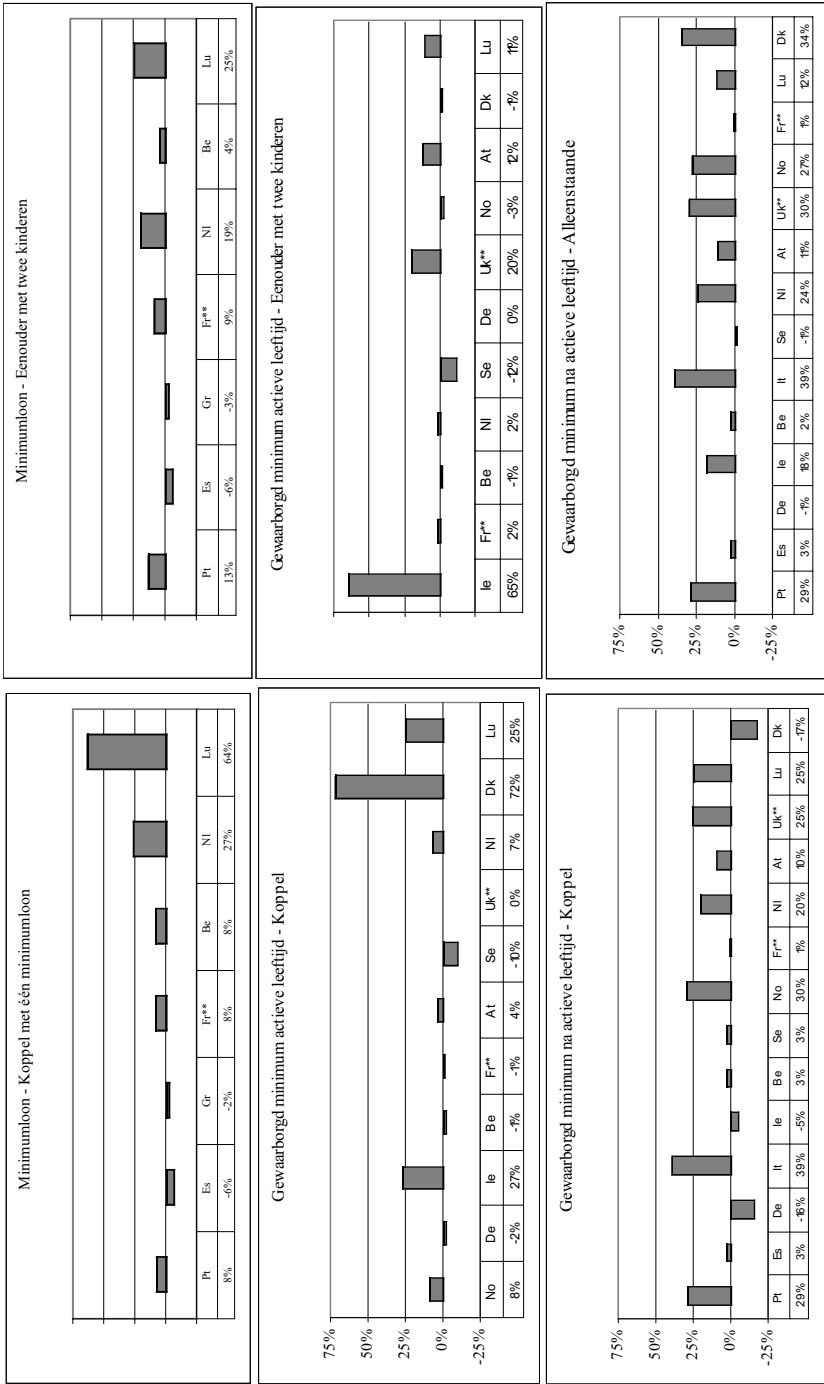
Hoewel de evolutie van de bodembescherming in de Europese lidstaten geenszins homogeen was, kunnen toch drie grote krachtlijnen worden onderscheiden. Eén: in de meeste landen waar wettelijke minimumlonen bestaan, volgden zij zowel de evolutie van de prijzen (figuur 5: bovenste grafieken) als die van de gemiddelde lonen (figuur 6: bovenste grafieken). Twee: hoewel de bijstandsuitkeringen voor actieven meestal wel koopkrachtvast waren (figuur 5: middelste grafieken) vertoonden zij in een grote meerderheid van de landen een erosie vergeleken met de gemiddelde lonen (figuur 6: middelste grafieken). In sommige landen was die erosie zeer uitgesproken (zie Zweden, Nederland en het VK); in andere landen – waaronder België – was de erosie minder sterk. Drie: de evolutie van de bijstandsuitkeringen voor ouderen was erg diffuus; in sommige landen was er sprake van een belangrijke welvaartserosie (Ierland, Denemarken, Verenigd Koninkrijk en Nederland), maar in evenveel andere landen was de stijging van de bodembescherming voor ouderen groter dan die van de gemiddelde lonen (figuur 6: onderste grafieken).

In Luxemburg, Frankrijk en Oostenrijk waren de bijstandsuitkeringen tussen 1992 en 2001 koopkracht- en welvaartsvast, zowel voor de ouderen als voor de personen op actieve leeftijd. In de eerste twee landen groeide ook het netto minimumloon minstens even snel als het netto gemiddelde loon (figuur 6: bovenste grafieken). In Luxemburg is dit voornamelijk het resultaat van de wettelijke aanpassingsmechanismen voor de brutobedragen (cf. supra). In Frankrijk spelen ook de verhogingen van de bijstandsuitkeringen en het minimumloon na de sociale onrust in de winter van 1997-1998. De bijstandsuitkeringen ondervonden er bovendien geen hinder van de lastenverhogingen op de lonen, waardoor de relatieve welvaartspositie van bijstandsgezinnen verbeterde (figuur 6: middelste grafieken). Dit laatste deed zich ook voor in Oostenrijk.

In Zweden, Duitsland, België en Griekenland was er duidelijk sprake van een welvaartserosie van de bodembescherming gedurende de jaren negentig. In Zweden en Duitsland waren de sociale minima niet eens koopkrachtvast (figuur 5: middelste en onderste grafieken). In Zweden kwam bij het begin van de jaren negentig de hoogte van de gewaarborgde minima onder druk te staan van de stijgende sociale uitgaven en overheidsschuld ten gevolge van de zware economische crisis (Kautto et al., 1999; Palme et al., 2002). Het wettelijke aanpassingsmechanisme moest dan ook herhaaldelijk wijken voor reële verlagingen van de minima. In Duitsland werden in de jaren negentig verschillende systemen gebruikt om de bijstandsuitkeringen aan te passen (o.a. een prijsindex exclusief de huisvestingskosten, een koppeling aan de

overheidspensioenen, een aanpassingspercentage op basis van o.a. de netto-inkomens en het consumptiegedrag (cf. supra) (Behrendt, 2002)); globaal volstonden deze mechanismen niet om zelfs koopkrachtvaste uitkeringen te garanderen. In 1996 werd er bovendien sterk gesnoeid in de bijstandsuitkering voor ouderen. De koopkracht maar vooral de relatieve welvaartspositie van de meeste bijstandsgezinnen in Duitsland ging er in de periode 1992-2001 dan ook op achteruit (grafiek 6: middelste en onderste grafieken).

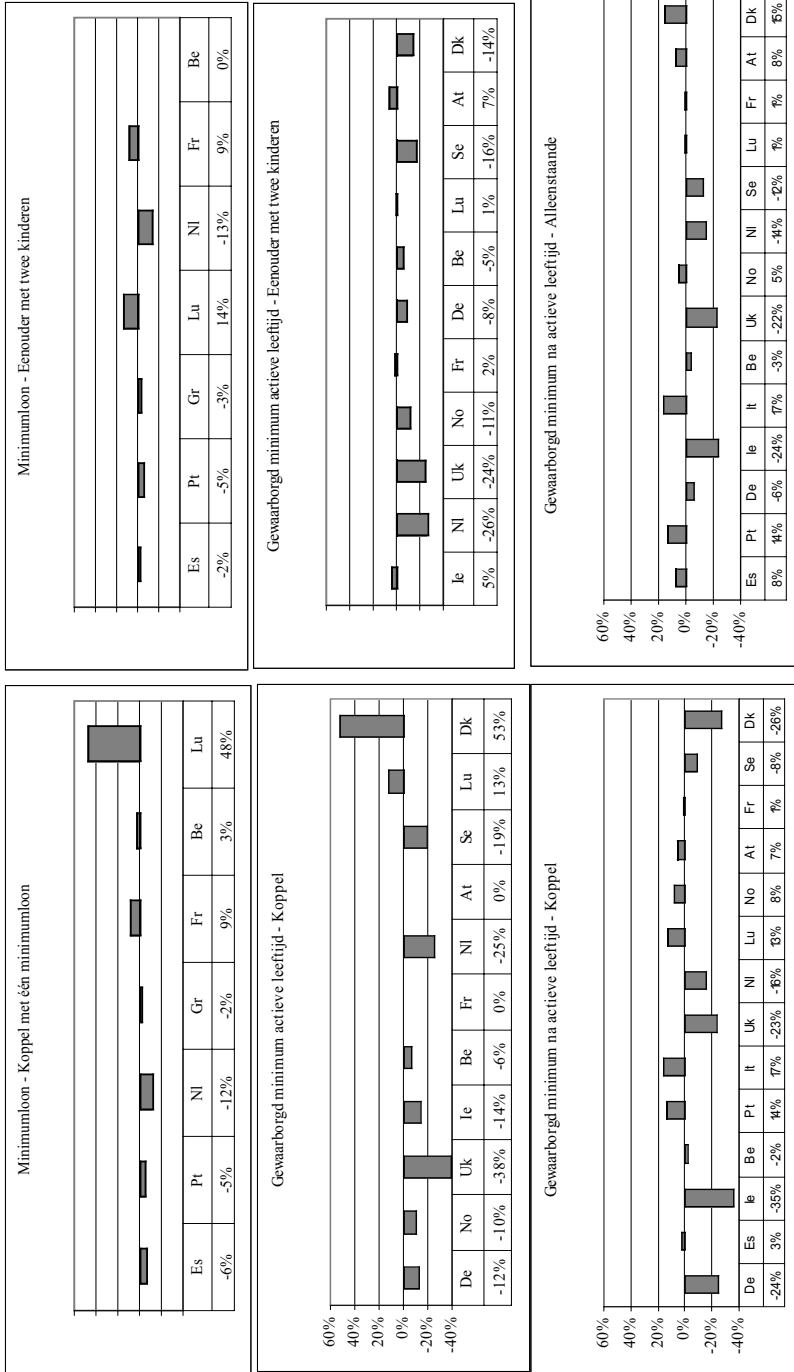
FIGUUR 5: PROCENTUELE KOOPKRACHTEVOLUTIE VAN HET NETTO BESCHIKBAAR INKOMEN VAN BIJSTANDSGEZINNEN* EN EENVERDIENERSGEZINNEN MET EEN MINIMUMLOON IN EUROPESE LANDEN, 1992-2001



* Nationale programma's behalve gewaarbord minimuminkomen voor personen op actieve leeftijd in Oostenrijk (Wenen) en Duitsland (gemiddelde over alle deelstaten). De gewaarbord minima voor personen na actieve leeftijd in Nederland, Denemarken en Zweden zijn geen middelgrootste bijstandsvuikeringen maar universele minimumpensioenen; ** Exclusief huisvestings-toelagen. *** Beschrijving landen: figuur 4.

Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleek, UA.

FIGUUR 6: NETTO BESCHIKBAAR INKOMEN VAN EEN GEZIN MET EEN BIJSTANDSUITKERING/MINIMUMLOON ALS PERCENTAGE VAN HET NETTO BESCHIKBAAR INKOMEN VAN EENZELFDE GEZINSTYPE MET ÉÉN GEMIDDELD LOON IN EUROPESE LANDEN, PROCENTUELE EVOLUTIE 1992-2001*



* Nationale programma's behalve gewaarborgd minimuminkomen voor personen op actieve leeftijd in Oostenrijk (Wenen), Duitsland (gemiddelde over alle deelstaten) en Noorwegen (Oslo). De gewaarborgde minima voor personen na actieve leeftijd in Nederland, Denemarken, Noorwegen en Zweden zijn geen middelgevoelste bijstandsuitkeringen maar universele minimumpensioenen. ** Exclustief huisvestingsbeoelagen. *** Beschrijving landen: figuur 4.

Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleack, UA

In België was de erosie van de bodembescherming minder groot dan in de voorgaande landen. Het wettelijke aanpassingsmechanisme (gezondheidsindex) staat in voor bijna koopkrachtvaste sociale minima (12). Bovendien werd de bijstandsuitkering voor ouderen in 2001 substantieel verhoogd en de parafiscale lasten voor de lage lonen werden fors verlaagd (13). De relatieve welvaartspositie van sommige gezinnen met een minimumloon ging er zelfs op vooruit (figuur 6: bovenste grafieken). In Griekenland was het reeds bij het begin van de jaren negentig slecht gesteld met de inkomensbescherming. Er bestond geen universele bijstandsuitkering, enkel een reeks van categoriale maatregelen (bv. een inkomensgetoetste uitkering voor gezinnen in bergachtige en achtergestelde gebieden). Enkel voor de werkenden was er een nationaal minimumloon in voege, maar dit lag lager dan in de andere Europese landen. In deze situatie is in de loop van de jaren negentig geen verandering gekomen. Er bestaat nog steeds geen universeel bijstandssysteem en zowel de koopkracht als de relatieve levensstandaard van de gezinnen met een minimumloon ligt anno 2001 lager dan in 1992 (figuren 5 en 6: bovenste grafieken).

Ook in Nederland, Ierland en het Verenigd Koninkrijk groeiden de sociale minima minder snel dan de gemiddelde lonen (figuur 6). Maar in tegenstelling tot Zweden, Duitsland, Griekenland en (in mindere mate) België stegen de minima in deze landen wel in reële termen (figuur 5). In Nederland werd het minimumloon en de daaraan gekoppelde bijstandsuitkeringen in de periode 1993-1995 weliswaar bevroren, uit vrees voor een bovenmatige - en voor de werkgelegenheid schadelijke - loonontwikkeling en een stijging van de sociale bijdragen en de belastingen als gevolg van de groeiende sociale uitgaven. Maar dankzij de welvaartsaanpassingen van het minimumloon in de tweede helft van de jaren negentig, lag het koopkrachtniveau van de bodembescherming anno 2001 hoger dan in 1992. De aanpassingen waren echter niet voldoende om gelijke tred te houden met de snelle groei van de nettolonen.

De ontwikkelingen in het Verenigd Koninkrijk en Ierland zijn zeer gelijklopend. Ten eerste werden de sociale uitkeringen in beide landen vanaf het einde van de jaren negentig sterk verhoogd. De Labourregering in het VK loste haar verkiezingsbelofte (deels) in en verhoogde selectief een aantal sociale uitkeringen. Met name de bijstandsuitkeringen voor de gezinnen met kinderen en voor ouderen werden sterk

(12) Het verschil tussen de gezondheidsindex en het algemene indexcijfer van de consumptieprijzen is inderdaad beperkt: in januari 2003 bedroeg het maandgemiddelde voor de gezondheidsindex 110,94 en voor het algemeen indexcijfer 111,55 (telkens 1996=100). De invoering op de gezondheidsindex heeft bovendien geen gevolgen gehad op de welvaartsvastheid van de sociale uitkeringen gezien ook de lonen aangepast worden aan de gezondheidsindex, en niet aan de algemene index der consumptieprijzen.

(13) Na 2001 werden een aantal sociale uitkeringen - waaronder de leeflonen en de inkomensgarantie voor ouderen - sterk verhoogd en de fiscale en parafiscale lasten op lage loonarbeid verder verlaagd. De koopkracht van een bijstandskoppel zonder kinderen bijvoorbeeld steeg tussen 2001 en 2003 met maar liefst 5% (zie tabel B.2).

opgetrokken. Ter illustratie: de koopkracht van een bruto-bijstandsuitkering van een bejaard koppel werd tussen 1997 en 2002 met 25% verhoogd (in de periode 1992-1997: +6%). Het netto beschikbaar inkomen (exclusief huisvestingstoelage) van dit gezinstype vermeerde tussen 1992 en 2001 met 25% in reële termen (figuur 5: onderste grafiek links). In Ierland sloot de overheid in 2000 een akkoord met de sociale partners, het Programme for Prosperity and Fairness, waarin overeengekomen werd om in drie jaar tijd de laagste uitkeringen op te trekken tot 100£ per week (in 2000: 76£). Het netto beschikbaar inkomen van een bijstandskoppel steeg tussen 1992 en 2001 met 27% (figuur 5: middelste grafiek links). We hebben dus redenen om te spreken van een absolute verbetering van de bodembescherming aldaar, maar die was in relatieve termen onvoldoende sterk om de snelle groei van de lonen bij te houden. In het VK steeg in dezelfde periode de koopkracht van een eenverdienerskoppel met een gemiddeld loon met 36%; in Ierland met maar liefst 46%. De bijstandsgezinnen konden in beide landen ondanks de fikse verhogingen van de sociale uitkeringen echter niet volledig delen in de algemene welvaarts-groei. Hun relatieve welvaartspositie is er dan ook op achteruit gegaan (figuur 6). Een uitzondering zijn de eenoudergezinnen in Ierland (figuur 6: middelste grafiek rechts). De bijstandsuitkering voor dit gezinstype werd sterker verhoogd dan de andere bijstandsuitkeringen.

Bovendien werd zowel in het VK als in Ierland recent een nationaal minimumloon ingevoerd (het VK in 1999; Ierland in 2000) waarmee de inkomensbescherming uitgebreid werd naar de werkende bevolking. Maar het bruto-minimumloon ligt in beide landen veel lager dan in de meeste andere Europese landen. Alleen in Spanje ligt de relatieve levensstandaard van gezinnen met een minimumloon nog lager dan in Ierland (voor een koppel zonder kinderen: 45% van het netto gemiddelde loon (figuur 4: bovenste grafieken)). In het VK verschilt de levensstandaard van minimumloners sterk naargelang zij kunnen profiteren van de WFTC, dus naargelang zij al dan niet kinderen hebben. Het netto-inkomen van minimumloners met kinderen is in het Verenigd Koninkrijk dankzij het WFTC bijzonder hoog in vergelijking met de andere Europese landen (voor een koppel met 2 kinderen: 70% van het netto gemiddelde loon (niet opgenomen in figuren)). Maar minimumloners die niet in aanmerking komen voor een WFTC, hebben een zeer bescheiden netto-inkomen (voor een koppel zonder kinderen: 45% van het netto gemiddelde loon (figuur 4: bovenste grafiek links)).

In Noorwegen, Spanje, Italië, Portugal, en Denemarken is de trend van de bodembescherming gedurende de jaren negentig minder eenduidig. In de eerste vier landen was blijkbaar de verhoging van de levensstandaard van de ouderen met een bijstandsuitkering wel een beleidsprioriteit, maar die van behoeftige gezinnen op actieve leeftijd en minimumloners niet, of toch minder. In Spanje heeft elk van de 17 regio's een eigen bijstandsregeling voor personen op beroepsactieve leeftijd. Er zijn grote interregionale verschillen in de toekenningsvoorwaarden, de uitkeringshoogte en de discretionaire bevoegdheid van de sociale werkers. In Italië werden eind jaren negentig wel plannen gesmeed voor een nationaal bijstandssysteem voor personen

op actieve leeftijd, zij werden zelfs tijdelijk in een groot aantal gemeenten geïmplementeerd, maar werden uiteindelijk toch weer afgevoerd. In Portugal werd in 1996 wel daadwerkelijk een universeel bijstandssysteem geïntroduceerd. De uitkeringen werden de daaropvolgende jaren bovendien flink verhoogd. In verhouding tot het gemiddeld loon zijn de Portugese bijstandsbedragen anno 2001 weliswaar vergelijkbaar met het Europese gemiddelde (figuur 4: middelste grafieken), maar in koopkrachtpariteiten zijn ze nog steeds de laagste van de bestudeerde landen (figuur 3: middelste grafieken).

In Denemarken wordt de evolutie van de bijstandsuitkeringen en de universele minimumpensioenen in grote mate bepaald door de belastinghervormingen van 1994 (cf. supra). Voor sommige gezinstypes draaide deze hervorming positief uit (voor bijstandskoppels op actieve leeftijd zonder kinderen en bejaarde alleenstaanden), voor andere negatief (de alleenstaande ouders met een bijstandsuitkering en de bejaarde koppels) (figuur 6). De logica achter dit selectieve beleid blijft onduidelijk.

Besluitend kunnen we stellen dat er bezwaarlijk sprake is van een convergentiebeweging van de bodembescherming, noch naar boven, noch naar onder. De bijstandsuitkeringen daalden niet alleen in landen waar het beschermingsniveau initieel relatief hoog was (Zweden en Nederland), maar ook in landen met traditioneel relatief lage bijstandsuitkeringen (Duitsland, België en Ierland). En omgekeerd: de welvaartpositie van bijstandstrekkers verbeterde of stagneerde niet alleen in landen met initieel relatief lage uitkeringen (Frankrijk voor de actieven), maar ook in landen met eerder hoge uitkeringen (Luxemburg voor de actieven). De inhaalbeweging van de Zuid-Europese landen beperkt zich bovendien enkel tot de bijstandsregeling voor ouderen; de minimumlonen verslechterden en alleen in Portugal werd een bijstandsuitkering voor actieven ingevoerd.

Een tweede besluit is dat er in de meeste landen een neerwaartse druk is geweest op de bijstandsuitkeringen voor gezinnen op actieve leeftijd: in de meeste landen waren deze uitkeringen weliswaar koopkrachtvast, maar in vergelijking met de gemiddelde lonen verloren zij terrein, met 10 tot 20% of meer. De bodembescherming voor werkenden (minimumlonen) en voor ouderen daarentegen bleef gedurende het vorige decennium in de meeste landen koopkracht- en welvaartssvast (hoewel in sommige landen (Ierland, Verenigd Koninkrijk, Nederland en Zweden) de bijstand voor ouderen achterop bleef op de algemene loonontwikkeling).

Een laatste opmerkelijk besluit is dat het wettelijke aanpassingsmechanisme weinig voorspellende waarde heeft met betrekking tot de feitelijke evolutie van de inkomensbescherming. Er lijken vele manieren te zijn om de aanpassingsmechanismen te omzeilen: in Nederland werd de aanpassing aan de lonen tijdelijk buiten werking gesteld, in Zweden werden de basisbedragen aangepast, in België werd met de invoering van de gezondheidsindex het aanpassingsmechanisme verstrengd. En omgekeerd: het ontbreken van een systeem van systematische welvaartsaanpas-

singen hoeft niet nefast te zijn voor de welvaartsevolutie van een sociale uitkering, getuige de evolutie van de gegarandeerde minima voor ouderen in Frankrijk, Portugal en Noorwegen.

6. DE SOCIALE DOELMATIGHEID VAN DE BODEMBESCHERMING

De bijstandsuitkeringen dienen een dubbel doel: het waarborgen van een minimale inkomensbescherming en het bevorderen van de maatschappelijke participatie (inz. door arbeidsparticipatie). Deze doelstellingen geven de grenzen van de bijstandspakketten aan: het bijstandsinkomen moet in functie van de armoedebestrijding minstens even hoog zijn als de armoedelij (de ondergrens), maar het moet tevens substantieel afwijken van het netto beschikbare inkomen uit lage loonarbeid (de bovengrens) opdat lage loonarbeid financieel aantrekkelijk zou zijn. In dit deel gaan we na in hoeverre de evolutie van de minima in de jaren negentig een impact heeft gehad op de realisatie van deze twee doelstellingen.

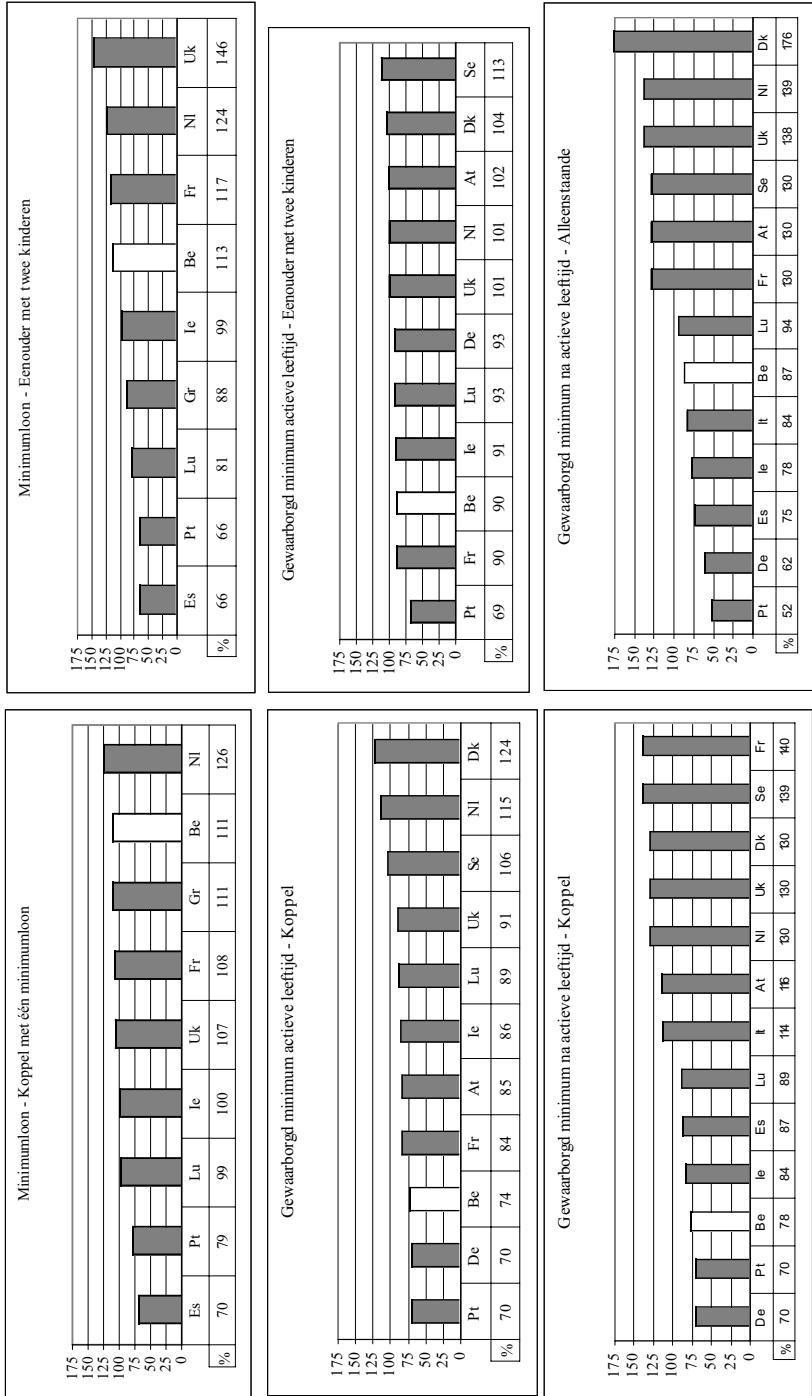
6.1. DE ARMOEDEBESTRIJDING

Armoedebestrijding is de eerste ordedoelstelling van bijstandsregelingen (Cantillon et al., 2003). De effectiviteit van de minimuminkomensbescherming hangt af van vele factoren (o.a. de toekenningsvoorwaarden, de feitelijke take-up in de bijstandsregeling, de hoogte en de toegankelijkheid van andere sociale uitkeringen). De hier beschouwde generositeit van de bijstandsuitkeringen is derhalve maar één – zij het een zeer belangrijke – factor. In figuur 7 brengen we de generositeit van de bijstandsuitkeringen in kaart door de netto beschikbare inkomens van de bijstandsgezinnen te vergelijken met de zogenaamde 50%-armoedelij, dit is 50% van het mediane gestandaardiseerde netto beschikbare inkomen van de gezinnen in een land (14) (15).

(14) In de Nationale Actieplannen Sociale Inclusie die door de EU-lidstaten opgemaakt worden, wordt de armoedelij gedefinieerd als 60% van het mediane gestandaardiseerde netto beschikbare inkomen. In bijlage wordt de vergelijking met de 60%-armoedelij getoond (tabel B3). Daaruit blijkt dat de bijstandsuitkeringen (met name voor actieven) en minimumlonen zelden boven deze grens uitkomen.

(15) In tegenstelling tot het netto beschikbare inkomen van bijstandsgezinnen als percentage van het netto gemiddelde loon, houdt deze indicator rekening met het totale gezinsinkomen, en dus ook met deeltijdarbeid en tweeverdienerschap. Ondermeer hierdoor wijkt de rangordering van landen op basis van de verhouding tussen de bijstandsuitkeringen/minimumlonen en de armoedelij (figuur 7) af van de rangordering op basis van de verhouding tussen de bijstandsuitkeringen/minimumlonen en het gemiddelde loon (figuur 4).

FIGUUR 7: VERHOUDING TUSSEN HET NETTO BESCHIKBARE BIJSTANDSINKOMEN*/MINIMUMLOON EN DE 50%-ARMOEDELIJN IN EUROPESE LANDEN, 2001**



* Nationale programma's behalve gewaarborgd minimuminkomen voor personen op actieve leeftijd in Oostenrijk (Wenen) en Duitsland (gemiddelde over alle deelstaten). De gewaarborgde minima voor personen na actieve leeftijd in Nederland, Denemarken en Zweden zijn geen middelgevoelige bijstandsvrijeringen maar universele minimumpensioenen. ** 50% van het mediane gestandaardiseerde netto beschikbare inkomen (ECHP) (niet beschikbaar voor Noorwegen). *** Beschrijving landen: figuur 4.
Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleek, UA.

Het netto beschikbare inkomen van minimumloners ligt in Frankrijk, Nederland, België en het Verenigd Koninkrijk behoorlijk boven de 50%-armoedegrens. In Luxemburg en de Zuid-Europese (behalve Griekenland) landen schieten de netto-minimumlonen tekort om koppels en alleenstaande ouders boven de armoedegrens te tillen. De netto-bijstandsuitkeringen voor gezinnen op actieve leeftijd daarentegen zijn in de meeste landen ontoereikend, zeker voor koppels zonder kinderen. In Luxemburg, Frankrijk, Oostenrijk, Duitsland, België, Ierland en Portugal liggen de bijstandsuitkeringen 10% tot 30% beneden de armoedelijn. De bescherming voor alleenstaande ouders is doorgaans adequater. Toch blijven ook deze netto-inkomens (met inbegrip van de kinderbijslagen) in Luxemburg, Frankrijk, Duitsland, België, Ierland en Portugal veelal tot 10% lager dan de armoedelijn. Er weze wel opgemerkt dat dit beeld in België enigszins verbeterd is dankzij de opeenvolgende verhogingen van de bijstandsuitkeringen sinds 2001.

Opmerkelijk is dat de landen waar de bijstandsuitkeringen in de jaren negentig sterk daalden, met name Zweden, Nederland en Denemarken, op het einde van de rit in vergelijking tot de armoedegrenzen nog steeds de meest genereuze bijstandsuitkeringen voor actieve personen hebben. De bijstandsuitkering voor een actief koppel varieert in 2001 van 106% van de armoedelijn in Zweden tot 124% in Denemarken. Maar ook in landen met uitkeringen die onder de armoedegrens liggen, zoals Duitsland en België, erodeerden de bijstandsuitkeringen in de jaren negentig ten opzichte van de gemiddelde lonen.

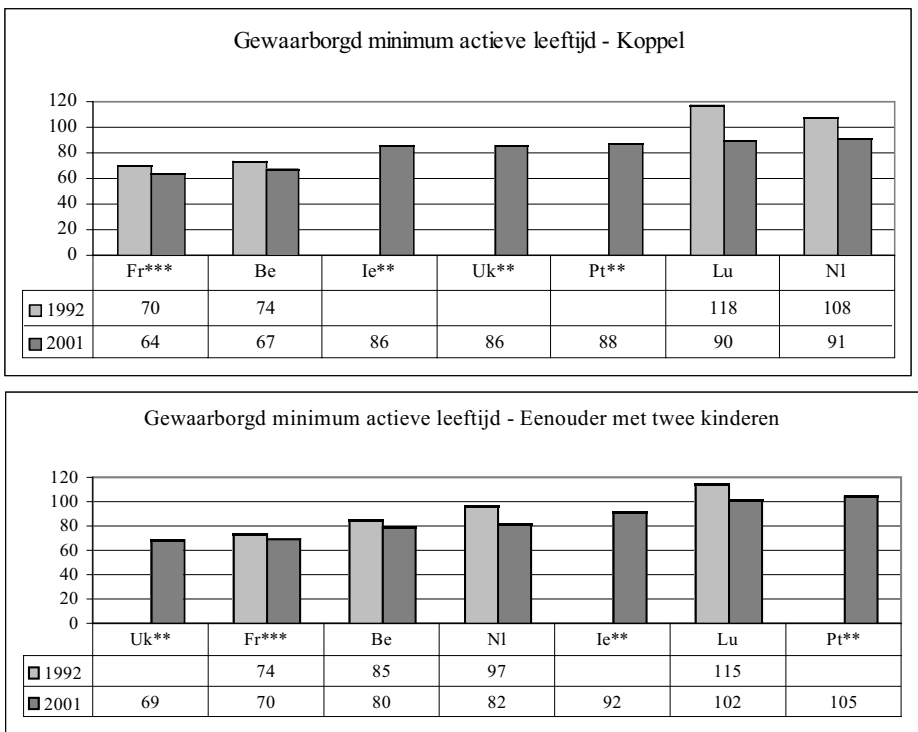
Overigens zijn de sterke verhogingen van de bijstandsuitkeringen voor actieven in Luxemburg en Frankrijk en voor ouderen in Luxemburg, Spanje en Portugal wel voldoende geweest zijn om welvaartsvaste uitkeringen te garanderen maar niet om een volledig adequate bescherming te bieden tegen inkomensarmoede. De bijstandsuitkeringen blijven er (ver) onder de 50%-grens liggen.

6.2. DE AFHANKELIJKHEIDSVAl

Figuur 8 vergelijkt het netto-inkomen van bijstandsgezinnen op actieve leeftijd met het netto-inkomen uit een nationaal minimumloon. Dit geeft een indicatie – zij het partieel – van de afhankelijkheidsval. Deze vallen worden immers in belangrijke mate ook veroorzaakt door bijkomende lasten bij de overgang van een uitkeringsbestaan naar werk (dit geldt inz. voor kinderopvangkosten) waarmee hier geen rekening is gehouden. De vergelijking leert dat de omvang van het probleem van de afhankelijkheidsval – d.w.z. de situatie waarbij de overgang van een uitkeringsbestaan naar werk niet of weinig lonend is – van land tot land sterk verschilt. Het verschil tussen het netto-inkomen van een minimumloner en dat van een bijstandstreker varieert van 9% in Nederland (een sterke financiële val) tot 33% in België (een veel zwakkere financiële val). Een tweede vaststelling is dat de bijstandsuitkeringen niet alleen erodeerden in landen met initieel (1992) een sterke financiële val (Nederland), maar ook in landen waar de val veel minder prominent was (België). En omgekeerd: welvaartsvaste bijstandsuitkeringen vinden we zowel terug in landen waar er initieel een grote financiële stimulans bestond om te gaan werken (Frank-

rijk), als in landen waar deze stimulans minimaal was (Luxemburg). Een derde vaststelling is dat de afhankelijkheidsval in Luxemburg, Frankrijk, Nederland en in België tussen 1992 en 2001 is afgenomen, het inkomen van minimumloners evolueerde er met andere woorden gunstiger dan het inkomen van bijstandstrekkers (16). Wellicht geldt dit ook voor gezinnen met kinderen in het VK (17).

FIGUUR 8: NETTO BESCHIKBARE INKOMEN VAN GEZINNEN MET BIJSTANDSUITKERING ALS % VAN HET NETTO BESCHIKBARE INKOMEN VAN GEZINNEN MET EEN MINIMUMLOON IN 7 EUROPESE LANDEN*, 1992-2001



* Van de 9 landen met een nationaal minimumloon hebben er 2 (Spanje en Griekenland) geen nationale universele bijstandsregeling. ** In 1992 geen universele bijstandsregeling (Portugal) of wettelijk minimumloon (Ierland en VK). *** Exclusief huisvestingstoelagen (inclusief huisvestingstoelagen: voor koppel 78% en voor eenouder 77%). Beschrijving landen: figuur 4.

Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UA.

(16) Enkel voor deze vier landen konden we de afhankelijkheidsval zowel voor 1992 als voor 2001 berekenen. In de andere landen werd hetzij het nationaal minimumloon, hetzij het bijstandstelsel pas na 1992 ingevoerd.

(17) De impact van het WFTC op het netto-inkomen van minimumloners met kinderen (+ 730 euro per maand) is wellicht groter dan het effect van de verhoging van de bijstandsuitkeringen op het netto-inkomen van bijstandsgesinnen met kinderen.

Een financiële val kan op twee manieren worden bestreden: door de uitkeringen te verlagen (negatieve prikkel), of door werken lonender te maken (positieve prikkel). In Nederland werd in de jaren negentig vooral de eerste weg bewandeld, in Luxemburg en Frankrijk de tweede weg. In België en het VK werden de twee strategieën gecombineerd. In Luxemburg en Frankrijk was de stijging van het netto-inkomen van minimumloners vooral te danken aan de stijging van het brutominimumloon; in België en het VK werd de kost van deze inkomensverhoging vooral door de overheid gedragen via respectievelijk een daling van de parafiscale lasten en de invoering van het belastingskrediet (het WFTC). Frankrijk en Luxemburg slaagden er op deze manier in om in een relatief korte periode zowel welvaartsvaste minimumlonen en bijstandsuitkeringen te realiseren als de financiële val te verkleinen. De gecombineerde strategie in België was minder succesvol: de afhankelijkheidsval verkleinde enigszins tegen de prijs van een niet onbelangrijke welvaartserosie van de bijstandsuitkeringen. Het recente beleid trachtte hier wel op in te spelen door lastenverlagingen te combineren met substantiële verhogingen van de sociale uitkeringen.

7. SAMENVATTING EN BESLUITEN

De bodembescherming definiëren we in deze studie als het niveau van het netto beschikbaar inkomen van gezinnen die moeten terugvallen op hetzij een minimumloon, hetzij een bijstandsuitkering. We vergelijken derhalve inkomensniveaus zonder rekening te houden met de reikwijdte van de uitkeringen, de omvang van de non-take up, bijkomende discretionaire of lokale steun, voordelen in natura, enz. Deze studie gaat dus over de wettelijk gewaarborgde minimuminkomensbescherming voor werkenden en niet-werkenden.

- De internationale verschillen in de niveaus van netto-bijstandsuitkeringen zijn groot. De koopkracht (uitgedrukt in PPP) van een bijstandskoppel op actieve leeftijd varieert van 1.339 EUR in Luxemburg over 719 EUR in België tot 362 EUR in Portugal. In percentage van het inkomen van een gezin met een gemiddeld loon varieert het gezinsinkomen van een bijstandskoppel op actieve leeftijd van 76% in Denemarken over 42% in België tot 34% in Duitsland. Overigens weze eraan herinnerd dat een universeel bijstandssysteem voor personen op actieve leeftijd onbestaande is in Griekenland, Italië en Spanje.

- De ranking van de landen stemt vaak, maar niet altijd, overeen met de klassieke rangordening van de welvaartsstaten waarbij de Scandinavische landen tot de meest genereuze worden gerekend, de Angelsaksische en Zuid-Europese tot de minst genereuze, met daartussenin de zg. 'corporatistische' welvaartsstaten (Nederland, België, Duitsland, Frankrijk en Luxemburg). Hoewel Denemarken over de hele lijn sterk scoort, verschijnt Noorwegen bijvoorbeeld vaak onder de mediaan van de Europese landen. En in Portugal zijn de bijstandsuitkeringen vergeleken met de gemiddelde lonen verrassend hoog.

■ In alle landen is de bodembescherming het minst genereus voor de niet-werkenden op beroepsactieve leeftijd. Het gewaarborgde minimuminkomen voor ouderen is overal, in mindere of meerdere mate, hoger. De bodembescherming voor werkenden is veelal – maar niet altijd – de meest genereuze. In Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk, Spanje en Nederland ligt de minimumuitkering voor ouderen hoger dan het netto-inkomen van minimumloners.

■ In de meeste landen is er bijzondere aandacht voor alleenstaanden met kinderlast. De equivalentieschalen die daarbij impliciet gehanteerd worden, variëren echter sterk. De extra tegemoetkomingen voor eenoudergezinnen met een bijstandsuitkering zijn bijzonder hoog in Noorwegen, net zoals de belastingkredieten voor laagloongezinnen met kinderen in het Verenigd Koninkrijk. Vergeleken met de andere Europese landen zijn de financiële voordelen voor bijstandsgzinnen met kinderen in België noch hoog, noch laag.

■ Hoewel de evolutie van de bodembescherming in de jaren negentig geenszins homogeen was, kunnen toch drie grote krachtlijnen worden onderscheiden. Eén: in de meeste landen waar wettelijke minimumlonen bestaan, volgde de bodembescherming voor werkenden zowel de evolutie van de prijzen als die van de gemiddelde lonen. Twee: hoewel de bijstandsuitkeringen voor actieven meestal wel koopkrachtvast waren, waren zij in een grote meerderheid van de landen onderhevig aan erosie, vergeleken met de gemiddelde lonen. In sommige landen was die erosie zeer uitgesproken (zie Zweden, Nederland en het VK); in andere landen – waaronder België – was de erosie minder sterk. In de jaren negentig vertoonde de bodembescherming voor actieven dus globaal een neerwaartse trend. Drie: de evolutie van de bijstandsuitkeringen voor ouderen was erg diffuus; in sommige landen was er sprake van een belangrijke welvaartserosie (Ierland, Denemarken, Verenigd Koninkrijk en Nederland), maar in evenveel andere landen was de stijging van de bodembescherming voor ouderen groter dan die van de gemiddelde lonen.

■ In een zestal landen zijn de bijstandsuitkeringen voor personen op actieve leeftijd wettelijk gekoppeld aan de algemene welvaartsevolutie, of althans gedeeltelijk via een loonkoppeling. Dergelijke aanpassingsmechanismen zijn echter lang niet altijd een waarborg gebleken voor welvaartvaste bijstandsuitkeringen. Omgekeerd, in een aantal landen zonder wettelijk aanpassingsmechanisme volgden de sociale minima wel de algemene welvaartsevolutie.

■ In de jaren negentig was er geen verband tussen de generositeit van de bijstandsuitkeringen en de evolutie van de minimuminkomensbescherming. Daar waar sprake was van welvaartserosie, was die weliswaar het grootst in landen met initieel een hoog beschermingsniveau (Zweden, Nederland en Denemarken), maar een heuse inhaalbeweging van de Zuid-Europese landen bleef uit en ook in sommige andere landen met traditioneel relatief lage bijstandsuitkeringen (Duitsland, België en Ierland) bleven de sociale minima achter bij de loonevolutie. De grootste verbeteringen vonden plaats in landen met reeds een behoorlijk beschermingsniveau (Luxem-

burg, Frankrijk en Oostenrijk). Er was dus geen sprake van een convergentie van de beschermingsniveaus in Europa.

■ Er lijkt ook geen verband te bestaan tussen de omvang van de afhankelijkheidsval en de evolutie van de minimuminkomensbescherming. De bijstandsuitkeringen erodeerden zowel in landen met initieel een sterke financiële val (een klein financieel voordeel bij overgang van bijstand naar minimumloon (bv. Nederland)) als in landen waar de val veel minder prominent was (bv. België). En omgekeerd: welvaartsvaste bijstandsuitkeringen vinden we terug zowel in landen waar er initieel een grote financiële stimulans bestond om te gaan werken (Frankrijk) als in landen waar deze stimulans minimaal was (Luxemburg).

Voor België is de Europese vergelijking van de bodembescherming zeer leerrijk, en dit in verschillende opzichten.

Eén: het beeld van het 'hoge beschermingsland' wordt er sterk door genuanceerd. De bodembescherming voor werkenden is in België zowel in koopkrachtpariteiten als in vergelijking met de gemiddelde lonen hoog, zeker voor gezinnen met kinderen. Voor niet-werkende gezinnen op actieve leeftijd ligt het beschermingsniveau rond de mediaanwaarde in Europa. Voor ouderen daarentegen is de bodembescherming relatief laag. Het bijstandsinkomen voor een bejaard koppel ligt in koopkrachtpariteiten maar liefst 34% onder de mediaan voor de Europese landen (753 versus 1.135 EUR).

Twee: de afwezigheid van enige vorm van welvaarts koppeling voor de bijstandsuitkeringen plaatst België in een relatief geïsoleerde positie in het Europese landschap. In niet minder dan zes van de twaalf landen met een nationaal bijstandssysteem voor personen op actieve leeftijd volgen de bijstandsuitkeringen in principe (deels) de algemene welvaartsevolutie. Dit is inzonderheid het geval in Denemarken, Duitsland, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk en Zweden. De welvaarts koppeling die in België vanaf 2007 voor de vervangingsinkomens in de sociale zekerheid zal gelden, is niet van toepassing op de bijstandsuitkeringen.

Drie: de internationale vergelijking leert dat bijstandsuitkeringen lager dan de 50%-armoedenorm (zoals het geval is in België) niet noodzakelijk de onvermijdelijke uitkomst zijn van het probleem van de afhankelijkheidsvallen (zoals doorgaans wordt gedacht). In vele landen is de afhankelijkheidsval voor bijstandsgezinnen veel sterker dan in België. Wellicht is een strakkere controle op en begeleiding van uitkeringstrekkers er de uitweg voor de trade-off tussen adequate uitkeringen enerzijds en een activerend beleid anderzijds.

Vier: in de meeste landen is er – zoals gezegd – in de jaren negentig een neerwaartse druk geweest op de bijstandsuitkeringen voor gezinnen op actieve leeftijd. Deze ontwikkeling dwingt tot grote waakzaamheid op Europees niveau. Met de mogelijke uitzondering van Nederland en Zweden waren het uitgerekend uitkeringen die (ver)

onder de armoedegrenzen liggen, die onderhevig waren aan welvaartserosie. Deze uitkeringen hadden derhalve eerder een stijgend dan een dalend verloop moeten kennen om de armoede te bestrijden bij diegenen die op de bodem van de welvaartsstaat leven.

BIBLIOGRAFIE

- Barr, N., *The welfare state as piggy bank*, Oxford, Oxford University Press, 2001.
- Behrendt, C., *At the margins of the welfare state*, Aldershot, Ashgate, 2002.
- Bradshaw, J. en Lynes, T., *Benefit Uprating Policy and Living Standards*, SPRU Social Policy Report, Number 1, York, University of York, 1995.
- Bradshaw, J. en Finch, N., *A comparison of child benefit packages in 22 countries*, Research Report 74, Leeds, Department for Work and Pensions, 2002.
- Cantillon, B., Marx, I. en De Maesschalck, V., *De bodem van de welvaartsstaat van 1970 tot nu, en daarna*, Berichten/UFSIA, Antwerpen, Centrum voor Sociaal Beleid, maart, 2003.
- Cantillon, B. en Van Mechelen, N., *De bodembescherming in 15 Europese landen in de periode 1992-2001*, Antwerpen, Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleecq, augustus, 2004.
- De Lathouwer, L. en Bogaerts, K., *Financiële incentieven en laagbetaald werk. De impact van hervormingen in de sociale zekerheid en de fiscaliteit op de werkloosheidsval in België*, Berichten/UFSIA, Antwerpen, Centrum voor Sociaal Beleid, 2001.
- De Lathouwer, L., *Making work pay, making transitions flexible. The case of Belgium in a comparative perspective*, Berichten/UA, Antwerpen, Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleecq, 2004.
- Eardley, T., Bradshaw, J., Ditch, J., Gough, I. en Whiteford, P., *Social assistance in OECD Countries: Synthesis Report*, Research Report no. 46, Londen, HSMO, 1996.
- Hoge Raad van Financiën, *Studiecommissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag*, 165 p., 2004.
- Kautto, M., Heikkilä, M., Hvinden, B., Marklund, S. en Ploug, N., *Nordic Social Policy. Changing welfare states*, Londen, Routledge, 1999.
- Nicaise, I. en Groenez, S., *The big holes in the net: structural gaps in social protection and guaranteed minimum income systems in 13 EU countries*, Leuven, Hoger Instituut voor de Arbeid, KULeuven, 2004.
- Nielsen, J., *Social Protection in the Nordic Countries 2001. Scope, expenditure and financing*, Kopenhagen, Nordic Social-Statistical Committee, 2003.
- OESO, *Benefits and wages*, Parijs, OECD, 2002.

Palme, J., Bergmark, A., Bäckman, O., Estrada, F. Fritzell, J., Lundberg, O., Sjöberg, O. en Szebehely, M., Welfare trends in Sweden: balancing the books for the 1990s, *Journal of European Social Policy*, 12 (4), 2002.

BIJLAGEN**BIJLAGE 1. LIJST VAN NATIONALE INFORMANTEN**

België	Bea Cantillon Natascha Van Mechelen	Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UA
Denemarken	Peter Abrahamson Cecilie Wehner	University of Copenhagen
Duitsland	Peter Krause Gundi Knies Tanja Zähle Constanze Büning	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) Berlin
Frankrijk	Antoine Math	Institut de Recherches Economiques et sociales (IRES)
Griekenland	Theo Papadopoulos	University of Bath
Ierland	Brian Nolan Brenda Gannon	Economic and Social Research Institute (ESRI)
Italië	Yuri Kazepov Geatano Proto Stefania Sabatinelli	University of Urbino ISTAT University of Milan-Bicocca
Luxemburg	Monique Borsenberger	Centre d'Études de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Économiques (CEPS)
Nederland	Wim van Oorschot Michiel Luigjes	Universiteit van Tilburg
Noorwegen	Axel West Pedersen Anne Skevik Charlotte Koren	NOVA, Oslo
Oostenrijk	M. Förster M. Fuchs	European Centre for Social Welfare Policy and Research
Portugal	Ana Cardoso	CESIS, Lisbon
Spanje	Joaquim Aiguabella Raul Martínez Adele Oliveri	Gabinet d'Estudis Socials S.C.C.L. (GES), Barcelona
Verenigd Koninkrijk	Jonathan Bradshaw Tina Davis Chris Farrell	Department of Social Policy and Social Work, University of York
Zweden	Kenneth Nelson	Stockholm University

BIJLAGE 2. OVERZICHT VAN GESIMULEERDE MAATREGELEN

	Minimumloon	Bijstand personen op actieve leeftijd	Bijstand ouderen
België	Gewaarborgd gemiddeld minimummaandinkomen	Bestaansminimum	Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden (GIB) (tot en met 2000) / Inkomensgarantie voor ouderen (IGO)
Denemarken		Konstathjelp	Folkpension (universeel pensioenstelsel)
Duitsland		Bundessozialhilfegesetz: gemiddelde over alle deelstaten	Bundessozialhilfegesetz: gemiddelde over alle deelstaten
Frankrijk	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance	Revenu Minimum d'insertion	Minimum vieillesse
Griekenland	Nationaal minimumloon		
Ierland	Minimum wage	Supplementary welfare allowance	Old age non contributory pension
Italië			Pensione Sociale (tot en met 1995) /Assegno Sociale
Luxemburg	Salaire Social Minimum	Revenu Minimum Garantie	Revenu Minimum Garantie
Nederland	Minimumloon	Algemene Bijstandswet	Algemene Ouderdomswet
Noorwegen		Socialhjelp Oslo	Folketrygdens minstepensjon (universeel pensioenstelsel)
Oostenrijk		Sozialhilfe Wien	Sozialhilfe Wien
Portugal	Nationaal minimumloon	Rendimento Mínimo Garantido	Pensão Social
Spanje	Salario Mínimo Interprofesional		Pensión de Jubilación no Contributiva
Verenigd Koninkrijk	Statutory Minimum Wage	Supplementary Benefit (tot 1997) /Income Support	Supplementary Benefit (tot 1997) / Income Support (tot 1999) / Minimum Income Guarantee
Zweden		Richtlijnen van het National Board of Health and Welfare (tot 1998) / Nationaal bepaald gedeelte van Cash Maintenance Assistance	Folkpension (universeel pensioenstelsel)

BIJLAGE 3**TABEL B1:** NETTO BESCHIKBAAR INKOMEN VAN EEN ALLEENSTAANDE OUDER MET 2 KINDEREN ALS % VAN HET NETTO BESCHIKBARE INKOMEN VAN EEN ALLEENSTAANDE ZONDER KINDEREN, 2001

	Bijstandsgezinnen*	Eenverdienersgezinnen minimumloon
België	195	138
Denemarken	153	-
Duitsland	271	-
Frankrijk	171	141
Griekenland	-	106
Ierland	212	121
Italië	-	-
Luxemburg	158	142
Nederland	152	134
Noorwegen	283	-
Oostenrijk	187	-
Portugal	238	100
Spanje	-	-
VK	185	112
Zweden	196	194
Mediaan	191	134

* Nationale programma's behalve gewaarborgd minimuminkomen voor personen op actieve leeftijd in Oostenrijk (Wenen) en Duitsland (gemiddelde over alle deelstaten).
Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UA.

TABEL B2: KOOPKRACHEVOLUTIE NETTO BESCHIKBAAR INKOMEN BIJSTANDSGEZINNEN EN MINIMUMLONERS IN BELGIË, 2001-2003

	2001	2002	2003
Gewaarborgd minimum actieve leeftijd			
Koppel zonder kinderen	100,0	104,6	104,8
Alleenstaande ouder twee kinderen	100,0	103,4	103,6
Minimumloon			
Eénverdienerskoppel zonder kinderen	100,0	101,6	104,9
Alleenstaande ouder twee kinderen	100,0	101,5	106,8

Bron: Cantillon et al., 2003.

**TABEL B3: NETTO BESCHIKBARE INKOMEN VAN GEZINNEN MET BIJSTANDSUITKERING/MINIMUM-
LOON* ALS PERCENTAGE VAN DE 60%-ARMOEDELIJN IN 15 EUROPESE LANDEN, 2001**

	Gewaarbordg inkomen actieve leeftijd		Gewaarbordg inkomen ouderen		Minimumloon	
	Koppel	Alleenst. ouder + 2 k.	Koppel	Alleenst.	Eenverdieners- koppel	Alleenst. ouder + 2 k.
Duidelijke verbetering welvaartspeil						
Luxemburg	75	69	75	78	83	68
Frankrijk	70	75	117	109	90	97
Oostenrijk	71	85	97	108	-	-
Duidelijke verslechtering welvaartspeil						
Zweden	88	95	116	108	-	-
Duitsland	58	77	58	51	-	-
België	62	75	65	73	92	94
Griekenland	-	-	-	-	93	74
Nederland	96	85	108	116	105	103
Ierland	71	76	70	65	83	82
VK	76	84	108	115	89	122
Geen eenduidige trend						
Noorwegen	-	-	-	-	-	-
Spanje	-	-	72	63	58	55
Portugal	58	58	58	44	66	55
Italië	-	-	95	70	-	-
Denemarken	103	87	108	147	-	-

* Nationale programma's behalve gewaarborgd minimuminkomen voor personen op actieve leeftijd in Oostenrijk (Wenen) en Duitsland (gemiddelde over alle deelstaten). De gewaarborgde minima voor personen na actieve leeftijd in Nederland, Denemarken en Zweden zijn geen middelgetoetste bijstandsuitkeringen maar universele minimumpensioenen.

Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UA.

TABEL B4: NETTO BESCHIKBARE INKOMEN VAN GEZINNEN MET BIJSTANDSUITKERING*/MINIMUMLOON ALS PERCENTAGE VAN HET NETTO BESCHIKBARE INKOMEN VAN GEZINNEN MET ÉÉN GEMIDDELD LOON IN 15

	Gewaarbord minimum actieve leeftijd										Gewaarbord minimum na actieve leeftijd				Minimumloon						
	Koppel zonder kinderen		Alleenstaande met 2 kinderen		Koppel zonder kinderen		Alleenstaande zonder kinderen		Koppel zonder kinderen		Alleenstaande zonder kinderen		Eenverdieners-koppel zonder kinderen		Alleenstaande met 2 kinderen						
	1992	2001	1992	2001	1992	2001	1992	2001	1992	2001	1992	2001	1992	2001	1992	2001					
Duidelijke verbetering welvaartspeil																					
Luxemburg	54	61	56	57	54	61	47	48	46	68	49	56	32**	37**	37**	34**	46**	50**	49**	53**	
Frankrijk	51	51	57	61	66	70	49	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oostenrijk	72	58	70	58	83	55	76	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Duidelijke verslechtering welvaartspeil																					
Zweden	39	34	58	53	45	34	25	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Duitsland	45	42	59	56	45	44	38	37	60	62	69	70	45	42	59	34	26	45	48	38**	
België	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Griekenland	66	49	63	46	66	56	50	43	61	54	65	57	66	49	63	45	59	38	34	26	
Nederland	45	39	43	45	59	38	34	26	-	45	-	48	45	39	43	45	59	38	34	26	
Ierland	38**	23**	43**	33**	53**	41**	34**	27**	-	45	-	67	38**	23**	43**	33**	53**	41**	34**	27**	
Verenigd Koninkrijk	39	36	56	50	62	67	40	42	-	-	-	-	39	36	56	50	62	67	40	42	
Geen eenduidige trend																					
Noorwegen	-	-	-	-	35	36	20	22	31	29	34	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Spanje	-	45	-	51	40	45	20	23	54	52	51	48	-	-	-	-	-	-	-	-	
Portugal	-	-	-	-	47	54	23	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Italië	49	76	76	66	108	79	69	80	-	-	-	-	49	76	76	66	108	79	69	80	
Denemarken	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

* Nationale programma's behalve gewaarborgd minimuminkomen voor personen op actieve leeftijd in Oostenrijk (Wenen), Duitsland (gemiddelde over alle deelstaten) en Noorwegen (Oslo). De gewaarborgde minima voor personen na actieve leeftijd in Nederland, Denemarken, Noorwegen en Zweden zijn geen middelgetoetste bijstandsuitkeringen maar universele minimumpensioenen.

** Exclusief huisvestingstoelagen.

Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UA.

INHOUDSTAFEL

DE EVOLUTIE VAN DE MINIMUMBESCHERMING IN 15 EUROPESE WELVAARTSSTATEN IN DE JAREN NEGENTIG

INLEIDING	509
1. METHODE	510
2. DE WETTELIJKE AANPASSINGSMECHANISMEN	513
2.1. PRIJSAANPASSINGEN	513
2.2. WELVAARTSAANPASSINGEN	514
2.3. DE MECHANISMEN VAN KOOP- EN WELVAARTSVASTHEID IN KAART GEBRACHT	516
3. DE FISCALE EN PARAFISCALE DRUK OP DE BODEMBESCHERMING: VAN BRUTO- NAAR NETTO-UITKERINGEN/MINIMUMLONEN	517
4. DE BODEMBESCHERMING IN 2001	520
4.1. DE KOOVKRACHT VAN DE BODEMBESCHERMING	520
4.2. DE BODEM VERGELEKEN MET DE GEMIDDELDE LONEN	524
5. DE EVOLUTIE VAN DE BODEMBESCHERMING IN DE JAREN NEGENTIG	526
6. DE SOCIALE DOELMATIGHEID VAN DE BODEMBESCHERMING	533
6.1. DE ARMOEDEBESTRIJDING	533
6.2. DE AFHANKELIJKHEIDSVAl	535
7. SAMENVATTING EN BESLUITEN	537
BIBLIOGRAFIE	541
BIJLAGEN	543

100 JAAR WET OP ARBEIDSONGEVALLEN

**100 JAAR ARBEIDSONGEVALLENWET. DE IMMUNITEIT VAN DE
WERKGEVER BIJ ARBEIDSONGEVALLEN: EEN RECHTSVERGELIJKENDE
ANALYSE**

551 |

100 JAAR ARBEIDSONGEVALLENWET. DE IMMUNITEIT VAN DE WERKGEVER BIJ ARBEIDSONGEVALLEN: EEN RECHTSVERGELIJKENDE ANALYSE

DOOR **YVES JORENS**

Professor, Universiteit Gent (1)

1. ALGEMEEN

1.1. ONTSTAANSGESCHIEDENIS

De eerste Arbeidsongevallenwet dateert van 24 december 1903 en kwam tot stand doordat in die tijd de werkgever bij een arbeidsongeval slechts kon worden aangesproken op basis van de gemeenrechtelijke principes van aansprakelijkheid (2). Die legden een zware bewijslast (fout of gebrekkige zaak, schade en causaal verband) op aan de slachtoffers van een arbeidsongeval waardoor die vaak geen vergoeding konden bekomen en lange en kostelijke procedures dienden te voeren tegen de werkgever, hun broodheer. Teneinde ervoor te zorgen dat de sociale vrede tussen de werkgevers en de werknemers werd bewaard, opteerde men er in het begin van de 20ste eeuw voor om een systeem van objectieve aansprakelijkheid in te voeren. De werknemers zouden aldus ingeval van een arbeidsongeval steeds een vergoeding ontvangen. De aansprakelijkheid van de werkgever daarentegen zou slechts beperkt en forfaitair zijn en hij zou de garantie krijgen van een verregaande immuniteit tegen burgerlijke aansprakelijkheidsvorderingen van de werknemers. De werkgever kon zich op vrijwillige basis tegen dit risico verzekeren. Met de arbeidsongevallenwet van 1971 dient het slachtoffer niet langer zijn werkgever aan te spreken, maar heeft hij daarentegen slechts een verhaal tegen de arbeidsongevallenverzekeraar bij wie de werkgevers verplicht zijn, een arbeidsongevallenverzekering af te sluiten.

1) Met dank aan Elisabeth Matthys, assistente socialezekerheidsrecht, UGent.

(2) Zie bv. Van Langendonck, J., "Arbeidsongeval en aansprakelijkheid", T.S.R., 1988, p. 75.; Simoens, D., "Buitencontractuele aansprakelijkheid - Deel II: Schade en schadeloosstelling" in Beginselen van Belgisch privaatrecht XI, Antwerpen, Kluwer/Story-Scientia, 1999, pp. 335-338; Van Regenmortel, A., en Vervliet, V., "Aansprakelijkheid van de werkgever, zijn lasthebbers en/of aangestelden voor ongevallen en ziekten binnen het bedrijf" in Janvier, R., Van Regenmortel, A. en Vervliet, V., Actuele problemen van het socialezekerheidsrecht, Brugge, Die Keure, 2003, pp.103-104.

1.2. INHOUD

De 'immunitet' houdt in dat het slachtoffer van een arbeidsongeval zijn werkgever, diens aangestelden en lasthebbers in principe niet kan aanspreken op grond van het burgerlijke aansprakelijkheidsrecht. Deze categorieën van personen genieten aldus van een soort 'immunitet' inzake burgerlijke aansprakelijkheid, zodat het slachtoffer of diens rechthebbenden van hen geen schadevergoeding kunnen vorderen krachtens het gemene recht, behalve in enkele uitzonderlijke situaties die opgesomd worden in artikel 46 van de Arbeidsongevallenwet.

Artikel 46 van de Arbeidsongevallenwet voorziet dat de rechtsoverdring inzake burgerlijke aansprakelijkheid mogelijk blijft voor de getroffen of zijn rechthebbenden: (i) tegen de werkgever wanneer het arbeidsongeval schade aan goederen van de werknemer heeft veroorzaakt; (ii) tegen de werkgever die het arbeidsongeval opzettelijk heeft veroorzaakt of die opzettelijk een ongeval heeft veroorzaakt dat een arbeidsongeval tot gevolg heeft; (iii) tegen de lasthebber of aangestelde van de werkgever die het arbeidsongeval opzettelijk heeft veroorzaakt; (iv) tegen de personen, andere dan de werkgever, zijn lasthebber of aangestelden, die voor het ongeval aansprakelijk zijn; (v) tegen de werkgever, zijn lasthebber of aangestelden wanneer het ongeval zich voordeed op de weg van of naar het werk; (vi) tegen de werkgever, zijn lasthebbers of aangestelden wanneer het een verkeersongeval betreft en (vii) tegen de werkgever die de wettelijke en reglementaire bepalingen inzake arbeidsveiligheid en -hygiëne zwaarwichtig overtreden heeft en die de werknemers aan het risico van de arbeidsongevallen heeft blootgesteld terwijl de ambtenaren die zijn aangewezen om toezicht te houden op de naleving van die bepalingen, hem schriftelijk hebben gewezen op het gevaar waaraan hij deze werknemers blootstelt.

Hier kan reeds gesteld worden dat deze immunitet als afwijking van het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht restrictief moet worden geïnterpreteerd. Evenwel dient te worden gewezen op het feit dat hoewel recente evoluties in de rechtspraak het 'absolute' karakter van deze immunitet hebben doen afbrokkelen, ze nog steeds omvangrijk is: ze beschermt de werkgever, zijn lasthebbers en aangestelden niet alleen tegen de vorderingen van de werknemer die het slachtoffer werd van een arbeidsongeval, maar ook tegen de vorderingen van zijn rechthebbenden, en bovendien geldt ze niet alleen voor de enkelvoudige burgerlijke aansprakelijkheid krachtens de artikelen 1382 en 1383 Burgerlijk Wetboek, maar ook voor de verschillende vormen van samengestelde aansprakelijkheid die voortvloeien uit de artikelen 1384, 1385 en 1386 B.W.

1.3. KENMERKEN

1.3.1. Is de immuniteit 'absoluut'?

Het forfaitaire karakter van de arbeidsongevallenvergoedingen houdt onder meer in dat voor bepaalde schadeposten niet wordt tussengekomen door de arbeidsongevallenverzekeraar. Onder de Arbeidsongevallenwet is het immers zo dat een aantal schadeposten (zoals morele schade, extraprofessionele schade, schade aan goederen, het verlies van een rustpensioen) aan het slachtoffer niet worden vergoed. De vraag rees dan ook of het principe van de immuniteit ook op dergelijke schadeposten betrekking heeft.

Die vraag heeft betrekking op de interpretatie van de Arbeidsongevallenwet. Dient het arbeidsongevallenrecht op beperkende wijze te worden geïnterpreteerd in die zin dat de immuniteitsregeling van artikel 46 van de Arbeidsongevallenwet alleen van toepassing is op de door die wet gedekte schade of is de immuniteit daarentegen 'absoluut' waarmee bedoeld wordt dat ze op de gehele schade slaat, zowel op de niet-vergoede schadeposten, als op de vergoede schadeposten?

Bepaalde rechtsleer wijst erop dat de overwegingen die het principe van de immuniteit ondersteunen, ook kunnen worden ingeroepen om het absoluut karakter ervan te rechtvaardigen (3). Zonder dat absolute karakter zouden immers opnieuw procedures tussen de werkgever en de werknemers gevoerd worden die de sociale rust in de onderneming zouden dreigen te verstoren. Wat de morele schade betreft, heeft het Arbitragehof in zijn arrest nr. 31/2001 van 1 maart 2001 overwogen dat de immuniteit daar ook geldt (4). Wat andere niet-vergoede schadeposten betreft, wordt vaak geopperd dat de immuniteit hier niet te ver gaat. In dit verband dringt een vraag aan het Arbitragehof zich hier op.

Volgens andere rechtsleer reikt artikel 46, §1 van de Arbeidsongevallenwet zelf een argument aan om de immuniteitsregel strikt te interpreteren (5). Artikel 46 sluit immers zelf uitdrukkelijk de immuniteit van de werkgever voor de schade aan goederen uit. In die redenering zou evenwel een vordering krachtens het gemene recht mogelijk blijven voor alle schadeposten die buiten de interesse van het arbeidsongevallenrecht vallen. Het Hof van Cassatie heeft deze stelling evenwel niet gevolgd en heeft reeds een aantal arresten gewezen die tegen deze redenering ingaan (6).

(3) Lietaert, B., "Is de immuniteit van de arbeidsongevallenwetten en de beroepszietkewet aan eenieder tegenwerpelijk?", TSR, 1996, p. 143 e.v.; Lietaert, B., "Burgerlijke aansprakelijkheid en zwakke weggebruiker", in Huys, J., Lietaert, B., Put, J., Uytenhove, A. en Dombrecht, P., *Arbeidsongevallen*, Mechelen, Ced. Samson, Comm. 3.2//9-3.2/12.

(4) Arbitragehof nr. 31/2001, 1 maart 2001, B.S., 17 mei 2001.

(5) Simoens, D., "Buitencontractuele aansprakelijkheid - Deel II: Schade en schadeloosstelling" in *Beginselen van Belgisch privaatrecht XI*, Antwerpen, Kluwer/Story-Scientia, 1999, p. 342.

(6) Cass. 20 september 1977, R.W., 1978-1979, p. 2363; Cass. 5 mei 1992, Arr. Cass., 1991-1992, p. 835.

1.3.2. De immuniteit is niet tegenwerpelijk aan anderen dan het slachtoffer en diens rechthebbenden

Zoals hoger gesteld, houdt de immuniteit in dat de werkgever alsmede diens aange-stelden of lasthebbers niet krachtens het gemene recht kunnen worden aangespro-ken door de werknemer die het slachtoffer werd van een arbeidsongeval. De betrok-kene dient zich tevreden te stellen met de arbeidsongevallenvergoeding, ook al bevindt die zich door haar forfaitaire aard op een lager peil dan de gemeenrechtelij-ke schadeloosstelling. Dezelfde burgerrechtelijke onschendbaarheid kan worden tegengeworpen aan de nabestaanden van het slachtoffer.

In de rechtsleer heeft gedurende lange tijd een controverse bestaan over de vraag of de immuniteit ook tegenwerpelijk is aan de personen die geen recht hebben op enige vergoeding krachtens de Arbeidsongevallenwet, met name de verwanten van het slachtoffer die niet vermeld zijn in de artikelen 12 tot 17 van de Arbeidsongeval-lenwet (zoals de samenwonenden, de rechthebbende die uitgesloten wordt van het voordeel van de Arbeidsongevallenwet door een categorie die voorrang heeft en de personen die niet voldoen aan de gestelde vereisten om rechthebbende te zijn, - bvb. de voorwaarden inzake leeftijd). Het probleem is pertinent inzake dodelijke of uiterst zware, niet-dodelijke arbeidsongevallen. De toepassing van de immuniteitsre-gel zou in dergelijke gevallen uiterst onbillijke gevolgen kunnen hebben voor bij-voorbeeld de niet-gehuwde, samenwonende partner.

Een oud cassatiearrest (van 16 januari 1956) liet ook in deze gevallen de geschetste immuniteit ten volle spelen (7). Het Hof verzette zich tegen de gemeenrechtelijke vordering. In haar arrest van 2 november 1994 heeft het Hof deze zienswijze even-wel bevestigd (8). Het Hof overwoog: "dat de wetgever bepaalt dat niet alleen de rechthebbenden op de forfaitaire vergoedingen, maar ook al diegenen die wegens het arbeidsongeval van de getroffen aanspraak kunnen maken op een vergoeding overeenkomstig de artikelen 1382, 1383 en 1384 van het Burgerlijk Wetboek uitge-sloten zijn van de rechtsvordering volgens het gemene recht tegen de werkgever of diens aangestelden".

Sommige rechtsleer wijst er evenwel op dat artikel 46 van de Arbeidsongevallenwet enkel verhindert dat de rechtsvordering inzake burgerlijke aansprakelijkheid wordt ingesteld door het slachtoffer 'en zijn rechthebbenden'. Die bepaling omvat geen andere categorieën met als gevolg dat die derhalve zouden moeten kunnen vorde-ren op grond van de gemeenrechtelijke aansprakelijkheidsregelen (9). In die optiek zouden als rechthebbende enkel kunnen worden beschouwd diegenen die aan-spraak kunnen maken op een prestatie krachtens de Arbeidsongevallenwet. Een kentering in de rechtspraak vond plaats toen het Arbitragehof op 1 maart 2001 uit-

(7) Cass. 16 januari 1956, Arr. Cass., 1956, p. 467.

(8) Cass. 2 november 1994, R.W., 1995-1996, p. 13.

(9) Lietaert, B., "Is de immuniteit van de arbeidsongevallenwetten en de beroepsziektewet aan eenie-der tegenwerpelijk?", TSR, 1996, p. 155 e.v.

spraak deed over een prejudiciële vraag die haar was voorgelegd (10). Het Hof verwierp als zijnde strijdig met het gelijkheidsbeginsel de interpretatie van de Arbeidsongevallenwet overeenkomstig welke de immuniteit ook zou gelden ten aanzien van personen die geen aanspraak kunnen maken op enige arbeidsongevallenvergoeding. Het Hof merkte op dat het begrip 'rechthebbende' in artikel 46 van de Arbeidsongevallenwet in die zin moest worden geïnterpreteerd dat hij alleen betrekking heeft op de personen bedoeld in de artikelen 12 tot 17 van de Wet. In dezelfde lijn van redeneren heeft ook het Hof van Cassatie haar eerdere rechtspraak verlaten op grond van de overweging dat het voordeel van het gemeenrechtelijke systeem van schadevergoeding niet kan worden ontnomen aan personen die de verhouding tussen de werkgever en de werknemer niet beïnvloeden om reden van een bijzonder systeem dat elke vergoeding wat hen betreft, uitsluit (11). In Frankrijk volgde het Hof van Cassatie al sedert 1990 een gelijkaardige interpretatie waarbij benadeelden die niet gerechtigd zijn op een arbeidsongevallenvergoeding buiten het bereik van de immuniteitsregel vallen.

1.3.3. De immuniteit geldt enkel voor schade uit arbeidsongevallen

De uitschakeling van het aansprakelijkheidsrecht heeft enkel betrekking op schade die voortvloeit uit een arbeidsongeval. Wanneer bijvoorbeeld een vader en zijn zoon het slachtoffer worden van een ongeval dat in hoofde van de vader een arbeidsongeval is, dan zal de schade uit het ongeval overkomen aan de zoon niet worden gevat door immuniteit. De zoon werd immers zelf niet het slachtoffer van een arbeidsongeval. De zoon of zijn wettelijke vertegenwoordigers kunnen dan ook een rechtsvordering inzake burgerlijke aansprakelijkheid instellen tegen personen die ingevolge de Arbeidsongevallenwet geïmmuniiseerd zijn (voor het arbeidsongeval van de vader) (12).

1.4. BEGUNSTIGDEN VAN DE IMMUNITEIT

1.4.1. Werkgever

De Arbeidsongevallenwet immuniseert 'de werkgever'. De Beroepsziektenwet heeft het niet alleen over 'de werkgever', maar ook over 'het ondernemingshoofd'. Ondanks dit verschil in terminologie is de inhoud van dit begrip identiek. De werkgever is de natuurlijke of rechtspersoon met wie de getroffene een arbeidsovereenkomst heeft gesloten en die derhalve het recht van gezag (leiding en toezicht) bezit.

(10) Arbitragehof, nr. 31/2001, 1 maart 2001, B.S., 17 mei 2001.

(11) Cass. 21 mei 2002, R.W., 2002-2003, p. 941.

(12) Lietaert, B., "Burgerlijke aansprakelijkheid en zwakke weggebruiker" in Huys, J., Lietaert, B., Put, J., Uytenhove, A. en Dombrecht, P., Arbeidsongevallen, Mechelen, Ced. Samson, Comm. 3.2/12.3-3.2/12.4.

1.4.2. Lasthebbers

Een lasthebber dient te worden begrepen in de zin van artikel 1984 B.W. Het gaat om de persoon die krachtens een overeenkomst gelast is met het verrichten van rechtshandelingen in naam en voor rekening van de werkgever. In praktijk betreft het hier vaak een zaakvoerder of bestuurder van de tewerkstellende vennootschap. Maar het kan elke persoon betreffen die met de werkgever van het slachtoffer verbonden is door middel van een lastgevingsovereenkomst.

1.4.3. Aangestelden

De uitsluiting van de aansprakelijkheid van de aangestelde vormt een aanvulling van de immuniteit van de werkgever, zodat deze niet alleen gevrijwaard is van de aansprakelijkheidsvorderingen voor zijn eigen daad of nalatigheid, maar ook van de vorderingen op basis van artikel 1384, derde lid B.W. In de rechtspraak en de rechtsleer bestaat er dan ook geen discussie over het feit dat het begrip 'aangestelde' in de Arbeidsongevallenwet moet begrepen worden in de zin die er in artikel 1384 B.W. aan gegeven wordt: het gaat om alle personen die onder het gezag staan van dezelfde werkgever als de getroffene. Het begrip 'aangestelde' is ruimer dan het begrip 'werknemer': de aangestelde moet niet noodzakelijk door een arbeidsovereenkomst met de werkgever verbonden zijn.

1.4.4. Wat met de ter beschikking gestelde werknemer?

Ingeval een werknemer door zijn werkgever regelmatig ter beschikking wordt gesteld van een derde gebruiker, is deze laatste niet de werkgever van de werknemer in de zin van artikel 46 van de Arbeidsongevallenwet. Wanneer de ter beschikking gestelde werknemer onopzettelijk een arbeidsongeval veroorzaakt waarvan de werknemer-aangestelde van de werkgever-gebruiker het slachtoffer is, kan de ter beschikking gestelde werknemer zich als aangestelde beroepen op de burgerlijke immuniteit. Wanneer deze werknemer daarentegen zelf het slachtoffer wordt van een arbeidsongeval, kan hij zelf een burgerrechtelijke vordering inleiden tegen de werkgever-gebruiker of diens aangestelden, als dezen voor het onopzettelijk veroorzaakte arbeidsongeval aansprakelijk zijn. De werkgever-gebruiker en diens aangestelden worden immers als derden beschouwd in de zin van Artikel 46 Arbeidsongevallenwet, zodat hun aansprakelijkheid wordt beheerst door het gemene recht, en zij door de ter beschikking gestelde werknemers en door de gesubrogeerde arbeidsongevallenverzekeraar kunnen worden aangesproken.

De ter beschikking gestelde werknemer geniet dus van een bevoorrechte positie: hijzelf kan een burgerlijke vordering instellen tegen de werkgever-gebruiker en diens aangestelden-lasthebbers als hij het slachtoffer wordt van een arbeidsongeval, maar tegen hem is geen verhaal mogelijk als hij schade toebrengt (13).

(13) Van Regenmortel, A. en Vervliet, V., "Aansprakelijkheid van de werkgever, zijn lasthebbers en/of aangestelden voor ongevallen en ziekten binnen het bedrijf" in Janvier, R., Van Regenmortel, A. en Vervliet, V., Actuele problemen van het socialezekerheidsrecht, Brugge, Die Keure, 2003, p. 116.

1.5. UITZONDERINGEN OP DE WERKGEVERS IMMUNITEIT

In principe vergoeden de Arbeidsongevallenwet en de Beroepsziektenwet het slachtoffer van het arbeidsongeval los van het antwoord op de vraag naar de aansprakelijke voor het ongeval of de ziekte. Het slachtoffer of diens rechthebbenden hebben evenwel slechts recht op een forfaitaire vergoeding. Op dit beginsel bestaat evenwel een aantal uitzonderingen in welke gevallen de normale beginselen van het burgerlijke aansprakelijkheidsrecht vooralsnog spelen.

1.5.1. Schade aan goederen

Uitzonderlijk kan de werkgever toch aangesproken worden wanneer het ongeval schade aan goederen heeft veroorzaakt. In dergelijk geval dient de werknemer niet alleen de schade te bewijzen aan zijn goederen veroorzaakt door het arbeidsongeval, maar moet tevens worden aangetoond dat de werkgever aansprakelijk is, hetzij voor een onrechtmatige daad, hetzij als aansteller of op andere wijze.

1.5.2. Opzet

Een burgerlijke aansprakelijkheidsvordering is mogelijk tegen de werkgever die het arbeidsongeval opzettelijk heeft veroorzaakt of die opzettelijk een ongeval heeft veroorzaakt dat een arbeidsongeval tot gevolg heeft en tegen de lasthebber of aangeestelde van de werkgever die het arbeidsongeval opzettelijk heeft veroorzaakt.

Er is sprake van opzet in hoofde van de werkgever wanneer deze het ongeval gewild heeft, ook al heeft hij niet alle gevolgen van dit ongeval voorzien of gewild. Wanneer de werkgever bijvoorbeeld opzettelijk een brand of ontploffing heeft veroorzaakt, kan hij aansprakelijk worden gesteld zelfs wanneer hij de werknemer niet heeft willen verwonden (14).

Opzet mag niet worden gelijkgesteld met zware fout. Het feit dat alleen de opzettelijke fout van de werkgever, lasthebbers of aangestelden de immuniteit doorbreekt, wordt de laatste jaren steeds vaker in vraag gesteld. In Frankrijk voorziet artikel L 452-1 CSS dat het slachtoffer van een arbeidsongeval of beroepsziekte recht heeft op een bijkomende vergoeding wanneer het ongeval of de ziekte veroorzaakt door 'een onverschoonbare fout' van de werkgever (of van diegenen die hem vervangen bij het leidinggeven). Het Franse Hof van Cassatie heeft daarenboven in een arrest van 2002 de erkenning van de onverschoonbare fout inzake beroepsziekten aanzienlijk eenvoudiger gemaakt (15). Het Hof legt nu immers een veiligheidsverplichting op aan de werkgever met het karakter van een resultaatsverbintenis. Bijkomend is het Franse Hof van Cassatie de mening toegedaan dat de onverschoonbare fout niet eens de determinerende oorzaak van de beroepsziekte of het arbeidsongeval hoeft te zijn: het is slechts noodzakelijk dat de fout heeft bijgedragen tot de schade.

(14) Ponnet, L., "Aansprakelijkheid" in Handboek preventieadviseur, Antwerpen, Kluwer, losbl.

(15) Zie infra.

1.5.3. Verkeersongevallen

De getroffene, zijn rechthebbenden en de arbeidsongevallenverzekeraar beschikken over een gemeenrechtelijke vordering tegen de werkgever, zijn lasthebbers of zijn aangestelden die aansprakelijk zijn voor een ongeval op de weg van en naar het werk of voor een verkeersongeval.

a) Het arbeidswegongeval

De immuniteit valt weg bij ongevallen die zich voordoen op weg naar of van het werk. Het onderscheid tussen het eigenlijke arbeidsongeval en het arbeidswegongeval is gelegen in het gezagsmoment. Dit onderscheid is van belang wat de immuniteit betreft. Wanneer een ongeval gebeurt terwijl de werknemer zich verplaatst in opdracht van de werkgever, gaat het om een arbeidsongeval. Bevindt de werknemer zich daarentegen op de weg van of naar het werk, dan staat de werknemer nog niet of niet meer onder het gezag van diens werkgever. Of de werknemer op het ogenblik van het ongeval onder het gezag staat van de werkgever, is een feitenkwestie die de bodemrechter soeverein dient te appreciëren.

b) Het verkeersongeval

Vroeger voorzag artikel 46, §1 van de Arbeidsongevallenwet niet in de mogelijkheid voor het slachtoffer van een arbeidsongeval in het verkeer om een bijkomende gemeenrechtelijke vordering in te stellen. Dit betekende dat het slachtoffer en zijn rechthebbenden enkel recht hadden op een arbeidsongevallenvergoeding en de arbeidsongevallenverzekeraar geen subrogatoir verhaal kon instellen. Tengevolge van drie belangrijke evoluties (i) artikel 29bis van de Wet Aansprakelijkheid Motorrijtuigen, (ii) de rechtspraak van het Arbitragehof aangaande het gelijkheidsbeginsel en (iii) de wetwijziging van 20 mei 1998 en 25 januari 1999 kan het slachtoffer thans evenwel een bijkomende vergoeding bekomen.

1) Artikel 29bis W.A.M.

Artikel 29bis van de Wet Aansprakelijkheid Motorrijtuigen (W.A.M.) handelt over de automatische schaderegeling die van toepassing is op verkeersongevallen waarbij een motorrijtuig betrokken is. Verkeersslachtoffers (evenwel niet de bestuurders, noch hun rechthebbenden) hebben krachtens deze bepaling een vordering op de motorrijtuigenverzekeraar voor de schade uit lichamelijk letsel of overlijden.

Het principe van de immuniteit speelt niet ingeval van vorderingen op grond van artikel 29bis van de W.A.M. Artikel 46, §1 van de Arbeidsongevallenwet belet immers enkel dat een rechtsovereenkomst inzake burgerlijke aansprakelijkheid wordt ingesteld tegen de werkgever, diens aangestelden of lasthebbers. De vordering o.g.v. artikel 29bis W.A.M. is evenwel geen rechtsovereenkomst inzake burgerlijke aansprakelijkheid en wordt ingesteld tegen de verzekeraar van het motorrijtuig. Het gevolg is dat het slachtoffer de niet-vergoede schade kan vorderen van de motorrijtuigenverzekeraar en dat de arbeidsongevallenverzekeraar gesubrogeerd wordt in de rechten van het slachtoffer tegen de motorrijtuigenverzekeraar.

2) Arrest Arbitragehof 16 januari 1997

Het arrest van het Arbitragehof van 16 januari 1997 maakte komaf met het principe van de immuniteit bij arbeidsongevallen in het verkeer (16). Hoger werd gesteld dat de immuniteit van toepassing is bij arbeidsongevallen, maar niet bij arbeidswegongevallen en dat het onderscheid tussen beide categorieën afhankelijk is van het antwoord op de vraag of de werknemer op het ogenblik van het ongeval al dan niet onder het gezag van de werkgever stond. Aan de discussie over het gezag kwam een einde met hoger vermeld arrest van het Arbitragehof.

Het Hof stelde dat het gezag geen relevant criterium is om het onderscheid te maken tussen een arbeidswegongeval en een arbeidsongeval, althans niet wanneer dit ongeval zich voordoet in het verkeer. Daarnaast bepaalde het Hof dat het gezag tevens geen invloed heeft op de bewijsproblematiek. Het Hof concludeerde dat ieder slachtoffer van een verkeersongeval de mogelijkheid moest hebben om een gemeenrechtelijke vordering in te stellen, ongeacht of het om een arbeidsongeval dan wel om een arbeidswegongeval ging. Dit arrest had dan ook belangrijke gevolgen, zowel voor de slachtoffers, als voor de gesubrogeerde arbeidsongevallenverzekeraars.

Aldus was het Arbitragehof van oordeel dat artikel 46, §1 van de Arbeidsongevallenwet de toets aan het gelijkheidsbeginsel en non-discriminatiebeginsel niet kan doorstaan in het geval dat de bepaling wordt uitgelegd alsof de immuniteit ook zou slaan op arbeidsongevallen in het verkeer. Op grond van de verplichting om wetten te interpreteren in overeenstemming met de Grondwet, dient artikel 46, §1 in die zin te worden begrepen dat de burgerlijke rechtsvordering inzake aansprakelijkheid wel mogelijk is bij arbeidsongevallen in het verkeer.

3) Wetswijzigingen van 20 mei 1998 en 25 januari 1999

De wetgever heeft bij Wet van 20 mei 1998 artikel 46, §1 van de Arbeidsongevallenwet aangepast om de wetbepaling in overeenstemming te brengen met de rechtspraak van het Arbitragehof (17). Ingevolge die wijziging bepaalde artikel 46, §1, 6° dat de rechtsvordering inzake burgerlijke aansprakelijkheid kan worden ingesteld tegen de werkgever, zijn lasthebbers of aangestelden, wanneer het ongeval een verkeersongeval betreft. De wet omschreef het verkeersongeval als volgt: 'onder verkeersongeval wordt verstaan, ieder ongeval op de openbare weg en op terreinen die toegankelijk zijn voor het publiek of enkel voor een zeker aantal personen die het recht hebben er te komen en waarbij een of meer voertuigen of rijdieren zijn betrokken'. Omwille van het feit dat de omschrijving van het begrip verkeersongeval onduidelijk werd geacht, werd artikel 46, §1, 6° vervangen bij Wet van 25 januari 1999 (18). De tekst omschrijft het verkeersongeval nu als 'ieder ongeval in het wegverkeer waarbij één of meer al dan niet gemotoriseerde voertuigen zijn betrokken en dat verband houdt met het verkeer op de openbare weg'.

(16) Arbitragehof nr. 3/1997, 16 januari 1997, B.S., 21 januari 1997.

(17) Wet 20 mei 1998 tot wijziging van artikel 46 W.A.O. 10 april 1971, B.S., 1 augustus 1998.

(18) Wet 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen, B.S., 6 februari 1999.

1.5.4. Zwaarwichtige overtreding van de veiligheidswetgeving

Het arrest van het Arbitragehof van 1997 inzake arbeidsongevallen in het verkeer gaf aanleiding tot heel wat opschudding. Sommige rechtsleer was de mening toegedaan dat dit arrest dan ook aanleiding gaf tot de toevoeging van een zevende punt aan artikel 46, §1 van de Arbeidsongevallenwet (19). Sinds de wetswijziging in 1999 is een burgerlijke vordering ook mogelijk 'tegen de werkgever die de wettelijke en reglementaire bepalingen inzake arbeidsveiligheid en -hygiëne zwaarwichtig heeft overtreden en die de werknemers aan het risico van arbeidsongevallen heeft blootgesteld, terwijl de ambtenaren die zijn aangewezen om toezicht te houden op de naleving van die bepalingen, hem schriftelijk hebben gewezen op het gevaar waaraan hij deze werknemers blootstelt'. Men liet zich bij de wetswijziging inspireren door artikel 51 van de Beroepsziektewet waar de weigering om zich te schikken naar de wettelijke en reglementaire bepalingen inzake arbeidsveiligheid en -hygiëne met opzet wordt gelijkgesteld. Enkel 'zwaarwichtige tekortkomingen' inzake veiligheid en hygiëne kunnen aanleiding geven tot een burgerlijke vordering tegen de werkgever. De invulling van dit begrip wordt aan de rechtspraak overgelaten. A. Van Regenmortel en V. Vervliet wijzen erop dat het voor de hand liggend is dat bij de invulling van dit begrip inspiratie zal worden gezocht in de Franse rechtspraak over de 'onverschoonbare fout' (20).

2. EEN RECHTSVERGELIJKENDE ANALYSE

2.1. FRANKRIJK

In het algemeen kan worden gesteld dat er in Frankrijk net zoals in België een systeem is waarbij ingeval van een arbeidsongeval automatisch forfaitaire vergoedingen worden uitbetaald aan de werknemers.

Artikel L 451-1 van de Code de la Sécurité sociale bepaalt:

"Sous réserve des dispositions prévues aux articles L. 452-1 à L. 452-5, L.455-1, L.455-1-1 et L. 455-2, aucune action en réparation des accidents et maladies mentionnés par le présent livre ne peut être exercée conformément au droit commun, par la victime ou ses ayants droit".

Net zoals in België is er dus in Frankrijk immuniteit van de werkgever tegen gemeenrechtelijke aansprakelijkheidsvorderingen van het slachtoffer of diens rechtshabbers. Ook hier kan evenwel in een aantal gevallen de immuniteit van de werkgever doorbroken worden. Toepassing van de regelen van het burgerlijke aansprakelijkheidsrecht zullen leiden tot een bijkomende vergoeding boven op de for-

(19) Persyn, C., "De rechtspraak over de aansprakelijkheid van de hiërarchische lijn" in Verslagboek Interprovinciaal Welzijnscongres, Oostende, 25-26 mei 2000, pp. 9-10.

(20) Van Regenmortel, A. en Vervliet, V., "Aansprakelijkheid van de werkgever, zijn lasthebbers en/of aangestelden voor ongevallen en ziekten binnen het bedrijf" in Janvier, R., Van Regenmortel, A. en Vervliet, V., Actuele problemen van het socialezekerheidsrecht, Brugge, Die Keure, 2003, p. 128.

faitaire vergoedingen (21). De integrale vergoeding wordt dus vooreerst verzekerd via de uitkeringen voorzien in de arbeidsongevallenwetgeving. Indien er tegen de veroorzaker van de schade een vordering kan worden ingesteld, geeft dit aanleiding tot een aanvullende vergoeding die gelijk is aan het verschil tussen de reële schade en de forfaitaire vergoeding via de arbeidsongevallenwetgeving.

2.1.1. In geval van een onverschoonbare fout van de werkgever of van diegene die hem in zijn leiding geven vervangen (artikel L.452-1 Code de la Sécurité sociale)

Wanneer het ongeval (of de ziekte) veroorzaakt is door een 'onverschoonbare fout' van de werkgever (of van diegenen die hem vervangen bij het leiding geven), heeft het slachtoffer recht op een bijkomende vergoeding. Het begrip 'onverschoonbare fout' werd niet in de wetgeving gepreciseerd. Het waren aldus de hoven en rechtbanken die dit begrip mochten invullen. In het verleden aanvaardde het Franse Hof van Cassatie slechts uitzonderlijk de onverschoonbare fout.

In een arrest van 15 juli 1941 gaf het Franse Hof van Cassatie een duidelijke omschrijving van het begrip 'onverschoonbare fout':

“La faute inexcusable doit s’entendre d’une faute d’une gravité exceptionnelle, dérivant d’un acte ou d’une omission volontaire, de la conscience du danger que devait en avoir son auteur, de l’absence de toute cause justificative, et se distinguant par le défaut d’un élément intentionnel de la faute intentionnelle (22)”.

Deze definitie werd bevestigd in een arrest van het Franse Hof van 18 juli 1980 (23). Vijf constitutieve bestanddelen van de onverschoonbare fout kunnen worden onderscheiden: (i) de fout dient van een bijzondere ernst te zijn. Ze dient van een onvergeeflijk lichtzinnige aard te zijn of een gebrek in te houden van de meest elementaire voorzichtigheid. (ii) Daarenboven dient de fout het gevolg te zijn van een vrijwillige handeling of nalatigheid. (iii) Dit impliceert evenwel niet dat de schade opzettelijk moet veroorzaakt zijn. (iv) Daarenboven dient de auteur kennis te hebben gehad van het lopende gevaar, rekening houdend met zijn opleiding, zijn verantwoordelijkheden of zijn ervaring. (v) Ten slotte kan de schuldige zich niet beroepen op een rechtvaardigingsgrond. Deze voorwaarden zijn cumulatief. Ingeval één van deze voorwaarden niet vervuld is, zal de fout niet als onverschoonbaar kunnen worden aangemerkt.

Recent heeft het Franse hoogste gerechtshof in de 7 beroemde asbest-arresten evenwel de erkenning van de onverschoonbare fout aanzienlijk eenvoudiger gemaakt. Het Hof legt immers aan de werkgever een veiligheidsverplichting op met het karakter van een resultaatverbintenis. “En vertu du contrat de travail, l’employeur est

(21) L. 452-5 Code de la Sécurité sociale; cf. Soc 24 avril 1969, Bull. V., nr. 265.

(22) Cass. 15 juli 1941, Gr. Arr. Sec. Soc., nr. 54.

(23) Cass. 18 juli 1980, D., 1980, p. 394.

tenu envers le salarié d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par l'intéressé du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise. Le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L 452-1 du Code de la Sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver" (24).

Indien er dus vaststaat dat het ongeval het gevolg is van een fout van de werkgever, is het slachtoffer vrijgesteld van het bewijs van de fout en de ernst hiervan. In zekere zin kan men dan ook stellen dat het Hof van Cassatie het begrip onverschoonbare fout heeft hervormd door het van een van haar karakteristieken te beroven, waardoor het dan ook gemakkelijker wordt aan te tonen dat er hiervan sprake is. Men kan immers stellen dat de voorwaarde dat er sprake dient te zijn van een buitengewone ernstigheid of een onvergeeflijke lichtzinnigheid werd geschrapt.

Voortaan veronderstelt men dus dat 1) een arbeidsongeval het bestaan van een fout in hoofde van de werkgever veronderstelt, 2) dat deze fout noodzakelijkerwijze gekenmerkt wordt door een onvergeeflijke lichtzinnigheid, waarvan het nu niet meer nodig is deze te bewijzen, en 3) in het geval dat deze fout voortvloeit uit een schending van een veiligheidsverplichting met het karakter van een resultaatsverbintenis kan 4) de schuldenaar zich maar kan onttrekken aan zijn burgerrechtelijke aansprakelijkheid door aan te tonen dat hij heeft gehandeld onder overmacht zoals voorzien in artikel 1147 van het Burgerlijk Wetboek.

Daarenboven dient het slachtoffer niet meer de band aan te tonen tussen fout en schade (25). De veiligheidsverplichting met als karakter een resultaatsverbintenis leidt dan ook tot het feit dat elke fout een vermoeden van onverschoonbare fout instelt.

Op het eerste gezicht zou men hieruit misschien kunnen afleiden dat enkel overmacht een werkgever kan vrijstellen van zijn plicht tot veiligheid (26).

Nochtans wijst de recente rechtspraak erop dat het aan het slachtoffer toebehoort om aan te tonen dat de werkgever "avait ou aurait dû avoir conscience du danger et d'autre part, que celui-ci n'avait pas pris les mesures nécessaires pour en préserver son salarié". Zo oordeelde de rechtspraak dat "s'agissant d'un accident du travail survenu à deux ouvriers montés sur un échafaudage pour démolir une cheminée, une

(24) Zie Cass. soc., 28-02-2002, nr. 99-17.201, société Valeo c/ Mme Monique Rabozivelo, FP-P+B+R+I Lexbase n° AO761AYT; Cass. soc., 28-02-2002, nr. 99-21.255, société Eternit industrie c/ M. Christophe Gaillardin, FP-P+B+R+I Cass. soc., 28-02-2002, nr. 99-21.255, société Eternit industrie c/ M. Christophe Gaillardin, FP-P+B+R+I Lexbase AO773AYB; Cass. soc., 28-02-2002, nr. 00-13.172, société Everite c/ M. André Gerbaud, FP-P+B+R+I Lexbase A610AYAA. Lyon-Caen, A., Une révolution dans le droit des accidents du travail, Cass. Soc., 28 februari 2002, Dr. Soc., 2002, p. 445.

(25) Soc. 11 april 2002, Bull. V., nr. 127; Soc. 31 okt. 2002 D. 2003, p. 644.

(26) Kessler, Fr., Droit de la Protection sociale, Parijs, Dalloz, 2003, p. 157.

cour d'appel a pu estimer que l'employeur ne pouvait avoir conscience d'un danger encouru et en déduire exactement l'absence de faute inexcusable après avoir constaté que les intéressés étaient expérimentés et usaient d'une technique habituelle, qu'il ne résulte ni des témoignages, ni de la réglementation que l'utilisation d'une nacelle était nécessaire, et que la chute d'un morceau de la cheminée apparaissait non prévisible, d'autres cheminées ayant été démontées selon une technique identique sans difficulté" (27) of nog dat "ayant relevé la conformité de la machine à la réglementation et l'indétermination des causes de l'accident survenu au salarié, une cour d'appel a pu exactement déduire que l'employeur ne pouvait avoir conscience du danger auquel était exposé l'intéressé et décider en conséquence qu'aucune faute inexcusable ne pouvait être retenue à son encontre" (28). Het Hof van Cassatie heeft bv. een arrest van het Hof van Beroep bevestigd dat had geoordeeld "excluant toute anomalie du matériel en relation avec l'accident, [...] caractérise le fait que l'employeur ne pouvait avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, de sorte qu'aucune faute inexcusable ne peut être retenue à son encontre" (29).

Indien men van oordeel is dat er een onverschoonbare fout is begaan in hoofde van de werkgever, heeft het slachtoffer recht op een aanvullende vergoeding die aanleiding zal geven tot een verhoogde rente. Gedurende lange tijd werd het belang van deze verhoging overgelaten aan de appreciatie van de rechter, die oordeelde in functie van de ernst van de begane fout. In een arrest van 19 december 2002 werd geoordeeld "qu'ayant retenu l'existence d'une faute inexcusable de l'employeur, c'est à bon droit qu'une cour d'appel fixe la majoration de rente à son maximum". (30).

De veroorzaker van de schade is met zijn persoonlijk vermogen aansprakelijk voor de gevolgen hiervan (31) en de werkgever draagt de verhoging van de rente onder de vorm van een aanvullende bijdrage (32). Nochtans staat de wet wel toe dat de bedrijfsleider zich tegen de financiële gevolgen van zijn onverschoonbare fout kan verzekeren (33).

Daarnaast stelde het Hof dat de onverschoonbare fout niet de determinerende oorzaak van het arbeidsongeval moet zijn, maar dat de fout enkel moet hebben bijgedragen tot de schade. Door de gedurfde rechtspraak van het Franse Hof van Cassatie bezint men zich in Frankrijk over de toekomst van het stelsel van het professioneel risico. Vooral inzake beroepsziekten (in mindere mate inzake arbeidsongevallen) door het feit dat de onverschoonbare fout van de werkgever gedekt kan worden door de aansprakelijkheidsverzekering, vrezen de verzekeraars te moeten opdraaien voor een zware schadelast. Een wetswijziging dringt zich op.

(27) Civ. 2de, 12 mei 2003, RJS, 8/9/03, nr. 1071 2ème espèce.

(28) Civ. 2de, 1 juli 2003, RJS, 10/03, nr. 1224.

(29) Soc 31 okt. 2002, RJS, 1/03, nr. 86.

(30) Soc 19 dec. 2002, RJS, 2/03, nr. 254; Soc 6 februari 2003, RJS, 4/03, nr. 526.

(31) Art. L. 452-4 Code de la Sécurité sociale.

(32) Art. L. 452-2 et R. 452-1 du Code de la Sécurité sociale.

(33) Art. L.452-4 al. 4 Code de la Sécurité sociale.

2.1.2. In geval van een opzettelijke fout van de werkgever of een van zijn aangestelden (artikel L. 452-5 Code de la Sécurité sociale)

Net zoals in België geeft de opzettelijke fout van de werkgever of van een van zijn aangestelden aanleiding tot het doorbreken van de immuniteit. In de rechtspraak werden de criteria nader uitgewerkt wanneer er sprake kan zijn van een opzettelijke fout. Zo dient er een vrijwillige daad te zijn (34) met de bedoeling om lichamelijke letsels te veroorzaken (35). Het is in de praktijk uiterst zelden dat de opzettelijke fout wordt ingeroepen om de immuniteit van de werkgever te doorbreken. Aangezien een fout in 'de waakzaamheid' van de werkgever niet als een opzettelijke fout zal worden beschouwd, zal er meestal slechts sprake zijn van een opzettelijke fout ingeval van fysieke confrontaties en geweldplegingen binnen de onderneming (36). Indien de veroorzaker van de schade de werkgever is, kan hij zich hiertegen niet verzekeren (37).

2.1.3. In geval van een verkeersongeval met een motorrijtuig bestuurd door de werkgever, diens aangestelde of een persoon die behoort tot dezelfde onderneming van het slachtoffer (artikel L.455-1-1 Code de la Sécurité sociale)

Artikel L.455-1-1 van de Code de la Sécurité sociale bepaalt:

“La victime ou ses ayants droit et la caisse peuvent se prévaloir des dispositions des articles L. 454-1 et L.455-2 lorsque l'accident défini à l'article L. 411-1 survient sur une voie ouverte à la circulation publique et implique un véhicule terrestre à moteur conduit par l'employeur, un préposé ou une personne appartenant à la même entreprise que la victime.

La réparation complémentaire prévue au premier alinéa est régie par les dispositions de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et l'accélération des procédures d'indemnisation.”

Wat betreft de tegenwerpelijke van de immuniteit aan andere personen dan de rechthebbenden van het slachtoffer van een arbeidsongeval, volgt het Franse Hof van Cassatie al sinds 1990 een gelijkaardige interpretatie als het Belgische Hof van Cassatie waarbij benadeelden die niet gerechtigd zijn op een arbeidsongevallenvergoeding buiten het bereik van de immuniteitsregel vallen, hoewel de notie “recht-hebbenden” tevoren zeer ruim werd omschreven als al diegenen die schade lijden door het arbeidsongeval. Het Franse Hof van Cassatie maakte een kentering in haar rechtspraak naar aanleiding van een geval waarbij een jonge arbeider van 20 jaar als gevolg van een arbeidsongeval verlamd was aan zijn vier ledematen, waardoor zijn echtgenote van 19 jaar met wie hij nog maar een maand getrouwd was, zwaar werd

(34) Soc., 13 januari 1966, Bull. Civ. IV, nr. 63.

(35) Soc., 20 april 1988, Bull. Civ. V, nr. 241.

(36) Soc., 26 januari 1972, Bull. V, nr. 66, geciteerd bij Chauchard, J.P., Droit de la sécurité sociale, L.G.D.J., 409.

(37) Art L. 452-4, Code de la Sécurité sociale.

getroffen. Het Hof besliste dat zij als echtgenote van het slachtoffer van een niet-dodelijk arbeidsongeval, niet de hoedanigheid van rechthebbende had, zodat zij vergoed kon worden voor haar eigen schade (38).

2.2. NEDERLAND

In het algemeen kan worden gesteld dat er thans in Nederland geen aparte sociale verzekering voor arbeidsongevallen en beroepsziekten is. De Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) die op 1 juli 1967 in werking trad, maakt immers geen onderscheid tussen de arbeidsongeschiktheid tengevolge van een beroepsziekte, een zogenaamd bedrijfsongeval of een gemeenrechtelijke oorzaak. De oorzaak van de arbeidsongeschiktheid is thans aldus irrelevant. Alleen het feit dat men arbeidsongeschikt is en de daaruit voortvloeiende verminderde restverdiencapaciteit zijn relevant.

Werkgevers kunnen dus voor arbeidsgebonden schade aansprakelijk worden gesteld. In Nederland dienen slachtoffers van arbeidsongevallen dus een beroep te doen op de gemeenrechtelijke regelen van het aansprakelijkheidsrecht teneinde een vergoeding te bekomen voor een arbeidsongeval. Het gaat hierbij om een schuldaansprakelijkheid (artikel 7:658 B.W.), waarbij men evenwel in de rechtspraak sterk is tegemoet gekomen aan de slachtoffers van dit soort schade (door bv. snel de causaliteit tussen fout en schade te aanvaarden, zie verder). Als gevolg van deze tendens kan worden gesteld dat het aansprakelijkheidsregime bij arbeidsgebonden schade thans steeds meer kenmerken vertoont van risicoaansprakelijkheid, waarbij het merendeel van de werkgevers zich tegen het financieel risico van aansprakelijkheid voor arbeidsgebonden schade bij particuliere verzekeraars heeft verzekerd (39). Melding dient te worden gemaakt van het feit dat men het verzekeringsstelsel voor arbeidsongeschiktheid in Nederland grondig aan het herdenken en hertekenen is teneinde de groeiende kostprijs in te perken.

Artikel 7:658 B.W. bepaalt:

“1. De werkgever is verplicht de lokalen, werktuigen en gereedschappen waarin of waarmee hij de arbeid doet verrichten, op zodanige wijze in te richten en te onderhouden alsmede voor het verrichten van de arbeid zodanige maatregelen te treffen en aanwijzingen te verstrekken als redelijkerwijs nodig is om te voorkomen dat de werknemer in de uitoefening van zijn werkzaamheden schade lijdt.

2. De werkgever is jegens de werknemer aansprakelijk voor de schade die de werknemer in de uitoefening van zijn werkzaamheden lijdt, tenzij hij aantoont dat hij de in lid 1 genoemde verplichtingen is nagekomen of dat de schade in belangrijke mate het gevolg is van opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer.

(38) Cass. Fr., 2 februari 1990, RGAR, 1993, 12.190.

(39) Zie hiervoor uitgebreid bij Klosse, S., "Schadevergoeding via sociale zekerheid en aansprakelijkheidsrecht: Communicerende vaten?", *Publiek, Privaat en Aansprakelijkheid, Verzekeringen*, SaRO-bijeenkomst 8 december 2000.

3. Van de leden 1 en 2 en van hetgeen titel 3 van Boek 6 bepaalt over de aansprakelijkheid van de werkgever, kan niet ten nadele van de werknemer worden afgeweken.

4. Hij die in de uitoefening van zijn beroep of bedrijf arbeid laat verrichten door een persoon met wie hij geen arbeidsovereenkomst heeft, is overeenkomstig de leden 1 tot en met 3 aansprakelijk voor de schade die deze persoon in de uitoefening van zijn werkzaamheden lijdt. De kantonrechter is bevoegd om kennis te nemen van vorderingen op grond van de eerste zin van dit lid.”

In geval van arbeidsongeschiktheid krijgen werknemers die op basis van een arbeidsovereenkomst werkzaam zijn, in principe steeds 70% van hun loonschade vergoed wanneer zij door een al dan niet arbeidsgebonden ziekte niet in staat zijn om hun werk te verrichten. Na een jaar neemt de WAO-uitkering de vergoedende functie over. Voor arbeidsgebonden schade die niet door andere vergoedingssystemen wordt gedekt, kan bovendien een beroep op het aansprakelijkheidsrecht worden gedaan. Zoals gesteld heeft het merendeel van de werkgevers zich particulier verzekerd tegen de financiële lasten die dit met zich mee kan brengen.

Als een gevolg van het feit dat de laatste jaren de drempels tot het aansprakelijkheidsrecht verlaagd zijn, is het voor werknemers gemakkelijker geworden om werkgevers voor arbeidsgebonden schade aansprakelijk te stellen. We zien in dit verband bv. een enorme uitbreiding van het aantal veiligheidsnormen. Verder dienen werkgevers onderzoeken te verrichten naar de oorzaken van arbeidsgebonden schade en dienen zij daarop te reageren teneinde het aantal schadegevallen zoveel mogelijk te beperken en te vermijden (40). Daarmee moet worden bevorderd dat zij op die mogelijke oorzaken bedacht zijn en die tijdig met gepaste maatregelen kunnen bestrijden (41). Schieten werkgevers daarin op de één of andere manier tekort, dan kunnen zij onder omstandigheden ook aansprakelijk worden gesteld voor schade die voortkomt uit nog onbekende oorzaken, tenminste, als dat tekortschieten de kans op het ontstaan van niet direct kenbare schade aanmerkelijk heeft verhoogd (42). Werkgevers kunnen zich daartegen niet verweren door te stellen dat de arbeidsinspectie bijvoorbeeld geen verdergaande maatregelen heeft aanbevolen of voorgeschreven of dat er in andere, vergelijkbare bedrijven ook geen verdergaande veiligheidsmaatregelen zijn getroffen. Slechts door aannemelijk te maken dat het nemen van vereiste veiligheidsmaatregelen tegen wel bekende gevaren het ontstaan van een nog onbekend gevaar waarschijnlijk niet had kunnen voorkomen, kan onder omstandigheden baten (43).

(40) Zie hiervoor Klosse, S., "Schadevergoeding via sociale zekerheid en aansprakelijkheidsrecht: Communicerende vaten?", Publiek, Privaat en Aansprakelijkheid, Verzekeringen, SaRO-bijeenkomst 8 december 2000.

(41) Zie bijv. HR, 20 april 1983, NJ 1984, 19 (PAS) en HR, 17 november 1989, NJ 1990, 573 (PAS); HR, 16 januari 1998, NJ 1998, 55 en HR, 24 november 1995, NJ 1996, 271.

(42) Zie daarvoor bv. HR, 25 juni 1993, NJ 1993, 686 (PAS); HR, 2 oktober 1998, NJ 682 en 683 (JBMV).

(43) Zie HR, 2 oktober 1998, NJ 1998, 682 en Klosse, S., "Schadevergoeding via sociale zekerheid en aansprakelijkheidsrecht: Communicerende vaten?", Publiek, Privaat en Aansprakelijkheid, Verzekeringen, SaRO-bijeenkomst 8 december 2000.

Verder is de rechtspraak ook aan de slachtoffers van arbeidsgebonden schade tegemoet gekomen wat betreft het probleem van de causaliteit tussen de oorzaak van de schade, de schade en de tekortkoming van de werkgever. Zelfs ingeval die causaliteit niet duidelijk is, wordt sneller aangenomen dat de vereiste causaliteit bestaat, door een zogenaamd vermoeden van causaliteit op grond van het feit dat de werkgever tekortgeschoten is wat zijn zorgplicht betreft (44). De werkgever dient dan dit vermoeden te weerleggen teneinde zijn aansprakelijkheid te ontlopen. Ook als het feitelijk verband tussen de schadebron en de schade, bijvoorbeeld door tijdsverloop of de aanwezigheid van meerdere risicofactoren, niet helemaal duidelijk is, wordt soms toch aangenomen dat de vereiste causaliteit bestaat. Dit, op grond van het feit dat de werkplek onveilig is en de werkgever dus niet aan zijn zorgplicht heeft voldaan.

Men kan dan ook stellen dat de tekortschietende werkgever wordt opgezadeld met de causaliteitsonzekerheid. Het is aan hem om het causaliteitsvermoeden te weerleggen door aan te tonen dat het nemen van de vereiste veiligheidsmaatregelen het ontstaan van de schade niet had kunnen voorkomen (45). Vooral in situaties waarin, bijvoorbeeld door tijdsverloop, moeilijk te bewijzen is in hoeverre de schade het gevolg is van tekortschieten door de werkgever, biedt zo'n causaliteitsvermoeden de werknemer uitkomst (46).

Ook hier kan de werkgever aan de gevolgen van aansprakelijkheid ontsnappen door aan te tonen dat de schade het gevolg is van opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer. Ingeval de werknemer 'bewust' (intentioneel element) en 'roekeloos' (gedrag) of 'opzettelijk' gehandeld heeft, zal de werkgever niet aansprakelijk worden gesteld. Volgens de rechtspraak zal de werkgever in een dergelijk geval moeten aantonen dat de werknemer zich direct voorafgaand aan de schade veroorzakende gebeurtenis daadwerkelijk bewust was van het feit dat hij roekeloos handelde (47). In de praktijk is dit evenwel moeilijk te bewijzen, hetgeen ertoe leidt dat werkgevers relatief snel aansprakelijk worden gesteld voor arbeidsgebonden schade.

De hierboven beschreven ontwikkeling biedt heel wat voordelen voor de werknemer. Er bestaat immers een grote kans dat zij hun schade vergoed zullen krijgen. Maar er zijn toch ook nadelen (48). We zien immers een gelijktijdige toename van het aantal claims en dat roept, op haar beurt, een reactie op bij de particuliere aansprakelijk-

(44) Klosse, S., "Schadevergoeding via sociale zekerheid en aansprakelijkheidsrecht: Communicerende vaten?", Publiek, Privaat en Aansprakelijkheid, Verzekeringen, SaRO-bijeenkomst 8 december 2000 en de daar aangehaalde rechtspraak.

(45) Zie HR, 20 september 1996, NJ 1997, 198 (PAS); HR, 17 november 1989, NJ 1990, 572 (PAS); HR, 24 februari 1989, NJ 1989, 426 en HR, 21 juni 1974, NJ 1975, 453 (GJS).

(46) Zie HR, 22 maart 1991, NJ 1991, 420 en HR, 25 juni 1993, NJ 1993, 686 en HR, 2 oktober 1998, NJ 1998, 682.

(47) HR, 29 september 1996, NJ 1997, 198 en HR, 11 september 1998, NJ 1998, 870.

(48) Klosse, S., "Schadevergoeding via sociale zekerheid en aansprakelijkheidsrecht: Communicerende vaten?", Publiek, Privaat en Aansprakelijkheid, Verzekeringen, SaRO-bijeenkomst 8 december 2000.

heidsverzekeraars. Die verzekeraars blijken zich daartegen te wapenen door verhoging van de premie, aanpassing van de polisvoorwaarden of wijziging van de dekkingssystematiek. Het toegenomen gebruik van "claims made"-polissen is in dit verband een teken aan de wand. De mogelijkheid die dit soort polissen biedt om, door beëindiging van het verzekeringscontract, onder de vergoedingsplicht uit te komen, kan de verzekeraarbaarheid van arbeidsgebonden schade in gevaar brengen, zeker naarmate die schade moeilijker voorzienbaar en dus moeilijker berekenbaar is (49).

De verplichting om voor deze schade op te komen, komt op deze manier weer bij de individuele werkgever te liggen. Dit kan een nieuw risico met zich meebrengen. Werkgevers zullen als gevolg van deze ontwikkeling immers bepaalde claims uit eigen zak moeten gaan betalen en dat moet financieel wel haalbaar zijn. Het streven naar een zo breed mogelijke spreiding van kosten en risico's dreigt zo in het gedrang te komen. Werkgevers kunnen zich wel tegen de aansprakelijkheid indekken door extra zorg te besteden aan het creëren van een veilige en gezonde werkplek. Het aantal schadeclaims kan zo worden beperkt. Toch kan een eventuele vergoedingsplicht op deze manier niet altijd worden ontlopen. Extra zorg en inspanning garanderen immers nog niet dat er geen arbeidsgebonden schade meer zal ontstaan. Naarmate die schade moeilijker voorzienbaar en daarmee ook moeilijker beheersbaar is, zal het ontstaan daarvan ook moeilijker beïnvloedbaar en daarmee dus moeilijker te voorkomen zijn (50). Saskia Klosse wijst er wel op dat het hier nog steeds niet gaat om een pure risicoaansprakelijkheid. Hoewel dit niet overeenstemt met de bestaande trend, geeft dat gegeven in beginsel ruimte om de vergoedingsplicht van de werkgever wat in te perken, bijvoorbeeld door te benadrukken dat aansprakelijkheid op dit terrein ten minste een tekortkoming aan de kant van de werkgever eist; hij moet op de een of andere manier wel verwijtbaar hebben gehandeld (51). Weliswaar staat hiertegenover dat de zorgplicht ook een onderzoeksplicht omvat, en weliswaar is het zo dat de werkgever op grond daarvan ontwikkelingen in de wetenschap en de techniek scherp in de gaten moet houden zodat hij tijdig de nodige maatregelen kan nemen om arbeidsgebonden schade te voorkomen, maar dit betekent nog niet dat hij alles had moeten kunnen voorzien (52).

Als gevolg van het drastisch toegenomen aantal claims (met alle ongewenste onzekerheden als langdurig tijdsverloop, proces- en rechtsbijstandskosten, risico van ontbreken van verhaalsmogelijkheden als werkgever vertrekt of failliet gaat) en de toe-

(49) Zie hiervoor bij Klosse, S., "Schadevergoeding via sociale zekerheid en aansprakelijkheidsrecht: Communicerende vaten?", Publiek, Privaat en Aansprakelijkheid, Verzekeringen, SaRO-bijeenkomst 8 december.

(50) Klosse, S., "Schadevergoeding via sociale zekerheid en aansprakelijkheidsrecht: Communicerende vaten?", Publiek, Privaat en Aansprakelijkheid, Verzekeringen, SaRO-bijeenkomst 8 december 2000.

(51) Zie HR, 17 november 1989, NJ1990, 572 (PAS); HR, 24 juni 1994, JAR 1994, 153/NJ 1995, 137 (PAS); HR, 18 april 1997, NJ 1997, 510; Ktg Gouda 26 november 1998, JAR 1999, 20 en Rb Zwolle 7 februari 1996, JAR 1996, 137.

(52) Klosse, S., "Schadevergoeding via sociale zekerheid en aansprakelijkheidsrecht: Communicerende vaten?" Publiek, Privaat en Aansprakelijkheid, Verzekeringen, SaRO-bijeenkomst 8 december 2000.

nemende moeilijkheden wat de financiering van het systeem betreft, heeft de Nederlandse Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een nieuw arbeidsongeschiktheidsstelsel voorgesteld – met als basiskennmerken een verplichte private beroepsrisicoverzekering voor de werkgever en een duidelijk afgebakende aansprakelijkheid van de werkgever – dat vanaf 1 januari 2006 zou moeten ingaan. In Nederland zou dan een verplichte private verzekering voor het professioneel risico worden ingevoerd, waarbij voor werknemers die (deels) arbeidsongeschikt raken als gevolg van een arbeidsongeval of beroepsziekte een Extra Garantieregeling voor Beroepsrisico's komt. De verzekering zou dan de schade dekken die de werknemer lijdt, evenals de noodzakelijke medische kosten en een vergoeding worden uitgekeerd bij overlijden. Als een werknemer een uitkering ontvangt, wordt deze geacht de hem geleden schade volledig te vergoeden. De werkgever wordt op grond van de EGB uitgesloten van verdere claims van de zijde van de werknemer, tenzij er sprake is van opzet of bewuste roekeloosheid aan de kant van de werkgever.

Het recht op uitkering van de werknemer wordt gegarandeerd doordat hij, indien het beroepsrisico intreedt, een directe aanspraak krijgt op de verzekeraar. De wet stelt regels met betrekking tot hoogte en duur van de uitkering. Deze uitkering kent een vijftal componenten:

- een inkomensdervingsuitkering van 70% van het loon vanaf de eerste dag van ziekte;
- een inkomensdervingsuitkering van 70% van het loon bij volledige arbeidsongeschiktheid, vast te stellen op het moment dat in de gezondheidstoestand van de werknemer een stabiele situatie is opgetreden. Verminderd arbeidsgeschikten krijgen een uitkering naar rato van hun mate van arbeidsongeschiktheid;
- een uitkering ter vergoeding van personenschade. Uitgangspunt bij het bepalen van de personenschade is het verschil tussen de totale schade van de werknemer en de inkomensdervingsuitkering. Met andere woorden: dat deel van de schade dat de werknemer thans via de civiele weg moet verhalen. Daarvan maken in ieder geval deel uit, de eigen risico's en bijdragen die de werknemer moet betalen bij zijn medische verzorging;
- een vergoeding van ziektekosten;
- een uitkering aan de nabestaanden van de verzekerde, indien de werknemer komt te overlijden ten gevolge van het beroepsrisico.

Om te garanderen dat verzekerden voldoende garanties hebben dat zij hun recht op uitkering relatief eenvoudig geldend kunnen maken wordt onder meer een waarborgfonds ingesteld waar werknemers terecht kunnen die geen werkgever (meer) hebben of wier werkgever heeft verzuimd een verzekering af te sluiten.

Voor de vormgeving van de Extra Garantieregeling Beroepsrisico's acht de Nederlandse regering een verplichte private verzekering de meest geëigende vorm. Internationaal zijn hiervan geslaagde voorbeelden bekend. Het voordeel van private verzekering is daarenboven gelegen in de investeringscapaciteit van verzekeraars en het motief van schadelastbeheersing. Bovendien is het beroepsrisico naar zijn aard een bedrijfsgebonden risico, hetgeen een goede aansluiting bij andere door de

ondernemer te verzekeren risico's mogelijk maakt. Langs deze weg ontstaat een verplichting voor werkgevers om op de private markt voor hun werknemers een verzekering af te sluiten die de schade als gevolg van een arbeidsongeval of beroepsziekte dekt.

2.3. DUITSLAND

Ook de Duitse wetgeving voorziet in een immuniteitsregeling. Overeenkomstig §104 SGB VII is de werkgever slechts aansprakelijk t.a.v. de werknemers en zijn nakomelingen wegens opzettelijke fout of indien de schade het gevolg is van een verkeersongeval.

Dogmatisch wordt ook in Duitsland vooropgesteld dat de immuniteit van werkgever het gevolg is van het feit dat enkel de werkgever de bijdragen van de arbeidsongevallenwetgeving betaalt (een financieringsargument) en er dient vermeden te worden dat er een proces zou worden gevoerd dat de ondernemingsvrede in gevaar zou brengen (vredesargument). Daar komt nog eens bij dat de verzekerde de zekerheid heeft dat hij te maken heeft met een betaalkrachtige schuldenaar (liquiditeitsargument) (53).

Slechts in twee omstandigheden kan de werkgever aansprakelijk worden gesteld, met name indien hij de schade opzettelijk heeft veroorzaakt – wat impliceert dat deze schade wetens en willens is ingetreden – wat zich natuurlijk eerder zelden zal voordoen, alsmede indien het arbeidsongeval is ingetreden bij deelname aan het algemeen verkeer. Dit is het geval indien de verzekerde op de weg naar of van de plaats van verzekerde activiteit door zijn werkgever naar aanleiding van een verkeersongeval schade heeft geleden. In deze omstandigheden is de oorzaak van het ongeval immers niet te vinden in het door de werkgever te verantwoorden risicobereik zodat de werknemer in verhouding tot andere personen, die immers uit de algemene aansprakelijkheidsnormen, onder omstandigheden ruimere aanspraken hebben, niet slechter mogen worden gesteld.

Uitgesloten zijn derhalve alle aanspraken op grond van andere wetsvoorschriften met het oog op de vergoeding van persoonlijke letsels. Hieronder vallen alle burgerrechtelijke en strafrechtelijke aanspraken. De immuniteit geldt echter enkel voor persoonlijke letsels en omvat niet de materiële schade. Dit vloeit voort uit het feit dat de Ongevallenverzekering in Duitsland in principe bijna geen enkele materiële schade dekt. Uitgesloten is derhalve ook de immateriële schade zoals de morele schade van het slachtoffer.

(53) Gitter, W., Unfallversicherung in Von Maydell, B. und Ruland, F. (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch, Neuwied, Luchterhand, 1996, p. 871.

Doch ook wanneer de schadeloosstellingsplicht in uitzonderlijke omstandigheden niet is uitgesloten, is de werkgever niet onbeperkt aansprakelijk. De werkgever is slechts aansprakelijk in hoogte van het restbedrag aan schade dat de schade die door de verzekeringsprestaties gedekt wordt, overstijgt. De prestaties die door de ongevallenverzekering, worden geleverd dienen dan ook op de schadevordering te worden aangerekend.

Volgens §105 geldt de immuniteit in dezelfde omvang en onder dezelfde voorwaarden ook voor de collega-werknemers van het slachtoffer. Zij worden immers ook aan dezelfde gevaren blootgesteld. Daar elke werknemer reeds door een lichte nalatigheid zijn collega-werknemers grote schade kan berokkenen, bestaat er dus tevens een risico van zeer grote schadeprocessen. Een werknemer heeft dan ook alle belang bij een aansprakelijkheidsbeperking en moet er dan ook toe bereid zijn om in de omstandigheid van een eigen schadegeval een aansprakelijkheidsbeperking te aanvaarden.

De immuniteit van de werkgever ten overstaan van zijn werknemers en tussen de werknemers onderling strekt zich volgens §110 echter niet uit t.a.v. regresvorderingen van de sociaalverzekeringsinstellingen t.a.v. de veroorzaker van de schade. Immers een even grote immuniteitsregeling zou de solidaire gemeenschap van bijdragenbetalers op een niet te rechtvaardigen wijze belasten met het betalen van bijdragen ter financiering van de aan het slachtoffer te betalen prestaties, indien geen regres zou kunnen worden ingesteld tegen de veroorzaker van de schade voor zijn schuldig handelen. Zelfs de opzettelijk handelende persoon zou worden bevoordeligd daar hij het slachtoffer enkel voor het restbedrag aan schade dient te vergoeden en de door de ongevallenverzekering te dragen prestaties immers door de solidaire gemeenschap dient te worden gedragen (54).

De regresvordering richt zich naar die personen die genieten van de aansprakelijkheidsimmuniteit, en voorziet in een aansprakelijkheid bij opzettelijke fout of bij grote nalatigheid. Er is sprake van grote nalatigheid indien de vereiste zorgvuldigheid in een ongelooflijke hoge mate niet wordt gerespecteerd en de veroorzaker van de schade eenvoudige en zeer begrijpelijke oogpunten buiten beschouwing heeft gelaten. De aansprakelijkheid strekt zich uit tot alle prestaties die de socialeverzekeringsinstellingen volgens de wetgeving en reglementen verschuldigd zijn, en beperkt zich dus niet tot de prestaties van de ongevallenverzekeraar. Indien bv. het arbeidsongeval tevens het ontstaan van arbeidsongeschiktheid veroorzaakt in de wettelijke rentenverzekering, kan de socialezekerheidsinstelling verantwoordelijk voor de rentenverzekering tevens de veroorzaker van de schade aanspreken. Deze wel zeer grote aansprakelijkheid is niet onproblematisch daar de veroorzaker van de schade volgens het sociaal recht als volgens het burgerlijk recht verder aansprakelijk is.

(54) Gitter, W., Unfallversicherung in Von Maydell, B. und Ruland, F. (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch, Neuwied, Luchterhand, 1996, p. 873.

Een onbeperkt regres kan zeker bij zware ongevallenschade het economische bestaan van de schadeplechtige persoon volledig in gevaar brengen. Omwille van deze reden verplicht de wet niet dat de socialeverzekeringsinstellingen in alle omstandigheden een regres zouden instellen, maar dat zij, rekening houdend met billijke omstandigheden, kunnen afzien van de regresvordering. Dit kan zowel voor het geheel van de schade als voor een gedeelte ervan. Bij de beoordeling van de vraag of men zal verzaken aan het instellen van een regresvordering, zal in het bijzonder de economische situatie van de veroorzaker van de schade in aanmerking worden genomen. Zo zal een werknemer in de regel zelden over een aansprakelijkheidsverzekering beschikken die de door hem veroorzaakte schade dekt, daar waar een werkgever vaak wel over een bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering beschikt. Zulke elementen zullen dan ook bij de beslissing in overweging worden genomen.

2.4. ENKELE EUROPESE LANDEN

Tenslotte willen we in dit onderdeel, nog even in het kort een overzicht geven van de regeling zoals deze in een aantal andere Europese landen geldt.

■ Luxemburg

In principe geniet de werkgever van een immuniteit tegenover elke burgerrechtelijke aansprakelijkheidsvordering. De immuniteit wordt echter doorbroken indien de strafrechter heeft geoordeeld dat de werkgever het ongeval opzettelijk heeft veroorzaakt. In dat geval bestaat er enkel aanspraak op die schade die niet gedekt wordt door de arbeidsongevallenwetgeving. De bestuurders of de eigenaars van een voertuig en hun motorrijtuigenverzekeraars zijn aansprakelijk telkens wanneer het gaat om een ongeval op de weg van en naar het werk of indien de bestuurder of eigenaar van het voertuig geen werkgever is van het slachtoffer.

■ Oostenrijk

Ook de Oostenrijkse wetgeving voorziet in een immuniteitsregeling. De werkgever is slechts aansprakelijk t.a.v. de werknemers en zijn nakomelingen wegens opzettelijke fout of indien de schade het gevolg is van een verkeersongeval. Iedereen die een voertuig bestuurt, is aansprakelijk voor alle schade die dit voertuig veroorzaakt, zelfs indien de eigenaar van het voertuig niet zelf bestuurde.

■ Spanje

Wanneer het arbeidsongeval (of de beroepsziekte) het gevolg is van het niet-naleven door de werkgever van diens verplichtingen met betrekking tot de preventie van beroepsrisico's zal de werkgever burgerrechtelijk aansprakelijk kunnen worden gesteld, ingeval onachtzaam gedrag van zijn zijde kan worden aangetoond.

■ Italië

In theorie voorziet het Italiaanse recht in een exoneratie van de werkgever voor burgerlijke aansprakelijkheid ingeval van arbeidsongevallen of beroepsziekten. De werknemers kunnen aldus geen vergoeding krijgen van hun werkgever boven op

hun socialezekerheidsuitkering, zelfs niet wanneer het ongeval of de beroepsziekte het gevolg is van een fout van de werkgever. De immuniteit van de werkgever wordt evenwel doorbroken ingeval een rechtbank oordeelt dat de beroepsziekte of het arbeidsongeval het gevolg is van een vervolgbaar misdrijf begaan door de werkgever of één van zijn werknemers. In praktijk komt dit erop neer dat de immuniteit van de werkgever vaak zal worden doorbroken.

■ Finland

Geen enkele beperking om een burgerrechtelijke procedure in te spannen voor de rechtbank indien er nalatigheid is van de werkgever. Gebeurt echter zelden.

■ V.K.

Geen enkele beperking om een burgerrechtelijke procedure in te spannen voor de rechtbank. Men kan dus zowel een procedure inspannen onder de arbeidsongeval-
lenregeling als voor de rechtbank in het geval de werkgever de Management of Health and Safety at Work Regulations or the Fire Precautions at Work Regulations schendt. De compensatie die men mogelijk bekomt, kan gecumuleerd worden met de Disablement benefit.

■ Ierland

Geen enkele beperking om een burgerrechtelijke procedure in te spannen. Er bestaat immers geen aparte werkgeversbijdrage meer voor arbeidsongevallen. Procedure kan zowel onder de arbeidsongevallenregeling als voor de rechtbank. In het laatste geval dient natuurlijk wel de fout van de werkgever te worden aangetoond. Uitkeringen verkregen onder de arbeidsongevallenregeling worden wel in mindering gebracht van de schadevergoeding verkregen voor de rechtbank.

■ Griekenland

In principe geniet de werkgever van een immuniteit tegenover elke burgerrechtelijke aansprakelijkheidsvordering. De immuniteit wordt echter doorbroken indien de werkgever het ongeval opzettelijk heeft veroorzaakt. Uitkeringen verkregen onder de arbeidsongevallenregeling worden wel in mindering gebracht van de schadevergoeding verkregen voor de rechtbank. Er bestaat wel de mogelijkheid voor de socialezekerheidsinstelling om een regresvordering in te spannen tegen de werkgever.

■ Polen

In Polen kan de werkgever volledig aansprakelijk zijn voor het zogenaamde 'sociale risico' tengevolge van de tewerkstelling van werknemers. Deze verantwoordelijkheid kan tevens niet worden overgedragen aan een derde partij, bijvoorbeeld een verzekeringsmaatschappij. Voor 1 januari 1990 konden werknemers alleen een vergoeding vorderen voor de schade die in de wet was omschreven. Na die datum kunnen zij ook vorderingen instellen tegen hun werkgever voor schade die niet in de wet is beschreven.

■ Tsjechische Republiek

Er is in de Tsjechische Republiek een systeem van objectieve aansprakelijkheid. De werkgever is ertoe gehouden de schade te vergoeden, zelfs ingeval hij geen enkele fout, noch onachtzaamheid heeft begaan. In de Arbeidswetgeving is evenwel een aantal gevallen voorzien waarin de werkgever van zijn aansprakelijkheid kan worden geëxonereerd.

INHOUDSTAFEL

100 JAAR ARBEIDSONGEVALLENWET. DE IMMUNITEIT VAN DE WERKGEVER BIJ ARBEIDSONGEVALLEN: EEN RECHTSVERGELIJKENDE ANALYSE

1. ALGEMEEN	551
1.1. ONTSTAANGESCHIEDENIS	551
1.2. INHOUD	552
1.3. KENMERKEN	553
1.4. BEGUNSTIGDEN VAN DE IMMUNITEIT	555
1.5. UITZONDERINGEN OP DE WERKGEVERS-IMMUNITEIT	557
2. EEN RECHTSVERGELIJKENDE ANALYSE	560
2.1. FRANKRIJK	560
2.2. NEDERLAND	565
2.3. DUITSLAND	570
2.4. ENKELE EUROPESE LANDEN	572

DE ONTWIKKELINGEN VAN HET SOCIAAL EUROPA

**TUSSEN FEDERALISME EN SUBSIDIARITEIT: DE WEG NAAR 'SOCIAAL
EUROPA'**

579 |

AGEING AND PENSION REFORMS IN FRANCE

605 |

TUSSEN FEDERALISME EN SUBSIDIARITEIT: DE WEG NAAR 'SOCIAAL EUROPA'

DOOR BEA CANTILLON

Professor, Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, Universiteit Antwerpen

“De welvaartsstaat is nationaal en internationaal. Dit is een spanningsvolle tegenstelling, tevens een dynamisch proces én een roeping. Waarborg van basisrechten: wie zijn voortaan alle burgers’? ..., in principe ... alle burgers van de wereld, in concreto de burgers van de nabijgelegen landen die in ons politiek systeem (met name de Europese Unie) opgenomen werden en zullen worden” (Herman Deleeck, 2003, pp. 39-40).

Ik begin met een lang citaat uit het – laatste en erg goede – boek van Herman Deleeck ‘De architectuur van de welvaartsstaat opnieuw bekeken’. Met dit citaat kom ik recht tot het kernvraagstuk waarover ik het wil hebben. Waarborg van sociale basisrechten aan alle Europese burgers. Ja, maar hoe? Hoe kunnen wij dit ethische project praktisch realiseren, gegeven het feit dat de Europese welvaartsstaten gebonden zijn aan kleine en relatief homogene natiestaten, aan een eigen historische, culturele en etnische omgeving en zij derhalve zeer sterk van elkaar verschillen. Deze diversiteit staat in paradoxale (d.i. schijnbare) tegenstelling met het ideaal van een ‘Sociaal Europa’, tot op heden een eerder vage gedachte – waar de meesten zich weinig concreets bij kunnen voorstellen.

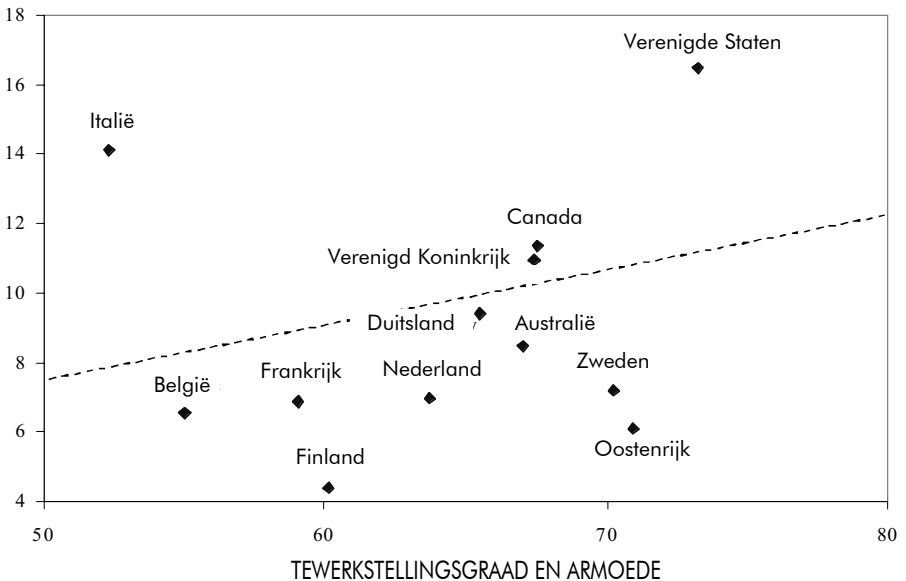
1. **TWEE UITGANGSPUNTEN**

Vooraleer u mee te nemen in mijn verhaal van sociale dumping, subsidiariteit, verscheidenheid en sociaal federalisme wil ik eerst mijn referentiekader – of zo u wil mijn uitgangspunten – expliciteren. Het zijn er twee. *Ten eerste*, armoedebestrijding in de rijke westerse wereld vergt een structureel zeer omvangrijke herverdeling, *en ten tweede*, denk ik dat we er goed aan doen om de sociale-dumping-hypothese ernstig te nemen, d.w.z. dat we moeten rekening houden met de mogelijkheid van een neerwaartse druk op de sociale herverdeling als gevolg van de globalisering, die in Europa een feit is.

1.1. EERSTE UITGANGSPUNT: ARMOEDEBESTRIJDING VERONDERSTELT EEN OMVANGRIJKE SOCIALE HERVERDELING

Armoedebestrijding veronderstelt een structureel zeer omvangrijke sociale herverdeling. Dit mogen we afleiden uit het feit dat er een sterke positieve relatie bestaat tussen armoede en het niveau van sociale uitgaven. Dit verband dat wij in 1996 in een studie voor de OECD in kaart brachten is nu door vele anderen bevestigd en gevalideerd. Het besluit is duidelijk: geen enkele welvaartsstaat is er tot op heden in geslaagd om met een benedengemiddeld uitgavenpeil een klein percentage armen te realiseren. Armoedebestrijding vergt dus een hoge sociale herverdeling, vooral (zij het niet uitsluitend) via de sociale zekerheid. Maar er is meer.

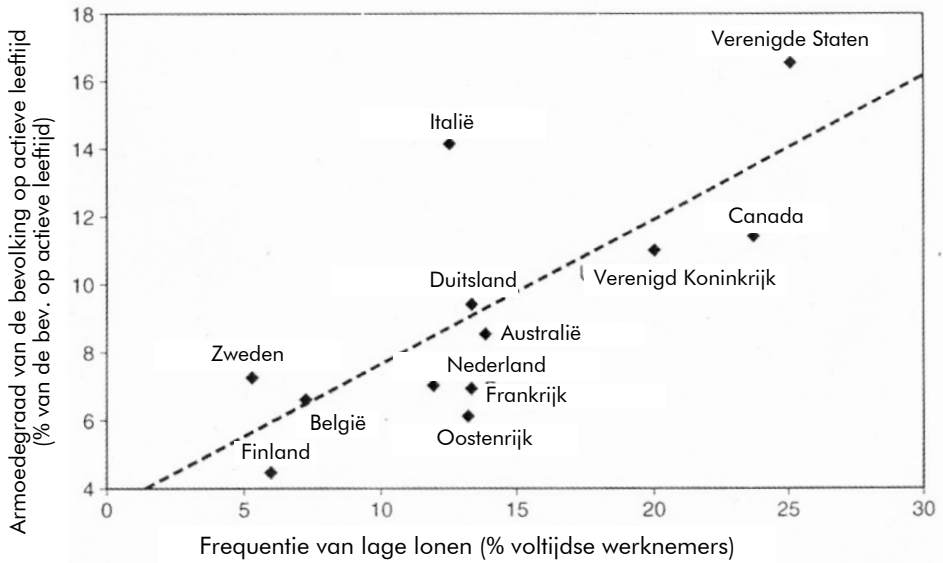
FIGUUR 1: TEWERKSTELLINGSGRAAD EN ARMOEDE



Bron: Cantillon, Marx en Van den Bosch, 2003.

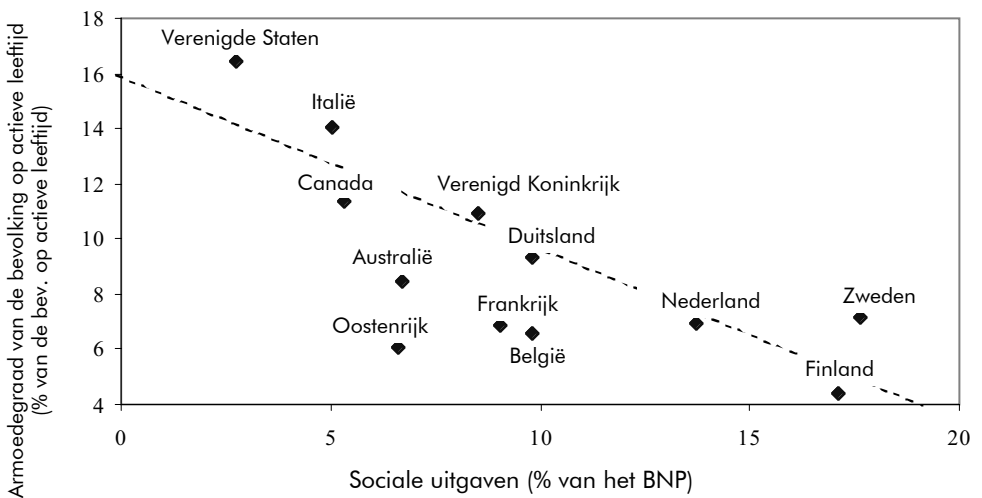
Ook tussen minimumlonen en armoedepercentage bestaat er een sterke lineaire negatieve correlatie; of met andere woorden armoedebestrijding veronderstelt naast hoge sociale uitgaven ook voldoende hoge minimumlonen, om bestaanszekerheid te waarborgen aan zij die werken, én om werk aantrekkelijk te maken voor de uitkeringstrekkers.

FIGUUR 2: FREQUENTIE VAN LAGE LONEN EN ARMOEDE IN HET MIDDEN VAN DE JAREN 90



Bron: Cantillon, Marx en Van den Bosch, 2003.

FIGUUR 3: ARMOEDE EN SOCIALE UITGAVEN



Bron: Cantillon, Marx en Van den Bosch, 2003.

België behoort tot de groep van zogenaamde 'sterke' welvaartsstaten, gekenmerkt door een hoog niveau van sociale herverdeling, relatief hoge minimumlonen en relatief lage armoede. Niettemin zijn de laagste minima (die van het leefloon) lager – soms veel lager – dan de armoedegrenzen. Armoedebestrijding in België veronderstelt dus – nog altijd – een belangrijke inspanning om de 'bodem van de welvaartsstaat' (d.w.z. de minimumlonen en de minimum sociale uitkeringen) op te tillen.

TABEL 1: DE BODEM VAN DE WELVAARTSSTAAT IN BELGIË: INKOMEN VAN LEEFLOONTREKKERS IN PERCENT VAN TWEE ARMOEDELIJNEN

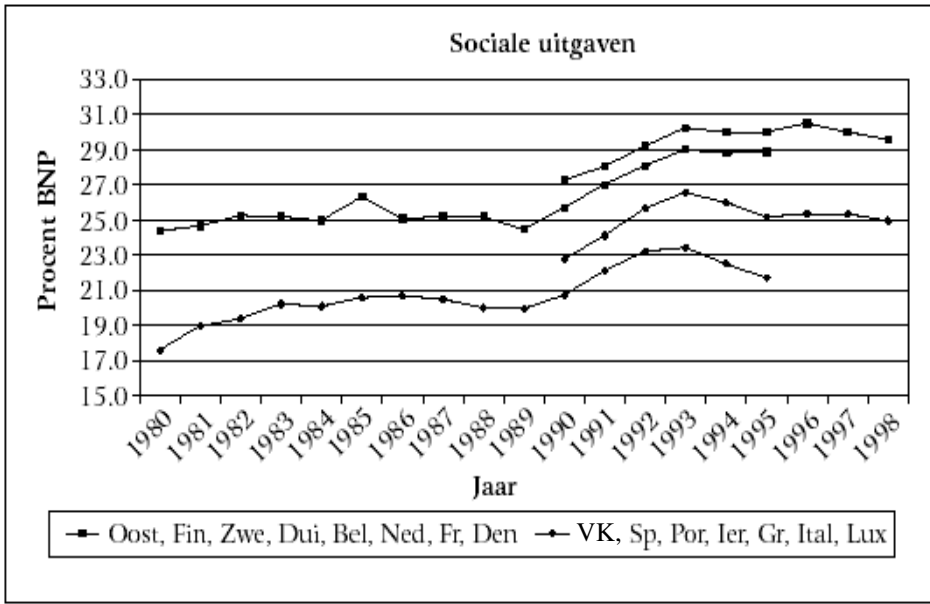
	EU-armoedelijjn	Budgetnorm
Alleenstaande	77,7	
Koppel met 2 kinderen	67,8	61,5
Alleenstaande met 2 kinderen	89,0	72,5

Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UA.

1.2. TWEEDE UITGANGSPUNT: DE SOCIALE-DUMPING-HYPOTHESE

Het *tweede uitgangspunt* betreft de hypothese dat in een globaliserende wereld het voor kleine welvaartsstaten onmogelijk zal zijn om hun hoge niveau van herverdeling te handhaven, laat staan op te tillen. Dit is de sociale-dumping-hypothese die door economen herhaaldelijk modelmatig in kaart werd gebracht en ook levendig is in de intuïtie van de meeste waarnemers in Europa. Bedrijven en hooggeschoolde werknemers zullen in de toekomst – zo luidt de redenering – steeds meer migreren naar plaatsen waar de belastingen lager zijn, terwijl laaggeschoolden zullen aangehouden worden door de sociale paradijzen – het zogenaamde uitkeringstoerisme. Dit kan niet anders dan uitdraaien op een 'race to the bottom', d.w.z. het terugschroeven van belastingen en van de sociale bescherming.

Evenwel, tot nog toe zijn er weinig tekenen die op enige vorm van sociale dumping zouden kunnen wijzen.

FIGUUR 4: EVOLUTIE SOCIALE UITGAVEN: LANDEN MET HOOG EN LANDEN MET LAAG UITGAVENPEIL

Bron: Lozachmeur en Pestieau, 2003.

In deze grafiek staat de evolutie van de sociale uitgaven, uitgedrukt in % van het BNP voor de groep van landen met een hoog uitgavenpeil – namenlijk Oostenrijk, Finland, Zweden, Duitsland, België, Nederland, Frankrijk, Denemarken – en voor de groep van landen met lage uitgaven – VK, Spanje, Portugal, Ierland, Griekenland, Italië en Luxemburg. Tussen 1980 en 1992 was er een duidelijke opwaartse convergentie te zien; nadien stagneerden de uitgaven in beide landengroepen op een relatief hoog peil.

Dit soort van grafieken vormt de basis voor de – in de wetenschappelijke literatuur – wijdverbreide aanname dat sociale dumping zich niet heeft voorgedaan in het recente verleden, ook niet in de post-Maastrichtperiode, na het – toen – magische jaar 1992. Sommigen zijn geneigd om uit zulke empirische vaststelling ook te concluderen dat sociale dumping zich ook in de toekomst niet zal manifesteren.

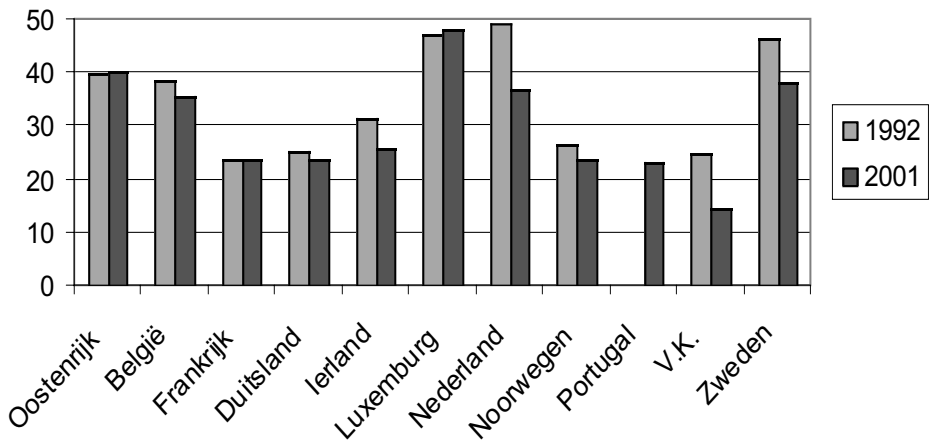
Ik denk – en nu kom ik aan mijn tweede uitgangspunt – dat dit een wel bijzonder onvoorzichtige aanname zou zijn. En wel om twee redenen.

Ten eerste, omdat het waarschijnlijk enige tijd duurt vooraleer de – goed beschermde en inerte – instituten van de welvaartsstaat zouden kunnen wijken voor de internationale economische concurrentie. Misschien is het daarom gewoon nog te vroeg om besluiten te trekken over het al dan niet bestaan van het gevaar voor sociale dumping.

Ten tweede, omdat geaggregeerde cijfers over het niveau van sociale uitgaven mogelijk dalende individuele uitkeringen maskeren. Immers, het aantal uitkeringsstrekkers is de voorbije 20-30 jaar voortdurend toegenomen. Dat betekent dat stagnerende globale uitgaven waarschijnlijk dalende individuele uitkeringen verbergen.

Kijken we daarom naar de evolutie van het niveau van de allerlaagste uitkeringen – de bijstand voor personen op actieve leeftijd – dan zien we inderdaad dat in sommige landen het niveau van deze bodemuitkeringen – soms drastisch – is verminderd.

FIGUUR 5: NETTO SOCIALE BIJSTAND ALS % VAN HET NETTO BESCHIKBAAR INKOMEN BIJ GEMIDDELD LOON, ALLEENSTAANDE



Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UA.

Dat is het geval voor België, Duitsland, Nederland, Zweden, Ierland en Noorwegen (met uitzondering van Ierland allemaal hogebeschermingslanden). Maar tegelijkertijd was er een inhaalbeweging in de lagebeschermingslanden Portugal en Spanje én een stagnatie in Oostenrijk en Frankrijk. Op het micro-niveau van de individuele uitkeringen krijgen we dus een genuanceerd beeld van daling, stijging en stagnatie. Zeker geen veralgemeende sociale dumping dus, hoogstens een zekere convergentie naar de middenmaat, 'a convergence to the mean'. Toch is de welvaartserosie in verschillende hogebeschermingslanden verontrustend; in het begin van de periode

zijn de minima aldaar meestal niet exuberant hoog (kijk naar de minima in België die alle onder de algemeen aanvaarde armoedegrenzen liggen) en zouden derhalve eerder een stijgend dan een dalend verloop moeten kennen.

Ik besluit: ondanks het feit dat er geen eenduidige tekenen zijn die op een significante sociale dumping zouden kunnen wijzen, is waakzaamheid geboden. Dit is mijn tweede uitgangspunt: zonder pessimistisch te willen zijn doen we er goed aan het 'race to the bottom'-argument 'au sérieux' te nemen. En dat betekent – en zo kom ik tot de kern van mijn betoog – dat internationale samenwerking nodig is om te voorkomen dat – misschien – de sociale herverdeling onder een onweerstaanbare druk zou komen te staan van de internationale concurrentie en vervolgens de armoede in onze rijke welvaartsstaten weer zou gaan stijgen.

2. FEDERALISME EN SUBSIDIARITEIT

Rijst dan de vraag welke soort van internationale samenwerking nodig en mogelijk is, inzonderheid in het straks verruimde Europa. Op welk niveau moeten wij straks onze sociale herverdeling organiseren? Blijvend op het niveau van de lidstaten binnen het kader van nationale systemen van sociale zekerheid of moet dat niveau opgetild worden tot het supranationale, het Europese? Dat is de vraag.

2.1. WAT LEERT DE THEORIE?

Laten we eerst kijken naar wat de theorie hierover te vertellen heeft. De conventionele economische theorie van het fiscale federalisme zegt dat herverdeling best op het hoogste – federale, i.c. Europese – niveau wordt georganiseerd. Volgens deze theorie is het vanwege de competitie tussen landen onmogelijk om een omvangrijke sociale herverdeling te organiseren binnen kleine natiestaten. Omdat arbeid en kapitaal in een open markt mobiel zijn, zullen individuele welvaartsstaten verplicht zijn af te dingen op de sociale lasten en vervolgens op de sociale uitkeringen. Derhalve hoort sociale herverdeling thuis op een hoger supranationaal of interstatelijk niveau. Het nationale (of staten-)niveau kan zich dan best het concentreren op het economische ontwikkelingsbeleid, zoals onderwijs, infrastructuur en veiligheid. Het Amerikaanse federalisme – en het Belgische – benaderen dit ideaalbeeld: Washington en Brussel herverdelen door middel van een centrale personenbelasting, één sociaal zekerheidssysteem én een co-financiering van de bijstand. De individuele staten en regio's concentreren zich op uitgaven voor onderwijs en economische ontwikkeling. Bemerkt dat de EU net het omgekeerde doet: de sociale herverdeling gebeurt binnen de lidstaten; de – overigens beperkte – supranationale inspanning gaat voornamelijk naar economisch ontwikkelingsbeleid via de Sociale Structuurfondsen.

Hoe appellerend ook – want intuïtief en eenvoudig –, op deze theorie van het 'fiscale federalisme' valt veel af te dingen.

Ten eerste zijn er – zeker in Europa – belangrijke financiële, culturele, institutionele en politieke barrières op de mobiliteit van mensen én van bedrijven. De meeste mensen weten niet eens hoeveel belastingen ze betalen of hoe hoog hun werkloosheidsuitkering in eigen land zou zijn; laat staan dat ze – met die wetenschap – zouden migreren naar een plaats waar het hun financieel beter uitkomt.

Ten tweede haalt een land competitieve voordelen niet alleen uit lage arbeidskosten maar ook uit productiviteit, door middel van een goed gekwalificeerde beroepsbevolking, een goede infrastructuur, sociale vrede, vertrouwen in de overheidsinstellingen en dergelijke meer, een punt waarop in ons land W. Moesen terecht veel nadruk legt. Derhalve kan een land waar de belastingen hoog zijn, desondanks toch een goede plaats zijn om te investeren. Dit argument verwijst naar de theorie van de comparatieve voordelen in de internationale economie, waarover straks meer.

Ten derde wordt de theorie van het fiscale federalisme ook uitgedaagd door de theorie van het lokale. Op kleinere schaal – op het nationale of op het regionale niveau – is de verbondenheid tussen mensen groter en derhalve zal op dat niveau de wil om solidair te zijn en te herverdelen groter zijn dan wanneer dat binnen een grote en heterogene entiteit gebeurt. Op een lager bestuursniveau is het overigens ook mogelijk – zo zegt deze theorie – om dichter aan te sluiten bij de preferenties die van streek tot streek verschillend kunnen zijn. En de herverdeling kan daar wellicht efficiënter gebeuren: ‘wat we zelf doen, doen we beter’.

Twee theorieën dus: de theorie van het ‘fiscale federalisme’, die wijst op de noodzaak om de sociale herverdeling op het hoogste territoriale niveau te organiseren en de theorie van het lokale, veeleer pleit voor een herverdeling binnen kleinere, homogene entiteiten. Met andere woorden: de theorieën bieden niet veel hulp bij het beantwoorden van de vraag naar het optimale niveau voor sociale herverdeling.

2.2. LESSEN UIT DE VS

Laat ons daarom naar de empirie gaan. De ontstaansgeschiedenis van de Amerikaanse en Europese welvaartsstaten biedt ons hier een interessante case. Immers, de VS en het prille Europa maakten elk op een cruciaal moment van hun ontwikkeling verschillende strategische keuzen.

In de jaren dertig koos Roosevelt resoluut voor een sociale herverdeling op het federale niveau, met één uniform socialezekerheidssysteem dat georganiseerd zou worden op het hoogste federale niveau, begrijpende 53 staten met zeer verschillende sociaal-economische ontwikkelingsniveaus en waarbij vooral de kloof tussen de snel industrialiserende noordelijke staten en het zwarte, agrarische zuiden opvallend groot was. Het argument om de socialeherverdelingsfunctie bij de federale overheid te leggen, was expliciet gelegen in de economische theorie die zegt dat interstatelijke concurrentie noodzakelijkerwijze desastreuze gevolgen heeft voor de ontwikkeling van socialebeschermingsystemen.

Derhalve werd van begin af aan gekozen voor een vorm van 'fiscaal en sociaal federalisme': de Amerikaanse sociale bescherming kent één en dezelfde basisarchitectuur, federale guide-lines, federale incentieven aan de staten om hun sociale bescherming op te tillen, en een federale financiering.

Hoe is het verder vergaan met de ontwikkeling van de sociale politiek in de VS? Erg moeizaam, zo blijkt. Keer op keer stootten federale beleidsvoorstellen om de sociale bescherming te verbeteren op een zuidelijke 'veto-coalitie': democraten, republikeinen én werkgevers van de zuidelijke agrarische staten waren bevreesd om hun 'comparatief' voordeel voortvloeiend uit hun lagelooneconomie te verliezen. Omgekeerd, waren ook de sociaal meer ontwikkelde staten recalcitrant t.o.v. een te grote rol van de centrale overheid. Zij vreesden hun relatief hoge sociale bescherming te moeten prijsgeven voor lagere nationale minimumstandaarden. Wisconsin met haar sterke Europese intellectuele connecties geldt hier als voorbeeld. Het resultaat is bekend: een weinig ontwikkelde sociale bescherming, een hybridevorm van 'sociaal federalisme', met gedeelde bevoegdheden tussen het federale en het statenniveau, alsook een vanuit Washington erg moeilijk beheersbaar systeem van financiering en uitvoering en meer recent ook met een sterke tendens naar devolutie. Hoewel weinig Amerikanen dat als dusdanig percipiëren kunnen we stellen dat het 'sociaal federalisme' 'à l'américaine' veeleer hinderlijk is geweest voor de ontwikkeling van het 'sociale Amerika'. Ja zelfs, dat het 'fiscale federalisme' – in tegenstelling tot wat de economische theorie voorspelt – een belangrijke verklaring zou kunnen zijn voor de grote verschillen tussen het ontwikkelingsniveau van het Amerikaanse en het Europese sociale model.

Want Europa, zo'n 20 jaar na Roosevelt, besliste – op grond van andere argumenten dan de fiscale competitie – om sociale aangelegenheden *niet* op te nemen in het Verdrag van Rome. Sociale politiek zou tot de exclusieve bevoegdheid blijven behoren van de relatief kleine en homogene natiestaten. De Franse socialisten waren daar niet voor. Eerste Minister Guy Mollet pleitte toen – net als Roosevelt 20 jaar eerder – voor een harmonisering van de sociale bescherming en van de fiscale lasten, m.n. omdat hij vreesde voor de negatieve gevolgen van de fiscale en sociale competitie tussen de lidstaten. Maar Mollet was minder succesvol dan Roosevelt. Het Verdrag liet aan de lidstaten alle zaken over die niet op het niveau van de Unie geregeld hoeven te worden. Daaronder ook de sociale zekerheid.

De Europese keuze voor sociale subsidiariteit werd intellectueel ondersteund door een voortreffelijk rapport van de Internationale Arbeidsorganisatie onder voorzitterschap van Ohlin (beroemd van het Hetcher-Ohlin model). Uitgangspunt was de 'wet van de Comparatieve voordelen', die stelt dat verschillen tussen landen stimulerend zijn voor de internationale handel. Verschillen leiden tot specialisatie en dus tot meer handelsverkeer én een efficiëntere allocatie van productiemiddelen. Vanuit deze optiek mogen de verschillen tussen landen niet kunstmatig worden weggewerkt. Door de comparatieve voordelen zal – zo luidde de redenering – de productiviteit snel stijgen. Deze groei zou ruimschoots volstaan om de arbeidsvoorwaarden

te verbeteren, ook in de armere landen met weinig sociale zekerheid. De macht van de vakbonden in Europa en de algemene sympathie van de Europese regeringen voor sociale bescherming zouden hier mee borg voor staan (1).

Als we 50 jaar later naar de ontwikkeling van de Europese welvaartsstaten terugkijken, dan kunnen we stellen dat hetgeen gebeurde, precies was wat het Ohlin-rapport had voorspeld. In tegenstelling tot wat de klassieke economische modellen ons voorhouden, bleek de Europese subsidiariteit een veel betere voedingsbodem voor de ontwikkeling van de sociale herverdeling dan het Amerikaanse fiscale en sociale federalisme.

Inderdaad, moet het herhaald worden: de sociale herverdeling in Europa bereikte doorgaans een veel hoger niveau dan in de VS. Dit mag onder meer afgeleid worden uit deze tabel, die laat zien dat belastingen en sociale zekerheid in de meeste Europese lidstaten er veel beter in slagen om ongelijkheden (en dus ook armoede) weg te werken dan in de VS, vanwege een veel grotere sociale herverdeling.

TABEL 2: PROCENTUELE REDUCTIE VAN DE INKOMENSONGELIJKHEID DOOR BELASTINGEN EN SOCIALE UITKERINGEN

Zweden	37.9
Denemarken	33.6
Finland	35.2
België	35.6
Nederland	30.6
Frankrijk	25.4
Italië	12.1
VK	22.7
VS	17.6

Ik moet toegeven dat de vergelijking tussen de VS en Europa mank loopt om verschillende redenen: Europeanen zijn minder mobiel dan Amerikanen, vakbonden zijn sterker in Europa en wellicht is er hier ook een groter draagvlak voor herverdeling. Maar bij het lezen van de ontwikkelingsgeschiedenis van het Amerikaanse sociale federalisme kan men zich niet van de indruk ontdoen dat het sociale federalisme zelf – d.w.z. de noodzaak om op federaal niveau tot gemeenschappelijke

(1) 'Would be a more rapid growth of productivity ... as a result of the more efficient international division of labor. This would be amply sufficient, in our view, when account is taken of the strength of the trade union movement in Europe overall of the sympathy of European Governments for social aspirations, to ensure that labour conditions would improve and not deteriorate.'

afspraken te komen omtrent sociale politiek – mede een hinderlijke factor is geweest. In het Europese model van 'subsidiariteit' daarentegen konden de nationale welvaartsstaten zich ongehinderd ontwikkelen, varend op de hoge golven van de economische groei.

Maar de subsidiariteit heeft ook keerzijden. Ten eerste: Europeanen zijn onderling niet solidair. Amerikanen zijn dat wel. Wij organiseren onze sociale herverdeling binnen – soms erg kleine – natiestaten waardoor de ongelijkheid tussen lidstaten onverminderd blijft. Amerikanen daarentegen organiseren de herverdeling natiewijd, tussen rijke en arme staten, waardoor de interstatelijke ongelijkheden met zowat 35% gereduceerd worden, wat natuurlijk veel meer is dan wat Europa vermag middels de Structuurfondsen die amper 1% van het Europese BNP in beslag nemen.

TABEL 3: PROCENTUELE VERMINDERING VAN REGIONALE ONGELIJKHEDEN

Canada	34
VS	35
Duitsland	41
Australië	54

Bron: Ravishankar, 2003.

Vanwege de subsidiariteit verschillen de Europese welvaartsstaten ook zeer sterk van elkaar. Niet alleen is de omvang van de herverdeling sterk uiteenlopend. Ook de architectuur van de sociale markteconomieën in Europa is sterk verschillend. De drie grote types van welvaartsstaten – beschreven door Titmuss in de jaren zeventig en later empirisch aangetoond door Esping-Andersen – zijn allen vertegenwoordigd in Europa: de liberale welvaartsstaat in het VK, de sociaal-democratische welvaartsstaat in de Scandinavische landen en het Rijnlandmodel op het Europese vasteland. Ook de drie 'stijlen' van sociale zekerheid (de Bismarckiaanse, de Beveridgeaanse en de demogarante) zijn alle aanwezig binnen het 'Europees Sociaal Model'. De VS behoren tot één type van welvaartsstaat – de liberale – en hun sociale zekerheid is op Bismarckiaanse leest geschoeid.

Gegeven deze grote verschillen rijst overigens de vraag of er reden is om over één 'Europees' sociaal model te spreken. Er bestaat wellicht een 'geloof' in een Europees sociaal model – wat in de politiek niet onbelangrijk is – maar verder dan een veeleer vage omschrijving komt men doorgaans niet. Neen, ik denk dat – als er al sprake is van een Europees Sociaal Model – dit vooral gekenmerkt wordt door verscheidenheid en 'subsidiariteit': wij in Europa organiseren elk op onze eigen manier de sociale herverdeling uitsluitend binnen de grenzen van kleine en relatief homogene natiestaten.

Waar zouden wij Europeanen nu staan moesten wij in de jaren vijftig de Amerikaanse weg zijn opgegaan? We kunnen enkel gissen. Maar de conclusie lijkt gewettigd dat, gelet op de grote sociale economische en culturele verschillen tussen de lidstaten, de weg naar het sociale en fiscale federalisme noch mogelijk noch nodig, noch wenselijk ware geweest.

Op dit punt van de analyse gekomen, stelt zich de vraag of dit veeleer geruststellende besluit om niets te doen, nu ook geldig is voor de toekomst. Ik denk het niet. Het parallellisme in de ontwikkelingsgeschiedenis van de Europese en Amerikaanse welvaartsstaten mogen we immers niet zonder meer doortrekken naar de toekomst. En wel om 3 redenen.

Ten eerste omdat de opdracht van welvaartsstaten vandaag fundamenteel verschillend is dan bij hun ontstaansgeschiedenis. Het komt er nu niet meer op aan om de sociale herverdeling verder te ontwikkelen. Vandaag moeten welvaartsstaten zich heroriënteren, aanpassen en moderniseren. Dit vergt moeilijke hervormingen die vaak ingaan tegen gevestigde belangen. Daarom is hetgeen gebeurde tijdens de 'gouden jaren' van het sociaal beleid, waarschijnlijk weinig informatief voor de huidige periode. Het Amerikaanse fiscale federalisme was wellicht hinderlijk voor de totstandkoming van sociale herverdeling, maar daarmee is niets gezegd over de functie van het fiscale federalisme in een periode van herstructurering. Supranationale richtlijnen zouden wel eens erg behulpzaam kunnen zijn voor regeringen die onpopulaire hervormingen moeten doorvoeren. Men denke hier onder meer aan het gemak waarmee België in de late jaren negentig de pensioenleeftijd voor vrouwen met niet minder dan 5 jaar kon optrekken. De afwezigheid toen van enige commotie bij deze hervorming - een gelijkaardige maatregel zet vandaag zowat heel Italië in rep en roer - had alles te maken met het feit dat de maatregel zich opdrong door een Europese richtlijn die de gelijke behandeling van mannen en vrouwen oplegt.

Een tweede reden waarom het verleden weliswaar leerrijk is maar niet zonder meer naar de toekomst kan doorgetrokken worden, heeft te maken met het feit dat het 'post-uitbreiding's-Europa er helemaal anders gaat uitzien. Na de uitbreiding zal Europa gekenmerkt worden door een kleine meerderheid van landen met sterk ontwikkelde welvaartsstaten en een grote minderheid van landen die een nog embryonale sociale markteconomie tot ontwikkeling moeten brengen. De zes van het Verdrag van Rome waren niet alleen homogener. Zij richtten zich in hoofdzaak op de ontwikkeling van sociale herverdeling.

Een derde reden waarom de besluiten uit de vergelijking tussen het Amerikaanse federalisme en de Europese subsidiariteit niet zonder meer tot 'lessen voor de toekomst' mogen verheven worden, heeft te maken met het feit dat het sturingsvermogen van de Europese lidstaten over hun sociale herverdeling zeer snel aan het verzwakken is. *Ten eerste* (maar dat is speculatief), omdat mag verwacht worden dat de mobiliteit binnen Europa zal gaan toenemen, terwijl het waarschijnlijk precies de relatieve immobiliteit van Europeanen was die de gescheiden ontwikkeling van

ationale systemen van herverdeling heeft mogelijk gemaakt. Het ontstaan van één Europese onderwijsruimte zou hier wel eens een belangrijke katalysator kunnen zijn. *Ten tweede* omdat de directe maar vooral indirecte invloed van het supranationale Europa aantoonbaar aan het toenemen is. Vele tekenen wijzen erop dat de logica van de 'negatieve integratie' (van de markt) meer en meer in botsing komt met de logica van de 'positieve' integratie (d.w.z. het behoud en de opbouw van sociale beschermingsmechanismen). Een toenemende invloed van Europa, ook vanwege de noodzakelijke aanpassing van sociale regelgeving aan de vier vrijheden, het vrije verkeer van personen, kapitaal, goederen en diensten. Ik geef enkele voorbeelden: het arrest Kohl-Decker, waarmee het Europees Hof twee geschillen in de sfeer van de gezondheidszorgen beslechtte in het voordeel van het beginsel van het vrij verkeer van diensten; de veroordeling die België opliep vanwege de concurrentievervalsende werking van de lastenverlaging 'Maribel'; de noodzaak in Vlaanderen om de zorgverzekering te hertekenen omdat het 'woonlandbeginsel' in strijd wordt geacht met het principe van het vrij verkeer van werknemers; het voorstel van de Europese commissie – weliswaar weggestemd door het Europees Parlement – m.b.t. het beschermende sociaal statuut van de havenarbeiders. Deze lijst kan verder aangevuld worden met talloze andere voorbeelden in andere landen. Zulke gevallen zullen zich in de nabije toekomst ongetwijfeld vermenigvuldigen. Ze tonen aan dat nationale welvaartsstaten zich in de toekomst steeds minder ongehinderd zullen kunnen ontwikkelen, c.q. heroriënteren. Ongewild ontstaat een Europese sociale politiek, evenwel geheel ontdaan van een sociaal beleid. Leibfried en Pierson hebben dit proces als volgt samengevat: 'Wat zich nu aftekent in Europa, is een veelvoudig gelaagd, zeer gefragmenteerd systeem waarin zich een 'beleid' ontwikkelt dat zich tegelijk onttrekt aan de greep van elk politiek gezag' en dit – zo voeg ik eraan toe – volledig ontdaan is van enige 'sociale logica'.

3. NAAR GEMEENSCHAPPELIJKE SOCIALE MINIMUMNORMEN

Europa staat nu dus op een kruispunt. Ze ziet zich geplaatst voor een moeilijk op te lossen dilemma. Enerzijds wordt van langsom duidelijker dat de Europese welvaartsstaten nood hebben aan een rechtstreekse supranationale ondersteuning van hun sociaal beleid. Anderzijds, lijkt een europeanisering van het sociaal herverdelingsbeleid moeilijk realiseerbaar. Daarvoor zijn de verschillen te groot. En daarvoor is er geen politieke wil.

Bovendien leert de vergelijking met de VS dat vanwege de grote socio-economische verschillen tussen de lidstaten (zeker na de uitbreiding) het niet uit te sluiten valt dat een europeanisering van de sociale herverdelingsfunctie van de overheid veeleer hinderlijk zou kunnen zijn voor het behoud (c.q. de verdere ontwikkeling) van het niveau van sociale herverdeling. De minder ontwikkelde welvaartsstaten zullen zich verzetten, uit angst om hun comparatieve lageloonvoordelen te verliezen terwijl ook de meest ontwikkelde weerstand zullen bieden, uit angst het te moeten stellen met te lage of voor hen onbeduidende minimumstandaarden.

Opinieonderzoek leert dat de Europese burgers er net zo over denken: de meerderheid van de Europese burgers is geen voorstander van een grotere Europese bevoegdheid inzake sociale politiek: in de Zuid-Europese landen is dit het geval voor 40% van de bevolking; in de landen die tot het Rijnlandmodel behoren, geldt dit voor 35% terwijl in de Scandinavische landen slechts 11% voorstander is van een volwaardige Europese sociale politiek.

Welke praktische weg kan men dan denken om met een voldoende breed democratisch draagvlak te evolueren naar een Europese ondersteuning van de sociale herverdeling in de lidstaten? Een versterkte Europese samenwerking op het vlak van sociale politiek is - denk ik - absoluut noodzakelijk. Maar bij het 'sociaal Europa' - een begrip dat politici vaak gebruiken zonder goed te weten wat het precies zou kunnen betekenen - mogen we niet denken aan zoiets als een Europese welvaartsstaat, aan één gemeenschappelijke sociale zekerheid, aan één en dezelfde sociale markteconomie. Dat zal er nooit komen, omdat de verschillen binnen Europa te groot zijn. Dat zou trouwens ook niet wenselijk zijn. De VS - waar nu trouwens een belangrijke devolutiebeweging aan de gang is - vormt de beste waarschuwing, mocht dat al nodig zijn. Bij 'het Sociale Europa' stel ik mij eerder een 'sociaal regulerend Europa' voor, een Europa dat gemeenschappelijke én afdwingbare normen vastlegt voor en oplegt aan de lidstaten die nog lang zullen blijven bestaan. De actuele benadering van de 'zachte coördinatie' kan hier als uitgangspunt dienen: de 'Open Methode van Coördinatie', zo heet dat in het Europese jargon. De OMC is een proces waarbij gemeenschappelijke doelstellingen worden gedefinieerd, waarmee de lidstaten goede nationale praktijken onderzoeken en van elkaar trachten te leren. Deze methode wordt - vrij succesvol - toegepast voor het werkgelegenheidsbeleid, en - veel minder succesvol - voor de pensioenen en de sociale inclusie. Inzake sociale inclusie zijn de doelstellingen duidelijk kwantitatief vastgelegd in de zogenaamde 'sociale indicatoren', met betrekking tot o.a. armoede en inkomensongelijkheid zoals u in de getoonde tabellen heeft gezien. Ze worden tweejaarlijks door de lidstaten aan de Europese Commissie gerapporteerd.

Velen (waaronder ikzelf tot voor kort) vinden de weg van de OMC te vaag, te omslachtig, te weinig krachtdadig, nietszeggend, vermoeiend. Toch meen ik dat de OMC (het Amerikaanse verhaal heeft mij tot dat inzicht gebracht) het potentieel in zich draagt om een dynamiek op gang te brengen om het - later - mogelijk te maken om op Europees niveau tot dwingende afspraken te komen over gemeenschappelijke normen inzake sociale politiek. De OMC heeft als voordeel om op een organische wijze - tussen subsidiariteit en sociaal federalisme - een integratieproces tot stand te kunnen brengen, weliswaar langzaam, maar bij de ontwikkeling van het nationale sociale beleid was dit niet anders leidend naar bindende afspraken over minimumvormen.

Ik moet echter vaststellen dat de OMC 'sociale inclusie' vandaag niet echt succesvol is. Dat heeft – denk ik – vooral te maken met het feit dat de 'indicatoren' (2) inzake armoede, tewerkstelling, ongelijkheid waarnaar de lidstaten zouden moeten evolueren – hoe belangrijk ook – niet echt operationeel zijn voor het beleid. Het niveau van armoede of van inkomensongelijkheid wordt beïnvloed door een veelheid van sociaal-economische en demografische factoren. Het beleid heeft daar slechts een marginale impact op. Derhalve kunnen regeringen nauwelijks geroemd, c.q. afgerekend worden bij een resp. daling of stijging van armoede- en ongelijkheidsindicatoren. Dit is wellicht de reden waarom (zo leert althans de Belgische ervaring) noch de sociale partners noch het nationale parlement noch de media enige aandacht besteden aan de Europese sociale inclusierapporten.

Wat is er dan nodig opdat de OMC een doorbraak zou kunnen inluiden in de Europese socialeagendasetting? Mijn voorstel zou zijn om op Europees niveau een politieke link te leggen tussen sociale indicatoren als armoede, inkomensongelijkheid, en werkloosheid enerzijds en sociale bescherming anderzijds. Dán zou de politieke impact van de OMC veel groter kunnen worden dan wat nu het geval is, want dan zouden bv. de minimumuitkeringen in het vizier komen. Dit zou kunnen leiden tot politiek bindende afspraken met betrekking tot een minimum gewaarborgd inkomen in de lidstaten. Zulke afspraak omtrent minimale inkomensnormen lijkt des te belangrijker in een periode van heroriëntering en herschikkingen binnen de sociale begrotingen. Het is waarschijnlijk zo dat nationale regeringen Europa van langsom meer zullen gebruiken om binnenlandse hervormingen mogelijk te maken. Bindende afspraken over minimale beschermingsnormen lijken in deze context niet overbodig. De welvaartserosie van de bijstandsuitkeringen in sommige landen die ik daarnet toonde, leert alvast dat het minimale beschermingsniveau in de welvaartsstaten bedreigd is.

Al wie is met de toekomst van de sociale herverdeling begaan, kan 'social benchmarking' vanuit Europa gebruiken, ook de meest ontwikkelde welvaartsstaten die nochtans geneigd zijn te denken geen boodschap te hebben aan minimumnormen waarvan ze veronderstellen dat ze toch beduidend onder het door hen bereikte niveau zullen liggen. Voor de minder ontwikkelde welvaartsstaten zouden dergelijke Europese bindende afspraken de hefboom kunnen zijn om – prioritair – een adequate minimumbescherming uit te bouwen. Voor de meest ontwikkelde welvaartsstaten zouden dergelijke afspraken een schild kunnen vormen tegen een gevaarlijke welvaartserosie van de bodembescherming. Voor zover de minimumstandaarden proportioneel worden uitgedrukt (rekening houdend met gemiddelde lonen en GDP) hoeven zulke afspraken overigens niet te betekenen dat die standaarden te laag (en derhalve onbetekenend) zouden zijn voor landen met reeds hoge socialebeschermingsniveaus of te hoog (en derhalve economisch ondraaglijk) voor alsnog zwakke verzorgingsstaten.

(2) Atkinson, T., Cantillon, B., Marlier, E., Nolan, B. (2002), *Social Indicators, The EU and Social Inclusion*. Oxford: Oxford University Press, 240 p.

Toegegeven, de 'zachte coördinatie' is niet appellerend, niet mobiliserend; het is een grotendeels onzichtbaar en onbegrijpelijk project. Maar ze kan beloftevol zijn, op voorwaarde dat ze verdiept wordt, dat de bevordering van sociale bescherming niet alleen 'in beginsel' maar ook bindend wordt vastgelegd en dat minimale operationele beleidsnormen worden vastgelegd, niet alleen in vage en voor het beleid weinig operationele termen zoals thans het geval is.

In vergelijking met de VS is de bodembescherming in de meeste Europese lidstaten niet alleen veel hoger; bovendien bestaat er in vele (zij het nog niet in alle) Europese landen een afdwingbaar recht, voor iedereen, op minimale bestaansmiddelen. Waarschijnlijk is dit - naast de diversiteit - één van de belangrijkste punten van verschil tussen het Europese sociale model en het Amerikaanse. Dit moet dan ook de trots uitmaken van het Sociale Europa. Daarom lijkt de waarborg aan iedereen van voldoende middelen van bestaan voor werkenden, werklozen, zieken, invaliden en ouderen mij een goede kandidaat om op juridisch afdwingbare wijze de toekomst van het Sociaal Europa in te luiden.

BIJLAGE**NETTO SOCIALE BIJSTAND ALS % VAN HET NETTO BESCHIKBAAR INKOMEN BIJ GEMIDDELD LOON, ALLEENSTAANDE**

	1992	2001
Oostenrijk	40	40
België	38	35
Frankrijk	24	24
Duitsland	25	24
Ierland	31	25
Luxemburg	47	48
Nederland	49	37
Noorwegen	26	23
Portugal	-	23
V.K.	25	15
Zweden	46	38

Oostenrijk: Wenen; Frankrijk: excl. huisvestingstoelage; Duitsland: nationaal gemiddelde; Noorwegen: Oslo; V.K.: excl. huisvestingstoelage; Zweden: nationale richtlijn.

Netto beschikbaar inkomen = bruto uitkering / loon - personenbelastingen - lokale belastingen - sociale bijdragen + kinderbijslag + huisvestingstoelage (indien niet discretionair)

Bron: Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, UA.

REFERENTIES

- Alber, J. en Standing, G., Social dumping, catch-up, or convergence? Europe in a comparative global context, *Journal of European Social Policy*, 10, 2, p. 99-119, 2000.
- Alesina, A. en Angeletos, G.-M., *Fairness and Redistribution, U.S. versus Europe*, Cambridge, National Bureau of Economic Research, 42 p, 2003.
- Andersen, J., Structural Funds and the Social Dimension of EU Policy: Springboard or Stumbling Block in Leibfried, S. en Pierson, P. (eds.), *European Social Policy. Between fragmentation and Integration*, Washington DC, Brookings, p. 123-158, 1999.
- Atkinson, A. B., Rainwater, L. en Smeeding, T., *Income distribution in OECD countries Evidence from Luxembourg Income Study*, Parijs, OECD Social Policy Studies No. 18, 1995.
- Atkinson, T., Cantillon, B., Marlier, E. en Nolan, B., *Social Indicators. The EU and Social Inclusion*, Oxford, Oxford University Press, 240 p., 2002.
- Atkinson, A. B., *Social Indicators, Policy, and Measuring Progress*, Oxford, Nuffield College, 2003.
- Atkinson, T., *Social Europe and Social Science*, Oxford, Nuffield College, 2004.
- Bayoumi, T. en Masson, P. R., Fiscal flours in the United States and Canada: Lessons for monetary union in Europe, *European Economic Review*, 39, p. 253-274, 1995.
- Blank, R., Evaluating Welfare Reform in the United States, *NBER Working Paper Series*, Cambridge, National Bureau of Economic Research, 99 p., 2002.
- Boccard, N., van Ypersele, T. en Wunsch, P., Comparative advantage and social protection, *European Journal of Political Economy*, 19, p. 247-264, 2003.
- Bradley, D., Huber, E., Moller, S., Nielsen, F. en Stephens, J., *Distribution and Redistribution in Post-Industrial Democracies*, Luxembourg Income Study Working Paper Nr. 265, New York, 2001.
- Brueckner, *Welfare reform and interstate welfare competition*, p. 10, 1998.
- Cantillon, B., *De welvaartsstaat in de kering*, Kapellen, Pelckmans, 317 p., 1999.
- Cantillon, B., *The failures of Bismarck and Beveridge: The case of old-age pensions for the self-employed in Belgium*, Aldershot, Ashgate, 2002.

Cantillon, B., Marx, I. en De Maesschalck, V., De bodem van de welvaartsstaat van 1970 tot nu, en daarna, *De Gids op Maatschappelijk Gebied*, 94, 5, p. 6-18, 2003a.

Cantillon, B., Marx, I. en Van den Bosch, K., The puzzle of egalitarianism. The relationship between employment, wage inequality, social expenditure and poverty, *European Journal of Social Security*, 5, 2, p. 108-127, 2003b.

Cantillon, B. en Van den Bosch, K., Back to basics: the case for an adequate minimum guaranteed income in the active welfare state in Pacolet, J. en Claessens, E. (eds.), *Trade, Competitiveness and Social Protection*, Canada, APF Press, p. 73-94, 2002.

Castles, F., *Comparative Public Policy. Patterns of Post War Transformation*, Cheltenham, Edward Elgar, 1999a.

Castles, F., Decentralisation and the post-war political economy in *European Journal of Political Research*, 36, p. 27-53, 1999b.

Chernick, H. en Reschovsky, A., *State Responses to Block Grants: Will the Social Safety Net Survive?*, Washington D.C., Economic Policy Institute, 1996.

Chernick, H., *Fiscal Effects of Block Grants for the Needy: An Interpretation of the Evidence*, Boston, Kluwer Academic Publishers, 1998.

Commission of the European Communities, *Joint report on Social Inclusion. Summarising the results of the examination of the National Action Plans for Social Inclusion (2003-2005)*, Brussel, 216 p, 2003a.

Commission of the European Communities, *Modernising Social Protection for More and Better Jobs a comprehensive approach contributing to making work pay*, Brussel, 22 p, 2003b.

Cremer, H., Fourgeaud, V., Leite Monteiro, M., Marchand, M. en Pestieau, P., Mobility and redistribution. A survey of the literature in *Public Finance*, 51, p. 325-352, 1996.

Cremer, H. en Pestieau, P., Factor mobility and redistribution in Smith, V. en Thisse, J. (eds.), *Handbook in Urban Economics III*, Amsterdam, North Holland, 2003.

de la Porte, C. en Pochet, Ph., *Building Social Europe through the Open Method of Co-ordination*, P.I.E.-Peter Lang, Brussel, 2002.

de la Porte, C. en Nanz, P., *OMC – A deliberative-democratic mode of governance? The cases of Employment and Pensions*, Paper for the ESPANet Conference 'Changing European Societies – The Role for Social Policy', 13-15 november, 30 p, 2003.

de Swaan, A., *Europees beleid zonder Europese politiek. Morele, culturele en sociale zaken in de Europese Unie*, Amsterdam, SISWO/Instituut voor Maatschappijwetenschappen, 2003.

Deleeck, H., *Zeven Lessen over Sociale Zekerheid*, Leuven/Amersfoort, Acco, 192 p., 1991.

Deleeck, H., Social security and '1992' in Pijpers, A. (ed.), *The European Community at the crossroads*, Dordrecht, Martinus Nijhoff Publishers, p. 91-117, 1992.

Dyson, K., *European States and the Euro. Europeanization, Variation, and Convergence*, Oxford University Press, 2002.

Eardley, T., Bradshaw, J., Ditch, J., Gough, I. en Whiteford, P., *Social assistance in OECD countries. Volume 1: Synthesis Report*, Londen, HMSO, 1996.

Esping-Andersen, G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press, 248 p., 1990.

Ferejohn, F., Logrolling in an institutional context: a case study of food stamp legislation in Wright, G., Rieselbach, L. en Dodd, L. (eds.), *Congress and Policy Change*, New York, Agathon Press, p. 223-253, 1986.

Ferrera, M. en Rhodes, M., Recasting European Welfare States, *West European Politics*, 23, 2, 2000.

Ferrera, M., Hemerijck, A. en Rhodes, M., *The Future of Social Europe, Recasting work and welfare in the new economy*, Oeiras, Celta editoria, 131 p., 2000.

Freeman, R., *Single peaked vs. diversified capitalism: The relation between economic institutions and outcomes*, Cambridge, National Bureau of Economic Research, 2000.

Gabszewicz, J. J. en van Ypersele, T., Social protection and political competition, *Journal of Public Economics*, 61, p. 193-208, 1995.

Gali, J. en Perotti, R., *Fiscal Policy and Monetary Integration in Europe*, NBER Working Paper Series, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 2003.

Gilbert, N., *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*, Oxford, Oxford University Press, 208 p., 1995.

Gilbert, N. en Parent, A., *Welfare Reform. A Comparative Assessment of the French and U.S. Experiences*, International Social Security Series, Volume 10, New Brunswick/Londen, Transaction Publishers, 2004.

Guillén, A., Alvarez, S. en Adão e Silva, P., *European Union Membership and Social Policy: The Spanish and Portuguese Experiences*, Center for European Studies Working Papers, Harvard University, nr. 85, 2002.

Hacker, J. S., *The divided Welfare State. The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, Cambridge University Press, 2002.

Hall, P. en Soskice, D., *Varieties of Capitalism. The Institutional Foundations of Comparative Advantage*, Oxford, Oxford University Press, 540 p., 2001.

Hemerijck, A., The Self-Transformation of the European Social Model(s) in Esping-Andersen, G. (ed.), *Why we Need a New Welfare State*, Oxford, Oxford University Press, 2002, 244 p.

Hovey, H. A., *Can the States afford Devolution? The Fiscal Implications of Shifting Federal Responsibilities to State and Local Governments*, A Century Foundation Report, z.d.

Ikenberry, G. J. en Skocpol, T., Expanding Social Benefits: The Role of Social Security, *Political Science Quarterly*, 102, 3, p. 389-416, 1987.

International Labour Office, *Social Aspects of European Economic Co-operation*, Report by a Group of Experts, Genève, 1956.

Iversen, T. en Wren, A., Equality, Employment and Budgetary Restraint. The Trilemma of the Service Economy, *World Politics*, 50, p. 507-546, 1998.

Kuhnle, S., *Survival of the European Welfare State*, Londen, Routledge, 246 p., 2000.

Leibfried, S. en Pierson, P., *European Social Policy: between fragmentation and Integration*, Washington DC, The Brookings Institution Press, 1995a.

Leibfried, S. en Pierson, P., Social Policy. Left to courts and markets? in Wallace, H. en Wallace, W. (eds.), *Policy-Making in the European Union*, Oxford, Oxford University Press, 1995b.

Liebman, J. B., The Impact of the Earned Income Tax Credit on Incentives and Income Distribution in Poterba, J. (ed.), *From Tax Policy and the Economy*, Volume 12, MIT Press, 1998.

Lozachmeur, J. M. en Pestieau, P., Sociaal beleid en globalisering in Cantillon, B. e.a. (eds.), *De nieuwe sociale kwesties*, Antwerpen/Apeldoorn, Garant, p. 161-173, 2000.

Marmor, T., Mashaw, J. en Harvey, P., *America's Misunderstood Welfare State: Persistent Myths, Enduring Realities*, BasicBooks, Inc, 1992.

Marx, I., *The active welfare state*, Thesis in social policy (te verschijnen), 2004.

Mau, S., *Democratic Demand for a Social Europe? Preferences of the European Citizenry*, Paper for the ESPAnet Conference, 13-15 november, 28 p, 2003.

Meyers, M., Gornick, J. en Peck, L., Packaging Support for Low-Income Families: Policy Variation across the United States, *Journal of Policy Analysis and Management*, 20, 3, p. 457-483, 2001.

Moffitt, R. A., *The Negative Income Tax and The Evolution of U.S. Welfare Policy*, NBER Working Paper Series, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 2003.

Musgrave, R. A., Devolution, Grants and Fiscal Competition, *Journal of Economic Perspectives*, 11, 4, p. 65-72, 1997.

Oates, W., *Fiscal Federalism*, New York, Harcourt Braces Jovanovich, 1972.

Oates, W., An Essay on Fiscal Federalism, *Journal of Economic Literature*, 37, 3, 1999, p. 1120-1149.

Obinger, H., Leibfried en S., Castles, F., *Federalism and Social Policy. Comparative Perspectives on the Old and the New Politics of the Welfare State*, Cambridge University Press (te verschijnen), 2004.

Pacolet, J. en Claessens, E., *Trade, Competitiveness and Social Protection. Proceedings of a conference organized with the support of EZA and the European Commission*, Toronto/Canada, APF Press, 260 p., 2002.

Pauly, M., Income Redistribution as a Local Public Good, *Journal of Public Economics*, p. 35-58, 1973.

Pestieau, P., *Are we observing a race-to-the-bottom? If not, why not?*, Université de Liège, CORE, Delta and CEPR, Prepared for the conference in memoriam of Professor H. Deleeck, 18 september, 2003.

Peterson, P., *The Price of Federalism*, Washington, D.C., The Brookings Institution, 239 p., 1995.

Pierson, P., *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and The Politics of Retrenchment*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994.

Pierson, P., The new politics of the Welfare States, *World Politics*, 48, 2, 1996.

Pierson, P., Irresistible Forces, Immovable Objects: Post-industrial Welfare States Confront Permanent Austerity, *Journal of European Public Policy*, 5, 4, p. 539-560, 1998.

Pierson, P., *The new Politics of the Welfare States*, Oxford, Oxford University Press, p. 21, 2001.

Pochet, Ph., Subsidiarité et politique sociale in Cantillon, B. (ed.), *Liber Memorialis Herman Deleeck. The Open Method of Coordination and Minimum Income Protection in Europe*, Leuven Acco (te verschijnen), 2004.

Quadagno, J., From Old-Age Assistance to Supplemental Security Income: The Political Economy of Relief in the South, 1935-1972 in Weir, M., Orloff, A. en Skocpol, T. (eds.), *The Politics of Social Policy in the United States*, Princeton University Press, p. 235-263, 1988.

Ravishankar, N., *Regional distribution applying data from household income data*, NBER Working Paper no. 347, 2003.

Rhodes, M., The Political Economy of Social Pacts: 'Competitive Corporatism' and European Welfare Reform in Pierson, P. (ed.), *New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press, p. 165-195, 2001.

Rhodes, M., 'Why EMU Is - or May Be - Good for European Welfare States in Dyson, K. (ed.), *European States and the Euro. Europeanization, Variation, and Convergence*, Oxford University Press, 2002.

Rodgers, D.T., *Atlantic Crossings. Social Politics in a Progressive Age*, The Belknap Press of Harvard University Press, 1998.

Rodrigues, M.J., *The New Knowledge in Europe*, Edward Elgar, Cheltenham, 2002.

Rubin, M., Federal-State relations in Unemployment Insurance in Lee Hansen, W., Byers, J. (eds.), *Unemployment Insurance - The Second Half-Century*, Madison, The University of Wisconsin Press, p. 207-243, 1990.

Sainsbury, D. en Morissens, A., *European Anti-Poverty Policies in the 1990s: Toward a Common Safety Net?*, Working Paper No 307, Syracuse, New York, Maxwell School of Citizenship and Public Affairs Syracuse University, 2002.

Salvatore, D., Relative taxation and competitiveness in the European Union: what the European Union can learn from the United States, *Journal of Policy Modelling*, 24, p. 401-410, 2002.

Scharpf, F. en Schmidt, V., *Welfare and Work in the Open Economy*, Oxford, Oxford University Press, 403 p, 2000.

Scharpf, F., *Notes Toward a Theory of Multilevel Governing in Europe*, MPIFG Discussion Paper 00/5, Duitsland, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, 2000.

Scharpf, F., Globalization and the Welfare State: Constraints, Challenges, and Vulnerabilities in Sigg, R., Behrendt, C. (eds.), *Social Security in the Global Village*. New Brunswick/Londen, Transaction Publishers, p. 85-116, 2002a.

Scharpf, F., Legitimate Diversity: the new challenge of European integration, *Cahiers Européen de Sciences*, 2002b.

Scharpf, F., *The European Social Model: Coping with the challenges of Diversity*, Max Planck Institute Working paper 02/8, 2002c.

Schettkat, R., *How bad are welfare state institutions for economic development? The amazing vitality of the European Tigers*, Utrecht University, 2000.

Schettkat, R., *Institutions in the Economic Fitness Landscape: What Impact Do Welfare State Institutions Have on Economic Performance?*, Discussion Paper No. 696, Duitsland, 2003.

Schmähl, W., EU Enlargement and Social Security. Some Dimensions of a Complex Topic, *Intereconomics*, 39, 1, 2004, p.1-8, 2004.

Schnapper, D., The so-called 'Dutch Miracle' seen from the French experience in de Swaan, A. (ed.), *European integration process and Dutch social security: intended and unintended consequences* (te verschijnen), 2004.

Social and Cultural Planning Office, *The Netherlands in a European Perspective, Social and Cultural Report 2000*, Den Haag, Social and Cultural Planning Office, 639 p., 2001.

Standing, G., *Minimum Income Schemes in Europe*, Genève, International Labour Office, 2003, 292 p.

Sykes, R., Palier, B. en Prior, P., *Globalisation and European Welfare States: challenges and changes*, Londen, Palgrave, 2001.

Telò, M., La Méthode Ouverte de Coordination: de l'esprit de Lisbonne aux déficits de la mise en œuvre in Cantillon, B. (ed.), *Liber Memorialis Herman Deleeck. The Open Method of Coordination and Minimum Income Protection in Europe*, Leuven, Acco (te verschijnen), 2004.

Vandenbroucke, F., *The EU and Social Protection: what should the European Convention propose?*, Paper presented at the Max Planck Institute for the Study of Societies, Keulen, 17 juni 2002, 27 p., 2002.

Vandenbroucke, F., *Strengthening social and economic governance through the European convention*, Intervention at the IIRI-NBB Conference on "Models of cooperation in an enlarged EU", Brussel, 2003.

Visser, J., De inhaalbeweging van het Europese sociale beleid, *Socialisme en Democratie*, 58, 5, p. 215-223, 2001.

Walker, R. en Wiseman, M., *The Welfare We Want?, The British challenge for American reform*, Bristol, The Policy Press, 201 p., 2003.

Weir, M., Orloff, A. en Skocpol, T., *The Politics of Social Policy in the United States*, Princeton University Press, p. 235-263, 1988.

Wellich, D., *The theory of Public Finance in a Federal State*, New York, Cambridge University Press, 2000.

Wildasin, D. E., Income redistribution in a common labor market, *American Economic Review*, 81, p. 757-774, 1991.

Wildasin, D. E., Public pensions in the EU: migration incentives and impacts in Panagariya, A., Prtney, P. R. en Schwab, R. (eds.), *Environmental Economics and Public Policy: Essays in honour of Wallace E. Oates*, Edward Edgar, 1994.

Wilensky, H. L., *The welfare state and equality. Structural and Ideological roots of public expenditures*, Berkeley, University of California Press, 1975.

Wilensky, H. L., *Rich democracies. Political Economy, Public Policy, and Performance*, Berkeley, University of California Press, 891 p, 2002.

Zeitlin, J. en Trubek, D., *Governing Work and Welfare in a New Economy, European and American Experiments*, Oxford, Oxford University Press, 420 p.

INHOUDSTAFEL

TUSSEN FEDERALISME EN SUBSIDIARITEIT: DE WEG NAAR 'SOCIAAL EUROPA'

1. TWEE UITGANGSPUNTEN	579
1.1. EERSTE UITGANGSPUNT: ARMOEDEBESTRIJDING VERONDERSTELT EEN OMVANGRIJKE SOCIALE HERVERDELING	580
1.2. TWEEDE UITGANGSPUNT: DE SOCIALE-DUMPING-HYPOTHESE	582
2. FEDERALISME EN SUBSIDIARITEIT	585
2.1. WAT LEERT DE THEORIE?	585
2.2. LESSEN UIT DE VS	586
3. NAAR GEMEENSCHAPPELIJKE SOCIALE MINIMUMNORMEN	591
BIJLAGE	595
REFERENTIES	596

AGEING AND PENSION REFORMS IN FRANCE *

BY **HENDRIK ROGGEN**

1. GENERAL INTRODUCTION TO THE FRENCH PENSION SYSTEM

The French pension system is a rather complicated and fragmented one. It is a combination of various schemes and makes a strong distinction between the public and private sector. The schemes differ in contribution rates, retirement ages and formulae for calculating pensions. There are about 120 first-tier and 400 supplementary schemes, individuals usually are entitled to pensions from several schemes (Taylor-Gooby, 1999, p. 6). The pension system is based on compulsory pay-as-you-go schemes and is financed by social security contributions and taxes (Commission and Council, 2003, p. 132).

All the different schemes can be divided into three basic categories: the private sector, the public sector and the self-employed. In 1996 they covered respectively 68%, 21% and 11% of assets. The private sector and the self-employed have basic schemes based on an insurance concept and complemented by mandatory supplementary schemes. The public sector has special schemes (“régimes spéciaux”), with no distinction between the basic retirement pension and a supplementary pension, they are integrated schemes (European Commission, 2001, p. 34). Let us now look in greater detail at the different schemes.

The pension scheme in the private sector relies on two pillars. The first pillar is the basic general scheme (“régime général”). It is made up of contributions based on a fraction of wages, the pension is proportional to the number of years of contribution and a reference wage. The second pillar are the complementary compulsory schemes, financed on a pay-as-you-go basis. They are computed on a notional basis (“régimes en points”). The point system ensures a close link between contributions and benefits paid. The complementary schemes are established by collective agreements and co-managed by trade unions and employers (Lavigne, 2003a, p. 128-129).

The public pension schemes were created before 1945 and have preserved their autonomy. There are separate schemes for public transport workers, public servants, organisations such as the Banque de France and Comédie française etc. They

* Article written within the scope of the Master education in European Integration and Development, Economic Integration, Social Security Systems, Professor Frank Vandembroucke.

contain both the basic and the complementary regimes in a unique scheme (Lavigne, 2003a, p. 130). "The pension granted is directly linked to the professional situation of the official when he or she goes into retirement" (European Commission, 2001, p. 34).

Self-employed people refused to join the basic general scheme at the end of World War II. They now have separate compulsory schemes consisting of two pillars: the first is the general regime of wage earners, the second is specific to each profession (Lavigne, 2003a, p. 130).

Because of the generous nature of compulsory pay-as-you-go schemes, voluntary occupational or individual plans represent a negligible part in the whole pension system. Nevertheless they benefit from certain fiscal incentives (Commission and Council, 2003, p. 132).

Now we will briefly give some statistical background related to the demographic situation and the labour market.

France has the second largest population in the EU, with 61,7 million inhabitants at the beginning of 2004 it stays just before the United Kingdom (59,5 million) and far behind Germany (82,5 million). Its population represents 16% of the EU 15 and 13% of the enlarged EU of 25 Member States (Desesquelles and Richet-Mastain, 2004).

The French baby-boom generation stems from the period 1950-1975, during which there was a 1% growth of the population per year. Between 1975-1990 the growth rate fell to 0,5%, between 1990-2000 it fell even further to 0,35%. The estimated growth rate for the period 2000-2025 is 0,3% (Brutel and Omalek, 2003, p. 13).

Following the general trend in the EU, also the French population continues to age. From 2010 onwards, the population aged 65 or more will start expanding at a higher pace. We observe from the table below that between 2000 en 2010 its percentage in the entire population grows by 1,2% while the next ten years it grows by 4%. It is thus from 2010 onwards that ageing becomes a very serious issue.

TABLE 1: PROJECTED PARTITION OF THE FRENCH POPULATION PER AGE GROUP (2000-2040)

Year	Percentage of persons aged less than 20	Percentage of persons aged 20 to 64	Percentage of persons aged 65 or more
2000	25,8	58,4	15,8
2010	23,8	59,2	17,0
2020	22,5	56,5	21,0
2030	21,3	53,8	24,9
2040	20,6	51,5	28,0

Source: Brutel and Omalek, 2003.

What does all this mean in terms of dependency ratios? The demographic dependency ratio (population over the age of 60 out of the population between 20 and 59 years) will rise significantly due to the combined effect of an increased life expectancy and the arrival at retirement age of the baby-boom generation. By 2010 there will be 4,3 persons over 60 for every 10 people of working age. It is obvious that this puts very big constraints on the French pay-as-you-go pension system (European Commission, 2001, p. 37).

It is also very interesting to look at the ratios between the number of pensioners and the number of those who finance the pension system, the employees.

If we look at the number of people older than 65 to the number of people actually employed, we do not only take into account age to calculate dependency but also the effect of early retirement. In 2000 there were about 2,5 employees for every older person. By 2030 there will be only about 1,5 employees, if existing trends continue. This evolution of the dependency ratio in France is similar to the OECD (1) average, but at a slightly higher level (OECD, 2000, p. 153).

Closely connected to this is the fact that in France the share of the total population that is employed (participation level) is below the OECD average (OECD, 2000, p. 154). Also the decline in employment of men was sharper in France than the OECD average, from 1980 onwards men spent the same amount of years in and out of employment. If the current trends continue, by 2030 men will be employed for only 29 years and not employed for up to 49 years. For women this would become respectively 33 and 52 years (OECD, 2000, p. 152-153).

The final statistic shows the impact of ageing on the public pension spending. In 2000 France spent 12,1% of its GDP on public pensions. This is projected to be 15% in 2020 and 15,8% in 2050 (Commission and Council, 2003, p. 135).

2. REFORMS OF THE FRENCH PENSION SYSTEM

In the middle of the eighties the pension debate gets on its way in France. Concerns start to rise about the cost of the pension schemes. These concerns are fuelled by demographic predictions and by the impact of policies which effectively lowered the age of retirement on full pension from 65 to 60. This reduction was at the time a strategy to reduce unemployment (Taylor-Gooby, 1999, p. 6).

Official reports were published rapidly one after the other. They all acknowledged the need to reform the system and to do so in a way that would preserve inter- and intra-generational equity. Nobody considered the possibility of increasing contributions as a solution, it was judged as going against the existing generational contracts (Bozec and Mays, 2000, p. 379).

(1) Organisation for Economic Co-operation and Development.

The main outcome of the discussions in the eighties was the White Paper on Pensions (“livre blanc sur les retraites”) published in April 1991. It was considered to be a turning point in the debate. Replacing the pay-as-you-go scheme with a funding plan or create one single regime for the entire population, were rejected. Instead it proposed a progressive adaptation of the system, based on shared efforts among generations (Bozec and Mays, 2000, p. 379).

After half a decade of public debate and official reports the first reforms were implemented. Not one overall reform but several partial ones were implemented through the nineties and at the beginning of the 21st century. We will discuss the impact of the major changes one by one, beginning with the Balladur reform of 1993.

2.1. THE BALLADUR REFORM (1993)

After almost a decade of debate the first reforms were implemented in the summer of 1993. The government led by right-wing prime minister Edouard Balladur was encouraged to reform because of its large majority in parliament and the economic crisis. The reform had two main elements: the creation of an old age solidarity fund (“fonds de solidarité vieillesse”, FSV) and a revision of the calculation of pension benefits within the basic general scheme of the private sector (Bozec and Mays, 2000, p. 381).

The FSV has to finance those pensions not based on contributions. The minimal old age pension, the additional pensions due to dependants (children and spouse) and the benefits that are based on the validation of periods of inactivity (periods of unemployment, ...), are all paid out of this fund (Bozec and Mays, 2000, p. 381). In this way insurance and solidarity expenses are distinguished both organisationally and in terms of accounts. So solidarity benefits stopped to be a burden on the social insurance budget. The FSV was financed by an increase in the level of the “generalised social contribution”, a tax levied on all kinds of revenues which applies to the whole population, and from other taxes (Palier, 2002, p. 230).

The second part of the reform concerned the basic general scheme of the private sector (“régime général”). Three measures were taken, first there was an increase of the contribution period. To get a full-rate pension (50% of the reference average wage) one needs 40 years of contributions instead of 37,5. This increase is introduced progressively, one additional trimester per year, so as to reach 40 years in 2004. Secondly the calculation of the reference average wage was reformed, the period went up from the best 10 to the best 25 years. Thirdly pensions are no longer indexed to gross wages but to prices (Palier, 2002, p. 229).

The overall goal of the reform was to tighten the lines between contributions and benefits. The FSV was used to make the reform of the basic general scheme more acceptable, since matters of social insurance were separated from solidarity issues (Palier, 2002, p. 230).

These reforms did not concern the public sector, even though this sector had more generous benefits. But opposition to reforms was far greater in this more unionised public sector (Palier, 2002, p. 229). Consequently the reform created disparities between the private and public sector. Disparities which were according to some (Cornilleau and Sterdyniak, 2003, p. 6-7) unacceptable, even more so because in a system based on national solidarity they benefited civil servants, who are charged with organising this solidarity and who are paid with taxes.

The OECD was not really pleased with the reforms either. It stated that they would be adequate to preserve the balance of the general scheme until 2010. But that afterwards due to the increase in numbers of elderly people and the decline in the working population, there would be a rapid erosion of the financial soundness of the pension scheme (Taylor-Gooby, 1999, p. 7).

2.2. THE JUPPE REFORM ATTEMPT (1995)

In 1995 the right-wing prime minister Alain Juppé wanted to extend the 1993 reforms to the public sector (“régimes spéciaux”). He felt supported by a majority in the House of Representatives and the Senate, and by a President of the same political family. The pension reform was part of an overall reform of the social policy, including the health care system. The goal of the pension reform was to broaden the calculation rules from the private to the public sector, especially by passing the years of contribution needed for a full-rate pension from 37,5 to 40 years (Palier, 2002, p. 231).

The civil servants and employees of public enterprises such as the SNCF (2), RATP (3), EDF-GDF (4) touched by the reform plans were highly unionised. So it was no surprise that these plans, which were drawn up secretly without consulting the social partners (cf. *infra*), encountered fierce resistance (Palier, 2002, p. 231). In the whole country there were demonstrations and strikes involving over two million people. The Juppé government was forced to withdraw the pension reform (Taylor-Gooby, 1999, p.8).

The system of public pensions remained unchanged. To receive a full-rate pension 37,5 years of contribution were needed. This pension was 75% of the reference average wage, calculated on the final six months salary, bonus wages not included. Clearly a more beneficial arrangement than the one in the private sector (Palier, 2002, p. 231).

(2) Société Nationale des Chemins de fer Français.

(3) Régie Autonome des Transports Parisiens.

(4) Electricité de France - Gaz de France.

2.3. MEASURES TAKEN BY THE JOSPIN GOVERNMENT (1997-2002)

In 1997 the French president Jacques Chirac calls for early elections, instead of a stronger role for his own right-wing party, he gets to face a left-wing coalition in parliament. Lionel Jospin becomes prime minister, France now has to live with a “cohabitation”.

The Jospin government does not undertake any major reform of the pension system. It still has the Juppé reform and the following electoral defeat in mind. Rather than pushing for reform the Jospin government re-opens the debate so as to build consensus for further reforms in a later stage (Palier, 2002, p. 233).

The debates are launched by the Charpin-report, ordered by the prime minister and published at the beginning of 1999 (Jean-Michel Charpin was “commissaire au Plan”). The plan stated that the demographic shock, forecasted for 2006, threatened the survival of the pay-as-you-go system. It proposed to prolong the contribution period even further to 42,5 years by 2019, for the private as well as the public sector, in the latter this still stood at 37,5 years. Secondly the report supported the idea of having capital funded plans as a complement to the pay-as-you-go system. Thirdly it argued in favour of the institution of a reserve fund within the pay-as-you-go system. The plan elicited a lot of hostile reactions which led the government to distance itself from its conclusions (Bozec and Mays, 2000, p. 385).

Immediately after the Charpin-report, other publications followed with sometimes quite different outcomes and approaches. Basically there were two approaches, a demographic-financial one which focused on the calculation method of pensions and secondly a more economical vision that underlined solutions related to economic growth and an increase in the participation level of older people. The Jospin government, willing to create a consensus, installed the “Conseil d’Orientation des Retraites” (COR) composed of experts and representatives of social partners (Palier, 2002, p. 233-236).

In the end the Jospin government followed the Charpin-report on only one point. It showed its willingness to preserve the pay-as-you-go system and created a reserve fund within the system (Palier, 2002, p. 236). The objective of the fund is to accumulate financial reserves and to use them from 2020 onwards to help balance the pay-as-you-go system and to obtain a better distribution of efforts between generations (COR, 2002, p. 5). The resources of the fund come from taxation, social duties on companies and capital income, exceptional profits derived from privatisations and income from investments realised by the fund. At the beginning of 2003 the fund represented an amount of around 13 billion euros (COR, 2003). The aim is to endow the fund with approximately 4,5 billion euros a year until 2020 (COR, 2002, p. 5).

2.4. THE RAFFARIN REFORM (2003)

In 2002 Jacques Chirac was re-elected as French president and a few months later his right-wing coalition obtained a large majority in parliament. Jean-Pierre Raffarin was appointed prime minister.

The Raffarin government presented its pension reforms plans at the beginning of 2003. Since these plans involved the public sector, the trade unions did not hesitate to mobilise their members for large demonstrations and general strikes (Jolivet, 2003a). But the government did not give in and on the 24th of July 2003 the law on pension reform was passed by parliament (Jolivet, 2003b).

The objective of the Raffarin reform is to preserve the pay-as-you-go basis of the pension system. To reach this goal the reform has three targets. First to increase the labour force participation, second to restore the equality between public and private schemes and finally to introduce a certain degree of flexibility and freedom in the retirement choice (Lavigne, 2003b).

One aim is to stabilise the ratio of expected retirement period relative to the contribution period. Instead of postponing the legal retirement age, the government has chosen to lengthen the contribution period, starting in 2009, by one-quarter every year so as to reach 41 years in 2012. In this way the increase in life expectancy at the age of 60 is taken into account (Lavigne, 2003b, p. 729). In 1980 the life expectancy at the age of 60 for a man (women) was 17,3 years (22,4), in 2000 20,2 years (25,6) and it will be 25,9 years (31) by 2040 (Cornilleau and Sterdyniak, 2003, p. 1).

A system of bonuses and penalties for longer or shorter periods of contribution is set up. The amount of the bonus is expected to be 3% per marginal year of contribution above 40 years both for the private and public sector. A penalty of 5% will be imposed for missing years. Other measures concern constraints on redundancies of older workers, limiting pre-retirement and enabling gradual retirement, combining a pension with a part-time job (Lavigne, 2003b, p. 729-730).

Another goal is to converge the rules on private and public schemes. The contribution period for civil servants is progressively increased, from 37,5 years to 40 years by 2008. From 2009 a further increase related to increased life expectancy is introduced (cf. supra). All pensions are indexed to prices. One big difference remains, the reference wage in the private sector is the average of the best 25 years of a career, in the public sector this remains the last 6 months (premiums excluded) (Lavigne, 2003b, p. 730).

Finally there is a marginal effort devoted to third-pillar pensions, although the term "pension fund" is never used. A new individual retirement savings product ("plan d'épargne pour la retraite"), subscribed individually or on an occupational basis, is created. There is a fiscal incentive, one can deduct contributions from disposable income below a certain ceiling (Lavigne, 2003b, p. 731).

According to Cornilleau and Sterdyniak (2003, p. 3) the reform is based on the double wager that France will come back to full-employment by 2012 and that it will be able to find jobs for people between 57-62 years old by 2020. Another criticism (Lavigne, 2003b, p. 732-733) is that the reform is not ambitious enough. It is mainly limited to the first-pillar schemes, omitting special schemes of for example the railways and electricity monopoly. And it plays on the sole parameter of the contributory period, leaving unchanged the legal retirement age, contribution rates and replacement rates. Lavigne also criticises the taboo on pension funds in France. Even the mandatory second pillar schemes function on a pay-as-you-go basis.

3. HOW TO REFORM SUCCESSFULLY IN FRANCE

This chapter makes an analysis on how reforms of the French pension system were adopted. How did governments proceed in preparing their reforms? Two interesting papers written by Marthin Rhodes and David Natali were the main source of inspiration (2003a, 2003b).

The French pension system is generally categorised as a Bismarckian model. The overall goal of these pay-as-you-go systems is to ensure income maintenance. They are financed by employers' and employees' contributions. Benefits are mostly earnings-related and depend on the contribution record. The management of these systems is generally a mixed responsibility of the state and social partners (Rhodes and Natali, 2003a, p. 1). In order to understand how reforms of such systems come about, we need to look at the general priorities for reform. Rhodes and Natali (2003a, p. 1-2) distinguish four priorities. Firstly financial viability of the systems, this concern leads to reducing costs or increasing contributions. Secondly there is the need for economic competitiveness which is sometimes hampered by social charges that raise labour costs. The third priority is equity, problems here result from differences in protection and funding between social and occupational groups. For example in France between the public and private sector. A final priority is the effectiveness, how to implement cost-containment while broadening and strengthening the areas pension systems cover.

Social security systems in general and pension systems more in particular are difficult to reform. Various forces exist that strive for a status-quo, there is opposition from voters, corporatist movements and also institutional inertia. These forces can be very resistant since welfare programmes directly concern every citizen. Still reforms are implemented, Rhodes and Natali (2003a) argue that this is due to the existence of different priorities both on a policy level (cf. supra) and a political level (cf. infra), which creates room for trade-offs between the parties involved. These trade-offs offer parties the possibility to adopt a strategy of "blame avoidance" and also one of "credit claiming".

So trade-offs are based on two levels of priorities, the policy ones and also the political ones. Political parties not only want to implement certain policies, they also try to gain voters and expand their control over political office. Rhodes and Natali (2003a, p. 7) argue this is also true for social partners. They not only aim at protecting their views on social policy but also try to promote the power of their organisation. They try to preserve and enhance their role in the management of social security systems and promote the interests of their own members.

In France these two levels of priorities were used to obtain double trade-offs (Rhodes and Natali, 2003a, p. 8). For example the protection of the managerial role of social partners could be traded for measures to increase the financial viability of the welfare state.

All of the above could lead one to think that reforms in France are the outcome of active negotiations between the government and the social partners. The reality is slightly more complicated due to the position of the trade unions. They are too strong to be isolated but too weak and fragmented to participate in real concertation. So governments need to win the support of trade unions for their reforms, or at least neutralise their veto-power, without the existence of real corporatist institutions (Rhodes and Natali, 2003b, p. 1-2).

The strength of the French trade unions is their mobilisation power, French cities have seen many large-scale demonstrations. Also their involvement in the management of social insurance programmes gives them power. But although by the mid-nineties 82% of all French employees were covered by collectively bargained contracts, France had the lowest union density in Europe (8% ratio of union members to employees) and its members are ageing. The different trade unions do not form one social bloc either, there is a poor co-ordination between and within the different confederations (Rhodes and Natali, 2003b, p. 3-6).

Let us now look at how the recent pension reforms in France were set up. Beginning with the Balladur reform of 1993. Right from the start prime minister Balladur made clear that he wanted to collaborate with the social partners. But some of the trade unions did not want to take part in official negotiations. So the government changed its tactics and restricted itself to informal consultations with social partner experts. The government tried to pre-empt the possible opposition of the unions and inserted trade-offs in its plan. For example it included cost-containment measures but at the same time preserved the managerial role of the trade unions (Rhodes and Natali, 2003b, p. 8-10).

The adoption of the FSV (Fonds de solidarité vieillesse) to finance those pensions not based on contribution was also part of the pre-emptive trade-off. The social partners in France generally are willing to accept reforms that reduce contributory benefits under the condition that a clearer distinction is made between social insu-

rance and national solidarity. Because such a distinction re-affirms that the French pension system is above all a social insurance system and thus re-affirms the managerial role and power of the social partners (Palier, 2002, p. 268-269).

Finally it should be remembered that this reform only concerned the general scheme, which covers the less-unionised private sector workers. All of the above shows that the Balladur reform tried in many ways to avoid problems with the trade unions. With hindsight this might be considered a wise idea, bearing in mind that this was the first real reform to be implemented after almost a decade of discussions on the future of the pension system. However, the price to be paid for this consensual approach was a much less incisive reform (Rhodes and Natali, 2003b, p. 10).

The way prime minister Juppé tried to introduce reforms of the social security system has become an example of how not to act. Right from the start it was clear that the government did not want to make any compromise, not a single preliminary deal was negotiated with the social partners. The content of the plan was kept secret until the prime minister presented it in parliament. A pension reform was just one aspect of the Juppé-plan, which envisaged a thorough reform of the social security system. The government was determined to bring social security into its exclusive domain, pushing the trade unions out of the decision process (Palier, 2002, p. 368-369).

As mentioned earlier the main goal of the pension reform in the Juppé plan was to broaden the calculation rules from the private to the public sector, especially by increasing the years of contribution needed for a full-rate pension from 37,5 to 40 years. Even if this would seem to be a similar reform to the one implemented by Balladur, it had a far bigger direct impact on the public-sector employees concerned. In the nineties 70% of private sector workers arrived at the age of retirement with more than 40 years of contributions. But 80% of the public sector workers arrived at that age with less than 37,5 years. Thus the weight of the reform fell on the shoulder of the generation close to retirement and not on the younger generations as was the case for the Balladur reform (Rhodes and Natali, 2003b, p. 13).

Besides directly attacking the core clientele of the trade unions, the Juppé plan also attacked their managerial role. All of this was done without an effort to involve them in any consultation what so ever. So unsurprisingly the unions mobilised massively against these plans and the Juppé government was forced to withdraw its pension reform plan (Rhodes and Natali, 2003b, p. 13).

The Raffarin reform was adopted in parliament in July 2003 after huge demonstrations and general strikes. Therefore it is common believe that this reform was a victory of the government over the stubbornness of the trade unions. But in reality, Rhodes and Natali (2003b, p. 14-16) argue, it was more the result of a combination of confrontation and consensus seeking. Indeed a significant number of amendments were made to the original plans in order to please the unions and to stop

their protests. After long negotiations with the various unions the government was able to sign a compromise agreement with the CFDT (5) and CFE-CGC (6), meaning the end of the united trade union front on the pensions issue (Jolivet, 2003c).

The government proved willing to make adjustments to its proposal in order to be able to include the cost-containment measures it wanted to introduce. Many of these measures were justified in terms of introducing greater equity between the private and public sector. Adjustments included that early retirement was protected for people who started working in their mid-teens. Civil service pensions continued to be calculated on the basis of the last six months of employment and pension guarantee for low-paid workers was raised from 75% of the minimum wage in the original proposal to 85% in the final version. But the key trade-off was that the special schemes for railway and metro workers were not included in the reform package. This category of workers is traditionally very keen to protest or strike (Rhodes and Natali, 2003b, p. 15).

It is clear now that Bismarckian pension systems can be subject of major reforms. Under the condition that these reforms are prepared and implemented in an incremental and concensus-centred way. Trade-offs need to be made with the social partners, be it through direct negotiations or in a pre-emptive manner. The result is a reform that is insufficient on itself but that must be part of an on-going process of adaptation and consultation. Because this process moves slower than radical change, it is less likely to create massive uncertainty in the period of transition and generate social conflict. Thus it will not easily undermine economic performance or endanger the overall stability of the economic and political system (Ferrera and Rhodes, 2000, p. 280).

4. FRENCH PENSION REFORMS AND THE EU'S 11 OBJECTIVES

This chapter reviews the French pension reforms in the light of the 11 objectives set by the EU as part of the open method of co-ordination on pensions. This open method of co-ordination “involves agreeing broad common objectives, translating these objectives into national policy strategies and, as part of a mutual learning process, monitoring progress periodically and, as far as possible, on the basis [...] of commonly agreed and defined indicators” (SPC and EPC, 2001, p. 3). The basic idea of the 11 objectives is to create adequate pension systems that are financially sustainable and that respond to the changing needs of the economy, society and individuals (SPC and EPC, 2001, p. 6-7). The report on the French national pension strategy (2002), part of the open method of co-ordination, is the main source for this chapter. The Raffarin reform took place after the publication of this report, but where relevant, its changes to the pension system will be taken into account.

(5) Confédération française démocratique du travail.

(6) Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres.

The first three objectives concern the adequacy of pensions, the way in which the system based on solidarity between and within generations provides access to a pension and a decent standard of living for older people (SPC and EPC, 2001, p. 6). All people in France have access to pension arrangements, but rather big differences exist between the public and private sector. The private sector system is two-tiered, while the public sector has a flat-rate pension, without distinction between a basic and a supplementary part, this makes it difficult to compare the replacement rates. But when all the sources of income (pensions, unearned income and imputed rent) are taken into account, a retiree's standard of living is very similar to that of a worker. This is also due to various tax and social security contribution advantages enjoyed by the retired. To reduce the risk of poverty there is a minimum old-age pension that guarantees a minimum income to all persons over 65 years old who do not receive an adequate retirement pension. This minimum pension is just one example of intragenerational solidarity, the income differences by retiree age are mainly attenuated by solidarity transfers. These transfers bring the total pensions of the oldest pensioners up to 90% of those of the youngest (National pension strategy, 2003, p. 2-8).

A second group of objectives focuses on the financial sustainability of pension systems, through a well functioning labour market. Let us first look at the French labour market. The participation level of workers, aged between 55 and 64, was only 32,6% in 2001. The EU's average stood at 41%. The overall participation level was quite poor also: 75% for men and 62% for women, in the EU this was 78% and 60% respectively. The actual age of retirement, 58 years, is among the lowest in the EU (Caussat and Lelièvre, 2003, p. 144-145). These figures show that there is a large scope for increasing the overall labour supply and especially that of older people. Notably one of the aims of the Raffarin reform is to increase the labour force participation. Measures include increasing the contribution period required for a full-rate pension, giving bonuses for longer periods of contribution and penalties for shorter ones, imposing constraints on redundancies of older workers etc (Lavigne, 2003b, p. 729-730). France included also many medium-run employment and vocational training objectives in its national action plan for employment (National pension strategy, 2003, p. 10).

The sixth objective acknowledges the setting up of a pension reserve fund as a strategy to maintain the sustainability of pensions. The Jospin government set up such a fund in 1999, its objective is to accumulate financial reserves and use them from 2020 onwards to smoothen the effect of ageing (COR, 2003, p. 5). But the European Commission and the Council (2003, p. 134) have doubts about the impact of this reserve fund. They say the assets of the reserve fund amount to less than 1% of GDP and that it will be difficult to increase this percentage as ageing will begin already from 2007 onwards. Even if, as estimated by the French government, the reserves should rise to around 7% of GDP, this will according to the Commission and the Council not be sufficient to cover future pensions imbalances.

The final group of objectives aim at modernising the pension systems so that they respond to the changing needs of the economy, society and individuals. The focus is on labour market mobility, equality between men and women and on information for people. Let us look first at measures taken to ensure the compatibility of pension systems with a flexible labour market. The Raffarin reform has focused on this issue, for example it takes into account the workers that enter late into the labour market. Workers with a university degree will be enabled to validate a maximum of three years of studies as contributory years. There are more than hundred different pension schemes in France, therefore it is quite normal for workers to derive rights from several regimes. The Raffarin reform homogenizes further the treatment of single and multiple pension holders, thus facilitating job mobility (Lavigne, 2003b, p. 730-731).

Efforts are also made to ensure an equal treatment between men and women. Currently the average pension amount is higher for men than for women. This is not due to built-in inequalities in the system but because women that currently collect their pensions had shorter employment histories and lower wages than men did (National pension strategy, 2003, p. 22-23). Still specific advantages are granted to female civil servants, they get a bonus of one contributory year per child. The Raffarin reform introduced a contributory bonus of at most three years for child-raising both for women and men, if they take special leave for it. But this will only apply to children born or adopted from 2004 onwards (Lavigne, 2003b, p. 731).

Pension systems need to be transparent to people, so they need to be informed about them in an understandable language. In the French system with about 120 first-tier and 400 supplementary schemes (Taylor-Gooby, 1999, p. 6), the need for clear information is important. It is provided for in the Raffarin reform that by 2006 every contributor of around 50 years old will regularly get an overview of his pension rights in basic and supplementary schemes, together with an estimate of the amount of his or her future pension (Service d'information, 2004). An official website has been launched providing for extensive practical information (<http://www.retraites.gouv.fr>). In 2000 a strategic thinking and consultative body was set up, the "Conseil d'orientation des retraites" provides information on the future of the pension system and makes recommendations to the government (National pension strategy, 2003, p. 26).

France has clearly made steps to meet the EU's objectives. But as argued before, the reforms are part of a long process of adaptation to a new situation. With the problem of ageing coming closer fast, reform efforts might have to be accelerated.

5. CONCLUSION

It would be naive to presume that the various reforms discussed, have secured the financing of the French pension system for decades to come. Before the Raffarin reform took place the European Commission and the Council (2003, p. 134) came

to the same conclusion. Although this last reform has made a further step towards greater equity between public and private schemes, one can still assume that additional reforms are needed. The reforms are often criticised because they only play with the contribution period and do not touch the contribution rates nor the replacement rates and thus rely heavily on the positive evolution of the labour market. This means that getting more people into the labour market and providing jobs for the older generation must be the main focus. In this way the contribution base is broadened and the actual age of retirement will rise, resulting in more contributions and less expenses. This approach is said to be rather optimistic (“scénario volontariste”) and relying on the double wager of a return to full employment and a higher participation level under elder workers.

Of course one could argue that since reform is difficult in a mature pay-as-you-go based system, opting to adjust only the contribution period is the only way out. Raising contribution rates or lowering replacement rates would seem much more difficult to present to trade unions already eager to mobilise their members.

In the following years the pressure will increase, as the ageing effect will start to have an increased impact from 2007-2010 onwards. There are still some roaring years ahead, the streets of Paris have not yet seen their final demonstrations.

BIBLIOGRAPHY

Bozec, G. and Mays, C., The pension reform process in France, *European Journal of the Social Sciences*, 13, 4, p. 373-388, 2000.

Brutel, C. and Omalek, L., Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030/2050), *Insee Résultats Société*, 16, July, p. 13-17, 2003.

Caussat, L. and Lelièvre, M., Les systèmes de retraite en Europe à l'épreuve des changements démographiques, in: Insee (ed.), *France Portrait Social, Edition 2003-2004*. Paris, p. 139-154, 2003.

COR, Les retraites en France. *Lettre pour le Débat sur les Retraites*, 3, October, 6 p., 2002.

COR, *Retraites: Fiches pour l'Information et le Débat - Fiche n° 10*, <http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-214.pdf>, Consulted on 8 April 2004, 2003.

Cornilleau, G. and Sterdyniak, H., Réforme des retraites : Tout miser sur l'allongement de la durée de cotisation? *Lettre de l'OFCE*, 237, 23 May, p. 1-8, 2003.

Desesquelles, A. and Richet-Mastain, L., Bilan démographique 2003 : Stabilité des naissances, augmentation des décès, *Insee Première*, 948, February, 2004.

European Commission, Old-age in Europe. *Bulletin of the Mutual Information System on Social Protection in the European Union*, 99 p., 2001.

Ferrera, M. and Rhodes, M., Building a sustainable welfare state, *West European Politics*, 23, 2, p. 257-282, 2000.

Joint Commission/Council Report on Adequate and Sustainable Pensions, 7165/03 ECOFIN 76 SOC 115, 10 March, 2003.

Joint report of the Social Protection Committee, SPC and the Economic Policy Committee, EPC, *Objectives and Working Methods in the Area of Pensions: Applying the Open Method of Co-ordination*, 14098/01 SOC 469 ECOFIN 334, 23 November, 2001.

Jolivet, A., Government's pension reform takes shape, *European Industrial Relations Observatory*, <http://www.eiro.eurofound.eu.int/2003/05/feature/fr0305103f.html>, Consulted on 12 March 2004, 2003a.

Jolivet, A., Pension reform adopted, *European Industrial Relations Observatory*, <http://www.eiro.eurofound.eu.int/2003/09/feature/fr0309103f.html>, Consulted on 12 March 2004, 2003b.

Jolivet, A., Latest developments in pension reform, *European Industrial Relations Observatory*, <http://www.eiro.eurofound.eu.int/2003/06/feature/fr0306104f.html>, Consulted on 12 March 2004, 2003c.

Lavigne, A., Pension funds in France: still a dead end?, *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 28, 1, January, p. 127-150, 2003a.

Lavigne, A., Analysing French pension reforms, *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 28, 4, October, p. 727-733, 2003b.

OECD, *Reforms for an Ageing Society, Social Issues*, Paris, Les Editions de l'OCDE, 220 p., 2000.

Palier, B., *Gouverner la Sécurité Sociale*, Paris, Presses Universitaires de France, 466 p, 2002.

Report on the National Pensions Strategy – France, http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/pensions/fr_pensionreport_en.pdf, Consulted on 27 January 2004, 2002.

Rhodes, M. and Natali, D., *The 'New Politics' of the Bismarckian Welfare State: Pension Reforms in Continental Europe*, Presented on 31 October at the European Union Center of the University of Wisconsin Madison in a workshop titled: New approaches to governance in EU social and employment policy: open co-ordination and the future of social Europe, 2003a.

Rhodes, M. and Natali, D., *Trade-Offs and Veto Players: Reforming Pensions in France and Italy*, Presented on 31 October at the European Union Center of the University of Wisconsin Madison in a workshop titled: New approaches to governance in EU social and employment policy: open co-ordination and the future of social Europe, 2003b.

Service d'information du Gouvernement, *Le Droit à l'Information Individuelle des Assurés*. <http://www.retraites.gouv.fr/rubrique139.html>, Consulted on 15 April 2004, 2004.

Taylor-Gooby, P., Policy change at a time of retrenchment: Recent pension reform in France, Germany, Italy and the UK, *Social Policy and Administration*, 33, 1, p. 1-19, 1999.

TABLE OF CONTENTS

AGEING AND PENSION REFORMS IN FRANCE

1. GENERAL INTRODUCTION TO THE FRENCH PENSION SYSTEM	605
2. REFORMS OF THE FRENCH PENSION SYSTEM	607
2.1. THE BALLADUR REFORM (1993)	608
2.2. THE JUPPE REFORM ATTEMPT (1995)	609
2.3. MEASURES TAKEN BY THE JOSPIN GOVERNMENT (1997-2002)	610
2.4. THE RAFFARIN REFORM (2003)	611
3. HOW TO REFORM SUCCESSFULLY IN FRANCE	612
4. FRENCH PENSION REFORMS AND THE EU'S 11 OBJECTIVES	615
5. CONCLUSION	617
BIBLIOGRAPHY	619

ABSTRACTS

ABSTRACTS

“Prospectieve financiering van de ziekenhuizen. Hoe de uitgaven beter beheersen zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorgverlening?”

door Marie-Christine Closon, Pierre Chevalier en Julian Perelman

Om ons verplichte ziekteverzekeringstelsel te kunnen laten overleven, moeten de uitgaven voor gezondheid efficiënt worden beheerd en de middelen doeltreffend worden gebruikt. Daartoe is het noodzakelijk om stimulansen en financiële verplichtingen in te voeren teneinde het streven naar efficiëntie in de ziekenhuizen in de hand te werken. Tegen deze achtergrond worden in dit artikel verschillende hervormingen geanalyseerd die werden doorgevoerd in België en die het financieringssysteem van de ziekenhuizen – dat tot het begin van de jaren negentig in hoofdzaak op de retrospectieve terugbetaling van de verrichtingen en verpleegdagen is gebaseerd – prospectiever willen maken. Met een financiering van het prospectieve type kunnen de uitgaven beter worden gecontroleerd en worden de beroepskrachten ertoe aangezet om de meest efficiënte manier te zoeken om hun patiënten te behandelen; deze financiering garandeert evenwel niet dat het niveau en de kwaliteit van de verstrekte zorgverlening bevredigend zijn. Overigens, als de prospectieve financiering niet voldoende nauwkeurig rekening houdt met de factoren die kosten kunnen teweegbrengen, bestaat het risico dat sommige patiënten worden uitgesloten en dat de toegankelijkheid van de zorgverlening in het gedrang komt. Op basis van deze elementen worden in het artikel de sterke en de zwakke punten van drie hervormingen onder de loep genomen: de prospectieve financiering van de opnamedagen volgens de behandelde pathologieën en de antibioprofylaxie en de financiering van de klinische biologie, radiologie en verstrekkings inwendige geneeskunde volgens referentiebedragen voor sommige groepen van pathologieën.

Uit de analyse is gebleken dat deze hervormingen een invloed hadden op de opnameduur en het gebruik van geforfaitariseerde middelen.

Verschiedende elementen moeten echter worden beklemtoond:

- deze hervormingen werden versnipperd en beetje bij beetje doorgevoerd. Ze houden geen rekening met de interacties, wisselwerkingen of complementariteit tussen de verschillende types van zorgverlening in het ziekenhuis en tussen de ambulante zorgverlening en de zorgverlening in het ziekenhuis en ze laten geen risicocompensatie toe;
- voor deze hervormingen zijn grondige wijzigingen in de betrekkingen tussen de beheerders en de geneesheren en tussen de geneesheren onderling noodzakelijk op het niveau van het beheer van het ziekenhuis;
- ze zouden noodzakelijkerwijze gepaard moeten gaan met een evaluatie van de kwaliteit van de zorgverlening en de ontwikkeling van guidelines voor efficiëntere behandelingen;
- bij het bepalen van de begrotingen moet rekening worden gehouden met de factoren die aan bepaalde functies van het ziekenhuis gebonden zijn (onderzoek, spoedgevallenafdelin,...) of aan bepaalde kenmerken van de patiënten (bv.: sociale

factoren) die een invloed hebben op de opnameduur of de uitgaven, teneinde te voorkomen dat de opgelegde financiële verplichtingen het de ziekenhuizen onmogelijk maken om hun taken te vervullen of dat ze leiden tot het weigeren van bepaalde patiënten en tot de ontwikkeling van een geneeskunde met twee snelheden.

“Prospective financing of hospitals. How to manage costs without sacrificing the quality of and the access to health care?”

by Marie-Christine Closon, Pierre Chevalier and Julian Perelman

The survival of our system of mandatory health care insurance requires a curb on health expenditures and a more efficient use of resources. This is the reason why it is necessary to introduce financial incentives and constraints in order to encourage greater efficiency within hospitals. In this context, this article examines various reforms that have been undertaken in Belgium with a view to achieving a more prospective system of hospital financing, which was largely based on the retrospective reimbursement of services and hospital days until the beginning of the 1990s. A prospective type of financing would allow better control of expenditures and would encourage professionals to seek the most efficient way for treating their patients, but it would not guarantee that the level of care is adequate or that the quality is up to standard. Furthermore, if prospective financing does not accurately take account of factors that may give rise to costs, there is a risk that certain patients may be refused, which may curtail the accessibility of health care. On the basis of these elements, the article examines the strengths and weaknesses of three reforms: the prospective financing of hospital days according to the treated pathologies and the anti-bioprophyllaxis and the financing of clinical biology, radiology and treatments in internal medicine according to reference figures for certain pathology groups. The analysis has shown that these reforms have had an impact on the length of hospitalisation and the use of resources with fixed tariffs.

Different aspects, however, should be underlined:

- these reforms have been implemented bit by bit, in a piecemeal way. They do not take into account the interaction or complementariness between the various types of care within the hospital and between ambulatory care and hospital care and they do not allow risk compensation;
- in terms of hospital management, these reforms require fundamental changes in the relations between the managers and the doctors and in the relations between the doctors;
- it is imperative that they be accompanied by an evaluation of the quality of health care and the development of guidelines for more efficient treatments;

■ it is vital that, when setting budgets, account is taken of factors related to certain hospital functions (research, urgencies...) or to certain patient characteristics (e.g.: social factors) which have an impact on the length of the stay or the costs, so as to avoid the risk that such financial constraints make it impossible for hospitals to fulfil their role or cause them to refuse certain patients and give rise to the development of two-tier medical care.

*
* *

“Financiële kwetsbaarheid in de Belgische gezondheidszorg”

door Christophe Vanroelen en Fred Louckx

De Vakgroep Medische Sociologie van de Vrije Universiteit Brussel voerde, in opdracht van de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden, een onderzoek uit naar ‘Nieuwe Kwetsbare Groepen in de Belgische Gezondheidszorg’. Centraal stond de vraag welke determinanten bij maatschappelijk kwetsbare categorieën een rol spelen in het ontstaan van financiële toegankelijkheidsproblemen in de gezondheidszorg. Het was hierbij van bij het begin de bedoeling meer te bieden dan een inventaris van ‘kwetsbare categorieën’. De interesse lag veeleer bij de onderliggende knelpunten die tot financiële toegankelijkheidsproblemen kunnen leiden. De onderzoeksconclusies zijn het resultaat van de combinatie van een literatuuronderzoek, statistische analyses van de Belgische gezondheidsenquête van 1997 en een kwalitatieve ‘Delphi-studie’ met deskundigen uit het werkveld.

Het resultaat is een exhaustief overzicht van concrete knelpunten die mensen kunnen ondervinden bij hun contact met de gezondheidszorg. Deze knelpunten kunnen worden samengevat in zes dimensies: (1) problemen met het statuut in de ziekteverzekering, (2) een achtergestelde materiële situatie, (3) problemen ten gevolge van de werking van de instellingen, (4) hoge zorgbehoeften, (5) het ontbreken van niet-professionele steun en (6) een gebrek aan kennis en weerbaarheid. Om het onderzoek te laten uitgroeien tot een diepgaande sociologische analyse werden ook de achterliggende maatschappelijke oorzaken van de knelpunten bekeken. Verder is er een synthese gemaakt van de belangrijkste beleidsaanbevelingen uit de literatuurstudie en het empirisch onderzoek bij deskundigen, dit zowel op het niveau van de relatie tussen individuele patiënten en de gezondheidszorg, als op een hoger maatschappelijk niveau.

“Financial vulnerability in the context of Belgian health care”

by Christophe Vanroelen and Fred Louckx

At the request of the Federal Services for Scientific, Technical and Cultural affairs, the research and teaching unit for Medical Sociology at the Vrije Universiteit Brussel has conducted a study on the ‘New disadvantaged groups in the Belgian health care system’. The central question was to identify which determinants play a role in the arising of problems of financial access to health care for socially disadvantaged categories. From the outset, the intention of the authors was to offer more than just a simple inventory of ‘disadvantaged categories’. The study focused more on underlying difficulties that might engender problems of financial access. The conclusions are the result of a combination of literature study, statistical analyses of the Belgian health enquiry of 1997 and a qualitative ‘Delphi study’ involving experts with practical experience in the field.

The result provides a complete review of the practical difficulties people may encounter in their contacts with the health services. These difficulties can be resumed in six categories: (1) problems related to the health insurance status, (2) a precarious financial situation, (3) problems due to the functioning of the institutions, (4) high health care needs, (5) a lack of non-professional assistance and (6) a lack of knowledge and strength of character. In order to develop the study into an in-depth sociological analysis, the authors also took into account the underlying societal causes of these difficulties. They have also made a survey of the most important policy recommendations that can be drawn from the literature study and the empirical study among experts, not only from the point of view of the relationship between individual patients and health care providers but also at a higher societal level.

*
* *

“Maatregelen van het activeringsbeleid voor jonge langdurig werklozen zonder werkervaring. Een evaluatie”

door Bart Cockx, Christian Göbel en Bruno Van der Linden, met de medewerking van Bernard Masuy en Stéphane Robin

Dit onderzoek, dat een populatie van jonge kansarme werkzoekenden zonder werkervaring onder de loep neemt, evalueerde de impact van twee maatregelen van het activeringsbeleid op de inschakeling naar tewerkstelling en de arbeidsduur: het Voordeelbanenplan (VBP) en de Inkomensgarantie-uitkering (IGU). De studie maakt gebruik van de “Datawarehouse arbeidsmarkt”. Deze databank bevat individuele en longitudinale informatie afkomstig uit verschillende socialezekerheidsinstellingen, waardoor het een kostbare bron is voor een analyse van de loopbaan van de Belgische werknemers.

Het VBP richt zich in hoofdzaak tot de werkzoekenden en de volledig uitkeringsgerechtigde werklozen die gedurende 6 maanden (als ze ouder zijn dan 50), 12 of 24 maanden niet tewerkgesteld waren. Werkgevers die werknemers uit deze categorieën in dienst nemen, kunnen genieten van een tijdelijke en degressieve vermindering van de werkgeversbijdragen van de sociale zekerheid. Wij hebben de analyse beperkt tot de tweede categorie van werknemers, nl. degene die gedurende meer dan 12 maanden niet tewerkgesteld waren ("VPB12"). Hoewel de resultaten zeer uiteenlopend zijn, verlengt het VBP de tewerkstellingsduur van de meeste categorieën van gerechtigden (74% van de mannen en 94% van de vrouwen). Het mediane effect van de verlenging van de duur bedraagt 3 maanden. Ook al moeten we op dit vlak enig voorbehoud formuleren, de overgrote meerderheid van de gerechtigden van het VBP zou zonder deelname aan dit beleid nooit de werkloosheid hebben verlaten. Voor ongeveer eenderde van de mannen en vrouwen versnelde het VBP de overgang naar tewerkstelling zonder overheidssubsidie (behalve de structurele verminderingen waarvan haast alle werkgevers enigszins genieten).

Een uitkeringsgerechtigde volledig werkloze die een deeltijdse betrekking aanvaardt in een arbeidsregeling van minimum eenderde en maximum 80% van een voltijds rooster, kan genieten van een aanvullend loon, de IGU, voor zover hij werkzoekende voor een voltijdse betrekking blijft en hij over een maandloon beschikt dat lager ligt dan het minimumloon. De gevolgen van de IGU werden uitsluitend voor de vrouwelijke groep gemeten. Kwalitatief gezien wordt de overgang van tewerkstelling naar niet-tewerkstelling (werkloosheid of inactiviteit) op dezelfde manier door IGU en VBP beïnvloed. Kwantitatief gezien is het resultaat echter uiteenlopend (zolang de IGU wordt toegekend, voorkomt ze in sterkere mate de overgang naar niet-tewerkstelling, dat wil zeggen werkloosheid of inactiviteit; daarna wordt vaker naar niet-tewerkstelling overgestapt). Ook al moeten we op dit vlak enig voorbehoud formuleren, ongeveer een kwart van de gerechtigden zou zonder de IGU nooit de werkloosheid hebben verlaten. In vergelijking met het VBP ligt dit percentage veel lager.

Uitgaande van de resultaten van hun analyse bevelen de auteurs aan, althans voor de jongeren, dat de duur van de toekenning van de subsidies in het kader van het ACTIVA-plan, de opvolger van het VBP, tot enkele maanden wordt beperkt. De fondsen die zo vrijkomen, zouden moeten worden aangewend voor een permanente daling van de arbeidskosten voor werknemers met beperkte kansen op arbeidsinschakeling en niet voor formules zoals de IGU of de "belastingkredietpremie", waarvan sprake is in het federaal regeerakkoord.

“Activation policy measures for young long-term unemployed persons without work experience. An evaluation”

by Bart Cockx, Christian Göbel and Bruno Van der Linden, with the collaboration of Bernard Masuy and Stéphane Robin

Focusing on a population of young, disadvantaged job seekers without professional experience, this research evaluated the impact of two activation policy measures on entry into employment and the length of time spent in employment: the ‘Voordeelbanenplan (VBP)/Plan avantage à l’embauche (PAE) (*hiring incentive plan*)’ and the ‘Inkomensgarantie-uitkering (IGU)/Allocation de garantie de revenu (AGR) (*guaranteed income grant*)’. The study makes use of the ‘Datawarehouse job market’. This database integrates individual and transversal information from various social security institutions and is, therefore, a valuable source for an analysis of the professional itinerary of Belgian workers.

The VBP/PAE is mainly directed towards job seekers and wholly unemployed persons receiving benefit who have been without work for 6 months (if they are over 50), 12 or 24 months. Employers who take on these categories of workers are entitled to a temporary and degressive reduction of employers’ contributions to social security. The analysis has been restricted to the second category of workers, namely those who have been unemployed for over 12 months (the ‘VBP12/PAE12’). Although the results are very divergent, the VBP/PAE lengthens the time spent in employment for most of the categories of beneficiaries (74% of men and 94% of women). The average prolongation is around 3 months. Although prudence is in order, the vast majority of the beneficiaries of the VBP/PAE would not have been employed without the help of this policy. For about a third of the men and women, the VBP/PAE accelerated the transition to employment without public subsidy (other than the structural reductions which almost all employers benefit from to a greater or lesser degree).

A wholly unemployed person receiving benefit who accepts a part-time job, with working hours representing at least one third of a full-time schedule and a maximum of 80% of a full-time schedule, can receive an additional salary, the IGU/AGR, provided that this person remains a job seeker for full time employment and has a monthly income below the minimum wage. The effects of the IGU/AGR have only been measured in relation to women. From a qualitative point of view, the transition from employment to non-employment (unemployment or inactivity) is affected in a similar way by the IGU/AGR and the VBP/PAE. From a quantitative point of view, however, the result diverges (as long as it is granted, the IGU/AGR is better in preventing the transition to non-employment, i.e. unemployment or inactivity; afterwards, non-employment is more frequent). Although prudence is in order, about one quarter of the beneficiaries would never have left unemployment without the IGU/AGR. Compared to the VBP/PAE, this proportion is considerably smaller.

From the results of their analysis, the authors recommend, at least for young people, to reduce the qualification period for grants under the ACTIVA plan, which is the successor to the VBP/PAE, to a few months. The funds thus released should be used to permanently reduce the employment costs for workers with limited chances on employment and not to formulas such as the IGU/AGR or the 'tax credit bonus', as mentioned in the federal coalition agreement.

*
* *

“De evolutie van de minimumbescherming in 15 Europese welvaartstaten in de jaren '90”

door Bea Cantillon, Natascha Van Mechelen, Ive Marx en Karel Van den Bosch

Dit artikel gaat na hoe het de bodembescherming is vergaan in verschillende Europese landen gedurende de jaren negentig. Hoewel de evolutie van de bodembescherming in de jaren negentig geenszins homogeen was, kunnen toch drie grote krachtlijnen worden onderscheiden. Eén: in de meeste landen waar wettelijke minimumlonen bestaan volgde de bodembescherming voor werkenden zowel de evolutie van de prijzen als die van de gemiddelde lonen. Twee: hoewel de bijstandsuitkeringen voor actieven meestal wel koopkrachtvast waren, waren zij in een grote meerderheid van de landen, in vergelijking met de gemiddelde lonen, onderhevig aan erosie. In sommige landen was die erosie zeer uitgesproken (Zweden, Nederland en het VK); in andere landen - waaronder België - was de erosie minder sterk. Drie: de evolutie van de bijstandsuitkeringen voor ouderen was erg diffuus; in sommige landen was er sprake van een belangrijke welvaartserosie (Ierland, Denemarken, Verenigd Koninkrijk en Nederland) maar in evenveel andere landen was de stijging van de bodembescherming voor ouderen groter dan die van de gemiddelde lonen.

Voor België is de Europese vergelijking van de bodembescherming zeer leerrijk en dit in verschillende opzichten. Het beeld van het 'hogebeschermingsland' wordt er bijvoorbeeld sterk door genuanceerd. De bodembescherming voor werkenden is in België inderdaad hoog maar voor niet-werkende gezinnen op actieve leeftijd ligt het beschermingsniveau eerder rond de mediaanwaarde in Europa. Voor ouderen is de bodembescherming zelfs relatief laag. Bovendien leert de internationale vergelijking dat bijstandsuitkeringen lager dan de 50%-armoedenorm (zoals het geval is in België) niet noodzakelijk de onvermijdelijke uitkomst zijn van het probleem van de afhankelijkheidsvallen (zoals doorgaans wordt gedacht). In vele landen is de afhankelijkheidsval voor bijstandsgezinnen veel sterker dan in België.

“The evolution of minimum protection in 15 European welfare states in the 1990s”

by Bea Cantillon, Natascha Van Mechelen, Ivo Marx and Karel Van den Bosch

This article examines the evolution of minimum protection in different European countries during the 1990s. Although the evolution of minimum protection during the 1990s was not homogeneous in any way, three major axes can be identified. Firstly: in most countries where there is a statutory minimum wage, minimum protection for employed persons followed the evolution of the prices and of the average wages. Secondly: although the purchasing power of social assistance benefits for the active population generally remained constant, these benefits, in the great majority of the countries, eroded compared to the average wages. In certain countries, this erosion was quite marked (e.g. in Sweden, the Netherlands and the United Kingdom); in others - including Belgium - this erosion was less marked. Thirdly: the social assistance benefits for the elderly evolved in very divergent ways; in certain countries, there was a considerable welfare erosion (e.g. in Ireland, Denmark, the United Kingdom and the Netherlands), but in just as many other countries, the minimum protection for older people increased more than the average salaries.

For Belgium, the comparison of minimum levels of protection in Europe is very instructive, from various points of view. For example, it sheds another light on the image of a ‘high protection country’. Minimum protection for workers is high in Belgium, but for non-employed households of working age, the level of protection hovers around the average European level. For the elderly, minimum protection is even relatively low. Furthermore, the international comparison shows that social assistance benefits that are below the poverty standard of 50% (as is the case in Belgium) are not the inevitable consequence of the problem of the dependency traps (as is generally thought). In many countries, the dependency trap for households receiving social assistance benefit is greater than in Belgium.

*
* *

“100 Jaar Arbeidsongevallenwet. De immuniteit van de werkgever bij arbeidsongevallen: een rechtsvergelijkende analyse”

door Yves Jorens

De immuniteit voor de werkgever vormt een van de basisprincipes binnen de arbeidsongevallenwetgeving. Werknemers hebben de waarborg dat zij in geval van een arbeidsongeval een vergoeding zullen ontvangen, waarbij aan de andere kant de werkgever de garantie krijgt van een verregaande immuniteit tegen burgerlijke aansprakelijkheidsvorderingen van zijn werknemers. Het artikel bespreekt eerst de voornaamste kenmerken van deze immuniteit, alsmede de begunstigen en staat dan stil bij de in de wet voorziene uitzonderingen op de werkgeversimmuniteit. Het

artikel wil echter voornamelijk een rechtsvergelijkende analyse bieden en onderzoekt in welke mate een gelijkaardig systeem van immuniteit bestaat in verschillende Europese landen. Bijzondere aandacht wordt besteed aan onze buurlanden Frankrijk, Nederland en Duitsland. Een belangrijke rechtspraak van het Franse Hof van Cassatie heeft immers verregaande immuniteit voor de werkgever in vraag gesteld. Nederland kent daarentegen geen aparte sociale verzekering voor arbeidsongevallen en werkgevers kunnen dan ook voor arbeidsgebonden schade aansprakelijk gesteld worden. Wat zijn de gevolgen hiervan? Tevens wordt kort stilgestaan bij de nieuwe plannen van de Nederlandse regering tot het instellen van een nieuw arbeidsongeschiktheidsstelsel met verplichte private beroepsrisicoverzekering voor de werkgever. Het artikel sluit af met een overzicht van de regeling zoals die in een aantal andere Europese landen geldt.

“100 years of legislation on accidents at work. The employer’s immunity in the event of accidents at work: an analysis of comparative law”

by Yves Jorens

The employer’s immunity represents one of the fundamental basic principles of the legislation on accidents at work. On the one hand, workers are guaranteed to receive compensation in the event of an accident at work. On the other hand, the employer is guaranteed wide immunity from civil liability claims by his employees. The article first looks into the principal characteristics of this immunity as well as its beneficiaries and goes on to examine more thoroughly the exceptions to the employer’s immunity, as provided by the law. The main purpose of the article, however, is to present an analysis of comparative law and to see to what degree a similar system of immunity exists in other European countries. Particular attention is given to our neighbouring countries: France, the Netherlands and Germany. Important jurisprudence from the French court of cassation has indeed put in question the very wide immunity the employer enjoys. In contrast, the Netherlands do not have a separate social insurance scheme for accidents at work. Consequently, employers may be held liable for damages related to work. What are the consequences of this? The article also goes into the new plans of the Dutch government, aiming to introduce a new work incapacity scheme with compulsory private professional risk insurance for employers. The article concludes with a survey of the system as it is applied in certain other European countries.

*
* *

“Tussen federalisme en subsidiariteit: de weg naar ‘Sociaal Europa’”*door Bea Cantillon*

Eerst wordt besproken in welke mate het waarschijnlijk is dat de hoge niveaus van sociale herverdeling in een uitgebreid Europa zonder grenzen zullen overleven. Vervolgens wordt onderzocht naar welk sociaal beleid op Europees vlak we zouden moeten streven opdat ontwikkelde welvaartsstaten gehandhaafd kunnen blijven én worden geëxporteerd naar landen waar de sociale herverdeling thans matig is. De historische ontwikkeling van de Amerikaanse en Europese sociale modellen wordt gebruikt als heuristisch instrument. Deze vergelijking suggereert dat de Europese sociale subsidiariteit geen belemmering was voor de naoorlogse ontwikkeling van de Europese welvaartsstaten, integendeel zelfs. Omgekeerd zou het Amerikaanse sociale federalisme blijkbaar eerder een hinderpaal zijn geweest voor de realisatie van sociale herverdeling.

Een geruststellende, zij het ietwat voorbarige conclusie van deze vergelijking zou kunnen zijn dat een Europees supranationaal herverdelingssysteem niet noodzakelijk is (met het oog op de aanzienlijke verschillen die er zijn, zou het in elk geval moeilijk haalbaar zijn). De huidige omstandigheden zijn evenwel niet vergelijkbaar met diegene die heersten tijdens de ontwikkeling van de naoorlogse Europese en Amerikaanse welvaartsstaten. Onder de huidige omstandigheden is het veiliger om ervan uit te gaan dat inderdaad een Europees sociaal beleid moet worden afgebakend.

De Europese welvaartsstaten komen hierdoor voor een zwaar dilemma te staan. Hoewel een “Europeanisering” van sociale herverdeling op het eerste gezicht onvermijdelijk lijkt, zou het in de werkelijkheid niet haalbaar blijken te zijn. Bovendien leert de ervaring van de V.S. ons in ieder geval dat sociaal federalisme de welvaartsstaten kan hinderen als de onderdelen waaruit de federatie bestaat, te veel van elkaar verschillen. Naar welk gemeenschappelijk Europees sociaal beleid moet (eventueel) worden gestreefd? Aan te bevelen is dat men door middel van de ‘Open Methode van Coördinatie’ of OMC probeert te komen tot bindende overeenkomsten inzake de minimale sociale normen.

“Between federalism and subsidiarity: the road to a ‘Social Europe’”*by Bea Cantillon*

The first question concerns the likelihood whether high levels of social redistribution will survive in an expanded Europe without borders. The second question is about what kind of European social policy we should strive for in order to be able to maintain developed welfare state regimes and to export them to countries where social redistribution is currently weak. The historical genesis of the American and the European social models has been used as a heuristic tool. This comparison suggests that European social subsidiarity did not hinder the post-war development of Europe’s welfare states; quite the contrary in fact. Conversely, American social federalism would appear to have rather stood in the way of the realisation of social redistribution.

A reassuring but somewhat premature conclusion from this comparison could be that a European supranational system of redistribution is not required (in view of the considerable differences that exist, it would in any case be hard to attain). However, conditions today cannot be compared to those prevailing during the development of post-war European and American welfare states. Under the present circumstances, it is safer to assume that a European social policy does indeed need to be outlined.

For the European welfare states, this poses a tough dilemma. While a 'Europeanisation' of social redistribution might seem inevitable at first glance, it would appear not to be feasible in reality. Moreover, the experience of the US certainly suggests that social federalism can hinder welfare states if the constituting parts of the federation differ too greatly. So which (if any) common European social policy should be pushed for? The recommendation of the author would be to try, by means of the Open Method of Coordination or OMC, to arrive at binding agreements regarding minimum social standards.

*
* *

“Ouder worden en pensioenhervormingen in Frankrijk”

door Hendrik Roggen

Dit artikel analyseert de manier waarop Frankrijk zijn pensioenstelsel hervormt om klaar te zijn voor de uitdagingen die de vergrijzing van de bevolking met zich meebrengt. Eerst wordt over het pensioenstelsel een algemene inleiding gegeven, met statische achtergrondgegevens. Daarna volgt een bespreking van de verschillende hervormingen en de manier waarop ze werden opgevat. Ten slotte worden de Franse hervormingen in het kader van de elf doelstellingen van de Europese Unie inzake pensioenbeleid geplaatst.

“Ageing and pension reforms in France”

by Hendrik Roggen

This paper analyses the way in which France reforms its pension system, in order to prepare it for the challenges of population ageing. First, a general introduction to the pension system is given, together with some background statistics. Afterwards, the various reforms are discussed, together with the way in which they were set up. Finally, the French reforms are put in the framework of the European Union's eleven objectives on pension policy.

PRIJS

Per nummer

Voor België 6,50 EUR

Voor het buitenland 7,50 EUR

Jaarabonnement (4 nummers)

Voor België 19,00 EUR

Voor het buitenland 22,50 EUR

ISSN 0775-0234

Girorekening nr: 679-2005866-03

De auteurs worden verzocht hun kopij te zenden naar Hendrik Larmuseau, Directeur-generaal, Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

**Zwarte Lievevrouwstraat, 3C - 1000 Brussel
e-mail: hendrik.larmuseau@minsoc.fed.be**

De ingezonden teksten worden voor advies aan deskundigen voorgelegd.

De integrale tekst van het Tijdschrift kan ook worden geraadpleegd op het internet:

<http://socialsecurity.fgov.be/bib/index.htm>

REDACTIERAAD

VOORZITTER

Jef VAN LANGENDONCK, professor Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven).

WETENSCHAPPELIJK ADVISEURS

Jos BERGHMAN, professor, Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven);
Bea CANTILLON, professor, Universiteit Antwerpen (UA);
Gabrielle CLOTUCHE, adviseur, European Trade Union Confederation (ETUC);
Michel DISPERSYN, professor, Université Libre de Bruxelles (U.L.B.);
Pierre PESTIEAU, professor, Université de Liège, (U.Lg);
Bernd SCHULTE, professor, Max Planck Institut München;
Pierre VAN DER VORST, professor, Université Libre de Bruxelles (U.L.B.);
Willy VAN EECKHOUTTE, professor, Universiteit Gent (U.Gent);
Pascale VIELLE, professor, Université Catholique de Louvain (U.C.L.).

Voor de periode 1995-2004 werd het voorzitterschap waargenomen door de ere-Koninklijke Commissarissen Roger DILLEMANS en Pierre VAN DER VORST.

LEDEN VAN DE ADMINISTRATIE

Frank VAN MASSENHOVE, voorzitter FOD Sociale zekerheid;
Tom AUWERS, directeur-generaal, FOD Sociale zekerheid;
Hendrik LARMUSEAU, directeur-generaal, FOD Sociale zekerheid;
Frank ROBBEN, administrateur-generaal, Kruispuntbank van de sociale zekerheid;
Johan VERSTRAETEN, administrateur-generaal, Rijksdienst voor kinderbijslag voor werknemers.

REDACTIECOMITE

VOORZITTER

Hendrik LARMUSEAU, directeur-generaal, FOD Sociale zekerheid.

LEDEN

Frank VAN MASSENHOVE, voorzitter FOD Sociale zekerheid;
directeurs-generaal bij de FOD Sociale zekerheid: Tom AUWERS, Jan BERTELS, Marie-Claire DUBUISSON en Hubert MONSEREZ;
adviseurs-generaal bij de FOD Sociale zekerheid: Michel EGGERMONT, Muriel RABAU en Daniel TRESEGNE.

VASTE MEDEWERKERS

Roland VAN LAERE, Françoise GOSSIAU, Jean-Paul HAMOIR, Guy RINGOOT en Jeannine VAN HOOVELD.