



HOGE RAAD VAN FINANCIËN

Studiecommissie voor de vergrijzing

JAARLIJKS VERSLAG

APRIL 2004



HOGE RAAD VAN FINANCIËN

Studiecommissie voor de vergrijzing

JAARLIJKS VERSLAG

APRIL 2004

De leden van de Studiecommissie voor de Vergrijzing

de Heer T. PEETERS, Voorzitter

de Heer H. BOGAERT, Ondervoorzitter

de Heer G. DE SMET, op voordracht van de
Minister van Begroting

de Heer H. BECQUAERT, op voordracht van de
Minister van Sociale Zaken

de Heer M. WEBER, op voordracht van de
Minister van Financiën

de Heer M. ENGLERT, op voordracht van het
Federaal Planbureau

de Heer J. SMETS, op voordracht van de
Nationale Bank van België

Het Secretariaat:

Mevrouw L. LALOY

Mevrouw S. WEEMAES

Synthese

A. Inleiding	13
B. De budgettaire kost van de vergrijzing	14
1. De achterliggende veronderstellingen	14
2. De budgettaire kost van de vergrijzing	19
3. Gevoeligheidsanalyses	21
C. Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg	32
D. De sociale gevolgen van de vergrijzing	37

De budgettaire en sociale gevolgen van de vergrijzing

I Inleiding	43
II Verkenning van de financiële evolutie van de sociale zekerheid 2003-2030: een evaluatie van de budgettaire kost van de vergrijzing	47
A. Overzicht van de basishypothesen	47
B. Nieuwe resultaten	52
1. De macro-economische projectie	52
2. De arbeidsmarkt	54
3. De budgettaire kost van de vergrijzing	56
C. Gevoeligheidsanalyses	61
1. Een hogere werkgelegenheidsgraad	61
2. Varianten van de kosten van de gezondheidszorg	65
3. Een hoger productiviteitsscenario	69
III De evolutie van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg	71
A. Inleiding	71
B. Historisch overzicht	71
1. Uitbouw van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging	72
2. Uitgaven voor gezondheidszorg	77
3. Evoluties per bedrijfstak	83
C. Gezondheidszorg in internationaal perspectief	90
1. Inleiding	90
2. Gezondheidszorgsystemen	95
3. Enkele andere indicatoren	99

D.	Vooruitzichten op middellange termijn 2003-2008	103
	1. Consumptie van gezondheidszorg	103
	2. Evolutie volgens bedrijfstak	107
E.	Vooruitzichten op lange termijn 2009-2030	110
	1. Gebruikte methodologie	110
	2. Gedetailleerde resultaten	115
IV	Activiteitsgraden bij de ouderen	119
	1. Werkgelegenheid en vervroegde uitstapregelingen: de beschikbare gegevens.	119
	2. Het beroepsgedrag van de 50- tot 64-jarigen per leeftijdscategorie	121
	3. Beroepsgedrag van de mannen van 59 tot 64 jaar per leeftijdsjaar	124
	4. De werkgelegenheid van de ouderen en de vervroegde uittredingen uit de arbeidsmarkt in een vergelijkend Europees perspectief	125
V	De sociale houdbaarheid	127
A.	Armoederisico bij ouderen	128
	1. Monetaire indicatoren	128
	2. Enkele niet-monetaire indicatoren	131
	3. Besluit	135
B.	Gegarandeerde minimumuitkeringen voor ouderen	135
	1. De inkomensgarantie voor ouderen	135
	2. Minimumpensioenen	140
	3. Het minimumrecht per loopbaanjaar voor werknemers	144
C.	Een consumptieprijsindex voor de ouderen	145
	1. Verschillen in de consumptiestructuur	145
	2. Invloed van het relatieve prijsverloop	147
	3. Een hypothetische gezondheidsindex voor ouderen tijdens de periode 1996-2002	148
	4. Gevoeligheid van het verkregen resultaat: alternatieve scenario's	148
	5. Besluit	148
D.	Vervangingsratio's voor enkele typegevallen	149
	1. Hypothesen en representativiteit van het typegeval	149
	2. De vervangingsratio voor verschillende typegevallen	150
	3. Het basistypegeval 10 jaar na pensionering	152

VI Bijlage 1	155
VII Bijlage 2	157
VIII Bijlage 3 : Technische aspecten van de methodologie van de projecties op lange termijn van de uitgaven voor gezondheidszorg (2009-2030)	159
IX Bijlage 4: Indicatoren m.b.t. het armoederisico bij ouderen	163

SYNTHESE

A. Inleiding

Het voorliggend rapport is het derde verslag dat de Studiecommissie voor de Vergrijzing (SCvV) overmaakt aan de Federale Regering, in het kader van de wet van 5 september 2001 tot waarborging van een voortdurende vermindering van de overheidsschuld en tot oprichting van een Zilverfonds¹.

Groeiende bekommernis om vergrijzingsproblematiek...

De oprichting van dat Zilverfonds was een antwoord op het toekomstig probleem van de budgettaire gevolgen van de vergrijzing dat, sinds het einde van de jaren 80, een bekommernis is van de opeenvolgende Belgische regeringen.

... bepaalde mee de pensioenhervormingen,...

Door de hoge overheidsschuld, de toenemende levensverwachting en het dalend geboortecijfer, groeide geleidelijk de vraag of de wettelijke pensioenstelsels op lange termijn financieel houdbaar zouden zijn. Onder meer die problematiek van de vergrijzing wordt in aanmerking genomen bij de *verschillende pensioenhervormingen*. Zo werd in 1991 de flexibele pensioenleeftijd voor werknemers tussen 60 en 65 jaar ingevoerd, ter vervanging van het 'brugrustpensioen'. Voor de berekening van het brugrustpensioen werden de jaren van inactiviteit (tussen de datum van het pensioen en de leeftijd van 65 jaar) aan de loopbaan toegevoegd. In 1990 werd de toevoeging van de fictieve jaren voor de pensioenberekening afgeschaft en in 1991 werd het systeem uiteindelijk vervangen door de invoering van de flexibele pensioenleeftijd. In 1997 trad de pensioenhervorming in de werknemersregeling en de regeling van de zelfstandigen in werking. Daarbij werd de berekeningsbreuk en de wettelijke pensioenleeftijd van de vrouwen verhoogd. De flexibele pensioenleeftijd bleef geldig mits voldaan werd aan de loopbaanvoorwaarde.

... budgettaire inspanningen...

Naast de pensioenhervormingen is via de stabiliteitsprogramma's een *budgettaire beleidsstrategie* aanvaard, gericht op een geleidelijke afbouw van de overheidsschuld teneinde de budgettaire ruimte te creëren die de budgettaire kost van de vergrijzing kan financieren.

De eerste Belgische stabiliteitsprogramma's (1999-2002 en 2000-2003), uitgewerkt in toepassing van het Verdrag van Maastricht, waren vooral gericht op het creëren van gezonde overheidsfinanciën om prijsstabiliteit en een duurzame groei - die bevorderlijk zijn voor het scheppen van werkgelegenheid - mogelijk te maken. Vanaf het derde stabiliteitsprogramma (2001-2005) trad het financiële evenwicht van de sociale zekerheid op lange termijn op de voorgrond. Daartoe moeten de noodzakelijke middelen vrijgemaakt worden om de gevolgen van de demografische vergrijzing op te vangen zonder de huidige sociale bescherming fundamenteel aan te tasten. Sindsdien wijdt het jaarlijks stabiliteitsprogramma een apart hoofdstuk aan een langetermijnvisie op de openbare financiën van de globale overheid.

...en de oprichting van het Zilverfonds.

Speciaal om de pensioenen op lange termijn veilig te stellen, werd het Zilverfonds opgericht bij wet van 5 september 2001. Het Zilverfonds heeft vier mogelijke financieringsbronnen: begrotingsoverschotten, overschotten van de sociale zekerheid, niet-fiscale ontvangsten en de opbrengst van zijn beleggingen. Tot hiertoe werden enkel niet-fiscale ontvangsten in het Zilverfonds gestort. In 2003 werd daaraan o.m. de opbrengst van de liquidatie van het pensioenfonds van Belgacom (5 miljard euro) toegewezen, alsook de netto-opbrengst van de verkoop van Credibe (2,6 miljard euro).

1. Belgisch Staatsblad van 14.09.2001.

In diezelfde wet werd aan de SCvV de taak toevertrouwd jaarlijks de budgettaire en sociale gevolgen van de vergrijzing te onderzoeken. Daarbij doet de SCvV een beroep op de werkzaamheden en de secretariaatsondersteuning van het Federaal Planbureau (FPB). Met behulp van het langetermijnmodel MALTESE raamt het FPB de budgettaire kost van de vergrijzing op basis van de structurele parameters uitgaande van de bestaande wettelijke regelgeving.

De ramingen van de budgettaire kost van de vergrijzing gebeuren met het langetermijnmodel MALTESE van het Federaal Planbureau (FPB). In dit model wordt wel jaarlijks de meest recent beschikbare middellangetermijnprognose van het FPB als startwaarde ingevoerd. Dit jaar is dit de raming 2003-2008 van november 2003, waarin de maatregelen van de Begroting 2004 werden ingevoerd¹. Vorig jaar werd nog gewerkt met de lenteprojectie 2003. Gegeven de in de wet voorziene streefdatum voor het indienen van ons rapport (einde april) en de organisatorisch-technische mogelijkheden, is voor de huidige aanpak gekozen.

De SCvC heeft er van bij de aanvang voor geopteerd haar horizon te beperken tot 2030, ofschoon het Maltesemodel scenario's tot 2050 toelaat. De reden hiervoor is de stabilisatie gevolgd door een geleidelijke ommekeer van de vergrijzingstrend na 2030. De stijging van de budgettaire vergrijzingskosten zal dienovereenkomstig dan ook afzwakken na 2030.

De combinatie van middellangetermijninformatie, jaarlijks aangepast in functie van de meest recente conjuncturele ontwikkelingen en vooruitzichten, met de trendmatige structurele parameters van het Maltesemodel, betekent wel dat de jaarlijkse actualisatie van de ramingen van de Studiecommissie vooral in de beginjaren van de projectieperiode enige volatiliteit vertonen. Zo weegt het conjunctureel zwakke jaar 2003 andermaal op de geraamde budgettaire vergrijzingskost. Dit was eveneens het geval in 2001 en 2002, jaren met een economische groei beneden de langetermijntrend. Samen met de door de regering vastgestelde groei van de kosten van de gezondheidszorgen van 4,5 % (buiten inflatie) voor de huidige legislatuur, zijn dit de twee belangrijkste factoren die voor een significante stijging van de budgettaire kost van de vergrijzing zorgen vergeleken met vorig jaar.

B. De budgettaire kost van de vergrijzing

1. De achterliggende veronderstellingen

Om de budgettaire kost van de vergrijzing te ramen, dienen een aantal veronderstellingen gemaakt te worden. Samen met de *demografische* hypothesen zijn cruciaal de hypothesen in verband met de *macro-economische omgeving* (Welke productiviteitstoename wordt vooropgesteld? Naar welke structurele werkloosheidsgraad evolueren we op lange termijn?) en de veronderstellingen betreffende het *sociaal beleid* (In welke mate worden de pensioenen en andere vervangingsinkomens verhoogd om rekening te houden met de welvaart? Hoe evolueren de loongrenzen die in aanmerking worden genomen voor de berekening van die vervangingsinkomens?).

1. "Economic Outlook 2003-2008 for November 2003" in "Short Term Update", Federaal Planbureau, December 2003

*Macro-economische
hypothesen:*

Twee centrale hypothesen m.b.t. de macro-economische projectie betreffen de ontwikkeling van de *productiviteitstoename* en de *structurele werkloosheidsgraad op lange termijn*. Beiden zijn gebaseerd op langetermijnevoluties uit het verleden

*- een voorzichtige
productiviteitstoename*

Over een tijdsspanne van bijna een eeuw (1913-2002) werd de Belgische economie gekenmerkt door een jaarlijkse toename van de productiviteit met gemiddeld 1,91 %¹. In de voorbije halve eeuw werd een hogere productiviteitsstijging van 2,52 % vastgesteld, maar in de perioden 1970-2002 en 1980-2002 noteerden we echter een terugval van de productiviteitstoename tot respectievelijk 2,01 % en 1,55 %.

De door de SCvV gehanteerde hypothese over de jaarlijkse gemiddelde productiviteitstoename bedraagt 1,75 % en situeert zich daarbij onder het historisch gemiddelde op lange termijn van ongeveer 2 %. Artikel 7 van de wet van 5 september 2001 tot waarborging van een voortdurende vermindering van de overheidsschuld en tot oprichting van een Zilverfonds, maant de SCvV echter aan tot voorzichtigheid in de raming van de trendgroei. Daarom vindt de SCvV 1,75 % een redelijke keuze.

*- een werkloosheidsgraad
die tendeert naar een
historisch gemiddelde...*

In de vorige verslagen van de SCvV werd een structurele werkloosheidsgraad op lange termijn van 7,3 % van de beroepsbevolking gehanteerd, die overeenstemt met het historisch gemiddelde over de periode 1953-2000. De actualisatie van dat historisch gemiddelde (1953-2002) resulteert in een lichte stijging met 0,2 procentpunt. De SCvV stelt dan ook een structurele langetermijnwerkloosheidsgraad van 7,5 % van de beroepsbevolking voorop. De definitie van werkloosheid komt overeen met de werkzoekende uitkeringsgerechtigde volledig werklozen en met de verplicht² en vrijwillig³ ingeschreven niet-werkende werkzoekenden, volgens de officiële definitie van de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening, aangevuld met de oudere niet-werkzoekende werklozen. Een aantal categorieën die niet opgenomen zijn in deze definitie, genieten eveneens een uitkering, zoals bvb. degenen die vrijgesteld zijn omwille van sociale of familiale moeilijkheden, personen in voltijds tijdskrediet,....

*... waartoe een actief
arbeidsmarktbeleid zou
bijdragen.*

De keuze voor een structurele werkloosheidsgraad op lange termijn van 7,5% is vrij arbitrair en kan eerder voluntaristisch lijken indien we ermee rekening houden dat dit percentage vandaag 14,2% bedraagt. Toch opteert de SCvV voor dit - in historisch perspectief haalbaar - percentage. Men mag immers niet uit het oog verliezen dat de huidige werkloosheidsgraad voor een deel conjunctureel bepaald is. Bovendien mag verwacht worden dat de werkloosheidsgraad structureel zal afnemen in een periode waarin de beroepsbevolking continu daalt met een mogelijke schaarste op de arbeidsmarkt tot gevolg. Maar een actief werkgelegenheidsbeleid zal eveneens nodig zijn. Er dient immers nog een heel traject afgelegd te worden alvorens een werkloosheidsgraad van 7,5% bereikt zou kunnen worden.

Sinds een aantal jaren is het arbeidsmarktbeleid gericht op het stimuleren van de arbeidsparticipatie en op het verhogen van de werkgelegenheidsgraad. In dit kader werden recent door de regering maatregelen genomen, in het bijzonder resulterend uit de Werkgelegenheidsconferentie van oktober 2003 en uit de Bijzondere Ministerraad van Gembeloux in januari 2004. De genomen maatregelen zoals de vermindering van de fiscale en parafiscale lasten, de betere opvolging van werklozen, de invoering van de 'werkbonus',

-
1. In de periode 1913-2000 - waarnaar de vorige verslagen van de SCvV verwezen - bedroeg die 1,96 %
 2. Die categorie omvat de niet-uitkeringsgerechtigde jongeren tijdens de wachtperiode, de tijdelijk uitgesloten werklozen, de personen met OCMW-steun, de werklozen die vrijwillig afstand doen van uitkeringen.
 3. Die categorie omvat de niet-werkende personen die geen recht hebben op werkloosheidsuitkeringen, maar die zich vrijwillig inschrijven als werkzoekende.

of het geheel van maatregelen gericht op oudere werknemers, werken een daling van de werkloosheidsgraad in de hand. Deze daling aan een versneld tempo naar het vooropgestelde structurele niveau brengen tegen 2028, vergt evenwel ondersteunende en aanhoudende inspanningen.

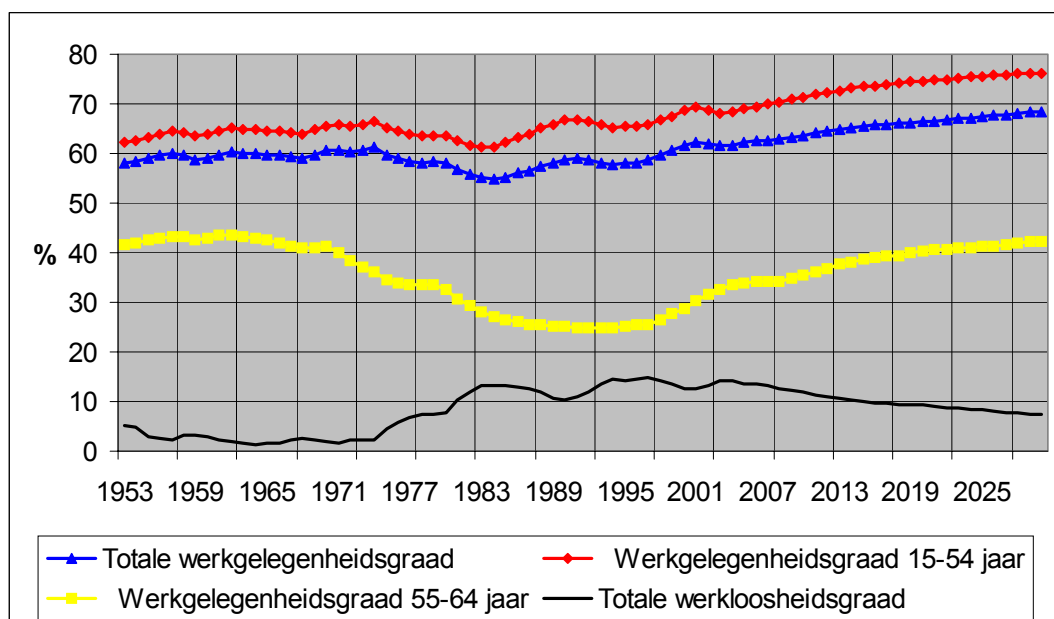
Bijkomende budgettaire marges zullen zich desgevallend sneller aandienen naarmate het vooropgesteld niveau van de werkloosheid vlugger wordt bereikt. Naast de financiering van de budgettaire kost van de vergrijzing zullen extra marges wenselijk zijn om aan andere behoeften te voldoen of om aan andere politieke prioriteiten tegemoet te komen.

In dit kader heeft de regering de SCvV belast met bijkomend beleidsvoorbereidend studiewerk, om te onderzoeken welke budgettaire impact kan verwacht worden van een actief werkgelegenheidsbeleid en een hogere werkgelegenheidsgraad. Het resultaat van deze gevoeligheidsanalyse wordt besproken vanaf p.22.

Een matige toename van de werkgelegenheidsgraad

De basishypothesen betreffende de ontwikkeling van de activiteitsgraden en de kans om in de verschillende sociaal-economische statuten terecht te komen, gaan uit van gelijkblijvende gedragingen en een ongewijzigde institutionele en wetgevende context. Evenwel blijven niet alle gedragingen van de individuen onveranderd. Er wordt daarom rekening gehouden met de geobserveerde trends (bv. een voortzetting van de toename van de vrouwelijke activiteitsgraad), de recente gedragswijzigingen (bv. een iets neerwaartse trend van de toetredingskans op brugpensioen bij mannen) en wijzigingen in de wetgeving die bepaalde toekomstige gedragingen beïnvloeden (bv. de invloed van de pensioenhervorming op het gedrag bij vrouwen). De langetermijnprojectie van die sociaal-economische gedragingen - gecombineerd met de hypothese betreffende de structurele werkloosheidsgraad op lange termijn - leidt tot een matige toename van de werkgelegenheidsgraad, zoals in figuur 1 getoond.

FIGUUR 1 - Evolutie van de werkloosheidsgraad (in % van de beroepsbevolking) en van de werkgelegenheidsgraden (in % van de overeenkomstige bevolking)



Een matige economische groei op lange termijn.

De hierboven toegelichte macro-economische veronderstellingen leiden tot een geprojecteerde economische groei tot 2030 die in figuur 2 gepresenteerd wordt in termen van bbp per inwoner samen met zijn historische evolutie sedert 1960. De productiviteitstoename wordt eveneens in die figuur getoond.

De evolutie van het bbp per inwoner is afhankelijk van volgende parameters: de productiviteitstoename enerzijds en het aandeel van de werkgelegenheid t.o.v. de totale bevolking anderzijds, dat op zijn beurt bepaald wordt door de werkgelegenheidsgraad en het aandeel van de bevolking op arbeidsleeftijd in de totale bevolking.

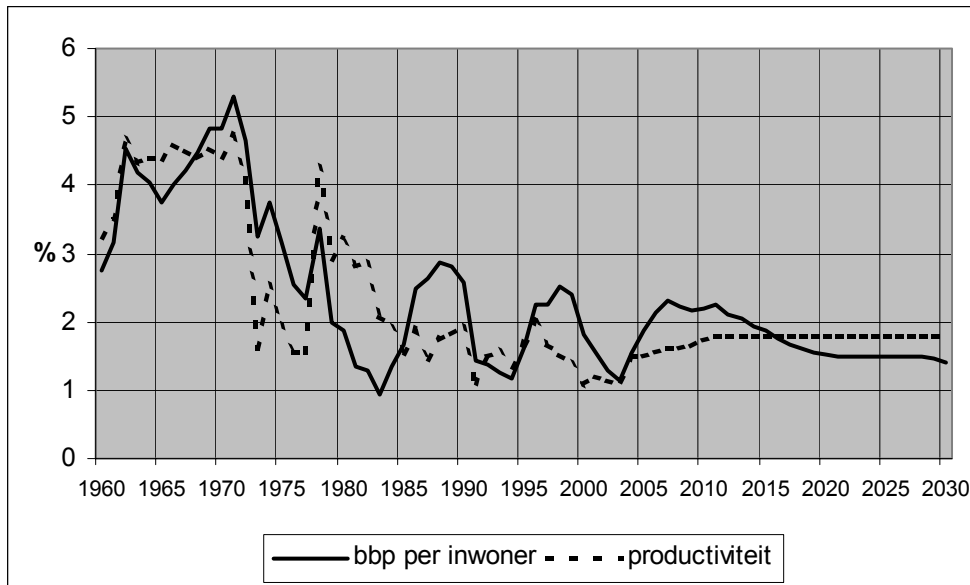
Zo worden de jaren 60 gekenmerkt door een productiviteitstoename die de groei van het bbp/inwoner iets overtreft als gevolg van een licht dalende werkgelegenheidsgraad enerzijds en een kleine afname van het aandeel van de bevolking op arbeidsleeftijd in de totale bevolking anderzijds.

Het einde van de jaren 70 tot het midden van de jaren 80 kende eveneens een bbp-groei per inwoner die kleiner was dan de productiviteitstoename. Het effect van de toetreding van de naoorlogse babyboomgeneratie op de arbeidsmarkt deed het aandeel van de bevolking op arbeidsleeftijd stijgen, maar dit werd ruimschoots gecompenseerd door een sterke daling van de werkgelegenheidsgraad. In die periode werd immers een vervroegd uittreden uit de arbeidsmarkt gestimuleerd om het hoofd te kunnen bieden aan de hoge werkloosheid.

In de tweede helft van de jaren 90 keert dat fenomeen zich om: ondanks het verminderend aandeel van de bevolking op arbeidsleeftijd, overtreft de bbp-groei per inwoner de

productiviteitsstijging, dankzij een toenemende werkgelegenheidsgraad. Vanaf 2010 verlaat de babyboomgeneratie de arbeidsmarkt. De eerste jaren komt de bbp-groei per inwoner (1,9 % in 2008), naast de productiviteitstoename, vooral van de stijgende werkgelegenheidsgraad. Echter rond 2015 is die toename onvoldoende om het sterk dalend aandeel van de bevolking op arbeidsleeftijd te compenseren en duikt de bbp-groei per inwoner onder de productiviteitstoename. In 2030 bedraagt de bbp-groei per inwoner 1,4 %, terwijl de productiviteitstoename 1,75 % bedraagt.

FIGUUR 2 - Evolutie van het bbp per inwoner en de productiviteit
(vijfjaarlijks voortschrijdend gemiddelde - in reële groeivoeten)



Hypothesen met betrekking tot het sociaal beleid:

Naast de keuze voor een groeiscenario dat gebaseerd is op een productiviteitstoename van 1,75 % en een structurele werkloosheidsgraad op lange termijn van 7,5 %, opteert de SCvV ervoor om inzake de pensioenen en andere sociale uitkeringen rekening te houden met een jaarlijkse welvaartsaanpassing van 0,5 %.

Uit historische gegevens blijkt dat de jaarlijks toegekende welvaartsaanpassingen gemiddeld 1,75 % lager liggen dan de productiviteitsgroei of de reële loonstijging. In de periode 1956-2002 stegen de lonen immers gemiddeld met 2,9 %, terwijl de gemiddelde welvaartsaanpassing 1,1 % bedroeg¹. In het door de SCvV gehanteerde groeiscenario van 1,75 % zou dit een gemiddelde nul-welvaartsaanpassing betekenen.

- een gemiddelde jaarlijkse welvaartsaanpassing van de vervangingsinkomens van 0,5 %

De SCvV acht het ontbreken van enige welvaartsaanpassing weinig waarschijnlijk in een verouderende samenleving met een stijgende levensverwachting. Het electoraal gewicht van de bejaarden wordt immers belangrijker in de toekomst. De SCvV is dan ook van mening dat het aangewezen blijft om bij de raming van een scenario - dat als basis zal dienen voor de uitstippeling van het budgettair beleid - rekening te houden met een beperkte welvaartsaanpassing van de sociale uitkeringen. Daarom hanteert het scenario van de Studiecommissie - zoals in de voorgaande verslagen - de hypothese die aan de sociale uitkeringen jaarlijks een gemiddelde welvaartsaanpassing toekent van 0,5 %. Een

1. Zie ook Studiecommissie voor de Vergrijzing, Jaarlijks verslag, april 2002.

welvaartsaanpassing werd tevens toegepast op de forfaitaire toelagen die daardoor een gemiddelde jaarlijkse welvaartsbinding zouden kennen van 1 %.

Om de impact van deze hypothese na te gaan, presenteren we eveneens een scenario “zonder welvaartsaanpassing”.

De maatregelen betreffende de aanpassing van de uitkeringen aan de welvaart, beslist op de Bijzondere Ministerraad van 20 en 21 maart 2004 te Oostende, liggen in de lijn van de door de SCvV gehanteerde hypothese over de welvaartsaanpassing. Er zijn inderdaad gedeeltelijke welvaartsaanpassingen voorzien tot 2007, hoewel voor de periode die daarop volgt enkel een politieke intentie werd geuit en een overlegmechanisme werd voorzien.

- *aanpassing van de loongrens op basis van de loonmarge: gemiddeld 1,25 %*

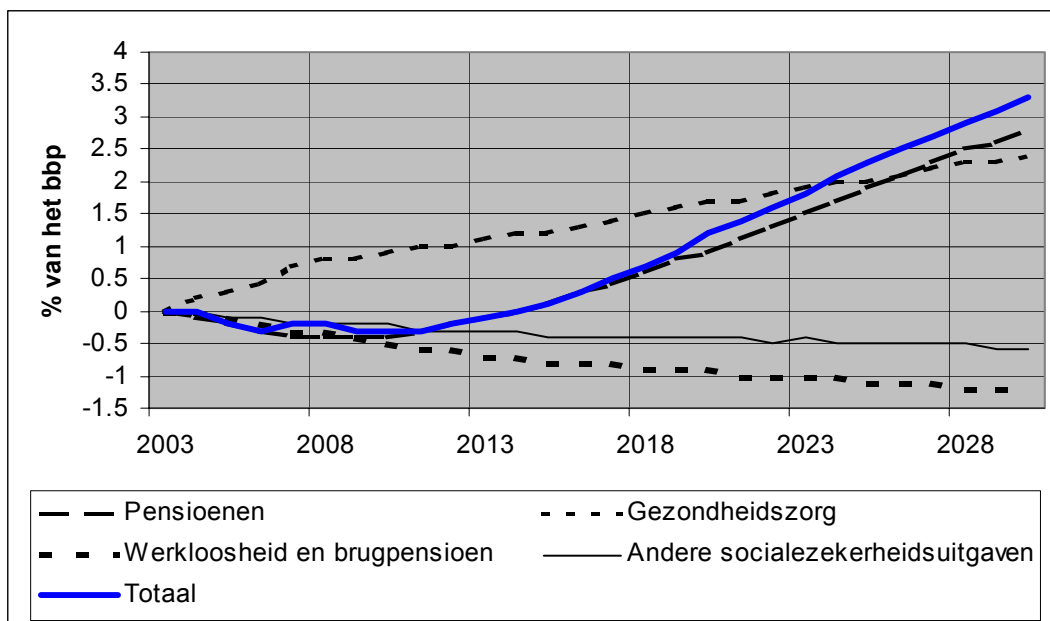
De evolutie van de loongrens - de grens die in aanmerking wordt genomen bij de berekening van het rustpensioen in de werknemersregeling - is gebaseerd op de wet op de pensioenhervorming van 1996 die in een aanpassing van de loongrens voorziet op basis van de loonmarge, vastgesteld in het kader van de wet ter bevordering van de werkgelegenheid en ter vrijwaring van de concurrentiekracht. In een scenario waarin de lonen de productiviteitstoename van 1,75 % volgen, wordt de loongrens jaarlijks aangepast met 1,25 %, rekening houdend met een spontane loonstijging van 0,5 % te wijten aan een verschuiving naar meer gekwalificeerd personeel (de zogenaamde *wage drift*). Om de coherentie te bewaren met de loongrens van de andere vervangingsinkomens wordt een gelijkaardige hypothese gehanteerd.

2. De budgettaire kost van de vergrijzing

De SCvV hanteert een ruime definitie van het begrip ‘*budgettaire kost van de vergrijzing*’. Niet enkel de uitgaven voor pensioenen en gezondheidszorg worden in deze term vervat. Ook alle andere uitgaven die door de demografische verschuivingen worden beïnvloed, zoals kinderbijslag, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, enz. worden door deze term overkoepeld. Op die manier wordt het geheel van de uitgaven van de sociale zekerheid als institutioneel systeem in België, naast de andere sociale overheidsuitgaven, in deze notie opgenomen. Als maatstaf van de budgettaire kost van de vergrijzing hanteert het verslag de *toename* van de sociale uitgaven tussen twee tijdstippen in procent van het bbp.

Gedurende het huidige decennium *daalt* de totale budgettaire kost van de vergrijzing. De aanzienlijke toename van de uitgaven voor gezondheidszorg, wordt nog gecompenseerd door de daling in de uitgaven voor pensioenen, in de werkloosheid en in de andere sociale zekerheidsuitgaven. Na 2010 begint de budgettaire kost van de vergrijzing aan een klim als gevolg van de verdere toename van de uitgaven voor gezondheidszorg en de sterke stijging van de pensioenlast (zie figuur 3).

FIGUUR 3 - De budgettaire kost van de vergrijzing
(in % van het bbp met als basis 2003, scenario van de SCvV)



Tussen 2003 en 2030 bedraagt de budgettaire kost van de vergrijzing 3,4 % van het bbp.

De totale stijging tussen 2003 en 2030 zou 3,4 % van het bbp bedragen, namelijk - 0,2 % van het bbp tussen 2003 en 2008 en + 3,6 % tussen 2009 en 2030. Er zou een toename te noteren zijn van de uitgaven voor pensioenen en gezondheidszorg van 5,2 % van het bbp (zie tabel 1). Andere takken van de sociale zekerheid zouden die toename compenseren ten belope van 1,8 % van het bbp, voornamelijk in de takken werkloosheid en kinderbij-slag.

... wat 0,7 procentpunt meer is dan in de vorige ramingen...

Nemen we 2002 als basis, dan zou de budgettaire kost van de vergrijzing oplopen tot 3,8 % van het bbp in 2030. Dat is 0,7 procentpunt meer dan wat het Jaarlijks verslag van mei 2003 berekende. De oorzaak van deze toename met 0,7 procentpunt komt voor 0,5 procentpunt op rekening van de herziene middellangetermijnprognose en voor 0,2 procentpunt op de lange termijn.

... te wijten aan de sterke toename in de uitgaven voor gezondheidszorg op middellange termijn.

De uitgaven voor gezondheidszorg stijgen tussen 2003 en 2008 met 0,8 % van het bbp. Dat is 0,5 procentpunt hoger dan in vorige ramingen en verklaart volledig het verschil van de totale budgettaire kost van de vergrijzing tussen 2003 en 2008 t.o.v. vorige ramin-gen.

Het vooropgestelde groeipad tot 2007 van 4,5 % voor de uitgaven van de gezondheidszorg en de opname (vanaf 2006) van de kleine risico's in de verplichte ziekteverzekering van de zelfstandigen (gefinancierd door de overdracht van de overeenstemmende bijdra-gen) brengen een jaarlijkse gemiddelde stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg van 5,1 % met zich mee, in een periode waarin de economische groei gemiddeld 2,1 % bedraagt (2003-2007). In de periode 2008-2030 valt de groei in de uitgaven voor gezondheidszorg terug op 2,8 % per jaar terwijl het bbp toeneemt met gemiddeld 1,9 % (voor de gedetailleerde resultaten: zie hoofdstuk III, p.120).

De overige 0,2 procentpunt zit in een sterkere stijging van de pensioenlast tussen 2010 en 2030 te wijten aan verschillende factoren: de verhoging van de loongrens in 2003 die

hoger was dan verwacht, de effecten van de overname in 2003 van de pensioenen van Belgacom en technische factoren.

Een meer gematigde toename indien geen welvaartsaanpassing wordt toegekend.

Volgens het scenario zonder welvaartsaanpassing zou de budgettaire kost van de vergrijzing tussen 2003 en 2030 ‘slechts’ oplopen tot 2,8 % van het bbp. Het niet toekennen van een jaarlijkse gemiddelde welvaartsaanpassing van 0,5 % verlicht de budgettaire kost van de vergrijzing met 0,6 procentpunt.

TABEL 1 - De budgettaire kost van de vergrijzing
(in % van het bbp, volgens het scenario van de Studiecommissie en volgens het scenario zonder welvaartsaanpassing)

	Scenario van de Studiecommissie				Scenario zonder welvaartsaanpassing			
	2003	2010	2030	2003-2030	2003	2010	2030	2003-2030
Pensioenen ^a	9.2	8.8	12.0	2.8	9.2	8.7	11.6	2.4
Gezondheidszorg ^b	6.9	7.8	9.3	2.4	6.9	7.8	9.3	2.4
Arbeidsongeschiktheid	1.3	1.3	1.3	-0.0	1.3	1.3	1.2	-0.0
Werkloosheid	2.3	1.8	1.1	-1.2	2.3	1.8	1.1	-1.2
Brugpensioen	0.4	0.4	0.4	-0.1	0.4	0.4	0.4	-0.1
Kinderbijslag	1.7	1.4	1.2	-0.5	1.7	1.4	1.1	-0.6
Andere sociale uitgaven ^c	1.5	1.5	1.4	-0.1	1.5	1.5	1.4	-0.1
Totaal	23.4	23.1	26.7	3.4	23.4	23.0	26.1	2.8
p.m. personeelsuitgaven onderwijs	4.4	4.0	3.8	-0.7	4.4	4.0	3.8	-0.7

a. Inclusief pensioenen van de overheidsbedrijven die verbonden zijn aan de openbare uitgaven (raming) en inkomensgarantie voor ouderen.

b. Overheidsuitgaven voor gezondheidszorg.

c. Voornamelijk arbeidsongevallen, beroepsziekten, bestaanszekerheid, Vlaamse Zorgverzekering.

3. Gevoeligheidsanalyses

Op vraag van de regering...

Aansluitend bij de nota van Minister Vandenbroucke “*Vergrijzing en leeftijdsbewust arbeidsmarktbeleid*” aan de Bijzondere Ministerraad van 16 en 17 januari 2004 werd o.m. de Studiecommissie belast met bijkomend beleidsvoorbereidend studiewerk. Volgens artikel 6 van de wet van 5 september 2001 tot waarborging van een voortdurende vermindering van de overheidsschuld en tot oprichting van een Zilverfonds, kan de Studiecommissie, op eigen initiatief of op verzoek van de regering, onderzoek verrichten naar specifieke aangelegenheden i.v.m. vergrijzing.

... wordt de Studiecommissie voor de Vergrijzing belast met bijkomend studiewerk...

De Ministerraad heeft zijn goedkeuring gegeven aan voormelde nota “*Vergrijzing en leeftijdsbewust arbeidsmarktbeleid*”, waarin de Studiecommissie gevraagd wordt bijzondere aandacht te besteden aan:

... met aandacht voor gezondheidszorg...

- de evolutie van de gezondheidskosten met een duidelijke beschrijving van de beleidsrelevante hypothesen, het simuleren van voldoende varianten die de uitdaging goed kaderen en het onderzoeken van eventuele verschillen in ontwikkeling tussen België en zijn Europese partners;

... en eindeloopbaanproblematiek.

- de effecten van de geringe participatie van ouderen aan de arbeidsmarkt onder meer door een analyse van de uitstapleeftijd uit de arbeidsmarkt en een grondige studie over de gevolgen van een versterking van het beleid dat een effectieve verhoging van de uitstapleeftijd uit de arbeidsmarkt tot gevolg heeft.

Binnen de korte beschikbare tijdsspanne heeft de Studiecommissie geprobeerd een antwoord te formuleren op de door de regering gevraagde opdrachten. In de eerste plaats onderzoeken we de impact van een versterkt arbeidsmarktbeleid (sectie a). In de tweede plaats staan we stil bij enkele varianten inzake de toekomstige evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg (sectie b).

Gezien het feit dat de onzekerheden ook betrekking hebben op de toekomstige productiviteitsgroei, kan op het voorzichtig productiviteitsscenario van de Studiecommissie een variant gesimuleerd worden - waarbij een hogere productiviteitstoename verondersteld wordt - die past in de langetermijntendens van de Belgische economie (sectie c).

a. Een versterkt arbeidsmarktbeleid

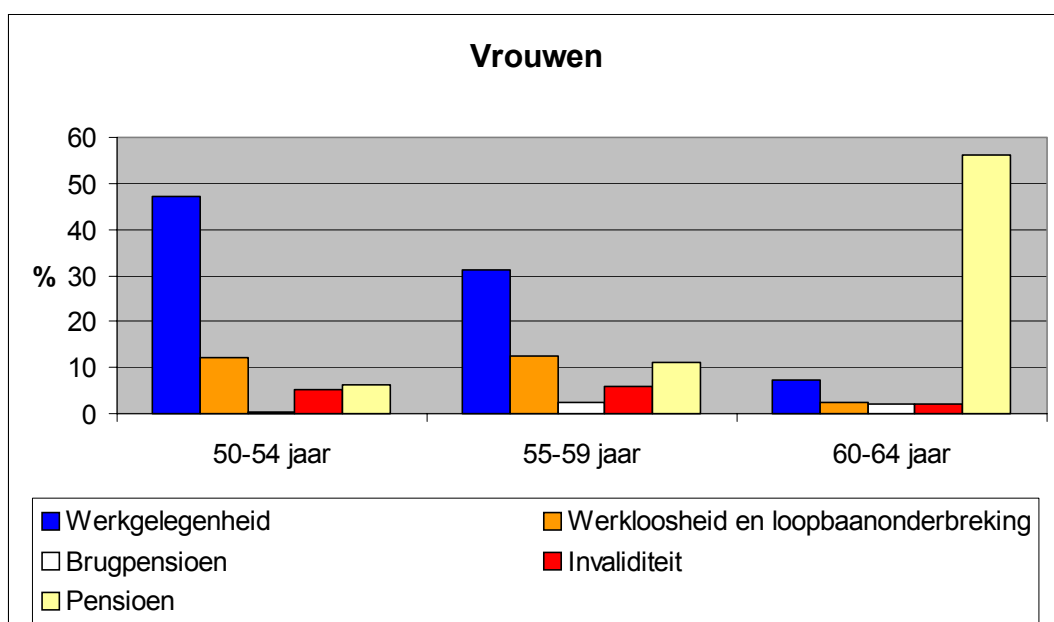
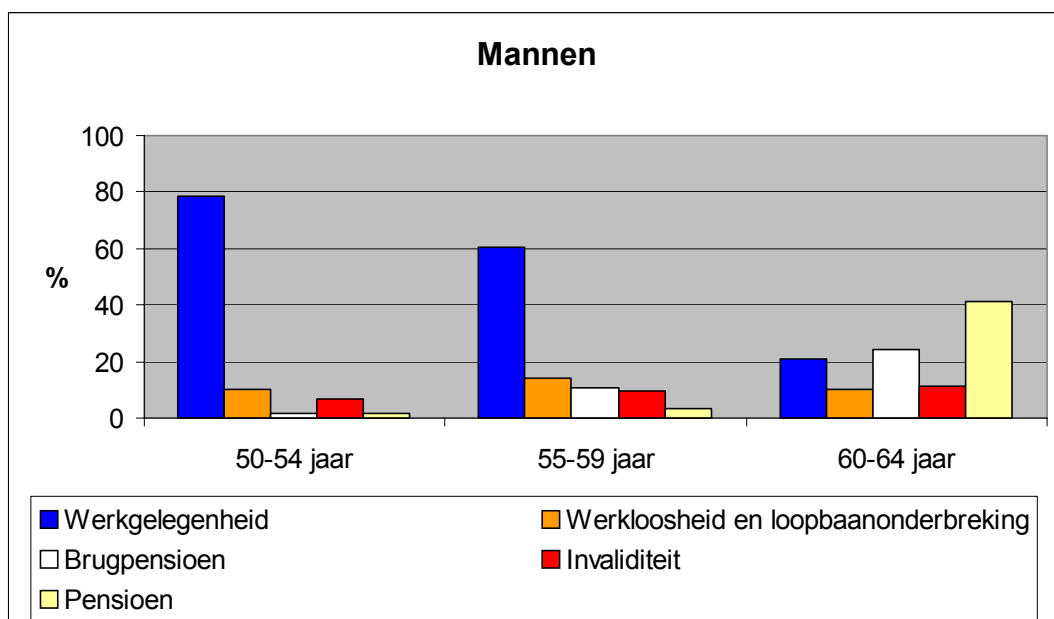
Een eerste gevoeligheidsanalyse behandelt de eindeloopbaanproblematiek. Om die problematiek te duiden, werd een analyse gemaakt van de bevolking tussen 50 en 64 jaar volgens sociaal-economische status.

De werkgelegenheidsgraad daalt met de leeftijd...

Figuur 4 toont de dalende evolutie van de werkgelegenheidsgraad doorheen de leeftijden, zowel bij mannen als bij vrouwen. Die daling is veel minder uitgesproken bij de zelfstandigen. Daarnaast wordt een progressieve toename van de vrouwelijke werkgelegenheidsgraad verwacht - zowel bij de werknemers als bij de zelfstandigen - niet alleen als gevolg van de toenemende participatie op de arbeidsmarkt, maar ook als gevolg van de pensioenhervorming die de wettelijke pensioenleeftijd bij de vrouwen geleidelijk optrekt van 60 jaar in 1996 tot 65 jaar in 2009.

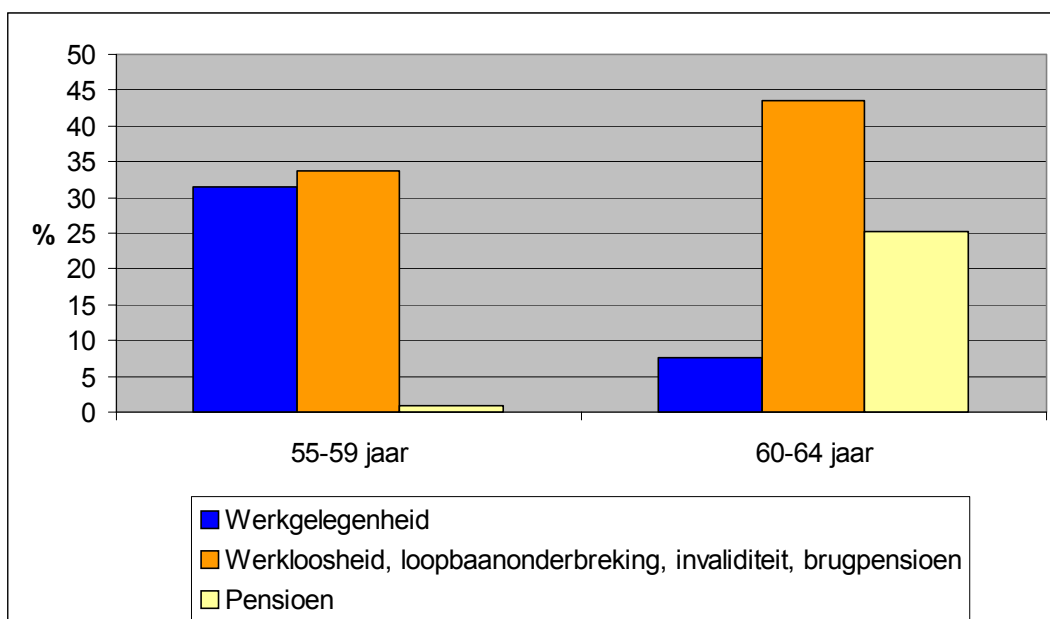
Terwijl de werkgelegenheid van de mannen veeleer verschuift naar brugpensioen en (oudere) werkloosheid, gaat de verschuiving van de vrouwen eerder in de richting van het pensioen. Dit heeft in grote mate te maken met de impact van de pensioenhervorming van 1996. In 2001 bedraagt de wettelijke leeftijd voor het rustpensioen in de algemene werknemers- en zelfstandigenregeling 62 jaar voor de vrouwen. In 2001 kunnen vrouwen slechts tot de leeftijd van 62 jaar een vervroegde uitstapregeling genieten zoals werkloosheid, brugpensioen en invaliditeit. Dit verklaart het geringe aandeel van die vervroegde uitstapregelingen voor de vrouwen van 60 tot 64 jaar t.o.v. het overwegend aandeel van het pensioen, dat eveneens door de overlevingspensioenen wordt beïnvloed.

FIGUUR 4 - Sociaal-economische verdeling van de bevolking tussen 50 en 64 jaar, volgens geslacht en leeftijdsklasse van 5 jaar voor het jaar 2001
(in % van de bevolking volgens de overeenstemmende leeftijdsklassen)



Bij de mannelijke loontrekkers uit de algemene regeling van de sociale zekerheid is het merkwaardig dat veel meer vervroegde uitredingen gebeuren naar de andere stelsels dan het pensioenstelsel. Zelfs tussen 60 en 64 jaar is slechts 25,2 % van de overeenstemmende bevolking gepensioneerd, terwijl 43,6 % zich in één van de andere stelsels bevindt (zie figuur 5).

FIGUUR 5 - Sociaal-economische verdeling van de loontrekkende mannen tussen 55 en 64 jaar
(in % van de mannelijke bevolking volgens de overeenstemmende leeftijds-klasse)



...maar in mindere mate bij de zelfstandigen.

De analyse van het gedrag van een generatie mannen tussen 59 jaar en 64 jaar¹, bevestigt dat zelfstandigen het langst beroepsactief blijven: meer dan de helft van de zelfstandigen op 59 jaar zijn nog steeds aan de slag op 64 jaar. Ambtenaren vertrekken op 60 jaar massaal op pensioen (53 % van de 59-jarigen) en slechts 17 % van de werkende ambtenaren van 59 jaar vinden we nog terug op 64 jaar. Bij de werknemers gaat 40 % van de werkenden van 59 jaar op 60 jaar op pensioen, terwijl daarvan een kleine 30 % nog steeds werkt op 64 jaar.

De Belgische werkgelegenheidsgraad van de 55-plussers ligt ver onder het Europees gemiddelde...

Met die lage werkgelegenheidsgraden bij de ouderen hangt België aan de staart van het Europees peloton. Op basis van de gegevens uit de “Enquête naar de beroepsbevolking”, uitgevoerd in verschillende landen, blijkt dat België, met een werkgelegenheidsgraad voor 55-plussers van 25,7 % in 2002, ver onder het Europees gemiddelde van 39,8% blijft.

... en weerspiegelt zich in een vroege uitstapleeftijd uit de arbeidsmarkt.

De lage werkgelegenheidsgraad weerspiegelt zich ook in de gemiddelde leeftijd waarop men de arbeidsmarkt verlaat. De effectieve uitstapleeftijd uit de arbeidsmarkt zou 58 jaar bedragen in 2002². In het scenario van de Studiecommissie zou die leeftijd naar iets meer dan 60 jaar evolueren tegen 2030, voornamelijk onder invloed van de structurele stijging van de vrouwelijke participatie aan de arbeidsmarkt.

1. Het onderzoek is gebaseerd op de generatie van 59 jaar in 1996 en van 64 jaar in 2001.
2. Eurostat en OECD, “Coping with Ageing: a Dynamic Approach to Quantify the Impact of Alternative Policy Options on Future Labour Supply in OECD Countries”, Economic Department Working Papers n°371, 2003, Annex 2, p.25

*Een versterkt
arbeidsmarktbeleid...*

In de gevoeligheidsanalyse wordt een verhoging van de werkgelegenheidsgraad en een daling van de werkloosheidsgraad gesimuleerd door het aandeel van de niet-werkende bevolking te doen dalen. Het aantal nieuwe brugpensioenen, dat gesimuleerd werd in het scenario van de Studiecommissie, wordt uitgedoofd en omgezet in een verhoging van de activiteitsgraad. Daarnaast wordt een daling van de structurele werkloosheidsgraad op lange termijn t.o.v. het scenario van de Studiecommissie gesimuleerd.

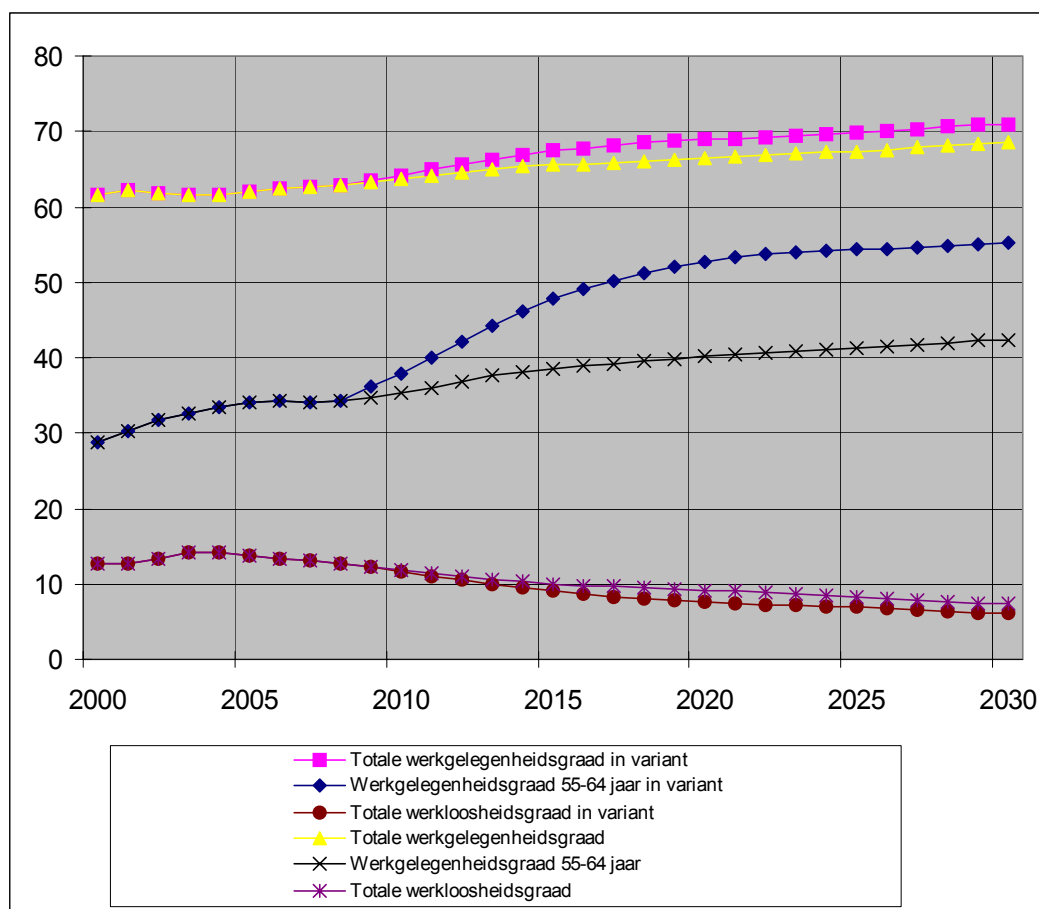
Die simulatie is een technische illustratie van de invloed van een hogere werkgelegenheidsgraad en een lagere werkloosheidsgraad op de macro-economische evolutie en de budgettaire kost van de vergrijzing. Het gaat hier dus niet over een projectie die de impact van een concrete beleidsmaatregel meet. Bovendien werd de wijziging van de activiteitsgraad en de werkloosheidsgraad pas doorgevoerd rond het einde van dit decennium, dit om de interne logica van het model te respecteren en de langetermijneffecten te benadrukken.

*...kan de
werkgelegenheidsgraad met
2,5 procentpunt verhogen,...*

De oefening impliceert een verhoging van de totale werkgelegenheidsgraad met 2,5 procentpunt in 2030 (t.o.v. het scenario van de Studiecommissie) tot 71 % van de bevolking op arbeidsleeftijd. De werkgelegenheidsgraad van de 55-plussers neemt zelfs met 12,8 procentpunt toe tot 55,2 % in 2030, terwijl de jongere leeftijdscategorieën - door een substitutie-effect - een lichte daling van de werkgelegenheidsgraad kennen ten belope van 0,3 procentpunt. De structurele werkloosheidsgraad op lange termijn daalt met 1,4 procentpunt (t.o.v. het scenario van de Studiecommissie) tot 6,1 % van de beroepsbevolking.

De Lissabondoelstelling (een algemene werkgelegenheidsgraad van 70 % tegen het jaar 2010) zou - ook met de gesimuleerde versterking van het arbeidsmarktbeleid - pas bereikt worden in het jaar 2026. De doelstelling van 50 % voor de 55-plussers zou in 2017 worden gehaald (zie figuur 6). De vrouwelijke werkgelegenheidsgraad zou het vooropgestelde percentage van 60 % bereiken in 2014 .

FIGUUR 6 - Evolutie van de werkloosheidsgraad (in % van de beroepsbevolking) en van de werkgelegenheidsgraden (in % van de overeenkomstige bevolking - volgens het scenario van de SCvV en volgens het scenario met een versterkt arbeidsmarktbeleid)



... de uitstapleeftijd met ongeveer 1 jaar verhogen tegen 2030...

De verhoogde werkgelegenheidsgraad en een verlaging van de werkloosheidsgraad hebben een positieve impact op de uitstapleeftijd uit de arbeidsmarkt: ten opzichte van het scenario van de Studiecommissie zou de uitstapleeftijd met ongeveer een jaar opschuiven tot 61 jaar in 2030.

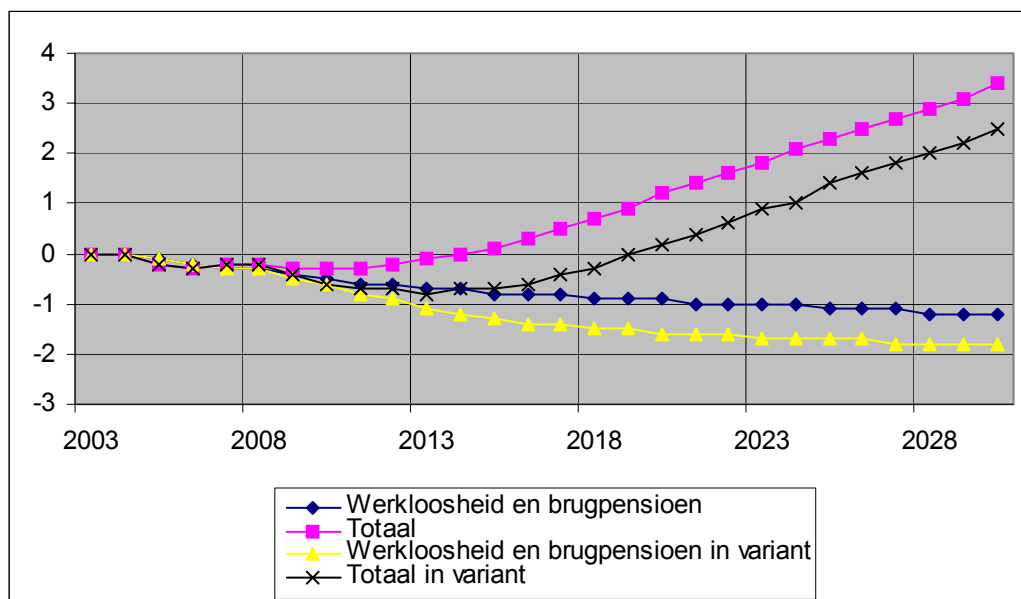
... en de budgettaire kost van de vergrijzing met 0,9 procentpunt van het bbp verminderen.

De toename van de werkgelegenheidsgraad heeft uiteraard gevolgen voor de budgettaire kost van de vergrijzing. De budgettaire kost van de vergrijzing daalt van 3,4 % van het bbp in het scenario van de Studiecommissie tot 2,5 % in 2030 (of -0,9 procentpunt), waarvan 0,5 procentpunt verklaard wordt door het groter economisch draagvlak. De daling van 0,9 procentpunt situeert zich voor 0,6 procentpunt in de takken werkloosheid en brugpensioenen en 0,2 procentpunt bij de uitgaven voor pensioenen (waarvan respectievelijk 0,1 en 0,2 procentpunt te danken aan een betere economische groei). Nochtans kan een toename van het aantal gepensioneerden verwacht worden omdat actieven vroeger met pensioen gaan dan wie zich in brugpensioenen of werkloosheid bevindt. Dit zou een meerkost impliceren maar die wordt gecompenseerd door een lager gemiddeld pensioenbedrag veroorzaakt door de kortere loopbaanduur.

Figuur 7 toont de impact van een versterkt werkgelegenheidsbeleid op de budgettaire kost van de vergrijzing.

FIGUUR 7 - De budgettaire kost van de vergrijzing

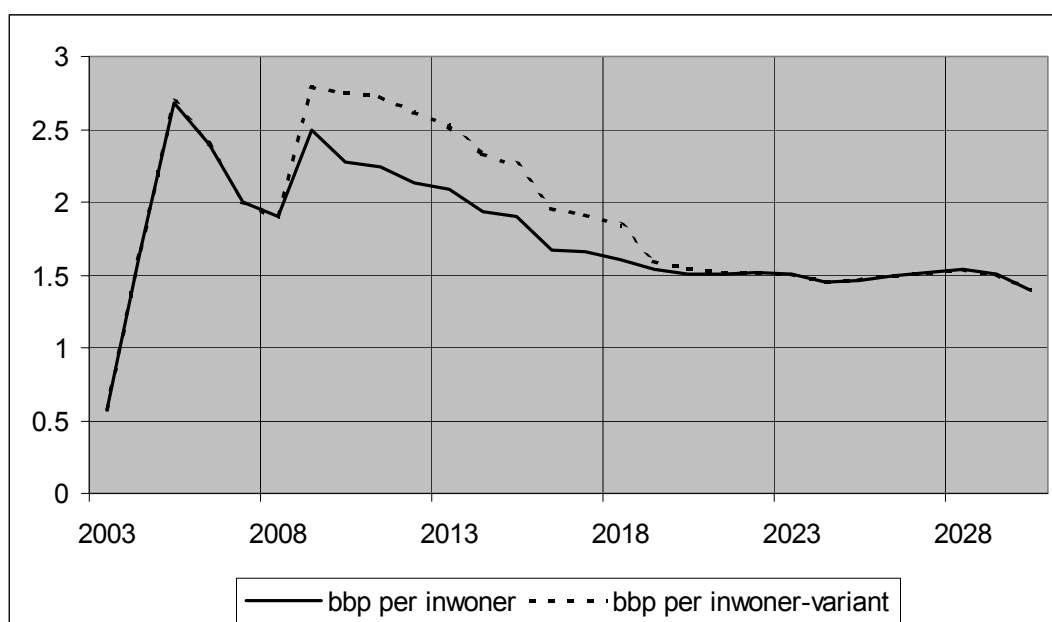
(in % van het bbp met als basis 2003, volgens het scenario van de SCvV en volgens het scenario met een versterkt arbeidsmarktbeleid)



Het versterkt arbeidsmarktbeleid heeft uiteraard een impact op de gemiddelde levensstandaard. Zo zal de grotere werkgelegenheid het bbp per inwoner positief beïnvloeden (zie figuur 8). Wanneer de effecten van de maatregel volledig tot uiting zijn gekomen, zal het groeiritme van het bbp terug aanknopen met het ritme van het scenario van de Studiecommissie. In de variant met een versterkt arbeidsmarktbeleid ligt in 2030 het bbp per inwoner 3,6 % hoger dan in het scenario van de SCvV.

FIGUUR 8 - Evolutie van het bbp per inwoner

(in reële groeivoeten, volgens het scenario van de SCvV en volgens de variant met een versterkt arbeidsmarktbeleid)



Een verminderde productiviteitstoename zou de positieve impact in lichte mate verminderen.

De uitgevoerde simulatie met een verhoging van de werkgelegenheidsgraad die hier gepresenteerd werd, veronderstelt geen verlaging van de productiviteit. Nochtans zou men kunnen veronderstellen dat een verhoogde werkgelegenheidsgraad van de oudere werknemers, een verminderde productiviteitstoename zou kunnen genereren door o.a. een toenemend aandeel van deeltijdse arbeid of de ontwikkeling van speciale statuten van arbeiders met een lage productiviteit. Indien de productiviteit van de extra gecreëerde en gesubsidieerde jobs zou halveren t.o.v. die in het scenario van de Studiecommissie, dan zou de economische groei met 0,1 % gemiddeld per jaar vertragen t.o.v. het scenario met versterkt arbeidsmarktbeleid zonder productiviteitsvermindering. De budgettaire kost van de vergrijzing zou dan ten belope van 0,2 % van het bbp zwaarder wegen op een kleiner economisch draagvlak, rekening houdend met de bijkomende uitgaven die de bevordering van de (deeltijdse) arbeid met zich meebrengt. Het gunstig effect van de toename van de werkgelegenheidsgraad op de budgettaire kost van de vergrijzing zou lager zijn dan in het scenario van het versterkt arbeidsmarktbeleid zonder aanpassing van de productiviteitswinsten: in plaats van uit te komen op 2,5 % van het bbp, zou de budgettaire kost 2,7 % van het bbp bedragen in 2030.

b. Varianten voor de kosten van de gezondheidszorg.

Er bestaan heel wat onzekerheden omtrent de toekomstige evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg. In tegenstelling tot andere componenten van de Sociale Zekerheid, waar de evolutie eerder mechanisch verloopt, zijn de toekomstige uitgaven voor gezondheidszorg afhankelijk van heel wat factoren, zoals de toekomstige technologische ontwikkelingen, de nieuwe pathologieën en de bijbehorende behandelingen. Die ontwikkelingen kunnen zeer moeilijk voorspeld worden. In wat volgt, bestuderen wij enkel de onzekerheden inherent aan de gebruikte projectiemethode.

De varianten onderzoeken de impact van de *demografische vergrijzing* op de uitgaven voor gezondheidszorg. Zij toetsen de gevoeligheid van de projectieresultaten van de uitgaven voor gezondheidszorg aan de hypothesen over de uitgavenprofielen¹ per leeftijdsklasse en geslacht. Aangezien er geen jaarlijkse gegevens voor die profielen beschikbaar zijn, worden ze constant gehouden, op het peil van 1997, over de gehele projectieperiode. Die sterke hypothese zou kunnen leiden tot een onderschatting (overschatting) van de toekomstige uitgaven voor gezondheidszorg. Als de bejaarden in de toekomst relatief meer (minder) kosten dan de relatieve kosten in 1997, bestaat het gevaar dat de uitgaven voor gezondheidszorg onderschat (overschat) worden.

1. De impact van de *demografische vergrijzing* op de uitgaven voor gezondheidszorg wordt geraamd op basis van de steekproefgegevens - voor het jaar 1997 - over de kosten voor gezondheidszorg per leeftijd en geslacht. De profielen die uit die steekproef voortvloeien, bepalen *de relatieve kosten van de uitgaven voor gezondheidszorg per leeftijdsklasse en geslacht*

Om de impact te ramen van een andere hypothese met betrekking tot de profielen, worden twee varianten getoetst. De eerste bestaat erin de relatieve kosten van de 55-plussers viermaal te verhogen ten opzichte van die opgetekend in 1997. De tweede bestaat erin om die kosten te verlagen tot het niveau van de kosten van de leeftijdsklasse van 49 tot 54 jaar. Merk evenwel op dat die variaties op hun beurt verminderingen veronderstellen van de relatieve kosten van de jongere leeftijdsklassen teneinde de aanvankelijk geobserveerde totale kosten onveranderd te houden en zo de impact van de demografische veranderingen te isoleren van de “historische trendmatige evolutie¹”. De volgende tabel toont de verkregen resultaten.

TABEL 2 - Overheidsuitgaven voor gezondheidszorg : verhoging (variant 1) en verlaging (variant 2) van de relatieve kost van de ouderen t.o.v. de geobserveerde relatieve kost in het referentiejaar (1997) (in % van het bbp)

	2010	2020	2030
Basisprojectie (scenario van de SCvV)	7.8	8.6	9.3
Verhoging van de relatieve kosten van de ouderen (variant 1)	7.9	9.0	10.1
Verlaging van de relatieve kosten van de ouderen (variant 2)	7.7	8.0	8.4

De impact van die twee varianten op de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg in procent van het bbp is niet verwaarloosbaar, doch niet spectaculair. Zo genereert de verhoging van de relatieve kosten van de ouderen een toename in de uitgaven van 0,8 procentpunt van het bbp in 2030. Omgekeerd veroorzaakt de daling in de relatieve kosten van de ouderen een vermindering in de uitgaven ten belope van 0,9 procentpunt van het bbp in 2030. Nochtans dient opgemerkt dat een aanzienlijke wijziging van de leeftijdsprofielen nodig is om die resultaten te verkrijgen.

Bovendien hebben we een oefening uitgevoerd om de robuustheid te illustreren van de resultaten van de projectie van de uitgaven voor gezondheidszorg, *die niet voortvloeien uit de demografische factor*. We hebben daartoe een betrouwbaarheidsinterval geraamd rond de resultaten van de projectie die verkregen werden op basis van de *econometrische vergelijking van de historische trendmatige evolutie*.²

Die berekening toont dat de onzekerheden omtrent de raming van de parameters van de vergelijking van de historische trendmatige evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg relatief beperkt zijn. Het aandeel van de publieke uitgaven voor gezondheidszorg in percentage van het bbp situeert zich tussen 9,2 % en 9,4 % tegen 2030. Laat ons nochtans benadrukken dat deze oefening enkel van belang is onder de hypothese van een continuïteit in de toekomst van het geobserveerde gedrag betreffende de consumptie van gezondheidszorg in het verleden. Indien evenwel gedurende de projectieperiode een drastische wijziging zou plaatsvinden in deze gedragingen, dan zou een oefening die zich baseert op het verleden om te extrapoleren naar de toekomst, niet alleen zijn nauwkeurigheid maar ook zijn gegrondheid verliezen. Hierbij dient eveneens te worden opgemerkt dat in die oefening niets gezegd wordt over de onzekerheden omtrent de toekomstige

1. De “historische trendmatige evolutie” wordt gedefinieerd als het deel van de toename van de uitgaven voor gezondheidszorg - in relatie met het bbp - *dat niet voortvloeit uit de demografische factor*. Zij wordt voor elke leeftijdsklasse identiek verondersteld. Die trendmatige evolutie komt voort uit een dynamiek die de factoren aanbod, vraag en beleidsdoelstellingen inzake gezondheidszorg combineert. Ze bestaat uit zowel volume-effecten als prijseffecten. Die trendmatige evolutie wordt geraamd aan de hand van een econometrische benadering (zie bijlage 3, sectie B).
2. Voor de technische aspecten van de econometrische vergelijking van de historische trendmatige evolutie, zie bijlage 3 - sectie B.

opsplitsing van de totale uitgaven in overheidsuitgaven en particuliere uitgaven. Die opsplitsing kan in verschillende richtingen evolueren, afhankelijk van het feit of het beleid zich richt op een voortzetting van de uitbreiding van de dekking door de sociale zekerheid of, integendeel, op een toenemende responsabilisering van de patiënt.

Evolutie van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg : projectie van de groei van 4,5 % op lange termijn?

In het scenario van de Studiecommissie voor de Vergrijzing (SCvV) is de door de regering vastgelegde reële groei voor de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg (4,5 %^a) enkel van toepassing voor de 4 jaar van de regeerperiode (tot en met 2007). Het scenario voor de periode na de legislatuur is gebaseerd op een methodologie die de langetermijntrends in de evolutie van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg raamt.

Die methodologie weerhoudt in hoofdzaak drie factoren^b : de zogenoemde historische trendmatige evolutie of m.a.w. de groei van het aandeel van gezondheidszorguitgaven in de nationale rijkdom - een trend die beïnvloed wordt door het gevoerde beleid de voorbije 50 jaar op het vlak van overheidsuitgaven voor gezondheidszorg ; de impact van de demografische vergrijzing en de impact van het toekomstig bevolkingsaantal. Die benadering, in België door het Federaal Planbureau^c ontwikkeld, vindt ruime bevestiging op internationaal niveau^d.

Het feit dat op lange termijn geen rekening wordt gehouden met de groei van 4,5 %, stemt trouwens overeen met het globaal methodologisch kader voor scenario-analyse dat door de Studiecommissie weerhouden werd en een onderscheid maakt tussen middellange en lange termijn:

Op middellange termijn respecteert de projectie de tijdens de legislatuur ingevoerde of besliste maatregelen (hypothese van constante wetgeving).

Op lange termijn wordt de hypothese van constante wetgeving niet behouden wanneer ze duidelijk tegenstrijdig is met de koers van het algemene beleid dat de laatste decennia werd gevoerd : immers, in bepaalde gevallen impliceert die koers precies een permanente wijziging van de wetgeving. In dat geval wordt dan ook, in afwijking van de actuele wetgeving, de voortzetting van het algemene beleid gesimuleerd (hypothese van 'voortzetting van het gedrag geobserveerd in het verleden').

Dat geval doet zich bijvoorbeeld voor wat betreft de uitkeringsplafonds in de takken werkloosheid, invaliditeit, enz. Zo incorporeert de projectie op middellange termijn de actuele wetgevende initiatieven terwijl ze ervan uitgaat dat die plafonds op lange termijn op parallele wijze met de loonvoet toenemen.

Hetzelfde geldt voor de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg: de "historische trendmatige evolutie" van de uitgaven voor gezondheidszorg weerspiegelt een zeker permanent gedrag van de betrokkenen, inclusief dat van de overheid, bovenop de opeenvolgende en systematisch herziene begrotingsnormen en -doelstellingen. Om de coherentie niet te verliezen presenteert de SCvV dus geen echte projectie die gebaseerd is op de norm van 4,5 %^e. Een dergelijke projectie zou trouwens een beleid vereisen dat zeer uiteenlopend is naargelang een gunstige of minder gunstige economische groei genoteerd wordt. Bovendien zou de impact van de schommelingen doorheen de tijd, in de vergrijzingsfactor en in de economische groei, op de uitgaven voor gezondheidszorg, genegeerd worden, terwijl de historische analyse die impact juist in het oog doet springen.

Met de hypothesen inzake economische groei van de SCvV, zou een constant gehouden groei van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg op 4,5 % tot 2030 de budgettaire kost van de vergrijzing met 3,3 procentpunt van het bbp doen toenemen in 2030^f (en zou dus oplopen tot 6,7 % van het bbp tussen 2003 en 2030 tegenover 3,4 % in het scenario van de Studiecommissie). In het scenario van sterkere productiviteitstoename, daarentegen - voor dezelfde constant gehouden groei van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg op 4,5 % - zou de verhoging van de budgettaire kost van de vergrijzing minder zijn (2,2 procentpunt van het bbp in 2030^g).

Voor 1% extra jaarlijkse groei van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg vanaf 2008 in entiteit I, verhoogt de budgettaire kost van de vergrijzing met 2 procentpunt van het bbp in 2030 in de macro-economische hypothesen van de SCvV.

- a. Voor Entiteit I : zonder afbreuk aan de inaanmerkingneming van bijkomende maatregelen, waarvan de begrotingskosten niet in die norm zijn begrepen (zoals bijvoorbeeld de uitbreiding van de 'kleine risico's' van de ziekteverzekering tot de zelfstandigen).
- b. Cf. punt C hierna en hoofdstuk III, punt E.
- c. ENGLERT, M., FASQUELLE, N., FESTJENS, M.-J., LAMBRECHT, M., SAINTRAIN, M., STREEL, C., WEEMAES, S., *Verkenning van de financiële evolutie van de sociale zekerheid 2000-2050. De vergrijzing en de leefbaarheid van het wettelijk pensioensysteem*, Planning Paper 91, Brussel, Federaal Planbureau, 2002.
- d. ECONOMIC POLICY COMMITTEE, *Budgetary challenges posed by ageing populations : the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, Brussel, 24 oktober 2001.
- e. De langetermijnprojecties van de uitgaven voor gezondheidszorg die vroeger door het Federaal Planbureau werden opgesteld, hielden trouwens geen rekening met de opeenvolgende normen die in de loop van de jaren 90 werden goedgekeurd.
- f. Ten opzichte van het scenario van de Studiecommissie voor de vergrijzing.
- g. Ten opzichte van het scenario gepresenteerd in punt B.3.c.

c. Een hoger productiviteitsscenario

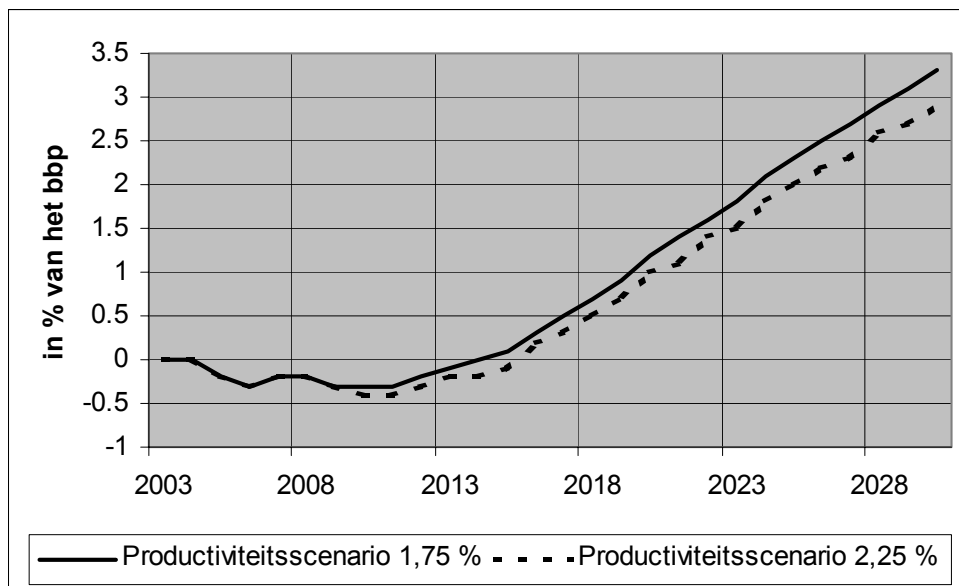
Een sterkere productiviteitstoename ten belope van 0,5 %...

Een derde gevoeligheidsanalyse hanteert een hoger productiviteitsscenario, met name een jaarlijks gemiddelde productiviteitstoename na 2008 van 2,25 % en een welvaartsaanpassing van 1 %. De hypothese over de 'loskoppeling' tussen loonevolutie en welvaartsaanpassing bedraagt in deze variant m.a.w. 1,25 % zoals in het scenario van de Studiecommissie.

... verlaagt de budgettaire kost van de vergrijzing met 0,4 procentpunt van het bbp.

Het groter economisch draagvlak dat uit de hogere productiviteitstoename resulteert, doet de budgettaire kost van de veroudering minder zwaar wegen in % van het bbp. Deze wordt met 0,4 procentpunt gereduceerd t.o.v. het productiviteitsscenario dat door de SCvV in aanmerking wordt genomen (zie figuur 9).

FIGUUR 9 - De budgettaire kost van de vergrijzing
(in % van het bbp met als basis 2003, volgens twee productiviteitsscenario's)



C. Evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg

Rekening houdend met het belang van de uitgaven voor gezondheidszorg voor de toekomstige vergrijzingskosten heeft de SCvV het initiatief genomen om een uitgebreid hoofdstuk te wijden aan de evolutie van de gezondheidsuitgaven.

Tijdens de voorbije vijftig jaar zijn de totale uitgaven voor gezondheidszorg in België en de meeste andere OESO-landen sneller toegenomen dan het bbp. Die stijging is het gevolg van een sociologische evolutie - het verlangen naar fysiek welzijn en een grotere consumptie van medische verstrekkingen, die geleidelijk binnen ieders bereik komen - en van een technische evolutie - de betere medische technieken. Die evoluties vertalen zich in en interageren met de uitbouw van een overeenstemmend sociaal verzekeringsbeleid dat een billijke toegang tot de gezondheidszorg waarborgt.

In het geval van de OESO-lidstaten wijzen de internationale vergelijkingen (zie hoofdstuk III, figuur 30) op een goede correlatie tussen de algemene levensstandaard (gemeten via het bbp/hoofd) en de totale uitgaven voor gezondheidszorg - van de overheid en de particulieren - per hoofd, en dit ondanks de verschillende graad van overheidstussenkomst in die uitgaven. Die correlatie lijkt te bevestigen dat er een zeer sterke link bestaat tussen een hogere levensstandaard en de plaats van de gezondheidszorg in de consumptie-uitgaven (van de overheid en de particulieren) : door de economische ontwikkeling wordt gezondheidszorg geleidelijk aan een 'basisgoed' (of basisdienstverlening). De correlatie vastgesteld op basis van een internationale vergelijking, wordt over het algemeen bevestigd als de evolutie in de tijd van dezelfde variabelen binnen elke economie afzonderlijk wordt onderzocht. Dit is ook het geval voor België.

Uit de internationale vergelijking blijkt dat de totale gezondheidszorgconsumptie in België 'normaal' is, gelet op de hoge levensstandaard in ons land. Op basis van enkele beschikbare indicatoren toont die vergelijking ook dat het Belgische gezondheidszorgsysteem een zeer goede 'prijs/kwaliteit'-verhouding heeft die veel beter is dan bijvoorbeeld in de Verenigde Staten. De *totale* uitgaven voor gezondheidszorg in België evolueerden van 4,7 % van het bbp in 1970 tot 8,8 % in 2001. Dat ligt bijna volledig in lijn met het Europese gemiddelde. Het internationale gemiddelde¹ over deze periode vertoont een iets snellere toename van de uitgaven vertrekkend van een hoger niveau: van 5,9 % in 1970 tot 10,9 % in 2001; dit niveau is evenwel sterk beïnvloed door het groot overwicht van de Verenigde Staten.²

Tijdens de naoorlogse periode ging het groeiend aandeel van de uitgaven voor gezondheidszorg in het bbp, in België en in de meeste andere economieën, gepaard met een stijging van het *overheidsaandeel* in die uitgaven. De *overheidsuitgaven* voor gezondheidszorg in België evolueerden van 3,1 % van het bbp in 1970 tot 6,6 % in 2001. De evolutie en het niveau van deze uitgaven zijn vergelijkbaar met het Europese gemiddelde (van 4 % tot 6,7 % van het bbp) en van het internationale gemiddelde (van 3,1 % tot 6,4 % van het bbp).

Die evolutie is het resultaat van de invoering van een verplichte ziekteverzekering, die daarna vrijwel voortdurend werd uitgebreid. Die uitbreiding had betrekking op de verzekerden, de waaier aan gedekte verstrekkingen en het percentage ten laste genomen uitga-

-
1. Voor de 15 EU-landen, de Verenigde Staten, Canada, Japan, Australië, Noorwegen, Zwitserland, Turkije, Slowakije, Hongarije, Polen en IJsland.
 2. Bron: OECD 2003, Health Data (3de uitgave)- gewogen gemiddelde.

ven, vooral voor sommige bijzonder belangrijke verstrekkingen en voor bepaalde categorieën van behoeftige begunstigen (zie hoofdstuk III, afdeling B1). Die evolutie is zeer goed merkbaar tussen 1970 en 1980 : terwijl in België de *totale*¹ uitgaven voor gezondheidszorg stijgen van 4,7 % naar 6,4 % van het bbp, stijgt het aandeel van de *overheidsuitgaven*² van 66,1 % naar 73,1 % van de totale uitgaven.

Sedert 1980 is die tendens heel wat afgezwakt. Hoewel in België het aandeel van de *totale* uitgaven nog fors toeneemt van 6,4 % tot 8,9 % van het bbp in 2002, stijgt het aandeel van de *overheidsuitgaven* van 73,1 % naar 74,6 %.

Het gaat niet enkel om een verzadigingseffect. Vanaf de jaren 80 heeft de regering moeten reageren op het probleem van de overheidstekorten en de groeiende overheidsschuld. De regering heeft dus een beleid van budgettaire besparingen gevoerd, waaraan ook de gezondheidszorgsector niet is ontsnapt. Er werden restrictieve maatregelen genomen op het vlak van erelonen, geneesmiddelen en ziekenhuizen. Voor de ziekenhuizen, bijvoorbeeld, heeft de regering grootscheepse maatregelen genomen om het aantal bedden te verminderen. In de jaren 90 wordt de gezondmaking van de openbare financiën voortgezet om de Maastrichtnormen en, vervolgens, het Stabiliteitspact na te leven. Dat beleid uit zich in budgettaire groeिनormen, die evenwel uitzonderlijke uitgaven of nieuwe initiatieven niet mochten inperken.

Dat saneringsbeleid heeft ertoe bijgedragen dat de groei van het *overheidsaandeel* in de gezondheidsuitgaven werd afgeremd. De impact ervan op de dynamiek van de totale gezondheidszorgconsumptie is minder zeker. De maatregelen ter gezondmaking van de openbare financiën lijken meestal geen kortetermijneffect te hebben op de *totale* uitgaven voor gezondheidszorg, aangezien de kortetermijnschommelingen in de *overheidsuitgaven* voor gezondheidszorg gecompenseerd worden door tegenovergestelde schommelingen in de *particuliere* uitgaven. Dat saneringsbeleid blijft daarentegen een mogelijk kanaal via hetwelk de schommelingen van de economische groei op middellange en lange termijn een invloed uitoefenen op de dynamiek van de *totale* gezondheidszorgconsumptie.

Al valt het bestaan van een soort verzadigingseffect niet te ontkennen - een onbeperkte groei van het aandeel van de *totale* uitgaven voor gezondheidszorg in het bbp is onmogelijk - toch hebben de schommelingen van de economische groei wel degelijk een - zij het enigszins vertraagde - impact op de toename van de *totale* uitgaven voor gezondheidszorg.

Uiteraard is de gezondheidstoestand van de bevolking een andere factor die de vraag naar gezondheidszorg beïnvloedt. In dit opzicht vormt de demografische vergrijzing - die zich in de loop van de volgende twee decennia nog sterker zal doorzetten - een element waarmee alle projecties over de toekomstige gezondheidsuitgaven rekening zullen moeten houden. Dankzij Belgische en internationale steekproefgegevens, stelt men inderdaad vast dat de uitgaven voor gezondheidszorg toenemen met de leeftijd. Met andere

-
1. Uitgaven voor gezondheidszorg ten laste van alle binnenlandse actoren (Staat, gezinnen, bedrijven).
 2. Overheidsuitgaven voor gezondheidszorg bevatten de uitgaven van de sociale zekerheid m.b.t. de geneeskundige verzorging (regeling van werknemers en zelfstandigen (inclusief de kleine risico's vanaf 2006), DOSZ en andere regelingen), bepaalde uitgaven van de federale overheid (voornamelijk de tussenkomst van 25 % in de ligdagprijzen in de ziekenhuizen die vanaf 2004 overgeheveld zijn naar sociale zekerheid, van de gewesten (sociale voorzieningen aan gehandicapten) en van de lokale overheden (medische prestaties van OCMW's aan behoeftigen inclusief verblijfskosten in bejaardentehuizen).

woorden, de gemiddelde uitgaven voor gezondheidszorg van de oudere leeftijdscategorieën zijn relatief hoger dan de gemiddelde uitgaven van de overige leeftijdscategorieën.

Vanzelfsprekend zal de correlatie tussen de leeftijd en het uitgavenpeil evolueren in de tijd, vooral gelet op de evolutie van de levensverwachting in goede gezondheid.

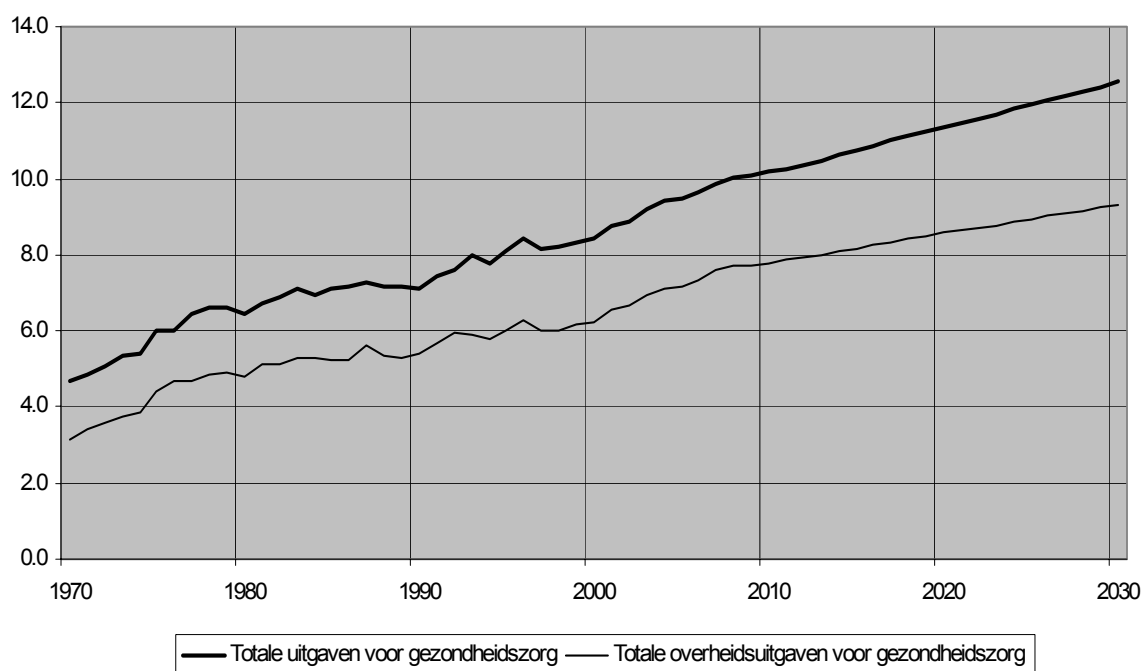
Aangezien de hypothesen die men hieromtrent zou kunnen formuleren eerder zwak zijn, gaan de uitgevoerde projecties ervan uit dat het uitgavenprofiel naar gelang de leeftijd ongewijzigd blijft. Het model van de langetermijnprojecties (2009-2030) van de uitgaven voor gezondheidszorg houdt rekening met de demografische gevolgen, zoals de omvang van de bevolking en de vergrijzing.

Bovendien houdt het langetermijnmodel - via een econometrische benadering - rekening met de impact van de evolutie van de levensstandaard, gemeten via de groei van het bbp per hoofd - waarvan de schommelingen met vertraging doorwerken.

Het model van de middellangetermijnprojecties (2003-2008) neemt dezelfde groeideterminanten in aanmerking, maar het houdt voor een periode van 4 jaar (van 2003 tot 2007) ook rekening met recentelijk genomen beleidsmaatregelen.

Figuur 10 illustreert de evolutie in het verleden en in projectie van de *totale* uitgaven voor gezondheidszorg en van de *overheidsuitgaven* voor gezondheidszorg. De totale uitgaven voor gezondheidszorg stijgen van 4,7 % van het bbp in 1970 naar 8,9 % in 2002 en 12,5 % in 2030. De *overheidsuitgaven* voor gezondheidszorg stijgen van 3,1 % van het bbp in 1970 naar 6,6 % in 2002 en 9,3 % in 2030.

FIGUUR 10 - Totale uitgaven en totale overheidsuitgaven voor gezondheidszorg
(in % van het bbp)



De uitgaven voor gezondheidszorg, vooral van de overheid, hebben een specifieke eigenschap in vergelijking met de meeste andere sociale uitgaven : zij genereren rechtstreeks economische activiteit. Enerzijds komen die uitgaven overeen met consumptie-uitgaven die een belangrijke component van het bbp vormen en, anderzijds, hebben zij een zeer hoog gehalte aan toegevoegde waarde en werkgelegenheid, twee factoren die zich concentreren in de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening'¹.

De productie van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' is vrijwel uitsluitend gericht op de binnenlandse vraag en staat weinig open voor de buitenlandse handel : import en export zijn verwaarloosbaar. Bovendien verbruikt die bedrijfstak relatief weinig intermediaire inputs en levert hij er weinig aan de overige bedrijfstakken.

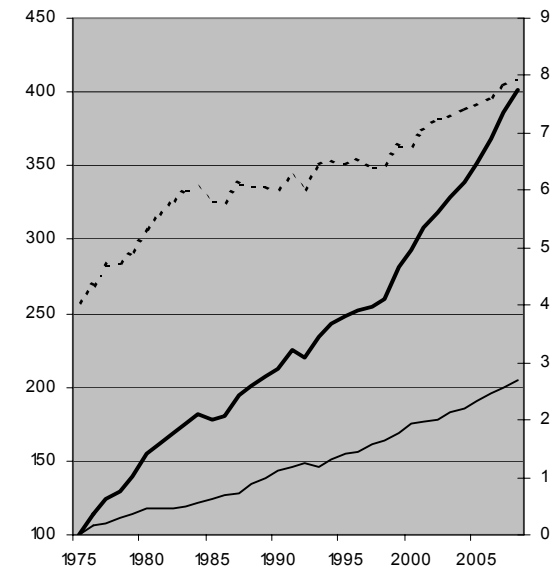
De toename van het economisch belang van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' is reeds verschillende decennia waarneembaar. Het aandeel van die bedrijfstak in het bbp is gestegen van 4,1 % in 1975 naar 7,3 % in 2002 en zou in 2008 oplopen tot 8 % van het bbp.

In termen van werkgelegenheid is het belang van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' nog meer toegenomen. Tussen 1975 en 2002 steeg het aandeel van de werkgelegenheid van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' in de totale werkgelegenheid van de gehele economie van 3,6 % tot 9,8 %, meer dan een verdubbeling. De nettowerkgelegenheidscreatie in die bedrijfstak (270 000 eenheden) vertegenwoordigt meer dan 74,5 % van de totale werkgelegenheidscreatie in de economie gedurende dezelfde periode (361 000 eenheden). Tegen 2008 zou de werkgelegenheid in die bedrijfstak oplopen tot 11,4 % van de totale werkgelegenheid.

Figuur 11 illustreert de evolutie, uitgedrukt in index, van de toegevoegde waarde van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' en van de gehele economie. Figuur 12 toont de evolutie, uitgedrukt in index, van de werkgelegenheid van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' en van de gehele economie...

1. Zoals gedefinieerd in de Nationale Boekhouding, dekt de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' enerzijds de activiteiten i.v.m. 'gezondheidszorg' (ziekenhuisactiviteiten, medische praktijk, tandartspraktijk, medische laboratoria, paramedische activiteiten, kinesitherapeuten, centra voor bloedinzameling ...) en anderzijds de activiteiten i.v.m. 'maatschappelijke dienstverlening' (onder andere rusthuizen voor bejaarden, instituten voor gehandicapten, beschutte werkplaatsen).

FIGUUR 11 Toegevoegde waarde in constante prijzen - deflator van het bbp
in index 1975 = 100 (linkerschaal) - in % (rechtterschaal)

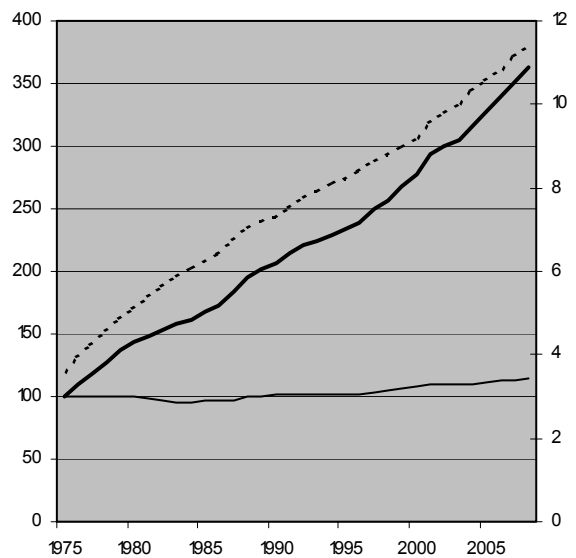


— Gehele economie (bbp in volume) - linkerschaal

— Bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' - linkerschaal

- - - - - Aandeel van 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' in de gehele economie - rechtterschaal

FIGUUR 12 Evolutie van de werkgelegenheid
in index 1975 = 100 (linkerschaal) - in % (rechtterschaal)



— Binnenlandse werkgelegenheid - linkerschaal

— Werkgelegenheid in de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' - linkerschaal

- - - - - Aandeel van 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' in de binnenlandse werkgelegenheid - rechtterschaal

D. De sociale gevolgen van de vergrijzing

De Wet van 5 september 2001 belast de Studiecommissie niet enkel met het onderzoek naar de budgettaire gevolgen van de vergrijzing. Ook de sociale gevolgen verdienen aandacht. Trouwens, een van de belangrijke sociale doelstellingen van het wettelijk pensioensysteem is het voorkomen van armoede bij ouderen.

Armoederisico bij ouderen

Armoede bestaat uit een complex netwerk van uitsluitingen en strekt zich uit over verschillende domeinen in het maatschappelijk leven, zoals inkomen, gezondheidszorg, huisvesting, onderwijs, sociale integratie,...

Armoede wordt gemeten aan de hand van monetaire indicatoren (inkomen)...

Het risico op armoede kan gemeten worden aan de hand van inkomensgegevens uit enquêtes, zoals de European Community Household Panel (ECHP). Hieruit blijkt dat 13 % van de Belgische bevolking onder de armoedegrens leeft¹. Bij de 65-plussers loopt dit armoederisico op tot een vierde, waarbij alleenstaande vrouwen en hoogbejaarden een nog hoger risico hebben. Verwacht wordt dat het armoederisico bij alleenstaande vrouwen in de toekomst zal dalen, gezien zij een langere en beter betaalde loopbaan aan het opbouwen zijn. Bovendien behoedt de invoering van het minimumrecht per loopbaan hen voor een te laag pensioen. Maatregelen zoals de selectieve welvaartsaanpassingen gericht naar de oudste pensioenen, kunnen het risico op armoede bij de hoogbejaarden beperken. Het pensioen is immers de belangrijkste inkomensbron van de gepensioneerden. In de hypothetische situatie dat er geen pensioenuitkering zou zijn, zou meer dan 90 % van de gepensioneerden onder de armoedegrens leven.

... en niet-monetaire indicatoren zoals kwaliteit van de woning, toegang tot gezondheidszorg, sociale integratie en participatie.

Armoede heeft niet alleen betrekking op het inkomen. Andere aspecten van armoede en uitsluiting kunnen gemeten worden aan de hand van niet-monetaire indicatoren, die dikwijls een ander licht werpen op de levenskwaliteit van ouderen. Zo blijkt eveneens uit ECHP-gegevens, dat gepensioneerden minder vaak in een woning van slechte kwaliteit wonen dan andere sociaal-economische categorieën zoals bijvoorbeeld de werklozen. Hoewel ouderen in het algemeen een slechtere gezondheid hebben dan de bevolking als geheel, stellen gepensioneerden gezondheidsvoorzieningen minder vlug uit wegens financiële redenen (de grootste risicogroepen zijn vrouwen en alleenstaanden, jonger dan 65 jaar). Daarentegen verloopt de sociale integratie minder vlot bij ouderen en is de deelname aan het sociaal en cultureel leven beperkt.

Bestrijding van de armoede...

De overheid tracht het risico op armoede bij ouderen onder andere te beperken door het voorzien van een minimuminkomen via de Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO)². Naast dit sociale bijstandssysteem, tracht de overheid ook via het wettelijk pensioensysteem een minimale sociale bescherming voor de gepensioneerden te voorzien (minimumpensioenen en het minimumrecht per loopbaanjaar).

... via bijstandsregelingen...

Dat vrouwen, alleenstaanden en hoogbejaarden een groter armoederisico lopen, blijkt ook uit het aantal gerechtigden op een IGO of GIB (gewaarbord inkomen voor bejaarden): 75 % van de gerechtigden zijn vrouwen, waarvan het merendeel alleenstaanden. Ook veel hoogbejaarden, hebben recht op deze bijstandsregeling. Tussen 1 januari 2002 en 1 januari 2003 is het aantal oudere rechthebbenden wel gedaald, dankzij de selectieve welvaartsaanpassingen die sinds 1 januari 2002 werden toegepast voor de oudste gepen-

1. De armoedelijm wordt hier vastgelegd op 60 % van het mediaan equivalent inkomen.

2. Op termijn zal de IGO het vroegere Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden (GIB) volledig vervangen.

sioneerden. Dat tevens hun gemiddeld IGO-bedrag licht gedaald is, wijst op een verbetering van het pensioenbedrag.

Voor 80 % van de gerechtigden, is het IGO/GIB een aanvulling op hun pensioen. Voor ruim drie op vier van de samenwonende vrouwen met een IGO, is die uitkering evenwel zuiver. Hun bedrag is wel laag aangezien de inkomsten van de personen waarmee ze samenleven, meetellen voor de bestaansmiddelentoets.

Uit een vergelijking van de verschillende pensioenregelingen, blijkt dat vooral zelfstandigen hun pensioen aanvullen met een IGO. In januari 2004 had 8,3 % van de gepensioneerde zelfstandigen, 7,7 % van de gepensioneerden met een gemengde loopbaan en 1,6 % van de gepensioneerde werknemers recht op een aanvullend IGO.

... gegarandeerde minimumpensioenen...

Indien gepensioneerden een voldoende lange loopbaan hebben opgebouwd, kunnen zij een beroep doen op een gegarandeerd minimumpensioen. Drie op vier van de gepensioneerde zelfstandigen hebben er recht op en dan voornamelijk degenen met een rustpensioen aan gezinsbedrag. Bij de werknemerspensioenen doet 16 % een beroep op het gewaarborgd minimum en van de gepensioneerden met een gemengde loopbaan is dat 7 % van de werknemers en 42 % van de zelfstandigen. Vanaf 1 april 2003 werd bovendien de toegang tot het minimumpensioen voor gemengde loopbanen versoepeld waardoor ruim 61.000 gepensioneerden met een gemengde loopbaan een aanvulling kregen op hun werknemersdeel (beperkt tot het minimumpensioen van de zelfstandigen).

... en het minimumrecht per loopbaanjaar.

Voor de berekening van het werknemerspensioen kan vanaf 1 juli 1997 een beroep gedaan worden op het minimumrecht per loopbaanjaar. Onder bepaalde voorwaarden, kunnen slecht betaalde loopbanen uit het verleden¹, bij de pensioenberekening opgetrokken worden tot het gewaarborgd minimum jaarloon dat op dat moment van kracht is. De voorwaarden zijn minder streng dan voor een minimumpensioen.

Uit de reeds beschikbare cijfers blijkt dat meer vrouwen dan mannen een beroep doen op dat minimumrecht. Bovendien wordt voor vrouwen gemiddeld de helft van hun loopbaan opgetrokken, bij mannen is dit ruim een derde van de loopbaan. Dat is niet verwonderlijk aangezien vrouwen in het verleden slechter betaalde loopbanen gekend hebben.

Een consumptieprijsindex speciaal voor ouderen zou gemiddeld gezien geen betere koopkrachtvastheid garanderen.

Net zoals andere sociale uitkeringen en lonen, worden de pensioenen aangepast aan de ontwikkeling van de levensduurte aan de hand van de gezondheidsindex. De gezondheidsindex is gebaseerd op de consumptieprijsindex (CPI) die het verloop weergeeft van het prijspeil van een goederen- en dienstenpakket dat representatief is voor de uitgaven van de gezinnen (exclusief alcoholische dranken, tabakswaaren, benzine en diesel). In principe zijn de pensioenuitkeringen dus koopkrachtvast. Indien de index evenwel niet representatief zou zijn voor de uitgaven van specifieke bevolkingsgroepen, in dit geval de ouderen, dan kan zelfs bij indexering van de uitkeringen hun koopkracht in het gedrang komen.

Of dit ook het geval is, werd nagegaan in een studie van de Nationale Bank van België². Deze onderzocht of een CPI specifiek voor de bevolking van 60 jaar en ouder zou afwijk-

-
1. Bij de pensioenberekening wordt dat loon geherwaardeerd voor het koopkrachtverlies en eventueel nog met een reële verhoging voor de loopbaan jaren 1955-1974 tijdens de periode 1997-2004. Vanaf 1997 wordt deze laatste herwaardering afgebouwd, in 2005 is ze volledig afgeschaft.
 2. Druant, M. (2003), "Een consumptieprijsindex voor de ouderen", NBB, Mimeo.

ken van de CPI voor de totale bevolking. Het uiteenlopen van de CPI's kan verklaard worden door verschillen inzake het consumptiepatroon, in combinatie met snellere of tragere prijsstijgingen dan de gemiddelde inflatie voor bepaalde productcategorieën. Uit de studie blijkt dat een voor de periode 1996-2002 geconstrueerde gezondheidsindex voor ouderen nauwelijks sneller zou zijn gestegen dan de gezondheidsindex voor de totale bevolking.

De verschillen inzake bestedingspatroon en het verloop van de levensduurte blijken binnen bevolkingscategorieën (binnen de groep van 65-plussers) veel groter dan tussen bevolkingscategorieën (vb. 65-plussers t.o.v. de werkenden). Een beleid gericht op koopkrachtvrijwaring voor de bejaarden is daarom best aan te vullen met meer selectieve instrumenten voor bepaalde specifieke doelgroepen.

Stijgende vervangingsratio's...

Vervangingsratio's¹ geven een indicatie van de mate waarin het pensioensysteem in staat is de levensstandaard van een werkende te behouden wanneer hij op pensioen gaat. Aangezien er enkel rekening wordt gehouden met het pensioeninkomen geven de vervangingsratio's echter geen volledig beeld van de algemene levensstandaard van gepensioneerden.

In 2002 zou de vervangingsratio 40 % zijn voor een basistypegeval, toch wat het brutoinkomen betreft. Vertaald in een nettovervangingsratio, loopt dat percentage op tot 66 %, te wijten aan een gunstig fiscaal regime voor gepensioneerden. Voor dit typegeval zou nog geen 10 % van het brutopensioen inkomen zijn uit de tweede pijler.

... door de bijdrage van de tweede pijler.

Over de projectieperiode 2002-2030 zou er een significante stijging van de vervangingsratio's plaatsvinden, enkel te wijten aan een toenemende bijdrage van de tweede pijler, die van minder dan 10 % in 2002 oploopt tot bijna 25 % van het brutopensioen in 2030.

De vervangingsratio van het wettelijk pensioen zal hoger zijn voor gerechtigden die slechter betaalde loopbanen gekend hebben dan het basistype (als gevolg van het gewaarborgd minimumpensioen). Typegevallen met een beter betaalde loopbaan zullen lagere vervangingsratio's van de eerste pensioenpijler hebben dan het basisgeval. Immers, naarmate het (laatst verdiende) loon van de gepensioneerde hoger is dan het loonplafond, zal dat een negatief effect hebben op de vervangingsratio van het wettelijk pensioen.

1. Zij worden berekend als de verhouding tussen het pensioeninkomen dat een theoretisch typegeval ontvangt tijdens het eerste jaar van zijn pensionering en zijn inkomen uit arbeid tijdens het laatste jaar dat hij gewerkt heeft. Het pensioeninkomen bestaat hier zowel uit het inkomen van de eerste als de tweede pensioenpijler (de derde pensioenpijler is hier niet opgenomen).

*DE BUDGETTAIRE EN SOCIALE
GEVOLGEN VAN DE VERGRIJZING*

I Inleiding

Het voorliggend rapport is het derde verslag dat de Studiecommissie voor de Vergrijzing (SCvV) overmaakt aan de Federale Regering, in het kader van de wet van 5 september 2001 tot waarborging van een voortdurende vermindering van de overheidsschuld en tot oprichting van een Zilverfonds¹.

In die wet werd aan de Studiecommissie voor de Vergrijzing (SCvV) de taak toevertrouwd de budgettaire en sociale gevolgen van de vergrijzing te onderzoeken. Daarbij doet de SCvV een beroep op de werkzaamheden en de secretariaatsondersteuning van het Federaal Planbureau (FPB). Met behulp van het langetermijnmodel MALTESE raamt het FPB de budgettaire kost van de vergrijzing op basis van de structurele parameters uitgaande van de bestaande wettelijke regelgeving.

Hoofdstuk II presenteert de *“Verkenning van de financiële evolutie van de sociale zekerheid 2003-2030”*. In dit hoofdstuk worden een aantal scenario's naar voren gebracht. In sectie A (p.47) wordt een bondig overzicht gegeven van de gehanteerde hypothesen. Daarbij wordt voor een uitgebreide verantwoording verwezen naar de voorgaande verslagen (april 2002 en mei 2003). Slechts drie centrale hypothesen worden uitgebreid in herinnering gebracht, nl. de ontwikkeling van de productiviteitstoename, de langetermijnwerkloosheidsgraad en het sociaal beleid. De twee scenario's die in deze sectie aan bod komen, verschillen slechts in één hypothese van elkaar, nl. wat betreft de 'loskoppeling' tussen reële loonevolutie en welvaartsaanpassing van de sociale uitkeringen. Het scenario van de Studiecommissie vond het aangewezen om bij de raming van een scenario - dat als basis zal dienen voor de uitstippeling van het budgettair beleid - voorzichtigheidshalve rekening te houden met een zekere welvaartsaanpassing van de sociale uitkeringen. Een nul-welvaartsaanpassing zoals in het tweede scenario - nochtans in overeenstemming met de historische trends en overeenkomstig de strikte toepassing van de wetgeving - acht de SCvV weinig waarschijnlijk, te meer daar in een verouderende samenleving met een stijgende levensverwachting, het electoraal gewicht van de gepensioneerden toeneemt. Op basis van bovenstaande hypothesen wordt de budgettaire kost van de vergrijzing op middellange en lange termijn geraamd.

Sectie B van hoofdstuk II (p.61) presenteert een aantal gevoeligheidsanalyses. Twee van die analyses werden uitgevoerd naar aanleiding van het bijkomend beleidsvoorbereidend studiewerk waarmee de SCvV werd belast in opdracht van de regering. De ministerraad heeft de Studiecommissie gevraagd bijzondere aandacht te besteden aan:

- de evolutie van de gezondheidskosten met een duidelijke beschrijving van de beleidsrelevante hypothesen, het simuleren van voldoende varianten die de uitda-

1. Belgisch Staatsblad van 14.09.2001.

ging goed kaderen en het onderzoeken van eventuele verschillen in ontwikkeling tussen België en zijn Europese partners;

- de effecten van de geringe participatie van ouderen aan de arbeidsmarkt, onder meer door een analyse van de uitstapleeftijd uit de arbeidsmarkt en een grondige studie over de gevolgen van een versterking van het beleid dat een effectieve verhoging van de uitstapleeftijd uit de arbeidsmarkt tot gevolg heeft.

Binnen de korte beschikbare tijdsspanne heeft de Studiecommissie geprobeerd een antwoord te formuleren op de door de regering gevraagde opdrachten. In de eerste plaats onderzoeken we de impact van een versterkt arbeidsmarktbeleid. In de tweede plaats staan we stil bij enkele varianten inzake de toekomstige evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg.

Aangezien langetermijnstudies gepaard gaan met grote onzekerheden achtte de Studiecommissie het interessant een bijkomende gevoeligheidsanalyse uit te voeren. De wet van 5 september 2001 maant de SCvV immers aan een voorzichtige groeihypothese te hanteren. Op dat voorzichtig productiviteitsscenario kan eveneens een variant gesimuleerd worden - waarbij een hogere productiviteitstoename verondersteld wordt - die past in de langetermijntendens van de Belgische economie.

In het kader van de groeiende bekommernis van de regering over de evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg en over de eindeloopbaanproblematiek, werden hieraan twee aparte hoofdstukken gewijd.

Hoofdstuk III, getiteld **“De overheidsuitgaven voor geneeskundige zorg”**, wordt onderverdeeld in vier delen. Ten eerste wordt een historisch overzicht geschetst van de totstandkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging samen met de belangrijkste maatregelen. Dit wordt aangevuld met de historische evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg. Daarna wordt getoond hoe die ontwikkelingen zich hebben vertaald in economische activiteit. Een tweede deel presenteert een situatieschets van de gezondheidszorg binnen een internationaal perspectief aan de hand van een aantal kerncijfers en indicatoren. Het derde deel kent eenzelfde benadering als in het historisch overzicht maar dan wel in een middellangetermijnperspectief. Het vierde deel is gewijd aan de evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg op lange termijn. Daarin wordt de gebruikte methodologie toegelicht en worden de verkregen resultaten voorgesteld. Evoluties per bedrijfstak zijn echter niet beschikbaar op lange termijn.

Hoofdstuk IV gaat meer in op het tweede actueel thema, nl. de eindeloopbaanproblematiek. In **“De activiteitsgraden bij de ouderen”** wordt, naast een opsomming van de beschikbare gegevens, een beschrijving gegeven van het recent beroepsgedrag van de oudere werknemers in België. Enerzijds wordt dat gedrag beschreven aan de hand van de verdeling van de bevolking tussen 50 en 64 jaar, geobserveerd in 2001, volgens leeftijdsgroepen van 5 jaar, geslacht en beroepsstatuut. Anderzijds wordt de evolutie van het sociaal-professioneel parcours van een generatie gevolgd om de aantrekkelijkheid van vervroegde uitstapregelingen uit de arbeidsmarkt te evalueren. Ten slotte wordt dat beroepsgedrag van oudere werknemers in België in een internationaal perspectief geplaatst aan de hand van enkele sleutelindicatoren.

De wet van 5 september 2001 belast de Studiecommissie niet enkel met het onderzoek naar de budgettaire gevolgen van de vergrijzing. Ook de sociale gevolgen verdienen aandacht. In hoofdstuk V **“De sociale houdbaarheid”** wordt aan de hand van monetaire en

niet-monetaire indicatoren het armoederisico bij bejaarden onderzocht. De overheid tracht dat armoederisico te bestrijden via bijstandsregelingen zoals de Inkomensgarantie voor ouderen (IGO), via gegarandeerde minimumpensioenen en via het minimumrecht per loopbaanjaar. In dit hoofdstuk wordt het profiel van de gerechtigden die op die regelingen een beroep doen, geschetst. Daarna wordt onderzocht of een consumptieprijsindex specifiek voor ouderen eventueel een betere koopkrachtvastheid zou kunnen garanderen. Ten slotte gaat dit hoofdstuk dieper in op de vervangingsratio's, die een indicatie zijn van de mate waarin het pensioensysteem de levensstandaard van een werkende kan behouden wanneer hij op pensioen gaat.

II Verkenning van de financiële evolutie van de sociale zekerheid 2003-2030: een evaluatie van de budgettaire kost van de vergrijzing

Zoals in de twee voorgaande verslagen, wil de SCvV nogmaals benadrukken dat de resultaten met de nodige voorzichtigheid dienen geïnterpreteerd te worden, gezien de grote onzekerheid en het langetermijnkarakter van de gesimuleerde vooruitzichten. De raming van de budgettaire kost van de vergrijzing, die de toename van de sociale uitgaven tussen twee tijdstippen in procent van het bbp weergeeft, wordt daarom beperkt tot het jaar 2030.

A. Overzicht van de basishypothesen

Tabel 3 geeft een bondig overzicht van de centrale basishypothesen.

Voor een uitgebreide verantwoording van de centrale hypothesen die worden gehanteerd, wordt verwezen naar het Jaarlijks Verslag van april 2002, p.36 en van mei 2003, p. 19.

TABEL 3 - Bondig overzicht van de basishypothesen: het scenario van de Studiecommissie en het scenario zonder welvaartsaanpassing

Demografisch scenario	2000	2030
Vruchtbaarheidsgraad	1,61	1,70
Levensverwachting bij de geboorte: mannen	75,06	80,96
Levensverwachting bij de geboorte: vrouwen	81,53	86,43
Migratiesaldo	18 445	17 358
Sociaal-economisch scenario (per geslacht en leeftijdsklasse, invloed van het verouderen van de opeenvolgende generaties)		
Scholingsgraad	gehandhaafd op het niveau van de recentste waarneming	
Potentiële activiteitsgraden: mannen	modellering die rekening houdt met cohorten en	
Potentiële activiteitsgraden: vrouwen	overgangsprobabiliteiten tussen	
Overstap uit de beroepsbevolking, naar: (invaliditeit, oudere werklozen, brugpensioen, pensioen)	sociaal-demografische categorieën, per geslacht en leeftijdsklasse	
Macro-economisch scenario (op lange termijn)		
Toename van productiviteit en jaarloon per tewerkgestelde	1,75 % per jaar	
Structurele werkloosheidsgraad ^a in 2030	7,5 %	
Werkgelegenheidsgraad ^b in 2030	68,2 %	
Sociaal-beleidsscenario (op lange termijn)		
Loongrens	1,25 % per jaar	
Minimumrecht per loopbaanjaar	1,25 % per jaar	
Perequatie van de overheidspensioenen	1,25 % per jaar	
Welvaartsaanpassing (algemene regeling)	scenario Studiecommissie: 0,5 % per jaar scenario zonder welvaartsaanpassing: 0,0 % per jaar	
Binding aan de welvaart van de forfaitaire bedragen	scenario Studiecommissie: 1 % per jaar scenario zonder welvaartsaanpassing: 0,5% per jaar	

a. Inclusief oudere niet-werkzoekende werklozen.

b. % van de bevolking op arbeidsleeftijd (15-64 jaar).

Twee centrale hypothesen m.b.t. de macro-economische projectie betreffen de ontwikkeling van de *productiviteitstoename* en de *structurele werkloosheidsgraad op lange termijn*. Beiden zijn gebaseerd op langetermijnevoluties uit het verleden. Tabel 4 presenteert de actualisatie van die langetermijntendensen. Een derde centrale hypothese betreft het sociaal beleid (zie p.51)

TABEL 4 - Jaarlijkse gemiddelde langetermijngroeivoeten in % voor het geheel van de Belgische economie

	Bbp	Werkgelegenheid	Productiviteit
1913 - 2002	2.16	0.25	1.91
1950 - 2002	2.97	0.44	2.52
1970 - 2002	2.36	0.34	2.01
1980 - 2002	1.95	0.40	1.55

De productiviteitstoename op lange termijn

Over een tijdsspanne van bijna een eeuw (1913-2002) werd de Belgische economie gekenmerkt door een toename van de productiviteit van 1,91 %¹. Gepaard gaande met een werkgelegenheidscreatie van jaarlijks gemiddeld 0,25 %, heeft dit geleid tot een economische groei van gemiddeld 2,16 %. Wordt enkel de laatste halve eeuw in beschouwing genomen, dan wordt een hogere productiviteitsstijging van 2,52 % vastgesteld, die - gecombineerd met een hogere arbeidscreatie - heeft geleid tot een sterkere gemiddelde groei van het bbp ten belope van 2,97 %. De gemiddelde productiviteitstoename van de laatste decennia ligt echter veel lager: 2,01 % en 1,55 % in de respectievelijke perioden 1970-2002 en 1980-2002.

De door de SCvV gehanteerde hypothese over de jaarlijkse gemiddelde productiviteitstoename bedraagt 1,75 % en situeert zich daarbij onder het historisch gemiddelde op lange termijn van ongeveer 2 %. Artikel 7 van de wet van 5 september 2001 tot waarborging van een voortdurende vermindering van de overheidsschuld en tot oprichting van een Zilverfonds, maant de SCvV echter aan tot voorzichtigheid in de raming van de trendgroei. Daarom vindt de SCvV 1,75 % een redelijke keuze.

De werkloosheidsgraad op lange termijn

Wat de gemiddelde langetermijnwerkloosheidsgraad van de voorbije halve eeuw betreft, noteren we dat die varieert van 7,28 % (1953-2000) van de beroepsbevolking tot 7,5 % (1953-2002), afhankelijk van het feit of de jaren 2001 en 2002 al dan niet mee opgenomen werden in de berekende periode. Die jaren werden immers gekenmerkt door een conjunctuurinzinking, met hoge werkloosheidsgraden.

In de vorige verslagen van de SCvV werd een structurele werkloosheidsgraad van 7,3 % van de beroepsbevolking gehanteerd. Gezien een iets hogere werkloosheidsgraad voortvloeit uit de actualisatie van het historisch gemiddelde, stelt de SCvV een structurele langetermijnwerkloosheidsgraad van 7,5 % van de beroepsbevolking voorop.

Die definitie van werkloosheid komt overeen met de werkzoekende uitkeringsgerechtigde volledig werklozen en met de verplicht² en vrijwillig³ ingeschreven niet-werkende werkzoekenden, volgens de officiële definitie van de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening en aangevuld met de oudere niet-werkzoekende werklozen. Een aantal categorieën die niet opgenomen zijn in die definitie, genieten eveneens een uitkering, zoals bvb. degenen die vrijgesteld zijn wegens sociale of familiale moeilijkheden, personen in voltijds tijdskrediet,...

De keuze voor een structurele langetermijnwerkloosheidsgraad van 7,5% is vrij arbitrair en kan eerder voluntaristisch lijken indien we ermee rekening houden dat dit percentage vandaag 14,2% bedraagt. Toch opteert de SCvV voor dit - in historisch perspectief haalbaar - percentage. Men mag immers niet uit het oog verliezen dat de huidige werkloosheidsgraad voor een deel conjunctureel bepaald is. Bovendien mag verwacht worden dat de werkloosheidsgraad structureel zal afnemen in een periode waarin de beroepsbevolking continu daalt met een mogelijke schaarste op de arbeidsmarkt tot gevolg. Maar een

1. In de periode 1913-2000 - waarnaar de vorige verslagen van de SCvV verwezen - bedroeg deze 1,96 %
2. Deze categorie omvat de niet uitkeringsgerechtigde jongeren tijdens de wachtperiode, de tijdelijk uitgesloten werklozen, de personen met OCMW-steun, de werklozen die vrijwillig afstand doen van uitkeringen.
3. Deze categorie omvat de niet werkende personen die geen recht hebben op werkloosheidsuitkeringen maar die zich vrijwillig inschrijven als werkzoekende.

actief werkgelegenheidsbeleid zal eveneens nodig zijn. Er dient immers nog een heel traject afgelegd te worden alvorens een werkloosheidsgraad van 7,5% bereikt zou kunnen worden.

Sinds een aantal jaren is het arbeidsmarktbeleid gericht op het stimuleren van de arbeidsparticipatie en op het verhogen van de werkgelegenheidsgraad. In dit kader werden recent door de regering maatregelen genomen:

- Een eerste belangrijke maatregel betreft de in 2002 ingevoerde strengere toegankelijkheid tot het statuut ‘niet-werkzoekende werkloze’. De instroom in het statuut van oudere werkloze, zoals die categorie ook wel genoemd wordt, wordt tussen juni 2002 en juni 2004 tragsgewijs verhoogd van 50 tot 58 jaar.
- Daarnaast werd een ganse reeks maatregelen genomen die erop gericht zijn de werkgelegenheid in de oudere leeftijdscategorieën te behouden of te stimuleren.¹
- Het beleid van lastenverminderingen werd nog aangevuld door de begroting 2004. Die bevat de integrale uitvoering van de resultaten van de Werkgelegenheidsconferentie van oktober 2003 en gaat voornamelijk uit van een beleid dat gericht is op (bijkomende) lastenverminderingen (zie bijlage 1 op p. 155). De verdere daling van de *wage wedge*, die de verhouding weergeeft tussen het totaal van de heffingen op loon en de loonkosten impliceert een daling van de structurele werkloosheidsgraad op lange termijn.
- De beslissingen van de Bijzondere Ministerraad van 16 en 17 januari 2004 te Gembloux, zouden een structurele daling van de werkloosheidsgraad in de hand moeten werken.
 - Zo werd o.m. beslist dat de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA) werklozen beter moet opvolgen. Wie aanhoudend weigert een opleiding te volgen of werk te zoeken, zal geleidelijk zijn werkloosheidsuitkering verliezen. Tegelijk wordt de bestaande regeling voor de schorsing van uitkeringen (artikel 80) afgeschaft. Door die beslissing tracht men het zoekgedrag van de werklozen te activeren.
 - Om de overgang van werkloosheid naar werk aantrekkelijker te maken, wordt de “werkbonus” gelanceerd. Daardoor zullen werknemers met een laag loon minder sociale bijdragen moeten betalen. Die regeling vervangt de huidige vermindering van de sociale bijdragen voor lage inkomens en het belastingkrediet. Dit laatste moest ervoor zorgen dat de lage inkomens, die niet van de

1. - Vanaf 45 jaar heeft iemand die ontslagen wordt, recht op outplacementbegeleiding door zijn/haar voormalige werkgever.
- De aanwerving van personen van 45 jaar of meer die minstens zes maanden werkzoekend zijn, gaat dan weer gepaard met een vermindering van werkgeversbijdragen voor de sociale zekerheid en met een activeeringsvergoeding door de RVA. In subregio's waar de jeugdwerkloosheid reeds zeer laag is, kan de aanwerving van personen van 45 jaar of meer die minstens één jaar werkzoekend zijn in aanmerking worden genomen voor de naleving van de verplichtingen inzake startbaanovereenkomsten.
- Vanaf 50 jaar kunnen werknemers een beroep doen op begeleiding door de ‘beroepsconsolidatiecel’ en op gesubsidieerde formules van individuele arbeidsduurvermindering (halftijds of één vijfde tijdskrediet; ‘landingsbanen’ in de non-profitsector), die gekoppeld kunnen worden aan veranderingen in de taakomschrijving (‘mentorschap’ van jongere werknemers)
- In de strijd tegen de bestaande werkloosheidsvallen bij 50-plussers wordt de vervroegde uittrekkers de mogelijkheid geboden een gedeelte van hun uitkering (de ‘anciënniteitstoeslag’) te behouden wanneer zij opnieuw aan de slag gaan. Bovendien wordt bij de berekening van hun pensioen het loon gekozen dat voor hen het gunstigste uitvalt.
- Voor personeel van 55 jaar of ouder kan de werkgever een beroep doen op een ‘Fonds ter bevordering van de kwaliteit van de arbeidsomstandigheden’.
- Bij de aanwerving van personen van 58 jaar of ouder wordt een bijkomende vermindering van werkgeversbijdragen in het vooruitzicht gesteld.
Uit Federaal Planbureau, “Economische Vooruitzichten 2002-2007”, april 2002, Hoofdstuk V, p. 49

belastinghervorming genieten, gecompenseerd worden. Voor de andere inkomens werd het effect pas voelbaar bij de fiscale afrekening, waardoor de stimulans om werk te zoeken niet zeer groot was.

- Naast het invoeren van de “werkbonus” wordt ook de “inkomensgarantie-uitkering (IGU)” hervormd. Door de IGU behoudt een werkzoekende die een deeltijdse job aanvaardt, bovenop het loon nog een deel van zijn uitkering. Echter, wie meer werkt, krijgt minder toeslag. Om te voorkomen dat de IGU een werkloosheidsval wordt, wordt de IGU omgezet in een toeslag per uur en wordt niet meer gewerkt met een vast bedrag per maand. Meer werken wordt daardoor lonend.

- Zowel het beleid van lastenverminderingen als de tendentiële daling van de *benefit ratio* van de werkloosheidsuitkeringen (de verhouding tussen de gemiddelde werkloosheidsuitkering en het gemiddelde loon) met een daling van het reservatieloon, leiden tot een daling van de structurele werkloosheidsgraad op lange termijn.

Bijkomende budgettaire marges zullen zich desgevallend sneller aandienen naarmate het vooropgesteld niveau van de werkloosheid vlugger wordt bereikt. Naast de financiering van de budgettaire kost van de vergrijzing zullen zulke marges wenselijk zijn om aan andere behoeften te voldoen of om aan andere politieke prioriteiten te beantwoorden.

In dit kader heeft de regering de SCvV belast met bijkomend beleidsvoorbereidend studiewerk, om te onderzoeken welke budgettaire impact kan verwacht worden van een hogere werkgelegenheidsgraad. Het resultaat van deze gevoeligheidsanalyse wordt besproken vanaf p.61.

De basishypothesen betreffende de ontwikkeling van de activiteitsgraden en de kans om in de verschillende sociaal-economische statuten terecht te komen, gaan uit van gelijkblijvende gedragingen en een ongewijzigde institutionele en wetgevende context. Evenwel blijven niet alle gedragingen van de individuen onveranderd. Er wordt daarom rekening gehouden met de geobserveerde trends (bv. een voortzetting van de toename van de vrouwelijke activiteitsgraad), de recente gedragswijzigingen (bv. een iets neerwaartse trend van de toetredingskans op brugpensioen bij mannen) en wijzigingen in de wetgeving die bepaalde toekomstige gedragingen beïnvloeden (bv. de invloed van de pensioenhervorming op het gedrag bij vrouwen). De langetermijnprojectie van die sociaal-economische gedragingen - gecombineerd met de hypothese betreffende de structurele werkloosheidsgraad op lange termijn - leidt tot een matige toename van de werkgelegenheidsgraad.

Het sociaal beleid op lange termijn

Naast de keuze voor een groeiscenario dat gebaseerd is op een productiviteitstoename van 1,75 % en een structurele werkloosheidsgraad op lange termijn van 7,5 %, opteert de SCvV ervoor om inzake de pensioenen en andere sociale uitkeringen rekening te houden met een jaarlijkse welvaartsaanpassing van 0,5 %.

Uit historische gegevens blijkt dat de jaarlijks toegekende welvaartsaanpassingen gemiddeld 1,75 % lager liggen dan de productiviteitstoename of de reële loonstijging. In de periode 1956-2002 stegen de lonen immers gemiddeld met 2,9 %, terwijl de gemiddelde welvaartsaanpassing 1,1 % bedroeg¹. In het door de SCvV gehanteerde groeiscenario van 1,75 % zou dit een gemiddelde nul-welvaartsaanpassing betekenen.

1. Zie ook Studiecommissie voor de Vergrijzing, Jaarlijks verslag, april 2002.

De SCvV acht het ontbreken van een welvaartsaanpassing weinig waarschijnlijk in een verouderende samenleving met een stijgende levensverwachting. Het electoraal gewicht van de bejaarden wordt immers belangrijker in de toekomst. De SCvV is dan ook van mening dat het aangewezen blijft om bij de raming van een scenario - dat als basis zal dienen voor de uitstippeling van het budgettair beleid - rekening te houden met een beperkte welvaartsaanpassing van de sociale uitkeringen. Daarom hanteert het scenario van de Studiecommissie - zoals de in voorgaande verslagen - de hypothese die aan de sociale uitkeringen jaarlijks een gemiddelde welvaartsaanpassing toekent van 0,5 %. Een welvaartsaanpassing werd tevens toegepast op de forfaitaire toelagen die daardoor een gemiddelde jaarlijkse welvaartsbinding zouden kennen van 1 %.

Om de impact van deze hypothese na te gaan, presenteren we ter vergelijking eveneens een scenario “zonder welvaartsaanpassing”.

De maatregelen betreffende de aanpassing van de uitkeringen aan de welvaart, beslist op de Bijzondere Ministerraad van 20 en 21 maart 2004 te Oostende, liggen in de lijn van de door de SCvV gehanteerde hypothese over de welvaartsaanpassing. Er zijn inderdaad gedeeltelijke welvaartsaanpassingen voorzien tot 2007, hoewel voor de periode die daarop volgt enkel een politieke intentie werd geuit en een overlegmechanisme werd voorzien.

De evolutie van de loongrens - de grens die in aanmerking wordt genomen bij de berekening van het rustpensioen in de werknemersregeling - is gebaseerd op de wet op de pensioenhervorming van 1996 die in een aanpassing van de loongrens voorziet op basis van de loonmarge, vastgesteld in het kader van de wet ter bevordering van de werkgelegenheid en ter vrijwaring van de concurrentiekracht. In een scenario waarin de lonen de productiviteitstoename van 1,75 % volgen, wordt de loongrens jaarlijks aangepast met 1,25 %, rekening houdend met een spontane loonstijging van 0,5 % te wijten aan een verschuiving naar meer gekwalificeerd personeel (de zogenaamde *wage drift*). Om de coherentie te bewaren met de loongrens van de andere vervangingsinkomens wordt een gelijkaardige hypothese gehanteerd.

B. Nieuwe resultaten

1. De macro-economische projectie

Voor de periode 2003-2008 is het macro-economisch scenario gebaseerd op de Economische Vooruitzichten 2003-2008 van oktober 2003, waarin de maatregelen van de Begroting 2004 werden ingevoerd.¹

1. “*Economic outlook 2003-2008 for November 2003*” in “*Short Term Update*”, Federaal Planbureau, December 2003

Tabel 5 presenteert de macro-economische projectie volgens het scenario van de Studiecommissie, waarvan de resultaten overeenstemmen met het scenario zonder welvaartsaanpassing.

TABEL 5 - Macro-economische projectie (2003-2030;%)
(volgens het scenario van april 2004 (1) en in verschil met de resultaten van mei 2003 (2))^a

	2003-2008		2009-2030		2003-2030	
	(1)	(1)-(2)	(1)	(1)-(2)	(1)	(1)-(2)
Werkgelegenheid ^b	0.7	0.0	0.1	0.0	0.3	0.0
Productiviteit en lonen ^a	1.5	-0.1	1.8	0.0	1.7	0.0
Bbp ^a	2.1	-0.1	1.9	0.0	1.9	0.0
Structurele werkloosheidsgraad ^c op L.T.				7.5		

a. Die cijfers over de periode 2003-2008 kunnen licht afwijken van de te verschijnen "Economische Vooruitzichten 2004-2009" van het Federaal Planbureau. Dat komt omdat enkele aanpassingen/actualisaties nog geïncorporeerd werden na het afronden van deze projecties.

b. Gemiddelde jaarlijkse groeivoet in reële termen

c. Inclusief oudere niet-werkzoekende werklozen.

Ten opzichte van de projecties van april 2003, valt er een lichte herziening van de productiviteit naar beneden te noteren in de periode 2003-2008, waardoor de gemiddelde economische groei uitkomt op 2,1 %. Op langere termijn (2009-2030) zou de jaarlijkse gemiddelde groei van het bbp - door een lichte werkgelegenheidscreatie en een productiviteitstoename van jaarlijks gemiddeld 1,75 % - 1,9 % bedragen.

Figuur 13 toont de evolutie van het bbp per inwoner en de productiviteitstoename in reële groeivoeten gedurende de periode 1960-2030. In het verleden zijn de conjuncturele schommelingen duidelijk te zien: de gouden jaren 60, de oliecrisis midden de jaren 70, de recessie in 1993, de economische heropleving in '94 en de lagere economische groei in '96, de uitschieters in '97 en vooral in 2000, om daarna een sterke conjunctuurinzing te krijgen met een bbp-groei per inwoner van 0,4 en 0,3 % in 2001 en 2002. In de eerstkomende jaren wordt een heropleving verwacht om in 2008 een bbp-groei per inwoner te bereiken van 1,9 %. Daarna impliceert het bereiken van een minimale structurele werkloosheidsgraad, een toename van de werkgelegenheid. Na 2015 krimpt de werkgelegenheid - ondanks een stijgende werkgelegenheidsgraad - omdat de bevolking op arbeidsleeftijd t.o.v. de totale bevolking afneemt.

De evolutie van het bbp per inwoner is afhankelijk van volgende parameters: de productiviteitstoename enerzijds en het aandeel van de werkgelegenheid t.o.v. de totale bevolking anderzijds, dat op zijn beurt bepaald wordt door de werkgelegenheidsgraad en het aandeel van de bevolking op arbeidsleeftijd in de totale bevolking.

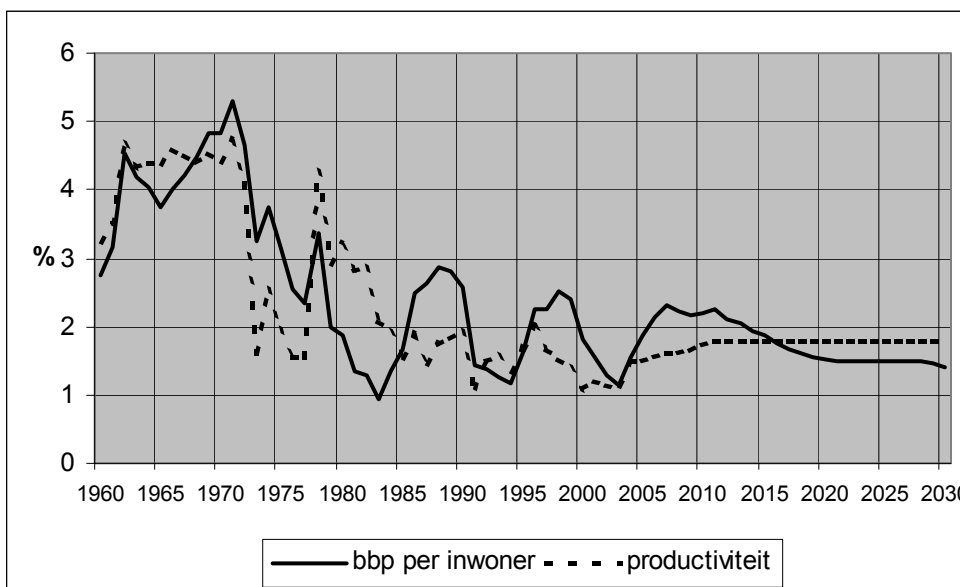
Zo worden de jaren 60 gekenmerkt door een productiviteitstoename die de groei van het bbp/inwoner iets overtreft als gevolg van een licht dalende werkgelegenheidsgraad enerzijds en een kleine afname van het aandeel van de bevolking op arbeidsleeftijd in de totale bevolking anderzijds.

Het einde van de jaren 70 tot het midden van de jaren 80 kenden eveneens een bbp-groei per inwoner die kleiner was dan de productiviteitstoename. Het effect van de toetreding van de naoorlogse babyboomgeneratie op de arbeidsmarkt deed het aandeel van de bevolking op arbeidsleeftijd stijgen, maar dit werd ruimschoots gecompenseerd door een sterke daling van de werkgelegenheidsgraad. In die periode werd immers een vervroegd

uittreden uit de arbeidsmarkt gestimuleerd om het hoofd te kunnen bieden aan de hoge werkloosheid.

In de tweede helft van de jaren 90 keert dit fenomeen zich om: ondanks het verminderend aandeel van de bevolking op arbeidsleeftijd, overtreft de bbp-groei per inwoner de productiviteitsstijging, dankzij een toenemende werkgelegenheidsgraad. Vanaf 2010 verlaat de babyboomgeneratie de arbeidsmarkt. De eerste jaren komt de bbp-groei per inwoner (1,9 % in 2008), naast de productiviteitstoename, vooral van de stijgende werkgelegenheidsgraad. Echter vanaf 2015 is die toename onvoldoende om het sterk dalend aandeel van de bevolking op arbeidsleeftijd te compenseren en duikt de bbp-groei per inwoner onder de productiviteitstoename. In 2030 bedraagt de bbp-groei per inwoner 1,4 %, terwijl de productiviteitstoename 1,75 % bedraagt.

FIGUUR 13 - Evolutie van het bbp per inwoner en de productiviteit
(vijfjaarlijks voortschrijdend gemiddelde - in reële groeivoeten)



2. De arbeidsmarkt

De raming van de situatie op de arbeidsmarkt is t.o.v. vorig verslag weinig gewijzigd. Tabel 6 toont de resultaten m.b.t. werkgelegenheidsgraad, de werkloosheidsgraad en de brugpensioeringsgraad.

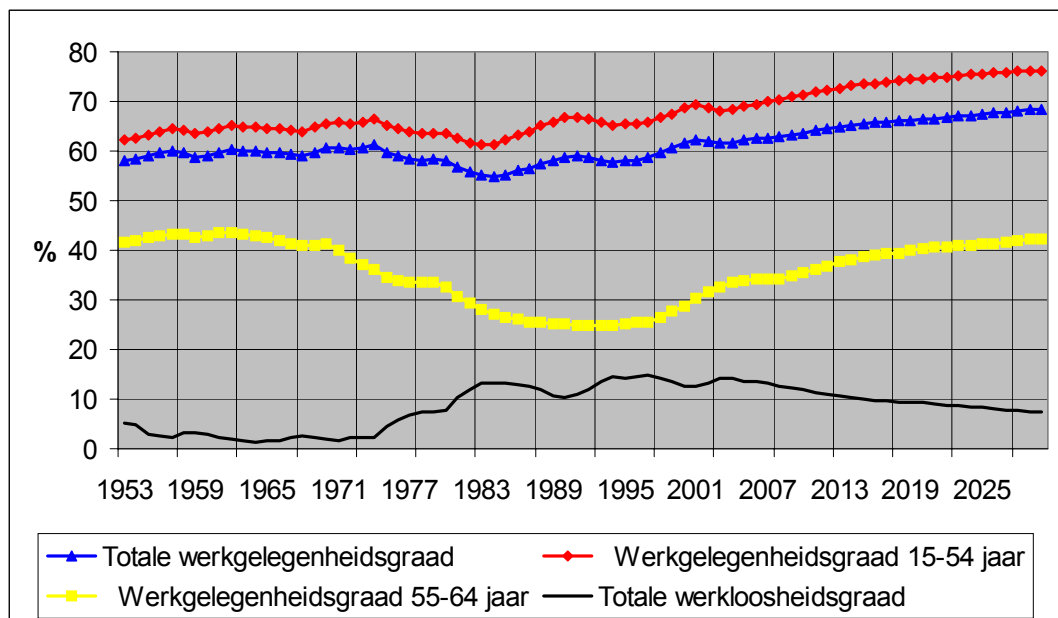
TABEL 6 - Werkgelegenheid, werkloosheid, brugpensioen
(volgens het scenario van april 2004 (1) en in verschil met de resultaten van mei 2003 (2))

	2003		2010		2030	
	(1)	(1)-(2)	(1)	(1)-(2)	(1)	(1)-(2)
Werkgelegenheidsgraad ^a (% bevolking 15-64)	61.5	-0.1	63.6	0.1	68.5	0.2
15-54 jaar	68.1	-0.1	71.4	0.1	76.1	-0.1
55-64 jaar	32.6	-0.1	35.3	0.5	42.4	1.6
Vrouwen	53.0	-0.2	57.0	0.0	63.9	-0.2
Mannen	69.8	-0.1	70.2	0.3	73.0	0.7
Totale werkloosheidsgraad ^a (% overeenkomstige beroepsbevolking)	14.2	0.2	11.8	0.0	7.5	0.2
Brugpensioneringsgraad (% potentiële beroepsbevolking)	9.5	0.0	8.7	-0.8	9.6	2.4

a. Gebaseerd op administratieve gegevens. Andere bronnen, zoals de "Enquête naar de beroepsbevolking" geven andere werkgelegenheidsgraden. Zo zou volgens die bron de werkgelegenheidsgraad van 55- tot 64-jarigen 27,6 % bedragen in 2003, tegenover 32,6 % volgens de administratieve gegevens.

Figuur 14 toont de evolutie van de werkloosheidsgraad en de werkgelegenheidsgraden.

FIGUUR 14 - Evolutie van de werkloosheidsgraad (in % van de beroepsbevolking) en van de werkgelegenheidsgraden (in % van de overeenkomstige bevolking)



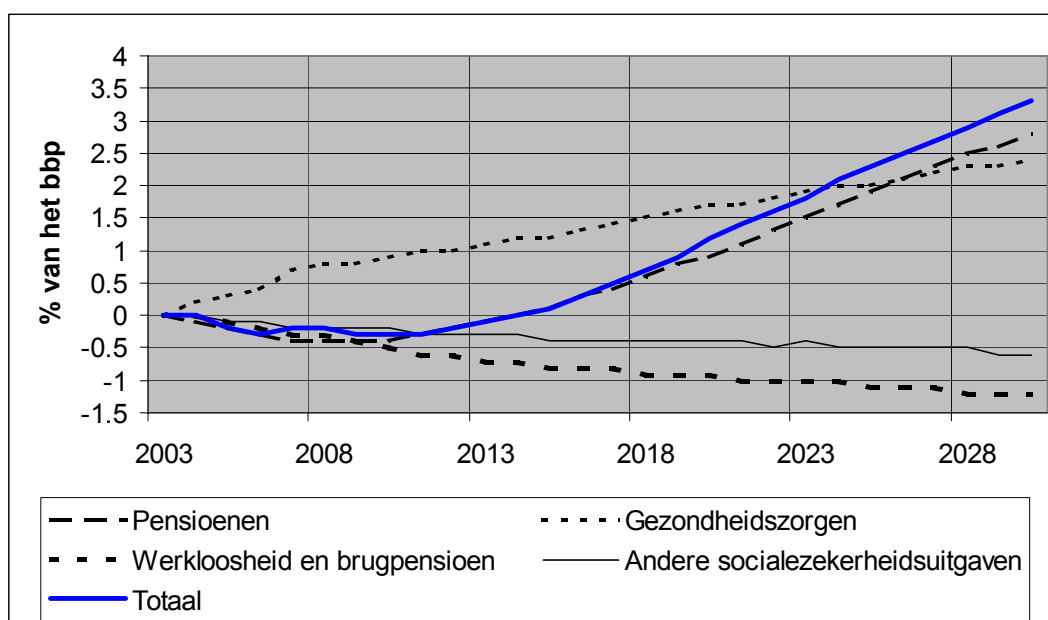
3. De budgettaire kost van de vergrijzing

Gedurende het huidige decennium daalt de totale budgettaire kost van de vergrijzing nog. De aanzienlijke toename van de uitgaven voor gezondheidszorg, wordt nog gecompenseerd door de daling in de uitgaven voor pensioenen, in de werkloosheid en in de andere socialezekerheidsuitgaven. Na 2010 begint de budgettaire kost van de vergrijzing aan een klim als gevolg van de verdere toename van de uitgaven in gezondheidszorg en de sterke stijging van de pensioenlast (zie figuur 15).

In de volgende secties worden de verschillende componenten van de budgettaire kost van de vergrijzing ontleed op middellange en lange termijn en worden zij ook gesplitst per entiteit.

FIGUUR 15 - De budgettaire kost van de vergrijzing

(in % van het bbp met als basis 2003 - scenario van de SCvV)



a. Op middellange termijn

Tabel 7 vergelijkt de verschillende componenten van de budgettaire kost van de vergrijzing tussen 2003 en 2008, in % van het bbp, tussen het scenario van de Studiecommissie van april 2004 (gebaseerd op de *Economische Vooruitzichten 2003-2008* van oktober

2003, aangepast met de begrotingsmaatregelen 2004) en dat van mei 2003 (gebaseerd op de *Economische Vooruitzichten 2003-2008* van april 2003).

TABEL 7 - De budgettaire kost van de vergrijzing op middellange termijn
(in % van het bbp volgens het scenario van de SCvV en in verschil met het scenario van mei 2003)

	Scenario van de Studiecommissie							Verschil met de resultaten van mei 2003						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2003-2008	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2003-2008
Pensioenen ^a	9.2	9.2	9.1	9.0	8.9	8.8	8.8	-0.4	0.1	-0.0	-0.0	-0.1	-0.0	0.1
Gezondheidszorg ^b	6.6	6.9	7.1	7.2	7.3	7.6	7.7	0.8	0.1	0.1	0.2	0.2	0.0	0.5
Arbeidson- geschiktheid	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	0.0	0.0	-0.0	-0.0	-0.0	-0.0	-0.0
Werkloosheid	2.2	2.3	2.3	2.2	2.1	2.1	2.0	-0.3	0.0	-0.0	-0.0	-0.0	-0.0	-0.0
Brugpensioen	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	-0.0	0.0	-0.0	-0.0	-0.0	0.0	0.0
Kinderbijslag	1.8	1.7	1.7	1.6	1.6	1.5	1.5	-0.2	0.1	-0.0	-0.1	-0.0	0.0	0.0
Andere sociale-zeker- heidsuitgaven ^c	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	0.0	-0.0	-0.0	-0.0	0.0	0.0	-0.0
Totaal	22.9	23.4	23.4	23.2	23.1	23.2	23.2	-0.2	0.3	0.0	0.1	0.1	0.1	0.5
p.m. personeelsuitgaven onderwijs	4.4	4.4	4.4	4.3	4.2	4.2	4.1	-0.3	0.0	-0.0	-0.0	-0.0	0.0	0.1

- a. Inclusief pensioenen van de overheidsbedrijven die verbonden zijn aan de openbare uitgaven (raming) en inkomensgarantie voor ouderen.
- b. Overheidsuitgaven voor gezondheidszorg. Deze bevatten de uitgaven van de sociale zekerheid m.b.t. de geneeskundige verzorging (regeling van werknemers en zelfstandigen (inclusief de kleine risico's vanaf 2006), DOSZ en andere regelingen), bepaalde uitgaven van de federale overheid (voornamelijk de tussenkomst in de ligdagprijzen in de ziekenhuizen die vanaf 2004 overgeheveld zijn naar sociale zekerheid, van de gewesten (sociale voorzieningen aan gehandicapten) en van de lokale overheden (medische prestaties van OCMW's aan behoeftigen inclusief verblijfskosten in bejaardentehuizen).
- c. Voornamelijk arbeidsongevallen, beroepsziekten, bestaanszekerheid, Vlaamse Zorgverzekering.

Voor de periode **2003-2008** zou de budgettaire kost van de vergrijzing nog dalen met 0,2 % van het bbp. Die daling situeert zich voornamelijk in de tak pensioenen. De *pensioenuitgaven* dalen omwille van een vertraging van de intredes van nieuwgepensioneerden: de oorlogsgeneratie - die veel kleiner is in omvang - bereikt de pensioenleeftijd en de pensioenhervorming verschuift daarenboven de intrede van de vrouw in het rustpensioen tot 64 jaar in 2008. Deze daling compenseert ruimschoots de overname van de pensioenen van Belgacom, die vanaf 2004 door de federale overheid worden beheerd.

Andere vertragingen in de sociale uitgaven worden verwacht: door de herneming van de economische activiteit zouden de *werkloosheidsuitgaven* in bbp-termen afnemen met 0,3 % en door de demografische evolutie zouden de uitgaven voor *kinderbijslag* met 0,2 % van het bbp terugschroefd worden.

De uitgaven voor gezondheidszorg stijgen tussen 2003 en 2008 met 0,8 % van het bbp. Dat is 0,5 procentpunt hoger dan in vorige ramingen en verklaart volledig het verschil van de totale budgettaire kost van de vergrijzing tussen 2003 en 2008 t.o.v. vorige ramingen. Het vooropgestelde groeipad tot 2007 van 4,5 % voor de uitgaven van de gezondheidszorg en de opname (vanaf 2006) van de kleine risico's in de verplichte ziekteverzekering van de zelfstandigen (gefinancierd door de overdracht van de overeenstemmende bijdragen) brengen een jaarlijkse gemiddelde stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg van 5,1 % met zich mee, in een periode waarin de economische groei gemiddeld 2,1 % bedraagt. In de periode 2008-2030 valt de groei in de uitgaven voor gezondheidszorg terug op 2,8 % terwijl het bbp toeneemt met gemiddeld 1,9 % (voor de gedetailleerde resultaten: zie hoofdstuk III, p.115).

In de vorige ramingen noteerden we voor dezelfde periode 2003-2008 nog een vermindering van de sociale uitgaven met 0,7 % van het bbp, terwijl de nieuwe ramingen - 0,2 % van het bbp noteren, wat dus nagenoeg volledig toegewezen wordt aan de gezondheidszorg.

Nemen we - zoals in het vorige jaarverslag 2002 als basis - dan zou de budgettaire kost van de vergrijzing afgerond 0,3 % van het bbp bedragen (+ 0,5 % van het bbp tussen 2002 en 2003 en - 0,2 % van het bbp tussen 2003 en 2008) terwijl in vorig verslag nog een daling genoteerd werd van 0,2 % van het bbp (+ 0,5 % van het bbp tussen 2002 en 2003 en - 0,7 % tussen 2003 en 2008). De toename van 0,5 procentpunt tussen 2002 en 2003 ligt voor 0,3 procentpunt bij de gezondheidszorg (zie bijlage 2 p. 157), 0,1 procentpunt bij de werkloosheidsuitgaven en 0,1 procentpunt bij de andere socialezekerheidsuitgaven, zowel in de huidige als de vorige ramingen.

De SCvV heeft in haar vorige verslagen opgemerkt dat de daling van het gewicht van de sociale uitgaven in bbp-termen op middellange termijn aangewend zou kunnen worden voor een versnelde afbouw van de overheidsschuld. In twee jaar tijd echter werd de SCvV in haar ramingen geconfronteerd met, enerzijds, de conjuncturele neergang en, anderzijds, de extra-uitgaven in de gezondheidszorg wat heeft geleid tot een ommekeer in de resultaten op middellange termijn. De spontane afbouw van de overheidsschuld zou daardoor aan een veel trager ritme gebeuren, dan was vooropgesteld in het eerste verslag (april 2002).

b. Op lange termijn

In tabel 8 wordt de budgettaire kost van de vergrijzing op lange termijn gepresenteerd volgens het scenario van de Studiecommissie en in verschil met de resultaten van mei 2003. Bovendien wordt het scenario zonder welvaartsaanpassing getoond, alsook het verschil met de resultaten van de Studiecommissie.

TABEL 8 - De budgettaire kost van de vergrijzing op lange termijn
(in % van het bbp - volgens het scenario van de SCvV en het scenario zonder welvaartsaanpassing)

	Scenario van de Studiecommissie				Verschil met de resultaten van mei 2003		
	2003	2010	2030	2003-2030	2003-2010	2010-2030	2003-2030
Pensioenen ^a	9.2	8.8	12.0	2.8	0.0	0.2	0.2
Gezondheidszorg ^b	6.9	7.8	9.3	2.4	0.5	0.0	0.5
Arbeids- geschiktheid	1.3	1.3	1.3	-0.0	-0.0	0.0	0.0
Werkloosheid	2.3	1.8	1.1	-1.2	-0.1	0.1	-0.0
Brugpensioen	0.4	0.4	0.4	-0.1	0.0	0.0	-0.1
Kinderbijslag	1.7	1.4	1.2	-0.5	0.0	0.0	0.0
Andere sociale uitgaven ^c	1.5	1.5	1.4	-0.1	0.0	0.0	0.0
Totaal	23.4	23.1	26.7	3.4	0.5	0.2	0.7
p.m. personeelsuitgaven onderwijs	4.4	4.0	3.8	-0.7	0.0	0.0	0.0
	Scenario zonder welvaartsaanpassing				Verschil met de Studiecommissie		
	2003	2010	2030	2003-2030	2003-2010	2010-2030	2003-2030
Pensioenen	9.2	8.7	11.6	2.4	-0.1	-0.4	-0.4
Gezondheidszorg	6.9	7.8	9.3	2.4	-0.0	-0.0	-0.0
Arbeids- geschiktheid	1.3	1.3	1.2	-0.0	-0.0	-0.0	-0.0
Werkloosheid	2.3	1.8	1.1	-1.2	-0.0	-0.0	-0.0
Brugpensioen	0.4	0.4	0.4	-0.1	-0.0	-0.0	-0.0
Kinderbijslag	1.7	1.4	1.1	-0.6	-0.0	-0.1	-0.1
Andere sociale uitgaven	1.5	1.5	1.4	-0.1	-0.0	-0.0	-0.0
Totaal	23.4	23.0	26.1	2.8	-0.1	-0.5	-0.6
p.m. personeelsuitgaven onderwijs	4.4	4.0	3.8	-0.7	-0.0	0.0	0.0

a. Inclusief pensioenen van de overheidsbedrijven die verbonden zijn aan de openbare uitgaven (raming) en inkomensgarantie voor ouderen.

b. Overheidsuitgaven voor gezondheidszorg.

c. Voornamelijk arbeidsongevallen, beroepsziekten, bestaanszekerheid, Vlaamse Zorgverzekering.

Volgens het scenario van de SCvV zou de budgettaire kost van de vergrijzing tussen 2003 en 2030 3,4 % van het bbp bedragen. Nemen we, zoals in het vorig verslag 2002 als basis, dan zou de budgettaire kost oplopen tot 3,8 % van het bbp. Vorig jaar bedroeg voor dezelfde periode 2002-2030 de budgettaire kost van de vergrijzing 3,1 % van het bbp. Het verschil ten belope van 0,7 procentpunt situeert zich voor 0,5 procentpunt in de middellange termijn (zie p. 56) en voor 0,2 procentpunt bij de pensioenen tussen 2010 en 2030 te wijten aan verschillende factoren: de verhoging van de loongrens in 2003 die hoger was dan verwacht, de effecten van de overname in 2003 van de pensioenen van Belgacom en technische factoren.

Volgens het scenario zonder welvaartsaanpassing zou de budgettaire kost van de vergrijzing tussen 2003 en 2030 'slechts' oplopen tot 2,8 % van het bbp. Het niet-toekennen van een jaarlijkse gemiddelde welvaartsaanpassing van 0,5 % verlicht de budgettaire kost van de vergrijzing met 0,6 procentpunt.

c. per entiteit

Tabel 9 splitst de budgettaire kost van de vergrijzing op tussen entiteit I (federale overheid en sociale zekerheid) en entiteit II (gemeenschappen en gewesten en lokale overheden). Zowel het scenario van de Studiecommissie als het scenario zonder welvaartsaanpassing zijn hier gepresenteerd.

Entiteit I ondergaat het grootste deel van de budgettaire kost van de veroudering, ten belope van 2,9 % van het bbp tussen 2003 en 2030 volgens het scenario van de Studiecommissie (2,4 % volgens het scenario zonder welvaartsaanpassing). Bij entiteit II noteren we een kost van 0,5 % van het bbp (0,4 % volgens het scenario zonder welvaartsaanpassing) over de periode 2003-2030.

Voor de exacte definitie van de verschillende componenten van de budgettaire kost van de vergrijzing in de twee entiteiten wordt verwezen naar het Jaarlijks Verslag van mei 2003, p. 28 tot p. 30.

TABEL 9 - Budgettaire kost van de vergrijzing per entiteit
(volgens het scenario van de SCvV en volgens het scenario zonder welvaartsaanpassing - in % van het bbp)

	Entiteit I							
	Scenario van de Studiecommissie				Scenario zonder welvaartsaanpassing			
	2003	2010	2030	2003-2030	2003	2010	2030	2003-2030
Pensioenen	7.7	7.4	10.0	2.3	7.7	7.4	9.6	1.9
Gzondheidszorg	6.2	7.0	8.6	2.4	6.2	7.0	8.6	2.4
Arbeidson- geschiktheid	1.3	1.3	1.3	-0.0	1.3	1.3	1.2	-0.0
Werkloosheid	2.3	1.8	1.1	-1.2	2.3	1.8	1.1	-1.2
Brugpensioen	0.4	0.4	0.4	-0.1	0.4	0.4	0.4	-0.1
Kinderbijslag	1.6	1.3	1.1	-0.5	1.6	1.3	1.0	-0.6
Andere sociale uitgaven	1.2	1.2	1.2	-0.0	1.2	1.2	1.2	-0.0
Totaal	20.7	20.5	23.7	2.9	20.7	20.4	23.1	2.4
p.m. personeelsuitgaven onderwijs	0.0	0.0	0.0	-0.0	0.0	0.0	0.0	-0.0
	Entiteit II							
	Scenario van de Studiecommissie				Scenario zonder welvaartsaanpassing			
	2003	2010	2030	2003-2030	2003	2010	2030	2003-2030
Overheidspensioenen	1.5	1.4	2.0	0.5	1.5	1.4	2.0	0.5
- waarvan ten laste van entiteit I	1.1	1.0	1.4	0.3	1.1	1.0	1.4	0.3
Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening	0.7	0.7	0.7	0.0	0.7	0.7	0.7	0.0
Vlaamse zorgverzekering	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0
Kinderbijslag	0.1	0.1	0.1	-0.0	0.1	0.1	0.1	-0.1
Andere sociale uitgaven	0.2	0.3	0.2	-0.1	0.2	0.3	0.2	-0.1
Totaal	2.6	2.6	3.1	0.5	2.6	2.6	3.1	0.4
p.m. personeelsuitgaven onderwijs	4.4	4.0	3.7	-0.7	4.4	4.0	3.7	-0.7

C. Gevoeligheidsanalyses

1. Een hogere werkgelegenheidsgraad

In het kader van een louter technische variant werd een scenario ter bevordering van de werkgelegenheid gesimuleerd dat hoofdzakelijk gericht was op personen tussen 50 en 64 jaar. Dat scenario heeft geenszins tot doel maatregelen vast te stellen om de werkgelegenheid bij ouderen te bevorderen. Het beoogt daarentegen de macro-economische en budgettaire gevolgen van een gunstigere evolutie van die werkgelegenheid te evalueren binnen een samenhangend methodologisch kader. Het scenario gaat uit van een verhoging van de activiteitsgraad die overeenstemt met de toename van de brugpensioenen in het scenario van de Studiecommissie en van een daling van de structurele werkloosheidsgraad op lange termijn met ongeveer 20 % t.o.v. het scenario van de Studiecommissie.

Die simulatie is een technische illustratie van de invloed van een hogere werkgelegenheidsgraad en een lagere werkloosheidsgraad op de macro-economische evolutie en de budgettaire kost van de vergrijzing. Het gaat hier dus niet over een projectie die de impact van een concrete maatregel meet. Bovendien werd een wijziging van die graden pas doorgevoerd rond het einde van dit decennium, dit om enkel aan de interne logica van het model te beantwoorden en de langetermijneffecten te benadrukken.

a. Sociaal-economische impact

In tabel 10 worden de voornaamste sociaal-economische gevolgen voorgesteld ten opzichte van het scenario van de Studiecommissie.

TABEL 10 - Sociaal-economische weerslag van een verhoging van de werkgelegenheidsgraad
(in verschillen t.o.v. het scenario van de SCvV)

	2010	2020	2030
Niveau in duizendtallen			
Potentiële beroepsbevolking: werkgelegenheid	+33.8	+172.4	+164.9
waarvan werkgelegenheid bij de 50-64-jarigen	+43.6	+218.8	+199.3
Potentiële beroepsbevolking: overige ^a	-34.4	-196.4	-193.6
waarvan de 50-64-jarigen	-44.1	-242.8	-228.1
Potentiële beroepsbevolking: totaal	-0.6	-24.0	-28.8
Gepensioneerde bevolking	+1.0	+39.7	+47.3
Graad in %			
Werkgelegenheidsgraad ^b	+0.5	+2.5	+2.5
waarvan werkgelegenheidsgraad van de 50-64-jarigen	+2.1	+9.9	+9.8
waarvan werkgelegenheidsgraad van de 55-64-jarigen	+2.6	+12.5	+12.8
Werkloosheidsgraad (met ingebrip van de oudere werklozen) ^c	-0.1	-1.5	-1.4
waarvan werkloosheidsgraad van de 50-64-jarigen	-1.4	-9.0	-8.2
Potentiële activiteitsgraad ^d	-0.0	-0.4	-0.4

a. werkloosheid (met inbegrip van oudere werklozen), brugpensioen, voltijdse loopbaanonderbreking

b. in % van de bevolking tussen 15 en 64 jaar

c. in % van de beroepsbevolking (werkgelegenheid en werkloosheid - met inbegrip van de oudere werklozen)

d. in % van de bevolking tussen 15 en 64 jaar

Tegen 2030 is de werkgelegenheidscreatie bijna uitsluitend gericht op de 50- tot 64-jarigen (bijna 200 000 nieuwe arbeidsplaatsen). De algemene werkgelegenheidsgraad stijgt met 2,5 procentpunt ten opzichte van het scenario van de Studiecommissie; die van de oudere werknemers met bijna 10 procentpunt.

Er doet zich echter een substitutie-effect voor tussen de hogere werkgelegenheid bij de ouderen en de overige werkgelegenheid: in 2030 gaat de creatie van ongeveer 200 000 arbeidsplaatsen voor de ouderen gepaard met een verlies van 35 000 arbeidsplaatsen bij de jongeren.

Die werkgelegenheidscreatie is het gevolg van een daling van de werkloosheid en het afremmen van de vervroegde uittredingstelsels, zoals het specifieke werkloosheidsstelsel voor ouderen en het brugpensioen (-194 000 mensen in 2030). De werkloosheidsgraad (met inbegrip van de oudere werklozen) daalt in 2030 met 1,4 procentpunt ten opzichte van het scenario van de Studiecommissie, terwijl die van de werklozen tussen 50 en 64 jaar met 8 procentpunt afneemt.

Bovendien leidt de stijging van de werkgelegenheidsgraad van de ouderen tot een toename van het aantal gepensioneerden. Het vervroegd pensioen is immers een aantrekkelijk systeem voor de werknemers tussen 60 en 64 jaar om uit de arbeidsmarkt te stappen.

Het is ook interessant om de werkgelegenheidsgraden uit deze variant te vergelijken met de Europese doelstellingen (tabel 11).

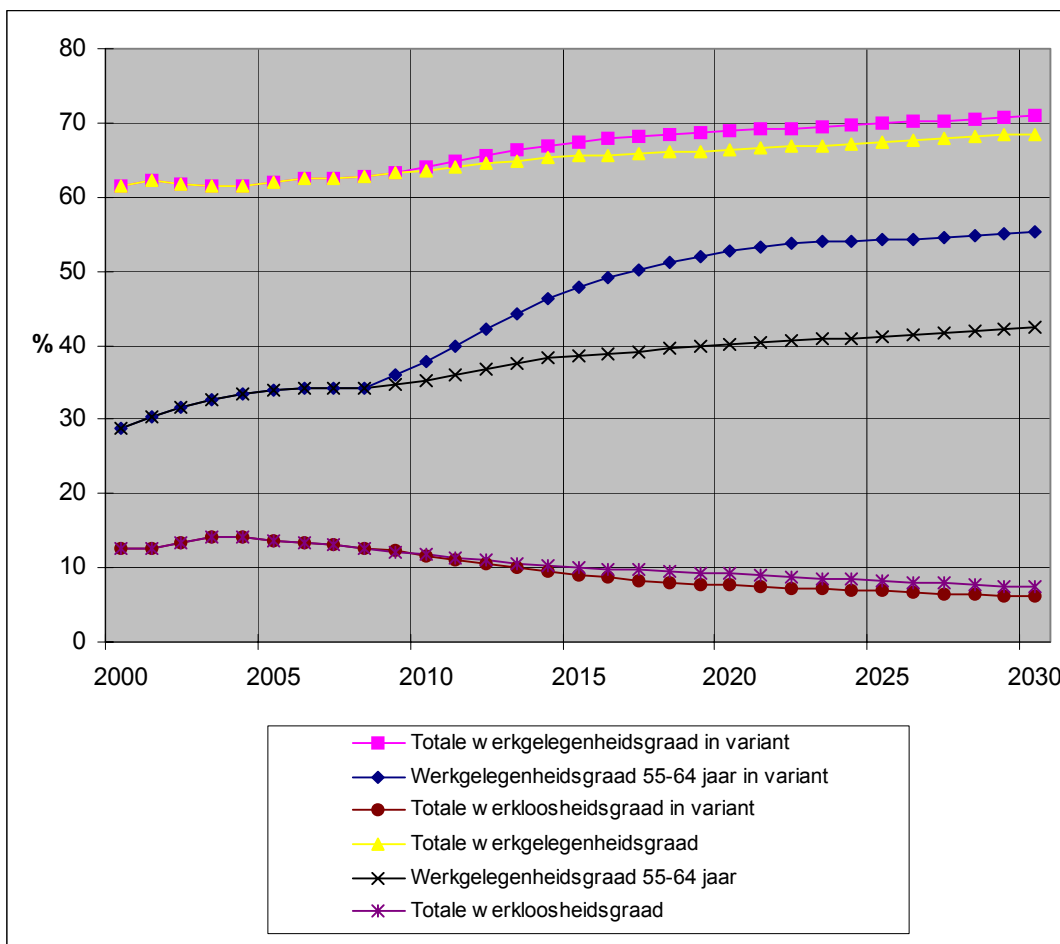
TABEL 11 - Niveaus van de werkgelegenheidsgraad: waarnemingen in 2002, Europese doelstellingen tegen 2010 en projectie volgens de variant met een versterkt arbeidsmarktbeleid

in %	2002 geobserveerd	2010	2020	2030
Herhaling: Europese doelstellingen				
Werkgelegenheidsgraad		70.0		
Vrouwelijke werkgelegenheidsgraad		60.0		
Werkgelegenheidsgraad van de 55-64-jarigen		50.0		
Werkgelegenheidsgraad	61.8	64.1	68.9	71.0
waarvan vrouwelijke werkgelegenheidsgraad	53.2	57.2	62.7	65.8
waarvan werkgelegenheidsgraad van de 55-64-jarigen	31.7	37.9	52.7	55.2
waarvan werkgelegenheidsgraad van de 50-64-jarigen	43.8	49.2	61.1	63.3

In België zou de vrouwelijke werkgelegenheidsgraad 60 % bedragen in 2014, terwijl de algemene werkgelegenheidsgraad pas in 2026 zijn nagestreefde doel (70 %) zou halen. De werkgelegenheidsgraad van de 55- tot 64-jarigen zou reeds in 2017 zijn doelstelling (50 %) bereiken, wat neerkomt op een aanzienlijke stijging met 18 procentpunt ten opzichte van 2002.

Figuur 16 toont de verandering in de werkgelegenheids- en werkloosheidsgraad in vergelijking met het scenario van de Studiecommissie.

FIGUUR 16 - Evolutie van de werkloosheidsgraad (in % van de beroepsbevolking) en van de werkgelegenheidsgraden (in % van de overeenkomstige bevolking)
 (volgens het scenario van de SCvV en volgens het scenario met een versterkt arbeidsmarktbeleid)



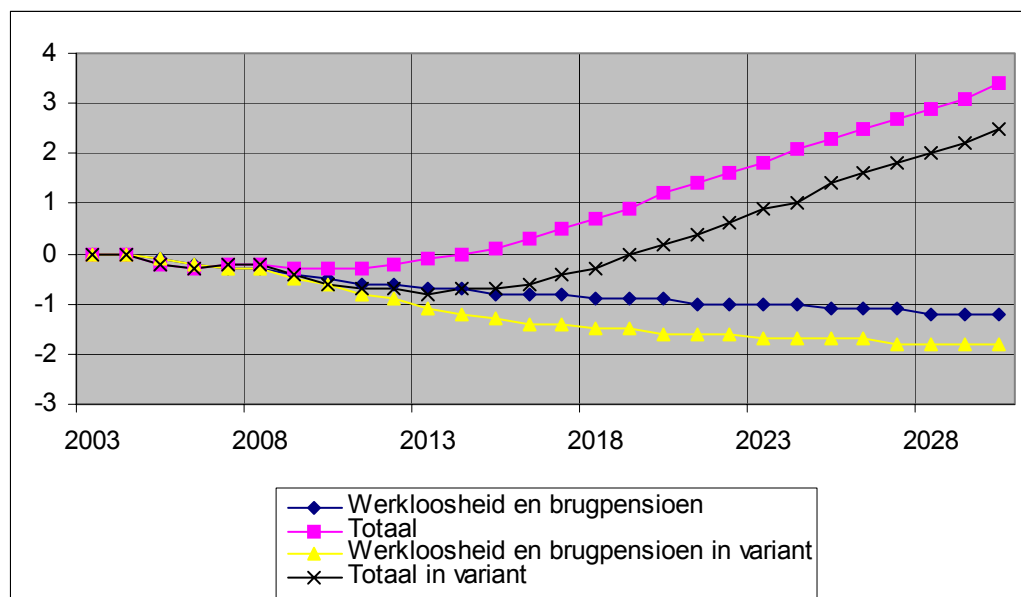
b. Weerslag op de budgettaire kost van de vergrijzing

De toename van de werkgelegenheidsgraad heeft uiteraard gevolgen voor de budgettaire kost van de vergrijzing. De sociale uitgaven dalen van 3,4 % van het bbp in het scenario van de Studiecommissie tot 2,5 % in 2030 (of -0,9 procentpunt). Deze daling situeert zich voor 0,6 procentpunt in de takken werkloosheid en brugpensioen en 0,2 procentpunt bij de uitgaven voor pensioenen (waarvan respectievelijk 0,1 en 0,2 procentpunt te wijten aan een betere economische groei). De toename van het aantal gepensioneerden wordt gecompenseerd door een lager gemiddeld pensioenbedrag veroorzaakt door de kortere loopbaanduur: wie werkt, zal immers vroeger zijn pensioen opnemen dan wie zich in de inactiviteit bevindt. Het groter economisch draagvlak verklaart 0,5 procentpunt van de totale daling van de budgettaire kost van 0,9 procentpunt.

Figuur 17 toont de impact van een versterkt werkgelegenheidsbeleid op de budgettaire kost van de vergrijzing.

FIGUUR 17 - De budgettaire kost van de vergrijzing

(in % van het bbp met als basis 2003, volgens het scenario van de Studiecommissie en volgens het scenario met een versterkt arbeidsmarktbeleid)

**c. Impact op de uitstapleeftijd uit de arbeidsmarkt**

De geringe activiteitsgraad van de ouderen in België weerspiegelt zich in de gemiddelde uitstapleeftijd uit de arbeidsmarkt. Die uitstapleeftijd van de beroepsbevolking bedroeg slechts 58 jaar in 2002¹ en zou - hoofdzakelijk als gevolg van de structurele groei van de vrouwelijke activiteit - met iets meer dan 2 jaar stijgen om, tegen 2030, 60 jaar te overschrijden in het scenario van het Studiecommissie.

Het gekozen scenario met een gunstigere evolutie van de werkgelegenheid heeft een positieve impact op de gemiddelde uitstapleeftijd van de beroepsbevolking : t.o.v. het scenario van de Studiecommissie zou tegen 2030 die leeftijd met ongeveer één jaar worden opgetrokken en 61 jaar bedragen.

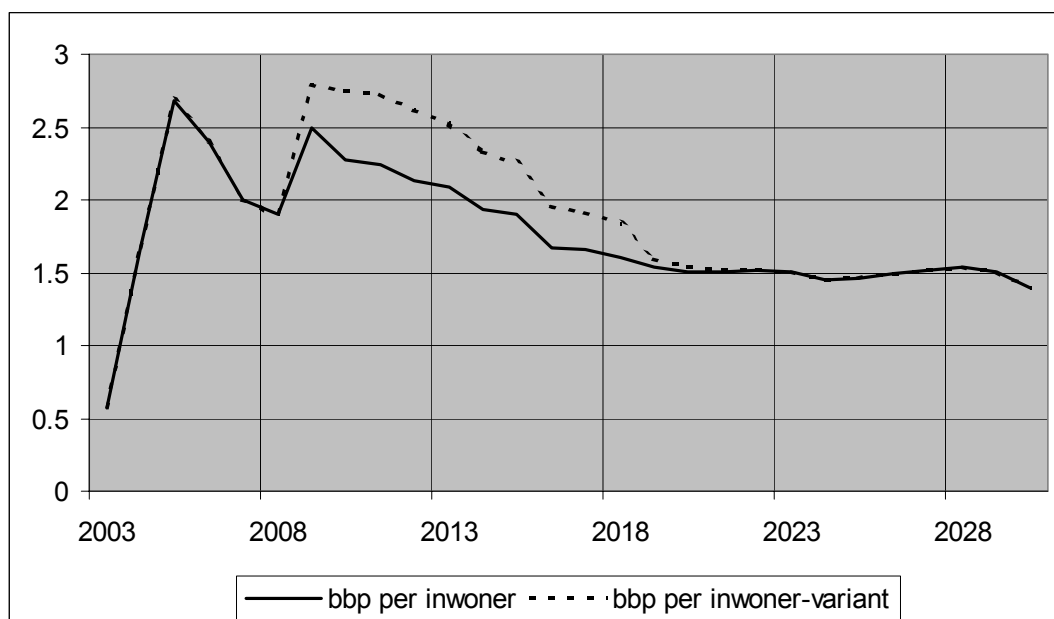
d. Impact op de gemiddelde levensstandaard

Het versterkt arbeidsmarktbeleid heeft uiteraard een impact op de welvaart van het land. Zo zal de grotere werkgelegenheid het bbp per inwoner positief beïnvloeden (zie figuur 18). Wanneer de effecten van de maatregel volledig tot uiting zijn gekomen, zal het groeiritme van het bbp terug op hetzelfde ritme voortgaan als in het scenario van de Studiecommissie.

1. Eurostat en OECD, "Coping with Ageing: a Dynamic Approach to Quantify the Impact of Alternative Policy Options on Future Labour Supply in OECD Countries", Economic Department Working Papers n°371, 2003, Annex 2, p.25

FIGUUR 18 - Evolutie van het bbp per inwoner

(in reële groeivoeten volgens het scenario van de SCvV en volgens de variant met een versterkt arbeidsmarktbeleid)



e. Impact van een lagere productiviteitstoename door een toename van de deeltijdse werkgelegenheid

De uitgevoerde simulatie met een verhoging van de werkgelegenheidsgraad die hier gepresenteerd werd, veronderstelt geen enkele verlaging van de productiviteit. Nochtans zou men kunnen veronderstellen dat een verhoogde werkgelegenheidsgraad van de oudere werknemers, een verminderde productiviteitstoename zou kunnen genereren door o.a. een toenemend aandeel van deeltijdse arbeid of de ontwikkeling van speciale statuten van arbeiders met een lage productiviteit, enz. Indien de productiviteit van de extra gecreëerde en gesubsidieerde jobs de helft zou zijn, dan zou de economische groei met 0,1 % gemiddeld per jaar vertragen t.o.v. het scenario met versterkt arbeidsmarktbeleid zonder productiviteitsvermindering. De budgettaire kost van de vergrijzing zou dus ten belope van 0,2 % van het bbp zwaarder wegen op dit kleiner economisch draagvlak, rekening houdend met de bijkomende uitgaven die de bevordering van de (deeltijdse) arbeid met zich meebrengt. Het gunstig effect van de toename van de werkgelegenheidsgraad op de budgettaire kost van de vergrijzing zou lager zijn dan in het scenario van het versterkt arbeidsmarktbeleid zonder aanpassing van de productiviteitswinsten: in plaats van uit te komen op 2,5 % van het bbp, zou de budgettaire kost 2,7 % van het bbp bedragen in 2030.

2. Varianten van de kosten van de gezondheidszorg

Er bestaat nogal wat onzekerheid omtrent de toekomstige evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg. In tegenstelling tot andere componenten van de sociale zekerheid, waar de evolutie eerder mechanisch verloopt, zijn de toekomstige uitgaven voor gezondheidszorg afhankelijk van heel wat factoren, zoals de toekomstige technologische ontwikkelingen, de nieuwe pathologieën en de bijbehorende behandelingen. Die

ontwikkelingen kunnen zeer moeilijk voorspeld worden. In wat volgt, bestuderen wij enkel de onzekerheden inherent aan de in dit rapport gebruikte methode.

De varianten onderzoeken de impact van de *demografische vergrijzing* op de uitgaven voor gezondheidszorg. Zij toetsen de gevoeligheid van de projectieresultaten van de uitgaven voor gezondheidszorg aan twee hypothesen omtrent de uitgavenprofielen per leeftijdsklasse en geslacht. Bovendien is een oefening uitgevoerd om de robuustheid te illustreren van de bekomen resultaten van de projectie van de uitgaven voor gezondheidszorg, *die niet voortvloeit uit de demografische factor*.

a. Onzekerheden met betrekking tot de hypothesen omtrent de uitgavenprofielen van gezondheidszorg per leeftijdsklasse en geslacht.

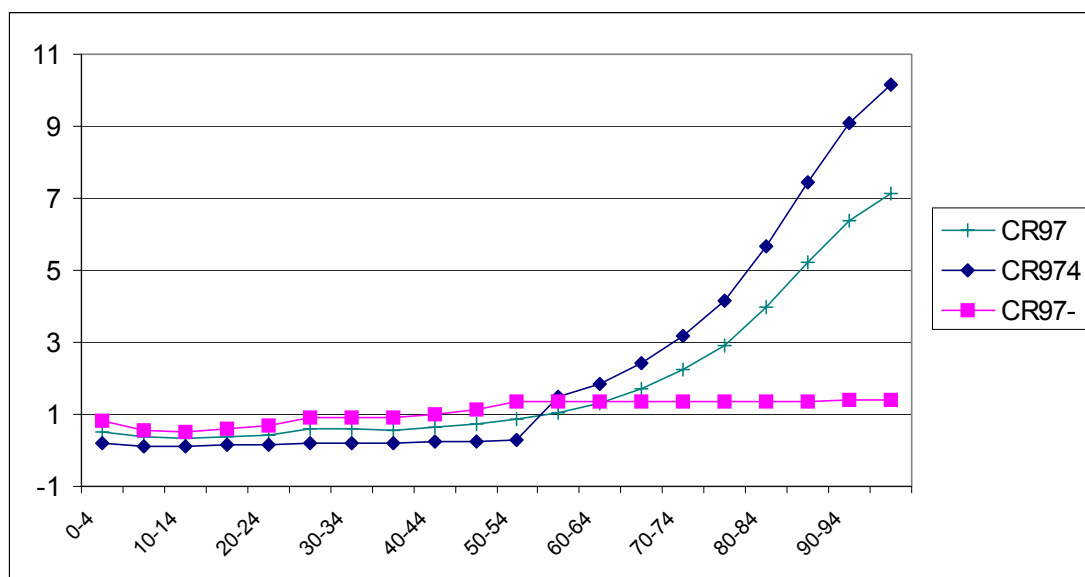
In onze methodologie wordt de impact van de demografische vergrijzing op de uitgaven voor gezondheidszorg geraamd op basis van steekproefgegevens - voor het jaar 1997 - over de uitgavenprofielen voor gezondheidszorg per leeftijd en geslacht. De profielen die uit de steekproef verschijnen, bepalen *de relatieve kosten van de uitgaven voor gezondheidszorg per leeftijdsklasse en geslacht*. Aangezien er geen jaarlijkse gegevens over die profielen beschikbaar zijn, worden ze constant gehouden, op het peil van 1997, over de gehele projectieperiode. Die sterke hypothese zou kunnen leiden tot een onderschatting (overschatting) van de toekomstige uitgaven voor gezondheidszorg. Als de ouderen in de toekomst relatief meer (minder) kosten dan de relatieve kosten in 1997, bestaat het gevaar dat de uitgaven voor gezondheidszorg onderschat (overschat) worden.

Om de impact te ramen van een andere hypothese met betrekking tot de profielen, worden twee varianten getest. De eerste variant berust op een verviervoudiging van de relatieve kosten van de 55-plussers, ten opzichte van die opgetekend in 1997 aan de hand van de steekproef. De tweede bestaat erin om die kosten terug te brengen op het niveau van de kosten van de leeftijdsklasse van 49 tot 54 jaar. Merk evenwel op dat die variaties op hun beurt verminderingen veronderstellen van de relatieve kosten van de jongere leeftijdsklassen teneinde de aanvankelijk geobserveerde totale kosten onveranderd te houden en zo de impact van de demografische veranderingen te isoleren van de “historische trendmatige evolutie¹”.

Onderstaande figuur toont de genormaliseerde profielen (gemiddelde = 1) van de kosten per leeftijdsklasse en geslacht voor de basisprojectie (CR97), bij een verviervoudiging van de relatieve kosten van de ouderen (CR974), en bij een verlaging van de relatieve kosten van de ouderen tot het niveau van de leeftijdsklasse 49 tot 54-jarigen (CR97-). De grafiek toont eveneens dat de geïntroduceerde veranderingen voor de 55-plussers compensatie-effecten teweegbrengen bij de jongste leeftijdsklassen.

1. De “historische trendmatige evolutie” wordt gedefinieerd als het deel van de toename van de uitgaven voor gezondheidszorg - in relatie met het bbp - *dat niet voortvloeit uit de demografische factor*. Zij wordt voor elke leeftijdsklasse identiek verondersteld. Die trendmatige evolutie komt voort uit een dynamiek die de factoren aanbod, vraag en beleidsdoelstellingen inzake gezondheidszorg combineert. Ze bestaat uit zowel volume-effecten als prijseffecten. Die trendmatige evolutie wordt geraamd aan de hand van een economische benadering (zie bijlage 3, sectie B).

FIGUUR 19 - Uitgaven voor gezondheidszorg: relatieve kost per leeftijdsklasse en geslacht
(basisprojectie en twee varianten; totaal gemiddelde = 1)



De volgende tabel geeft de verkregen resultaten met behulp van deze nieuwe profielen. Vooreerst merken we op dat de impact van die twee varianten op de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg in procent van het bbp niet verwaarloosbaar is, doch niet spectaculair. Zo genereert de verhoging van de relatieve kosten van de ouderen een toename in de uitgaven van 0,8 procentpunt van het bbp in 2030. Omgekeerd veroorzaakt de daling in de relatieve kosten van de ouderen een vermindering van de uitgaven ten belope van 0,9 procentpunt van het bbp in 2030. Nochtans dient opgemerkt dat een aanzienlijke wijziging van de leeftijdsprofielen nodig is om die resultaten te verkrijgen.

TABEL 12 - Publieke overheidsuitgaven voor gezondheidszorg: verhoging (variant 1) en verlaging (variant 2) van de relatieve kost voor gezondheidszorg van de ouderen t.o.v. de geobserveerde relatieve kost in het referentiejaar (1997) - in % van het bbp

	2010	2020	2030
Basisprojectie (scenario van de SCvV)	7.8	8.6	9.3
Verhoging van de relatieve kosten van de ouderen (variant 1)	7.9	9.0	10.1
Verlaging van de relatieve kosten van de ouderen (variant 2)	7.7	8.0	8.4

b. Onzekerheden met betrekking tot de econometrische schatting van de “historische trendmatige evolutie”

De “historische trendmatige evolutie” wordt gedefinieerd als het deel van de toename van de uitgaven voor gezondheidszorg - in relatie met het bbp - dat *niet voortvloeit uit de demografische factor*. Ze wordt voor elke leeftijdsklasse identiek verondersteld en resulteert uit een dynamiek die zowel vraag- en aanbodfactoren als politieke doelstellingen omtrent gezondheidszorg combineert. Ze is evenzeer samengesteld uit zowel volume- als prijseffecten. Deze historische evolutie wordt econometrisch¹ geschat. Per definitie

houdt deze oefening onzekerheden in te wijten aan verschillende factoren. Zo kan het gebeuren dat de gebruikte econometrische vergelijking niet optimaal is opgesteld doordat pertinente variabelen eruit zijn weggelaten omdat er geen gegevens over beschikbaar zijn. Een tweede potentiële storingsfactor spruit voort uit de toekomstige waarden van het bbp, gebruikt bij het projecteren van de uitgaven voor gezondheidszorg door middel van de vergelijking. Het bbp is uiteraard niet gekend over de projectieperiode, en is op haar beurt geschat met een zekere foutmarge. Een derde mogelijke oorzaak betreft het feit dat de projectie gebeurt aan de hand van de door de vergelijking geschatte parameters en niet aan de hand van werkelijke parameters omdat die immers ongekend zijn. Tot slot veronderstelt de projectie van de toekomstige uitgaven aan de hand van dergelijke vergelijking impliciet dat de toekomstige foutmarge nul is, terwijl die waarschijnlijk verschillend is van nul.

In hetgeen volgt, concentreren we ons op de twee laatste mogelijke oorzaken van onzekerheid. De notie foutmarge laat immers toe de onzekerheid te kwantificeren die te wijten is aan het feit dat we ons beroepen op een econometrische schatting waarbij de parameters van het model onzekere variabelen zijn. Deze meting vertelt daarentegen niets over de onzekerheden die voortkomen uit een drastische verandering van de toekomstige uitgaven voor gezondheidszorg met betrekking tot het verleden (een structurele verandering), noch over de onzekerheden gelinkt aan de schatting van het bbp. Concreet betekent dit dat de foutmarge het toelaat een betrouwbaarheidsinterval te ramen rond de projectieresultaten.

De volgende tabel presenteert een betrouwbaarheidsinterval voor de totale en overheidsuitgaven per inwoner uitgedrukt in procent van het bbp. Deze intervallen zijn geraamd met een betrouwbaarheidsgraad van 95 %, dit wil zeggen dat we op 19 van de 20 gevallen zeker kunnen zijn dat de werkelijke waarde binnen het interval ligt. Merk op dat de vergelijking van de historische trendmatige evolutie geschat is voor de totale uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner *zonder de factor van de vergrijzing*. Rekening houdend met de demografische evoluties zijn vervolgens de *totale uitgaven* berekend. Tot slot zijn de *overheidsuitgaven* voor gezondheidszorg geprojecteerd in de veronderstelling dat ze aan hetzelfde tempo groeien als de *totale uitgaven*.

TABEL 13 - Uitgaven voor gezondheidszorg in 2030 : onzekerheden gelinkt aan de historische trendmatige evolutie (betrouwbaarheidsinterval)

	Totale uitgaven per inwoner los van het effect van de vergrijzing (euro in 98)	Totale uitgaven in procent van het bbp	Overheidsuitgaven in procent van het bbp
minimum grenswaarde	3841	12.3	9.2
verkregen waarde	3898	12.5	9.3
maximum grenswaarde	3955	12.7	9.4

De tabel toont dat de verkregen resultaten betrekkelijk precies zijn. Wat betreft de overheidsuitgaven uitgedrukt in procent van het bbp, bijvoorbeeld, is de fout 0,1 procentpunt. Herinner evenwel dat dit resultaat de onzekerheden gelinkt aan de schatting van het bbp niet in beschouwing neemt, noch degene die voortkomen uit een belangrijke verandering van het consumptiegedrag van gezondheidszorg ten opzichte van het verleden.

1. Zie bijlage 3, deel B voor de technische aspecten van de econometrische schatting.

3. Een hoger productiviteitsscenario

Een andere veronderstelling over de productiviteitstoename...

De scenario's van het Federaal Planbureau hanteren sinds verscheidene jaren een 'voorzichtig' en een 'hoog' scenario (vergeleken met de gemiddelde productiviteitsgroei van 1,91 % in de periode 1913-2002) wat betreft de verdere ontwikkeling van de productiviteitsgroei per tewerkgestelde na 2008, nl. 1,75 % en 2,25 %. De SCvV hanteert het 'voorzichtig' groeiscenario. Zowel dat scenario als het 'hoog' scenario over de evolutie van de productiviteitswinst op lange termijn passen in de langetermijntrends van de Belgische economie. Sinds 1913 is er immers informatie beschikbaar over de productiviteitsgroei van de Belgische economie. Die productiviteitsgroei verschilt sterk naargelang de periode¹: de productiviteitsgroei per arbeidsplaats bereikt gemiddeld ongeveer 1,91 % voor de langst bekende periode (1913-2002). Ze is echter veel groter voor de voorbije halve eeuw (2,52 % in de periode 1950-2002) maar neigt momenteel naar een lagere groei o.a. als gevolg van de toename van de deeltijdse arbeid en van de maatregelen ter bevordering van een daling van de arbeidskost (o.a. loonmatiging, vermindering van sociale bijdragen en ontwikkeling van speciale statuten voor arbeiders met een lage productiviteit).

De hypothese over de productiviteitswinst van 2,25 % per jaar, gecombineerd met een hypothese van een nagenoeg stagnerende werkgelegenheid, leidt bovendien tot een economische groei (na de middellange termijn) die overeenstemt met de langetermijntrends van de Belgische economie nl. 2,27 % per jaar voor de langst bekende periode (1820-2002)².

... met gevolgen voor het sociaal beleid.

De SCvV opteert in het 'voorzichtig' groeiscenario ervoor om inzake de pensioenen en andere sociale uitkeringen rekening te houden met een jaarlijkse welvaartsaanpassing van 0,5 %. Dit betekent dat de jaarlijks toegekende welvaartsaanpassingen 1,25 % lager liggen dan de productiviteitsgroei of de reële loonstijging.

Indien men een grotere productiviteitstoename veronderstelt van 2,25 %, impliceert dat een gemiddelde welvaartsaanpassing van 1 %, gegeven het behoud van de hypothese over de 'loskoppeling' tussen welvaartsaanpassingen en productiviteitsgroei per tewerkgestelde. De welvaartsbinding van de forfaitaire sociale toelagen is bijgevolg gemiddeld 1,5 % per jaar.

1. Zie N.FASQUELLE, S.WEEMAES, "Verkenning van de financiële evolutie van de sociale zekerheid tot 2050", Federaal Planbureau, Planning Paper 83, november 1997, p.14
2. Gegevensbank van Angus Maddison, aangevuld met gegevens van de Belgische Nationale Rekeningen; berekeningen van het FPB.

a. Macro-economische projectie

Tabel 14 toont de macro-economische resultaten in het hoger en het voorzichtig productiviteitsscenario.

TABEL 14 - Macro-economische projectie (2003-2030; in % - in het productiviteitsscenario 2,25 %(1) en in verschil met het productiviteitsscenario 1,75 %(2))

	Productiviteitsscenario 2,25 %		In verschil met het productiviteitsscenario 1,75 %	
	2003-2010	2011-2030	2003-2010	2011-2030
Werkgelegenheid ^a	0.7	0.1	0.0	0.0
Productiviteit en lonen ^a	1.7	2.3	0.1	0.5
Bbp ^a	2.4	2.3	0.1	0.5
Structurele werkloosheidsgraad ^b op L.T.	7.5		0.0	

a. Gemiddelde jaarlijkse groeivoet in reële termen

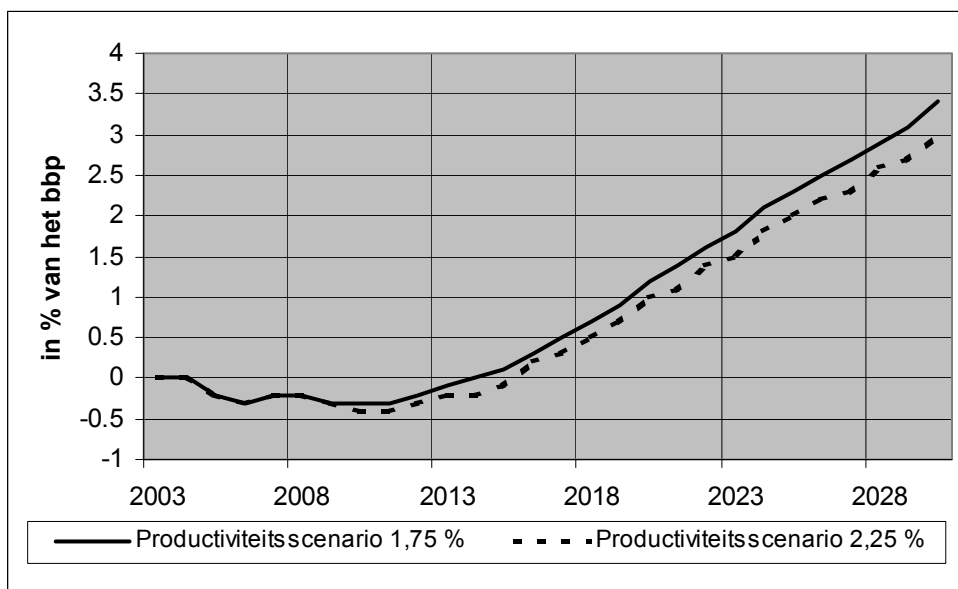
b. Inclusief oudere niet werkzoekende werklozen.

b. Weerslag op de budgettaire kost van de vergrijzing

Figuur 20 toont hoe een hogere productiviteitstoename de budgettaire kost van de vergrijzing doet dalen met 0,4 procentpunt van het bbp t.o.v. het scenario van de Studiecommissie en bereikt 3 % van het bbp in 2030.

FIGUUR 20 - De budgettaire kost van de vergrijzing

(in % van het bbp met als basis 2003 volgens twee productiviteitsscenario's)



De daling van de uitgaven is nagenoeg volledig te wijten aan de daling van de pensioenen in bbp-termen. De pensioenen zijn immers berekend op basis van de lonen uit het verleden die ongewijzigd zijn gebleven t.o.v. het voorzichtig productiviteitsscenario. Pas op zeer lange termijn zal de mindere uitgave bij de pensioenen geleidelijk afgeroomd worden. Immers, de nieuwe gepensioneerden zullen binnentreden met een pensioen dat berekend wordt op lonen waarvan een steeds groter aandeel stijgt met 2,25 %.

III De evolutie van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg

A. Inleiding

Dit hoofdstuk bestaat uit vier delen.

Ten eerste wordt een historisch overzicht geschetst van de totstandkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging samen met de belangrijkste maatregelen. Dit wordt aangevuld met de historische evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg. Daarna wordt getoond hoe die ontwikkelingen zich hebben vertaald in economische activiteit.

Het tweede deel presenteert een situatieschets van de gezondheidszorg binnen een internationaal perspectief aan de hand van een aantal kerncijfers en indicatoren.

Voor het derde deel 'Vooruitzichten op middellange termijn 2003-2008' wordt dezelfde aanpak gevolgd als bij het eerste deel 'Historisch Overzicht', namelijk het verband aantonen tussen de evolutie van de uitgaven en de economische activiteit, maar dan in een middellangetermijnperspectief.

In het vierde deel 'Vooruitzichten op lange termijn 2009-2030' wordt de toekomstige evolutie van de gezondheidszorguitgaven onderzocht, waarbij de gebruikte methodologie en de verkregen resultaten nader worden toegelicht. Voor dat deel zijn er geen resultaten beschikbaar omtrent de evoluties per bedrijfstak.

B. Historisch overzicht

Deze sectie bevat drie delen.

Eenzijds een bondige beschrijving van het tot stand komen van de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen samen met de belangrijkste maatregelen die geleid hebben tot de regeling zoals we ze vandaag kennen. Daarna volgt een bondige analyse van de historische evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg, waarbij veranderingen in de regelgeving sommige evoluties al of niet helpen verklaren. Dit bondig overzicht, dat niet de ambitie heeft om volledig te zijn, is enkel bedoeld als onderbouw van de middellange- en langetermijn vooruitzichten die in de afdelingen D en E aan de orde zijn. Tot slot wordt een historische analyse gepresenteerd van de evoluties in termen van toegevoegde waarde en werkgelegenheid in de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' om het verband te tonen tussen de evolutie van de uitgaven en van de economische activiteit.

1. Uitbouw van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

De Besluitwet van 28 december 1944 bundelt in één administratieve structuur verscheidene socialezekerheidswetgevingen voor werknemers, waaronder de ziekteverzekering, die bij deze gelegenheid wordt omgevormd van een vrije gesubsidieerde mutualistische verzekering¹ tot een verplichte verzekering. De ziekenfondsen blijven geïntegreerd als verzekeringsorganen die belast zijn met het beheer van de verzekering maar hebben geen zeggingschap in de uitoefening ervan. De reglementering betreffende de werking van de verzekering, de coördinatie en de controle worden toevertrouwd aan een nieuwe openbare instelling, het Rijksfonds voor ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Overeenkomstig de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van de regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt het Rijksfonds hervormd tot het Rijksdienst voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, afgekort RIZIV, met een nieuwe structuur (o.a. de Dienst voor geneeskundige controle) en een uitbreiding van bevoegdheden.

De mijnwerkers en zeelieden werden toegevoegd in 1945. De verplichte verzekering geneeskundige verzorging voor zelfstandigen werd in 1964 georganiseerd (KB 30 juli 1964) evenwel beperkt tot de zogenoemde “grote risico’s”². In 1965 (KB 22 maart 1965) wordt de verplichte ziekteverzekering uitgebreid tot de openbare diensten en de onderwijssector. In 1967 en 1969 werd de verzekering verder uitgebreid met verscheidene bevolkingscategorieën³, zodat 98 % van de Belgische bevolking valt onder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging terwijl de overige 2 % vrijwillig kunnen toetreden.

Voor alle verstrekkingen die niet door een geneesheer of tandheeskundige zelf verricht worden, is het voorschrift van een geneesheer vereist om recht te hebben op verzekeringsprestaties. Dit geldt voor alle verstrekkingen door paramedische medewerkers en apothekers.

- Terugbetaling van de erelonen

Reeds van bij de aanvang werd een omzeggens volledig gamma van medische zorg opgenomen in de verzekerde prestaties, maar de mate van tenlasteneming bleef beperkt. Het was nochtans de bedoeling een tarief van erelonen vast te stellen, waartoe de geneesheren zich zouden verbinden, om dan 3/4e terug te betalen aan de verzekerde bij verzorging in het medisch kabinet, 2/3e bij verzorging bij de zieke thuis en de volledige som bij speciale verzorging. Die terugbetalingspercentages konden niet worden bereikt omdat de geneesheren niet bereid waren een vooropgesteld ereloon te respecteren. Het duurt tot het “St.-Jansakkoord” van 25 juni 1964 alvorens een nieuw tarifiëringssysteem werd

1. De eerste officiële erkenning van het mutualiteitswezen (maatschappijen van onderlinge hulp, die met minieme bijdragen van een beperkt aantal leden de ergste nood in geval van ziekte of ongeval trachten te lenigen) dateert van 3 april 1851. Door de wet van 23 juni 1894 werd het statuut van de mutualiteiten officieel geregeld. Het verlenen van overheidssubsidies aan de erkende ziekenfondsen (wet van 19 maart 1898) betekende vervolgens een belangrijke aanmoediging voor het werkingsveld van de mutualiteiten.
2. De verzekering “grote risico’s” omvatte aanvankelijk de kosten die gepaard gaan met een opname in het ziekenhuis ter observatie, behandeling en heeskundige ingrepen, alsook de zgn. sociale ziekten (geestesziekten, tuberculose, kanker, kinderverlamming, aangeboren aandoeningen en misvormingen). Naderhand zijn ook de ambulante bijzondere verstrekkingen door de geneesheer-specialist toegevoegd (radiodiagnose, radiotherapie, inwendige ziekten, klinische biologie, revalidatie). De gehandicapte zelfstandigen genieten ook de tussenkomst voor de kleine risico’s.
3. Gebrekkigen en verminkten, mentaal gehandicapten, dienstboden, studenten van het hoger onderwijs, leden van de geestelijkheid en van de kloostergemeenschappen, en uiteindelijk alle niet-beschermde personen. Sedert 20 februari 1991 behoort het statutair personeel van de NMBS tot de algemene regeling voor geneeskundige zorg.

aanvaard door de artsen. Dit akkoord dat als een soort grondwet de betrekkingen tussen de regering, de geneesheren, de tandartsen en de ziekenfondsen regelt, werd bekrachtigd door de wet van 8 april 1965.

De erelonen en andere vergoedingen van medische prestaties die tot terugbetaling aanleiding geven, worden gespecificeerd door een bij koninklijk besluit bepaalde nomenclatuur: een genummerde lijst van alle mogelijke medische prestaties, gevolgd door een sleutelletter (definieert de waarde van een verstrekking) en een coëfficiëntgetal. De waarden van de sleutelletters worden bepaald in de akkoorden (voor artsen en tandartsen) respectievelijk overeenkomsten tussen ziekenfondsen en zorgverstrekkers. De waarde van de sleutelletter vermenigvuldigd met het coëfficiëntgetal geeft het conventionele of verzekerde honorarium en vormt de basis waarop de tussenkomst van de verzekering wordt berekend via het terugbetalingspercentage.

In het algemeen bedroeg het terugbetalingspercentage 75 % voor de gewone zorg en 100 % wanneer het om speciale zorg (heelkunde, technisch-medische prestaties) ging. De overige 25 %, het zogenoemde persoonlijk aandeel of remgeld ten laste van de verzekerde, werd op nul gebracht voor de verzekerden met een voorkeursregeling: weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen, de zgn. WIGW's, voorzover hun inkomen een bepaalde grens niet overschreed.

Tijdens het saneringsbeleid van de overheid wordt de toename van de RIZIV-uitgaven voor erelonen afgeremd door verscheidene opeenvolgende besparingsmaatregelen:

- gedeeltelijke indexering en blokkering van honoraria (1981 ... 1983);
- verstrenging van de voorwaarden tot toekenning van de voorkeursregeling (1981), invoering (o.a. voor klinische biologie en medische beeldvorming) of verhoging van bepaalde remgelden voor de overige rechthebbenden (1982, 1985, 1994), invoering van een opnameforfait bij toepassing van speciale technische verstrekkingen aan gehospitaliseerde patiënten (1997);
- niet-indexering (1985) en zelfs vermindering van de tarieven in de klinische biologie en de nucleaire geneeskunde in vitro (met respectievelijk 30 pct. en 33 pct. in 1989), strengere normen inzake erkenning van laboratoria (1989), invoering van een nationaal enveloppesysteem vergezeld van een terugvorderingsprocedure bij overschrijding van de enveloppe (1985 voor klinische biologie en 1992 voor medische beeldvorming);
- vaststellen van een kader - n.l. de door de regering vastgelegde begrotingsmiddelen voor geneeskundige zorg - waarbinnen de akkoorden en overeenkomsten kunnen worden onderhandeld (W. 29 december 1990);
- vervolgens werd de toename van die begrotingsmiddelen begrensd door de zgn. begrotingsdoelstelling of begrotingsnorm - reële toename van 2 % in 1993, 1,5 % tijdens de periode 1994 - 1999 en 2,5 % in 2000 en 2001 - zonder rekening te houden met uitzonderlijke uitgaven of de uitgaven te wijten aan nieuwe initiatieven;
- invoering van een nieuwe procedure voor het sluiten van akkoorden en overeenkomsten waarbij de rol van de Commissie voor begrotingscontrole is versterkt (W. 15 februari 1993, beter bekend als de wet van Moureaux);
- afremmen van het voorschrijfgedrag van geneesheren en het voorzien in sancties tegen de geneesheren die te veel voorschrijven (W. 21 december 1994) en de oprichting van de profielencommissies (W. 14 juli 1996) die tot taak hebben een evaluatie

van de profielen per zorgverlener te maken, en eventueel preventieve of educatieve acties te voeren ten aanzien van de verstrekkers;

- beperking van het artsenaanbod door contingentering;
- installeren van een (begrensde) financiële aansprakelijkheid van de ziekenfondsen (KB 12 augustus 1994);

Anno 1994 bedraagt de gewone verzekeringstegemoetkoming 70 % voor een raadpleging bij de huisarts, 65 % voor een huisbezoek van de huisarts of pediater en 60 % voor een raadpleging van de geneesheer-specialist, telkens uitgedrukt in percent van de geconventioneerde honoraria. De voorkeursregeling voorziet in een verhoogde tegemoetkoming van 85 % voor een raadpleging bij de geneesheer-specialist en 90 % voor de andere verstrekkingen.

Om te voorkomen dat de verhogingen van het remgeld de medische verzorging onbetaalbaar of ontoegankelijk zou maken, werd de sociale en fiscale vrijstelling van het remgeld ingevoerd (1993). Voor de minder draagkrachtigen voorziet de sociale vrijstelling in een terugbetaling van 100 % wanneer de optelling van de betaalde remgelden - voor de geneeskundige zorg opgenomen in de nomenclatuur - tijdens het lopende kalenderjaar hoger zijn dan een bepaald drempelbedrag. De fiscale vrijstelling voorziet in eenzelfde regeling maar toepasbaar op alle fiscale gezinnen en het (veel hoger) drempelbedrag is afhankelijk van het belastbaar bruto-inkomen.

De verhoging van de remgelden werd ook gemilderd door het systeem van accreditering (1993). Geneesheren die aan bepaalde kwaliteitsgaranties¹ voldoen, mogen een hoger ereloon vragen terwijl het remgeld voor de patiënt niet verhoogt.

Voor zeldzame aandoeningen is er een bijzonder solidariteitsfonds opgericht (1994) dat tegemoetkomt in de kosten van uitzonderlijke geneeskundige verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, met inbegrip van de niet-terugbetaalbare farmaceutische producten.

Sedert 1 juli 1997 is de groep rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming substantieel uitgebreid met gehandicapten en mindervaliden, gerechtigden met een bijstandsuitkering of inkomensgarantie voor ouderen, personen gerechtigd op verhoogde kinderbijslag voor gehandicapte kinderen, de langdurige (minstens 1 jaar) vergoede volledige werklozen vanaf 50 jaar (met gezinslast of alleenstaanden sedert 1 juni 1999 en samenwonenden vanaf 1 juli 2001).

Voor bepaalde patiënten is het remgeld sedert 1999 bijkomend verminderd op voorwaarde dat zij een dossierhoudend arts² hebben. Het gaat hier over personen ouder dan 60 jaar wier remgeld voor sommige consultaties hierdoor met 30 % is verminderd. Met het akkoord van 18 december 2000 wordt het “globaal medisch dossier” en de daarmee verbonden vermindering van het remgeld uitgebreid tot de verzekerden vanaf 50 jaar (vanaf 1 mei 2001) en vervolgens tot alle verzekerden (1 mei 2002).

-
1. Deze kwaliteitsgaranties worden gemeten aan de hand van criteria zoals nascholing en bijscholing, een minimumaantal patiënten, kwaliteitsevaluaties onder collega's, goede samenwerking tussen huisartsen en specialisten, het bijhouden van het medisch dossier, ...
 2. De huisarts die op verzoek van de patiënt diens “globaal medisch dossier” beheert met de sociaal-administratieve gegevens van de patiënt, zijn antecedenten en diens medische problemen met verslagen van de behandelingen en die de gegevens van het dossier meedeelt aan collega's die de patiënt behandelen.

In 2001 zijn er nieuwe initiatieven genomen in verband met de geïntegreerde verzorging op maat van chronisch zieken, het beleid inzake palliatieve zorg en de kinderpsychiatrie.

Sedert 2002 vervangt de maximumfactuur, kortweg MAF, de sociale en fiscale vrijstelling. Alhoewel hetzelfde principe blijft behouden - volledige terugbetaling van kosten voor geneeskundige zorg vanaf een bepaald grensbedrag voor het persoonlijk aandeel - geldt de vrijstelling enkel voor de “omschreven” geneeskundige zorg en zijn er drie types van maximumfactuur:

- de sociale MAF voor de personen met een verhoogde tegemoetkoming;
- de MAF voor bescheiden inkomens, voor kinderen jonger dan 16 jaar en in behartigenswaardige gevallen;
- de fiscale MAF voor alle fiscale gezinnen in België, rekening houdend met hun nettojaarinkomen.

- Terugbetaling van het ligdaggeld

De ziekenhuiswet van 1963 regelt de basisverhouding tussen ziekenhuizen en ziekteverzekering en installeert het ziekenhuisstatuut om de werking van het ziekenhuis economisch aanvaardbaar en sociaal doeltreffend te maken. Nochtans, met subsidies van het Ministerie van Volksgezondheid en leningen, steeg de ziekenhuisbouw dermate dat er begin de jaren 70 een overaanbod ontstond aan bedden. En omdat elk bed zich bezet wilde voelen, ontstond daaruit een overconsumptie en een te lange verpleegduur.

Vanaf 1974 volgt dan de imperatieve planning van het aantal bedden en vervolgens de normering van de zware apparatuur. Vanaf 1982 werden een aantal bedden omgezet van “acute” naar “verzorgings”bedden¹ en werd het aantal verpleegdagen afgeremd door het instellen van quota’s per ziekenhuis². Achteraf werden een aantal bedden geëlimineerd (sluiting van 6000 bedden in 1986), en werd er gezocht naar alternatieve behandelingsmogelijkheden zoals de eendagskliniek.

De terugbetalingen voor hospitalisatie gebeuren op basis van ligdaggeld die door de Minister van Volksgezondheid worden bepaald overeenkomstig de ziekenhuiswet. De financiering van de ligdag met aanvankelijk een forfaitaire prijs per dienst, die via de mogelijkheid van herfacturatie (door het zgn. art. 9) aanhoudend werd verhoogd, wordt in 1976 vervangen door de previsionele ligdagprijs die gebaseerd is op de verantwoorde kostenstijgingen van het vorige jaar.

Voor de gehospitaliseerde patiënten in verpleeginstellingen moet de derdebetalersregeling worden toegepast, nl. de rekening wordt rechtstreeks betaald door het ziekenfonds dat voor 75 % gefinancierd wordt door de ziekteverzekering en voor 25 % door de FOD Volksgezondheid³.

1. De oprichting van rust- en verzorgingstehuizen werd afhankelijk gemaakt van de desaffectatie van overtollige acute ziekenhuisbedden (KB nr. 58 en 59, BS 27 januari 1982).

2. Nieuwe erkenningscriteria met onder meer een minimumcapaciteit voor de diverse georganiseerde diensten.

3. Het deel van de ligdagprijs te laste van het FOD Volksgezondheid is vanaf 2004 overgeheveld naar het RIZIV, en de overeenkomstige financieringsmiddelen worden voorzien via de verhoging van de alternatieve financiering van de sociale zekerheid.

Alhoewel de opname in een gemeenschappelijke kamer in principe gratis is voor de patiënt, is er een extra remgeld verschuldigd op de dag van de opname (niet voor de gerechtigden op een voorkeursregeling). Er is tevens een persoonlijk aandeel vanaf de eerste verpleegdag, de zgn. hotelkosten (1980), en een verhoogd remgeld bij een opname van meer dan 365 dagen in een psychiatrisch ziekenhuis (1985). Bij verpleging in rustoorden, rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, revalidatie-inrichtingen is er een tegemoetkoming of dagforfait afhankelijk van de “zorgbehoefte” van de patiënt.

- Terugbetaling van medicijnen

In 1945 was het vergoedingsstelsel vrij eenvoudig: op de specialiteiten opgenomen in het officieel farmaceutisch tarief, was de terugbetaling eenvormig op 50 % vastgesteld evenwel begrensd tot een maximum. Van bij de aanvang golden vaste tarieven omdat, veel vroeger dan in het geval van de artsen, akkoorden met de apothekers werden afgesloten, waarbij algemeen de derdebetalersregeling gold.¹ Zowel de erkenning als de prijzen van geneesmiddelen zijn onderworpen aan een strenge reglementering die onder de bevoegdheid valt van de Minister van Volksgezondheid, na advies van de Technisch-Farmaceutische Raad. Zij zijn opgedeeld in farmaceutische specialiteiten en magistrale bereidingen.

In 1948 worden de farmaceutische specialiteiten ingedeeld in categorieën: de categorie A voor de onvervangbare specialiteiten met een terugbetaling van 70 %, de categorie B met een terugbetaling van 50 % en uiteindelijk de categorie C zonder terugbetaling. Tijdens de jaren 50 werd de lijst van de vergoedbare producten verscheidene malen herzien.²

Naar aanleiding van de wet van 9 augustus 1963 wordt het remgeld voor specialiteiten uniform vastgesteld op een forfaitair bedrag. Tegelijkertijd wordt de voorkeursregeling ingevoerd die het remgeld van sommige specialiteiten afschaft voor de bevoorrechte groep WIGW's. Tussen 1966 en 1980 werd het remgeld regelmatig verhoogd en werd tevens een bescheiden remgeld ingevoerd voor de WIGW's met voorkeurregeling.

Vanaf november 1980 wordt een nieuwe hervorming doorgevoerd, waarbij de farmaceutische specialiteiten worden ingedeeld in vier categorieën:

- categorie A voor de ‘levensnoodzakelijke’ geneesmiddelen bij zware en langdurige ziekten (b.v. bij kanker, TBC, epilepsie, suikerziekten, ...) die volledig worden terugbetaald;
- categorie B voor de ‘zeer nuttige’ geneesmiddelen (b.v. antibiotica, middelen tegen astma, bij hartziekte ...) met een remgeld van 25 % of 15 % voor respectievelijk de gewone verzekerde en de WIGW's met voorkeurregeling, begrensd tot een verschillend maximumbedrag al naargelang het statuut van de verzekerde;
- categorie C voor de ‘nuttige’ onderhoudsgeneesmiddelen (b.v. bepaalde vaccins, behandeling van algemene verzwakking, circulatiestoornissen, ...) met een remgeld van 50 % beperkt tot een maximumbedrag (dat hoger is dan voor de geneesmiddelen van categorie B) dat verschilt al naargelang het statuut van de verzekerde;

1. De verzekerde moet alleen het verschil betalen tussen de prijs van het geneesmiddel en de verzekeringstussenkomst.
 2. Voor de farmaceutische specialiteiten van categorie B, mocht de prijs niet hoger zijn dan die van vergelijkbare magistrale bereidingen.

- categorie D voor de zgn. comfortgeneesmiddelen waarvan de therapeutische waarde niet vast staat of waarvan het verbruik leidt tot gewenning (b.v. slaapmiddelen, pijnstillers, tegen migraine of duizeligheid, spataders); deze producten zijn volledig ten laste van de verzekerde.

Enkel de farmaceutische verstrekkingen die opgenomen zijn in de lijst gevoegd bij het KB van 2 september 1980 komen voor een terugbetaling in aanmerking, indien ze voorgeschreven en afgeleverd zijn door daartoe gemachtigde personen.

In 1983 worden producten uit categorie C overgeheveld naar een nieuwe “bijzondere” categorie Cs (b.v. griepvaccins, behandeling van allergie) waarvan het remgeld 60 % van de prijs bedraagt zonder maximumplafond. Achteraf wordt nog de categorie Cx¹ toegevoegd (b.v. anticonceptiva) met een remgeld van 80 % en zonder maximumplafond. Bovendien werd het remgeld voor de magistrale bereidingen, dat steeds is uitgedrukt in een forfaitair bedrag per standaardbereiding (basismodule), verhoogd voor de gewone rechthebbenden.

In de jaren 80 wordt de prijs van de specialiteiten toegediend in ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen gedrukt door een vermindering van de winstmarge (economische verpakking en prijszetting per stuk). De kosten voor magistrale bereidingen zijn in de lidagprijs inbegrepen.

De “generische geneesmiddelen” werden reeds vanaf 1981 geïntroduceerd maar hadden in ons land weinig afzet. Dit zijn farmaceutische specialiteiten waarvan het patent is vervallen (in België na 15 jaar) en daardoor tenminste 26 % goedkoper op de markt worden gebracht onder hun “wetenschappelijke” naam met eenzelfde chemische samenstelling en eenzelfde bewezen werking².

Sedert juni 2001 is voor farmaceutische specialiteiten de “referentietrugbetaling” van toepassing: de terugbetalingsbasis van de originele specialiteit wordt verminderd wanneer een goedkopere specialiteit beschikbaar is (generisch product of een kopie).

2. Uitgaven voor gezondheidszorg

Omdat de terugbetalingpercentages doorheen de tijd sterk veranderden, bestuderen we de uitgaven voor gezondheidszorg op het niveau van de globale consumptie van gezondheidszorg en van zijn componenten per consument.

In de ESR-rekeningen wordt die consumptie opgesplitst in het verbruik van de wettelijke socialeverzekeringsinstellingen, de sociale voorzieningen van de andere overheden en het consumptiegedeelte van de huishoudens met inbegrip van de terugbetalingen van de verzekeringsmaatschappijen³. Al die sociale prestaties in natura hebben betrekking op uitgaven voor de aankoop van goederen en diensten geproduceerd door marktproducenten.

1. Categorie Cx bundelt geneesmiddelen waarvan de therapeutische efficiëntie minder evident is. Na een testperiode worden ze opnieuw geëvalueerd en kunnen ze bij de categorie C gevoegd worden ofwel geen tussenkomst van de ziekteverzekering meer genieten.
2. De “nabootsing” met eenzelfde chemische samenstelling maar zonder bewijs van een identieke werking wordt weliswaar goedkoper maar onder een eigen merknaam verkocht. Overeenkomstig de Belgische bepalingen is dit geen generisch geneesmiddel maar een kopie. Overeenkomstig de bepalingen van de Europese Unie is een generisch geneesmiddel “hoofdzakelijk identiek” aan een geneesmiddel dat sinds minstens 10 jaar is toegelaten.
3. De terugbetalingen van de verzekeringsmaatschappijen zijn in de ESR₉₅ geboekt als inkomenstransfers aan de gezinnen.

ten om ze aan huishoudens te overhandigen in eigendom, zonder enige bijkomende bewerking. Ze worden geregistreerd alsof ze rechtstreeks werden gedaan door de overheid, vandaar hun boeking als “consumptieve bestedingen” van de respectievelijke overheidsinstellingen.¹ De som van de consumptieve bestedingen van de institutionele sectoren komt overeen met de “werkelijke consumptie” van de gezinnen.

a. Verloop van de globale uitgaven voor gezondheidszorg en van die uitgaven opgesplitst per institutionele sector

De globale consumptie van gezondheidszorg en andere verzorgingsdiensten wordt verkregen door de optelling van:

- de vergoedingen door de wettelijke socialeverzekeringsinstellingen van goedgekeurde uitgaven voor gezondheidszorg en andere verzorgingsdiensten waarin de federale, lokale overheden en de gewesten voorzien;
- de vrije aanvullende verzekering voor geneeskundige verzorging van zelfstandigen (bij de ziekenfondsen in hun hoedanigheid van financiële instelling), alsook de collectief afgesloten hospitalisatieverzekering, telkens geregistreerd bij de verzekeringsinstellingen;
- de individueel afgesloten aanvullende verzekeringen bij de ziekenfondsen geboekt als ‘schadeverzekeringsuitkeringen’ van financiële instellingen;
- het deel van de uitgaven voor gezondheidszorg dat ten laste is van de gezinnen, met name het remgeld van de terugbetaalde verstrekkingen, de verstrekkingen die niet worden terugbetaald of aankopen van de gezinnen zonder medisch voorschrift.

maar exclusief de geneeskundige zorg verleend aan niet-ingezetenen en exclusief de uitgaven van de Vlaamse zorgverzekering.

In de ESR₉₅-rekeningen van het Instituut voor de Nationale Rekeningen (uitgave 2002) zijn de publieke uitgaven voor gezondheidszorg gepubliceerd vanaf 1970.

De ESR₉₅ publiceert de consumptie van de gezinnen - die de terugbetalingen voor gezondheidszorg van de verzekeringsmaatschappijen bevat - ingedeeld volgens de COICOP-classificatie, vanaf 1995. Het hier gebruikte cijfermateriaal tijdens de periode vóór 1995 is gemaakt door retropolatie aan de hand van overeenkomstige cijfergegevens uit de vroegere ESER₁₉₇₉.

Onderstaande figuur 21 illustreert het verloop van de globale uitgaven voor gezondheidszorg en van de samenstellende componenten: het gedeelte terugbetaald door de overheid of via extra-legale verzekeringen en het persoonlijk aandeel van de gezinnen. De uitgaven zijn uitgedrukt in procent van het bbp.

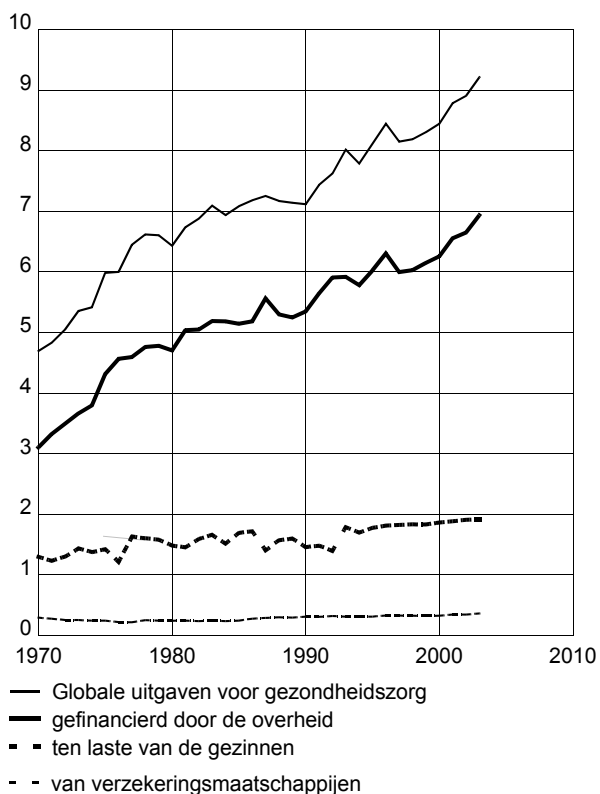
In figuur 22 wordt de toename van de globale uitgaven voor gezondheidszorg vergeleken met de economische groei, beiden uitgedrukt in constante prijzen van het bbp.

1. Er wordt aangenomen dat het huishouden heeft gehandeld namens de instelling en het bedrag van de vergoeding wordt geregistreerd alsof rechtstreeks gedaan door de instelling op het moment dat het huishouden de aankoop doet.

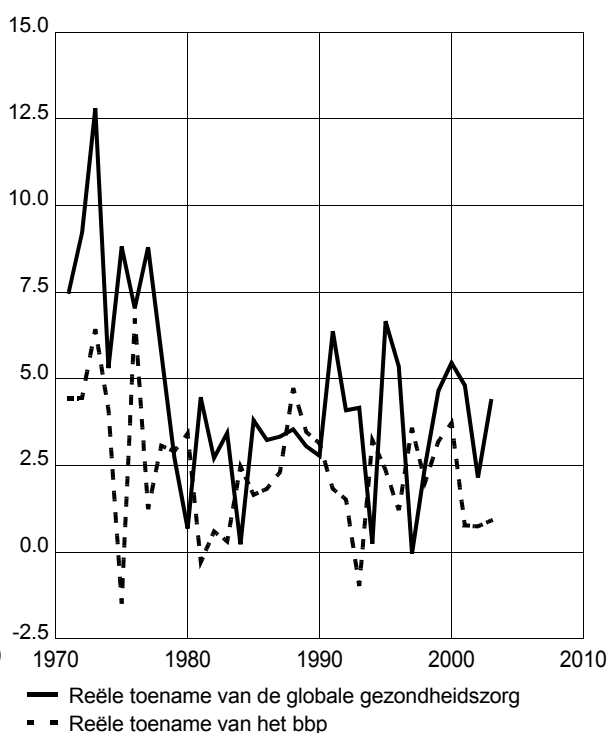
Over de periode 1979 - 2003, de jaren 70 met uitzonderlijke ontwikkelingen niet meege-rekend, stijgen de uitgaven voor gezondheidszorg met 3,4 procent tegenover een bbp-toename van gemiddeld 2 procent. Figuur 21 suggereert dat gezondheidszorg een *eigen dynamiek* heeft die niet ‘rechtstreeks’ verbonden is met de economische groei.

Nochtans toont figuur 22 dat ook die eigen dynamiek ‘na verloop van tijd’ vertraagt wan-neer de economische groei vermindert. Omdat gezondheidszorg pas na enige jaren reageert op de economische groei, zet het aandeel van de gezondheidszorg zich telkens op een hoger niveau wanneer het bbp vertraagt. Over de periode 1979 - 2003 stijgt dit aan-deel met 2,6 procentpunt van het bbp (van 6,6 in 1978 tot 9,2 in 2003), waarvan 2,2 procentpunt gefinancierd wordt door de overheid, 0,3 procentpunt door de gezinnen en 0,1 procentpunt door de verzekeringsmaatschappijen.

**FIGUUR 21 - Uitgaven voor gezondheidszorg
- in % van het bbp**



**FIGUUR 22 - Uitgaven voor gezondheidszorg
vergeleken met het bbp**



Bron: INR, Nationale Rekeningen, editie 2002 en eigen berekeningen (zie kader op blz. 110)

Bij de vergelijking van de toename van de uitgaven voor gezondheidszorg enerzijds en de economische groei anderzijds onderkennen we verscheidene periodes.

- Alhoewel de economische groei tijdens de periode 1971 - 1978 gemiddeld 3,6 procent bedraagt, stijgen de globale uitgaven voor gezondheidszorg nog vlugger, met 8,1 % na correctie met de deflator van het bbp. Vandaar hun toenemend aandeel van 4,7 % van het bbp in 1970 tot 6,6 % in 1978. Die buitengewoon sterke toename met 1,9 procentpunt over een tijdspanne van acht jaar wordt gefinancierd door een toenemend overheidsaandeel - met bijna 1,7 procentpunt van het bbp - terwijl het

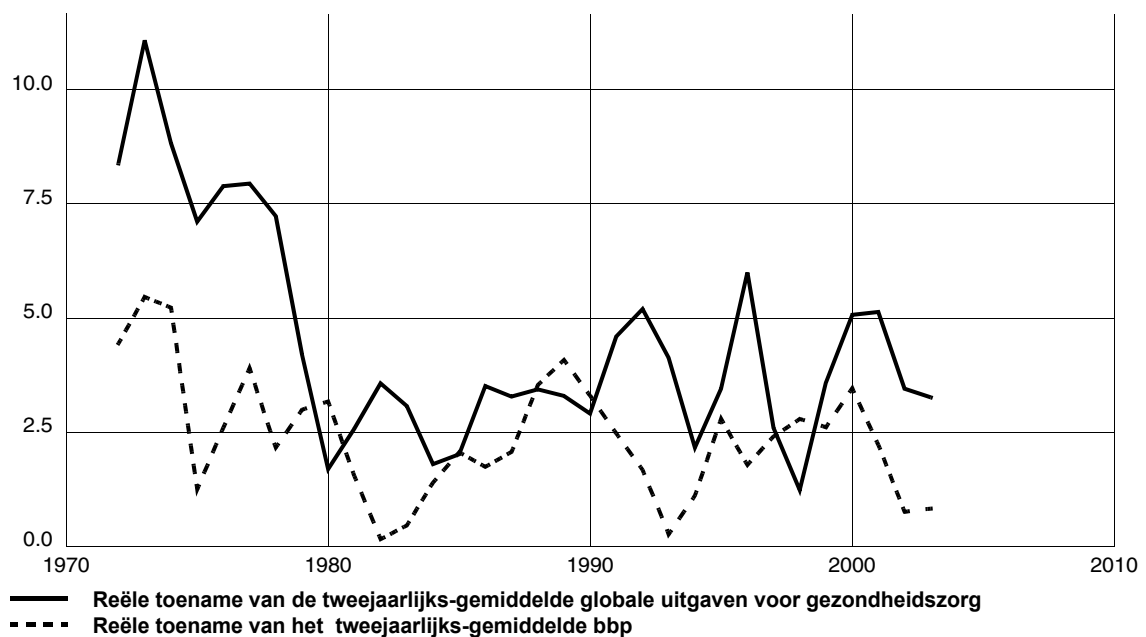
aandeel van de gezinnen toeneemt met 0,3 procentpunt. Deze periode kan als uitzonderlijk beschouwd worden.

- Wanneer de economische groei vertraagt tot minder dan de helft, gemiddeld nog 1,7 % tijdens de periode 1979 - 1987, vertraagt ook de uitgavengroei voor gezondheidszorg, evenwel na verloop van enkele jaren, tot jaarlijks nog 2,7 %, ook veel minder dan de helft. Het aandeel van gezondheidszorg in het bbp stijgt verder tot 7,3 procentpunt van het bbp in 1987, of + 0,6 procentpunt, waarbij het overheidsaandeel opnieuw toeneemt met 0,8 procentpunt terwijl het aandeel van de gezinnen daalt met 0,2 procentpunt.
- Tijdens de korte economische heropleving aan het eind van de jaren 80 (gemiddeld 3,8 % gedurende de periode 1988 - 1990) nemen de uitgaven voor gezondheidszorg toe met 3,1 %, klaarblijkelijk nog onder invloed van de zwakke economische groei van de vorige periode. Het overheidsaandeel vermindert met 0,2 procentpunt van het bbp en dat van de gezinnen neemt daarentegen toe met 0,1 procentpunt.
- Gedurende de daaropvolgende drie jaren van laagconjunctuur 1991 - 1993, met een bbp groei van gemiddeld 0,8 %, stijgen de uitgaven voor gezondheidszorg met 4,9 % (uitgedrukt in constante bbp-prijs) van 7,1 procentpunt van het bbp in 1990 tot 8,0 procentpunt in 1993. Het is opmerkelijk dat de gezinnen hiervan 0,3 procentpunt ten laste nemen, nadat de saneringsmaatregelen van de jaren 80 toch de afstand tussen het bruto- en nettoloon met afgerond een kwart hebben verbreed door nieuwe werknemersbijdragen en de inlevering van drie indexsprongen.
- Tijdens de periode 1994 - 2000 groeien de uitgaven voor gezondheidszorg met gemiddeld 3,5 %, dit ondanks de gestelde begrotingsnorm die gemiddeld 1,6 procent bedroeg. Met de economische groei van gemiddeld 2,8 procent verhogen de uitgaven voor gezondheidszorg opnieuw hun aandeel tot 8,7 procentpunt van het bbp in 2000: + 0,4 procentpunt gefinancierd door de overheid.
- Over de laatste drie jaren, met een zwakke economische groei van 0,8 procent, verhoogt het aandeel van de gezondheidszorg in het bbp tot 9,2 procentpunt in 2003 waarvan de overheid opnieuw het overgrote deel financiert (+ 0,7 procentpunt van het bbp).

Bij het overlopen van bovenstaande evolutie blijkt dat de uitgaven voor gezondheidszorg inderdaad een eigen dynamiek hebben die weliswaar “op afstand” na verloop van jaren de evolutie van het bbp volgt. Dit wordt nog duidelijker in figuur 23 waar de toename¹ van het voorschrijdend tweejaarlijks gemiddelde van zowel de globale gezondheidsuitgaven als van het bbp met elkaar vergeleken worden, beiden uitgedrukt in constante prijzen van het bbp.

1. Omdat de jaarlijkse schommelingen, soms te wijten aan mechanische factoren zoals een vertraagde boeking, de grafiek minder leesbaar maken zijn de toenamepercentages telkens berekend aan de hand van de gemiddelde uitgaven over twee jaar.

FIGUUR 23 - Verloop van het voortschrijdend tweejaarlijks gemiddelde van de uitgaven voor gezondheidszorg en van het bbp - in procenten.



Alhoewel de economische groei sterk vermindert tijdens de tweede helft van de zeventiger jaren, duurt het tot 1979 alvorens de uitgavengroei van de gezondheidszorg onder de 5 % daalt. Vervolgens hebben de schommelingen in het verloop van de economische groei tijdens de tweede helft van de jaren 70 een zichtbare weerslag op de evolutie van de gezondheidszorg tijdens de periode 1981 - 1987, met een terugval eind de jaren 80 die weliswaar minder diep is dan de economische vertraging in 1980 en 1981. Ook tijdens de jaren 90 is het verband tussen de evolutie van de gezondheidszorg en het bbp van enkele jaren voordien zichtbaar, evenwel met grotere schommelingen in het geval van de gezondheidszorg en met een uitzonderlijke vertraging van deze laatste tijdens de jaren 1997 en 1998.

Hierna wordt er nagegaan in welke mate de besparingsmaatregelen een invloed hebben gehad op de evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg.

b. Aandeel van de overheidstussenkomsten in de globale uitgaven voor gezondheidszorg

De publieke uitgaven voor gezondheidszorg bevatten naast de uitgaven van de wettelijke sociale-verzekeringsinstellingen ook

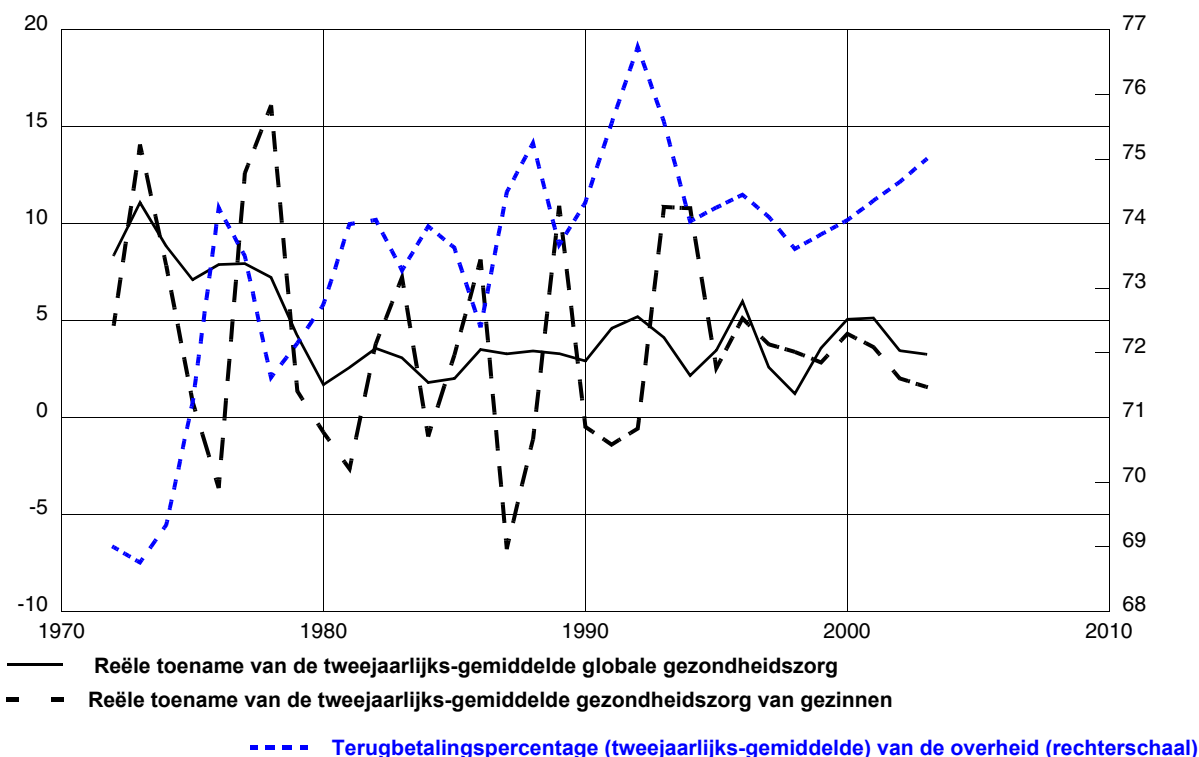
- de uitgaven van de federale overheid voor de ligdagprijs (het deel van de FOD Volksgezondheid) en de uitgaven in natura van het Nationaal Instituut voor Oorlogsinvaliden;
- de overdrachten van de Gemeenschappen en Gewesten aan instellingen voor gehandicapten¹;

1. Hulp aan gehandicapten via het Vlaams fonds voor sociale integratie van personen met een handicap, l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées en le Service bruxellois francophone pour personnes handicapées.

- de sociale voorzieningen van OCMW's aan behoeftigen (huur, medische en paramedische verzorging, medicijnen, verblijfskosten in bejaardentehuizen).

In figuur 24 wordt er onderzocht of een verandering van de overheidstussenkomsten een invloed heeft gehad op de consumptieve bestedingen van de gezinnen en/of op de globale consumptie van gezondheidszorg. Zowel de globale gezondheidsuitgaven als die ten laste van de gezinnen zijn gedefleerd met de prijsindex van het bbp. Om de figuur te verduidelijken, zijn de gegevens eerst omgezet in tweejaarlijkse gemiddelden alvorens de toename of het terugbetalingspercentage te berekenen.

FIGUUR 24 - Toename van de uitgaven voor gezondheidszorg, gedefleerd met de prijsindex van het bbp, in % - globaal terugbetalingspercentage vanwege de overheid op de rechterschaal



Tijdens de jaren 70 neemt het aandeel van de overheid in de globale uitgaven voor gezondheidszorg toe van 67,5 % in 1971 tot 74,1 % in 1982, uitgezonderd de buitengewone percentages voor 1977 en 1978 met een al even buitengewone evolutie van de bestedingen van de gezinnen tijdens diezelfde jaren. Bijzondere maatregelen van toen zijn ons niet bekend, zodat we die evolutie toeschrijven aan een onregelmatigheid in de cijfergegevens.

Het is opvallend hoe een verandering in het terugbetalingspercentage vanwege de overheid telkenmale wordt gecompenseerd met een averechtse verandering in de toename van de gezondheidsuitgaven ten laste van de gezinnen, uitgezonderd tijdens de jaren 1997 en 1998. Heeft de invoering van de profielencommissies (1996) of de invoering van een opnameforfait bij toepassing van speciale technische verstrekkingen (1997) niet alleen de overheidstussenkomst gedrukt maar tevens het groeiritme van de globale gezondheidsuitgaven? Ook tijdens de daaropvolgende jaren (1999 - 2003) zou men verwachten dat een hogere overheidstussenkomst het gezinsaandeel zou drukken, hetgeen in

figuur 24 niet zichtbaar is vermits het gezinsaandeel eenzelfde evolutie heeft dan die van de globale gezondheidszorg. De selectieve uitbreiding van de groep rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming, de vermindering van het remgeld gericht naar specifieke groepen (het globaal medisch dossier voor ouderen, geïntegreerde verzorging van chronisch zieken, ...), evenals de stimuli om generische geneesmiddelen voor te schrijven zouden die recente evolutie kunnen verklaren.

Over het algemeen mag men toch stellen dat de historische evolutie geen aanduiding geeft van een sterke relatie tussen de hoogte van de overheidstussenkomst en het groei-ritme van de globale uitgaven voor gezondheidszorg. Eventueel zou de invoering van de begrotingsdoelstelling de toename van de gezondheidsuitgaven verminderd kunnen hebben in 1994, maar anderzijds was ook de economische groei zwak tijdens de periode 1991 - 1994. De relatief kleine invloed van besparingsmaatregelen op het consumptiegedrag wordt ook bevestigd in een recente studie van de CM¹ "Il semble donc que la catégorie sociale et l'âge soient des déterminants des dépenses plus robustes que le niveau de remboursement".

De bovenvermelde ongevoeligheid aan besparingsmaatregelen op het niveau van de globale uitgaven voor gezondheidszorg doet geen uitspraak over de impact van maatregelen op het niveau van de verschillende soorten prestaties. Zoals aangetoond in een publicatie van het Belgisch Instituut voor Openbare Financiën² verklaart het toenemend gebruik van nieuwe technische ontwikkelingen in de gezondheidszorg het buitengewoon hoge stijgingsritme tijdens de jaren 70. De besparingsmaatregelen van de jaren 80 remden de uitgaven van de betrokken prestaties wel af, terwijl het verbruik van andere technische verstrekkingen des te vlugger gingen stijgen. Bij een gedetailleerde analyse per soort prestatie rijst het vermoeden dat, zodra een nieuwe technische eenheid is geïnstalleerd, de gezondheidsuitgaven zullen toenemen via de prijs per prestatie en/of het aantal prestaties. Pas wanneer de economische groei gedurende verscheidene jaren eerder zwak is, waardoor de overheidsmiddelen voor gezondheidszorg onder druk komen te staan, bestaat de neiging om investeringen in nieuwe medische behandelingen uit te stellen.

3. Evoluties per bedrijfstak

a. Inleiding

De uitgaven voor gezondheidszorg vertonen een specifiek kenmerk in vergelijking met de meeste andere sociale uitgaven: ze genereren onmiddellijk economische activiteit. De uitgaven voor gezondheidszorg creëren dus een toegevoegde waarde en werkgelegenheid in de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening'.

De productie van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' is immers bijna uitsluitend gericht op de binnenlandse vraag en staat dus weinig open voor buitenlandse handel: export en import zijn verwaarloosbaar. Bovendien verbruikt die bedrijfstak relatief weinig intermediaire inputs en levert hij er weinig aan de overige bedrijfstakken.

-
1. Ongepubliceerde studie van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, *Evolution des dépenses pour soins de santé de 1990 à 2000. Détermination des éléments explicatifs de la croissance*, op blz. 11
 2. M.-J. FESTJENS, *De ontwikkeling van de sociale zekerheid 1980-1990*, in *Geschiedenis van de Openbare Financiën in België 1980-1990*, Hoofdstuk VI, blz. 305 tot 314, Academia Press, Gent, 1992.

De bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' heeft een hoge toegevoegde waarde¹, namelijk 7,3 % van de toegevoegde waarde van de totale economie in 2002². Bovendien schept die bedrijfstak een zeer groot aantal banen: hij vertegenwoordigde 9,8 % van de totale werkgelegenheid in België in 2002³. Het productiviteitsniveau is dus gering in vergelijking met de overige economische bedrijfstakken.

In dit hoofdstuk zal men de voorbije evolutie van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' bestuderen om aan te tonen dat de evolutie van de gezondheidszorgconsumptie heeft geleid tot een sterke toename van de toegevoegde waarde en van de werkgelegenheid in die bedrijfstak. De bedrijfstak zal eerst globaal worden geanalyseerd. Voor de bedrijfstak in zijn geheel beschikt men over longitudinale gegevens (1975-2002). Om de activiteiten te identificeren die uitsluitend verband houden met de gezondheidszorg, zal de bedrijfstak vervolgens worden opgesplitst in twee subtakken: 'gezondheidszorg' enerzijds en 'maatschappelijke dienstverlening' anderzijds. Voor die gedesaggregeerde aanpak zijn de beschikbare gegevens beperkt en is er geen gedetailleerde historische analyse mogelijk: het gaat om de toegevoegde waarde over de periode 1995-2002 en het aantal werknemers over dezelfde periode.

b. Definitie van de bedrijfstak

De gekozen definitie van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' is die uit de nationale boekhouding⁴.

De activiteiten betreffende 'gezondheidszorg' omvatten de 'ziekenhuisactiviteiten', de 'medische praktijken', de 'tandartspraktijken' en de 'overige activiteiten i.v.m. gezondheidszorg', namelijk de medische laboratoria, de ziekenwagens, de paramedische activiteiten, de kinesitherapeuten, de bloedinzamelingscentra,...

De activiteiten die betrekking hebben op de 'maatschappelijke dienstverlening' omvatten activiteiten met en zonder huisvesting. De activiteiten met huisvesting omvatten onder meer de rusthuizen voor bejaarden, de instituten voor gehandicapten en de weeshuizen. De activiteiten zonder huisvesting omvatten onder meer de kinderkribben, onthaalmoe- ders en overige kinderopvang, de beschutte werkplaatsen, de overige maatschappelijke dienstverlening, zoals het bejaarden- of ziekenbezoek.

De diergeneeskundige activiteiten maken ook deel uit van de bedrijfstak, namelijk de diergeneeskundige controle- en verzorgingsactiviteiten bij boerderijdieren en gezelschapsdieren, alsook de activiteiten van de dierenambulances⁵.

Voor de globale benadering zal het geheel van de activiteiten van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' in aanmerking worden genomen : 'gezondheidszorg' plus 'maatschappelijke dienstverlening' plus 'diergeneeskundige activiteiten'.

1. Toegevoegde waarde tegen lopende prijzen.

2. Zoals zal blijken uit sectie c.

3. Ibid.

4. Nationaal Instituut voor Statistiek, *Activiteitennomenclatuur NACE-BEL*.

5. De diergeneeskundige activiteiten worden niet opgenomen in de gedesaggregeerde benadering omdat ze slechts een zeer gering deel uitmaken van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening'.

In de gedesaggregeerde benadering zal eerst een onderscheid worden gemaakt tussen de subtakken 'gezondheidszorg' en 'maatschappelijke dienstverlening'. Vervolgens zal men een onderscheid maken tussen de 3¹ klassen die de subtak 'gezondheidszorg' vormen en zal men één van de sub-klassen die behoren tot de subtak 'maatschappelijke dienstverlening' apart nemen, namelijk de rusthuizen voor bejaarden.

c. Een bedrijfstak gericht op de binnenlandse vraag

De bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' is bijna uitsluitend gericht op de binnenlandse vraag: 88,9 % van de totale tewerkstelling in de bedrijfstak in 1995. Het grootste deel van de binnenlandse vraag is afkomstig van overheidsconsumptie: 74,6 % in 2002; het overige deel (25,4 % in 2002) is afkomstig van particuliere consumptie.

De bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' staat dus weinig open voor buitenlandse handel: de export vertegenwoordigde slechts 0,17 % van de totale tewerkstelling in die bedrijfstak in 1995; de import maar 0,05 %. Bovendien verbruikt die bedrijfstak relatief weinig intermediaire inputs: 35 % van zijn totale tewerkstelling in 1995. Ten slotte levert die bedrijfstak weinig intermediaire inputs aan de overige bedrijfstakken: 11,1 % van zijn totale tewerkstelling in 1995.

d. Evoluties in de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening'

Hoewel de vergrijzing zich nog niet echt heeft doorgezet, kan reeds verschillende decennia een toename van het economisch gewicht van de tak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' worden waargenomen. Het aandeel van die bedrijfstak in het bbp is gestegen van 4,1 % in 1975 naar 7,3 % in 2002. Over dezelfde periode is het gewicht van de bedrijfstak in termen van werkgelegenheid nog meer toegenomen: van 3,6 % naar 9,8 %, meer dan een verdubbeling.

De nettowerkgelegenheidscreatie in die bedrijfstak (270 000 eenheden) vertegenwoordigt meer dan 74,5 % van de totale werkgelegenheidscreatie in de economie gedurende dezelfde periode (361 000 eenheden).

De periode 2000-2002 wordt gekenmerkt door een nieuwe opstoot van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening'. Het economisch gewicht van de bedrijfstak in het bbp is gestegen van 6,8 % in 2000 naar 7,3 % in 2002. In termen van werkgelegenheid is het gewicht van de bedrijfstak gestegen van 9,2 % naar 9,8 %. De nettowerkgelegenheid in die bedrijfstak is gestegen met 29 000 eenheden, terwijl de totale werkgelegenheid slechts met 48 000 eenheden is toegenomen.

1. In dit verslag worden de klassen "Medische praktijken" en "Tandartspraktijken" gegroepeerd in één enkele klasse ("Medische -en tandartspraktijken").

TABEL 15 - Toegevoegde waarden tegen lopende prijzen
(in percentage van het totaal)

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2002
Industrie	40.8	36.9	34.3	32.7	29.5	28.1	27.0
Verhandelbare diensten	42.3	46.1	50.2	54.2	57.5	59.1	59.2
- waaronder gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening	4.1	5.3	5.8	6.0	6.5	6.8	7.3
Overige	16.9	17.0	15.5	13.1	13.0	12.8	13.8
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Bron: INR, Nationale Rekeningen 1995-2002 van oktober 2003 en FPB, Gegevensbank van het HERMES-model van januari 2004.

TABEL 16 - Binnenlandse werkgelegenheid
(werknemers en zelfstandigen, in percentage van het totaal)

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2002
Industrie	38.0	32.9	28.7	26.7	24.3	22.4	21.6
Verhandelbare diensten	39.8	42.8	46.3	49.8	52.7	54.9	55.5
- waaronder gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening	3.6	5.2	6.3	7.3	8.2	9.2	9.8
Overige	22.2	24.3	25.0	23.5	23.0	22.7	22.8
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Bron: INR, Nationale Rekeningen 1995-2002 van oktober 2003 en FPB, Gegevensbank van het HERMES-model van januari 2004.

Indien men zich buigt over de evolutie in reële termen, komt men tot een enigszins andere vaststelling: de groei in volumetermen van de geproduceerde diensten lijkt gering in vergelijking met de toename in nominale termen. Hieruit volgt een zeer geringe - zelfs negatieve - toename van de productiviteit in die bedrijfstak:

TABEL 17 - Arbeidsproductiviteit per uur
(gemiddelde jaarlijkse groeivoeten, in percentage)

	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2002
Industrie	6.9	5.3	3.1	3.1	3.3	2.5
Verhandelbare diensten	3.2	1.3	1.4	1.3	-0.3	-0.4
- waaronder gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening	1.4	-1.3	1.6	-0.8	-1.4	-0.5
Overige	6.2	5.3	1.1	6.1	4.9	1.7
Totaal	5.0	2.9	1.9	1.7	1.2	0.7

Bron: INR, Nationale Rekeningen 1995-2002 van oktober 2003 en FPB, Gegevensbank van het HERMES-model van januari 2004.

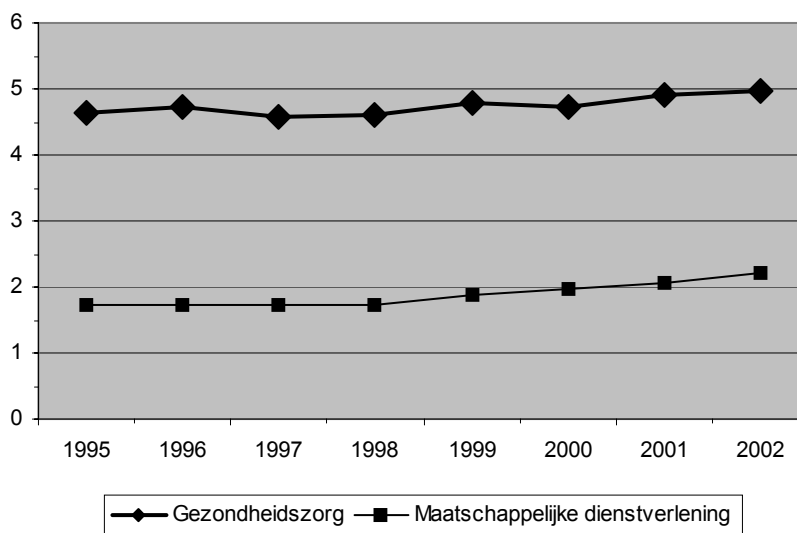
Het is natuurlijk niet vanzelfsprekend om de productiviteit van de factor arbeid op te drijven in de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening', gelet op het type van betrokken dienst. Het is evenwel mogelijk dat die cijfers deels het probleem weergeven om de productie van de betrokken diensten op te splitsen in volume en prijs, bijvoorbeeld omdat de kwaliteitsverbeteringen slechts onvoldoende doorberekend worden in de volumes (cf. sectie iv.)¹.

e. Evoluties in de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening': gedesaggregeerde benadering

i. Toegevoegde waarde

De toegevoegde waarde van de subtak 'gezondheidszorg' stijgt van 4,6 % van het bbp in 1995 naar 5 % van het bbp in 2002. De toegevoegde waarde van de subtak 'maatschappelijke dienstverlening' stijgt van 1,7 % van het bbp in 1995 naar 2,2 % van het bbp in 2002. Vanaf 1998 neemt het gewicht van de subtak 'maatschappelijke dienstverlening' in het bbp sneller toe dan dat van de subtak 'gezondheidszorg': een stijging met 0,5 procentpunt ten opzichte van 0,3 procentpunt tussen 1995 en 2002.

FIGUUR 25 - Toegevoegde waarde van de subtakken 'gezondheidszorg' en 'maatschappelijke dienstverlening'
(in % van het bbp)



Bron: INR

De snellere stijging van de subtak 'maatschappelijke dienstverlening' ten opzichte van de subtak 'gezondheidszorg' komt ook tot uiting in de reële gemiddelde jaarlijkse groei van de subtakken over de periode 1995-2002: 4,3 % tegenover 1,6 %.

ii. Werkgelegenheid

In dit deel zal enkel aandacht worden besteed aan de werkgelegenheid bij werknemers wegens het gebrek aan gegevens over de zelfstandige werkgelegenheid. In dit geval kan men de gedesaggregeerde analyse dus benaderen via de werknemers. Zelfs al is het aandeel van de werknemers in de totale werkgelegenheid van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' licht gedaald (van 90,7 % in 1975 naar 87,6 % in 2002), toch was de evolutie van het aantal werknemers en van de totale werkgelegen-

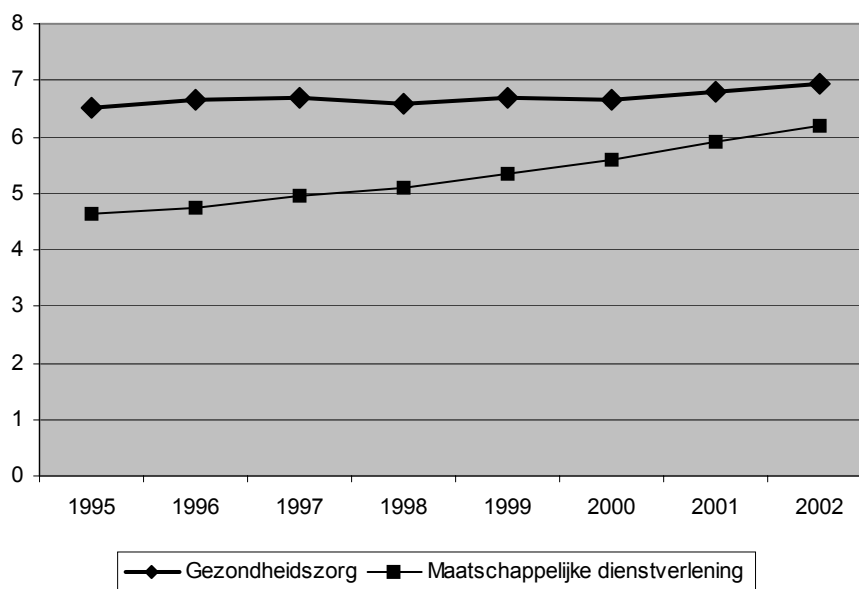
1. Er dient te worden opgemerkt dat de groei van de productiviteit van het geheel van verhandelbare diensten gering is in vergelijking met de industrie. De stijging van de productiekosten per geproduceerde eenheid is immers sterker dan in de industrie, met name omdat die de druk ondervindt van de internationale concurrentie. Bovendien heeft het probleem dat de kwaliteitsverbeteringen eerder in de volumestatistieken in rekening worden gebracht dan in de prijzen, betrekking op verschillende types van verhandelbare diensten.

heid in de bedrijfstak vergelijkbaar met de evolutie van de werkgelegenheid van de gehele economie.

Werknemers van de subtakken 'gezondheidszorg' en 'maatschappelijke dienstverlening'

Het aandeel van de werknemers van de subtak 'gezondheidszorg' ten opzichte van het totaal aantal werknemers in de economie is gestegen van 6,5 % in 1975 naar 6,9 % in 2002. Het aandeel van de werknemers in de subtak 'maatschappelijke dienstverlening' is gestegen van 4,7 % in 1975 naar 6,2 % in 2002. Het aandeel van de werknemers van de subtak 'maatschappelijke dienstverlening' kent een sterke stijging ten opzichte van de subtak 'gezondheidszorg': stijging met 1,6 procentpunt tegenover 0,4 procentpunt tussen 1975 en 2002.

FIGUUR 26 - Werknemers van de subtakken 'gezondheidszorg' en 'maatschappelijke dienstverlening'
(in % van het totaal aantal werknemers)



Bron: INR.

Productiviteit

In 2002 bedroeg de productiviteit per werknemer¹ 53 282 euro voor de subtak 'gezondheidszorg'; die productiviteit was veel lager voor de subtak 'maatschappelijke dienstverlening', namelijk 27 979 euro².

Dat verschil in productiviteitsniveau kan worden verklaard door het feit dat de gezondheidssector zowel sterk kapitaalintensieve activiteiten (geavanceerd technologisch materiaal) als minder kapitaalintensieve activiteiten (rusthuizen voor bejaarden, gezinshulp, thuisverzorging) omvat. De subtak 'gezondheidszorg' omvat veel sterk kapitaalintensieve

1. De productiviteit is hier gelijk aan de toegevoegde waarde tegen lopende prijzen gedeeld door het aantal werknemers.
2. Ter vergelijking, de productiviteit per werknemer voor de gehele economie bedroeg 74 751 euro in 2002.

activiteiten, terwijl de subtak 'maatschappelijke dienstverlening' de minder kapitaalintensieve activiteiten omvat.

Dat verklaart de hoge deflator in de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening'. De prijsindexen van de toegevoegde waarde van de subtakken 'gezondheidszorg' en 'maatschappelijke dienstverlening' bedroegen respectievelijk 1,22 en 1,21 in 2002, terwijl de index van het bbp slechts 1,11 bedroeg (de index was gelijk aan 1 in 1995).

De gemiddelde jaarlijkse groei van de indexen over de periode 1995-2002 bedroeg 2,9 % voor de subtak 'gezondheidszorg' en 2,7 % voor de subtak 'maatschappelijke dienstverlening', terwijl die van het bbp slechts 1,5 % bedroeg.

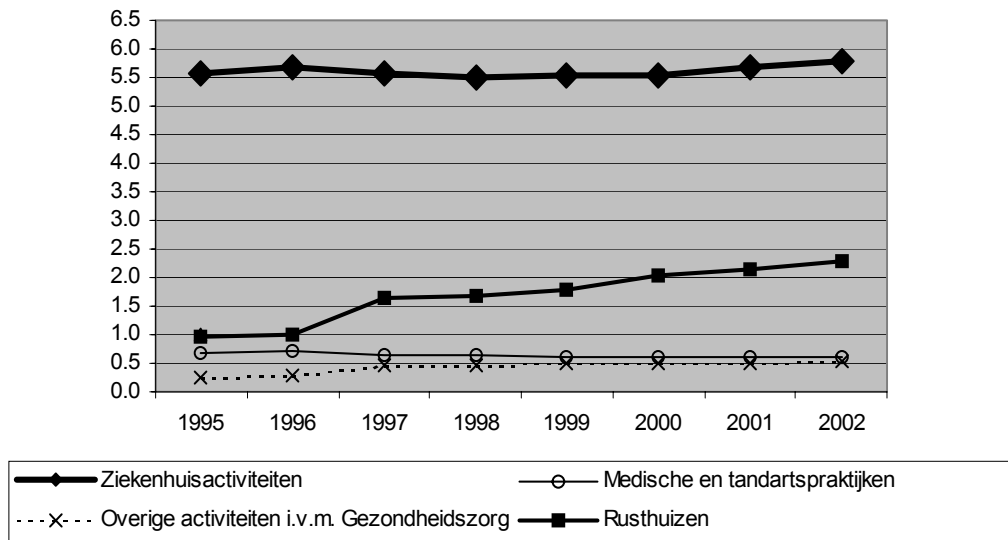
De prijsindexen van de toegevoegde waarde van de twee subtakken zouden vergelijkbaar en zeer hoog zijn om diverse redenen. Voor de subtak 'maatschappelijke dienstverlening' ligt een verklaring voor de zeer hoge index in het feit dat hij minder kapitaalintensieve activiteiten en sterk arbeidsintensieve activiteiten omvat. De zeer hoge index voor de subtak 'gezondheidszorg' kan verklaard worden door het feit dat het voor de nationale boekhouding moeilijk is om de volume-effecten en prijseffecten in die subtak, die gekenmerkt wordt door een snelle technologische vooruitgang en een weinig homogene output van goederen en diensten in de tijd, correct in te schatten¹.

Werknemers van de klassen 'ziekenhuisactiviteiten', 'medische en tandartspraktijken', 'overige activiteiten i.v.m. gezondheidszorg' die de subtak 'gezondheidszorg' vormen, en de sub-klasse 'rusthuizen' die valt onder de subtak 'maatschappelijke dienstverlening'

Het aandeel van de werknemers van de klasse 'ziekenhuisactiviteiten'² ten opzichte van het totaal aantal werknemers van de gehele economie is veruit het grootst: in 2002 bedroeg dat aandeel 5,8 %. Het aandeel van de werknemers die werkzaam zijn in de 'rusthuizen'³ is relatief groot en vertegenwoordigde 2,3 % in 2002. Hierna volgt het aandeel van de werknemers in 'medische en tandartspraktijken'⁴ (0,6 % in 2002) en het aandeel van de werknemers van de 'overige activiteiten i.v.m. gezondheidszorg'⁵ (0,5 % in 2002).

-
1. Wat de kwalitatieve dimensie betreft, bestaat het basisprincipe van het 'Europees Systeem van Rekeningen. ESR 1995', gepubliceerd door Eurostat (1996), erin de kwaliteitsverbeteringen in de volumestatistieken in aanmerking te nemen. In het geval van dienstverlening zoals 'gezondheidszorg' staat vermeld (p. 252) dat 'het niet mogelijk is hun volume te meten via de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking'.
 2. De ziekenhuisactiviteiten omvatten onder meer de medische, heelkundige en technische diensten, de spoedgevallendiensten, de analyses, de huisvestingsdiensten, enz.
 3. Men onderscheidt de rustoorden voor bejaarden (ROB's) en de rust- en verzorgingstehuizen (RVT's). De ROB's zijn niet-medische instellingen waar de bejaarden dagelijks hulp krijgen om zich te wassen, te eten, te kleden, ... De RVT's zijn soortgelijke instellingen als de ROB's maar er wordt geneeskundige zorg verstrekt.
 4. Hoofdzakelijk de raadplegingen en de zorg verstrekt door huisartsen, specialisten, heelkundigen en algemene of gespecialiseerde tandartspraktijken.
 5. Die klasse omvat hoofdzakelijk de medische laboratoria, de paramedische activiteiten, de kinesitherapeuten, de bloedinzamelingscentra, orgaanbanken en dergelijke.

FIGUUR 27 - Werknemers van de klassen 'ziekenhuisactiviteiten', 'medische en tandartspraktijken', 'overige activiteiten i.v.m. gezondheidszorg' en 'rusthuizen'
(in % van het totaal aantal werknemers)



Bron: RSZ en eigen berekeningen van het FPB.

Wat ook opvalt, is de snelle toename van het aantal werknemers in de rusthuizen. Die bedrijfstak kent een voortdurende stijging. In 1995 verbleven 96 000 bejaarden in een rusthuis. In 2001 liep dat aantal op tot iets meer dan 119 000. Het percentage van de Belgische bevolking dat in een rusthuis verblijft, is gestegen van 0,95 % in 1995 naar 1,16 % in 2001¹.

C. Gezondheidszorg in internationaal perspectief

1. Inleiding

Tabel 18 drukt het aandeel van de uitgaven voor gezondheidszorg als % van het bbp uit voor een aantal landen, met een gewogen gemiddelde voor Europa (EU) van 8.9 % van het bbp in 2001.

1. Bron: RIZIV

TABEL 18 - Totale gezondheidszorguitgaven - in % bbp¹

	1960	1970	1980	1990	2000	2001
België		4,7	6,4	7,1	8,4	8,8
Denemarken			9,1	8,5	8,3	8,6
Duitsland		6,2	8,7	8,5	10,6	10,7
Finland	3,8	5,6	6,4	7,8	6,7	7
Frankrijk				8,6	9,3	9,5
Griekenland		6,1	6,6	7,4	9,4	9,4
Ierland	3,7	5,1	8,4	6,1	6,4	6,5
Italië				8	8,2	8,4
Luxemburg		3,6	5,9	6,1	5,6	5,6
Nederland			7,5	8	8,6	8,9
Noorwegen	2,9	4,4	6,9	7,7	7,6	8
Oostenrijk	4,3	5,3	7,6	7,1	7,7	7,7
Portugal		2,6	5,6	6,2	9	9,2
Spanje	1,5	3,6	5,4	6,7	7,5	7,5
Verenigd Koninkrijk	3,9	4,5	5,6	6	7,3	7,6
Zweden		6,7	8,8	8,2	8,4	8,7
Zwitserland	4,9	5,6	7,6	8,5	10,7	11,1
Canada	5,4	7	7,1	9	9,2	9,7
Japan	3	4,5	6,4	5,9	7,7	8
Verenigde Staten	5	6,9	8,7	11,9	13,1	13,9
Ongewogen EU-gemiddelde (i)		4,7	7	7,3	8	8,2
Gewogen EU-gemiddelde (iii)		5	7,2	7,7	8,7	8,9
Ongewogen internationaal gemiddelde (ii)		4,9	6,9	7,3	8,2	8,4
Gewogen internationaal gemiddelde (iii)		5,9	7,7	9,1	10,4	10,9

(i) Voor de 15 EU-landen voor alle beschikbare gegevens

(ii) Voor de 15 EU-landen en de Verenigde Staten, Canada, Japan, Australië, Noorwegen, Zwitserland, Turkije, Tsjechië,

Slovakije, Hongarije, Polen en IJsland voor alle beschikbare gegevens

(iii) Gewogen volgens het totale bbp (marktprijzen) voor alle beschikbare gegevens (Bron: Eurostat)

Het aandeel van de geneeskundige verzorging in de nationale rijkdom is de voorbije twee decennia over het algemeen gestegen, hoewel de nationale context een belangrijke rol speelt. Zo werd de stijgende beweging in Duitsland gedurende de jaren 90 beïnvloed door de gevolgen van de eenmaking. De snelle groei van de uitgaven voor gezondheidszorg in termen van bbp in de jaarovergang 2000 - 2001 voor de Verenigde Staten weerspiegelt in grote mate de economische vertraging in Amerika, terwijl de uitgavenstijging in de jaren 90 relatief beperkt bleef dankzij de economische groei vanaf 1993 - 1994, met daarnaast een afremmen van de uitgaven door de opkomst van gecoördineerde verzorgingsnetwerken die prijs en volume drukken. Ook in Ierland, waar de groei zeer snel was, is het aandeel van de uitgaven in het bbp de laatste twintig jaar gedaald.

Van de Europese lidstaten heeft Duitsland de hoogste gezondheidszorguitgaven uitgedrukt in bbp met een aandeel van 10,7 %, tegenover Luxemburg die het laagste cijfer heeft ter hoogte van 5,6 %. Het gewogen EU-gemiddelde ligt over de gehele periode lager dan het gewogen internationaal gemiddelde van gezondheidszorguitgaven dat in 2001 reeds 10,9 % van het bbp bedraagt en waarin vooral de Verenigde Staten sterk doorwegen met een aandeel van 13,9 %.

1. Bron: OESO 2003 Health Data (3rd ed.), uitgezonderd de cijfers voor België: Federaal Planbureau

TABEL 19 - Overheidsuitgaven voor gezondheidszorg - in % van bbp¹

	1960	1970	1980	1990	2000	2001
België		3,1	4,7	5,3	6,3	6,6
Denemarken		6,7	8	7	6,9	7,1
Duitsland		4,5	6,8	6,5	7,9	8
Finland	2,1	4,1	5	6,3	5,1	5,3
Frankrijk				6,6	7,2	7,2
Griekenland		2,6	3,7	4	5,3	5,2
Ierland	2,8	4,2	6,8	4,4	4,7	4,9
Italië				6,4	6	6,3
Luxemburg		3,2	5,5	5,7	4,9	4,9
Nederland		4,2	5,2	5,4	5,5	5,7
Noorwegen	2,2	4	5,9	6,4	6,5	6,8
Oostenrijk	3	3,3	5,2	5,2	5,4	5,3
Portugal		1,6	3,6	4,1	6,2	6,3
Spanje	0,9	2,3	4,3	5,3	5,3	5,4
Verenigd Koninkrijk	3,3	3,9	5	5	5,9	6,2
Zweden		5,8	8,2	7,4	7,1	7,4
Zwitserland				4,5	5,9	6,4
Canada	2,3	4,9	5,4	6,7	6,5	6,9
Japan	1,8	3,1	4,6	4,7	6	6,2
Verenigde Staten	1,2	2,5	3,6	4,7	5,8	6,2
Ongewogen EU-gemiddelde (i)		3,8	5,5	5,6	5,9	6,1
Gewogen EU-gemiddelde (iii)		4,0	5,7	6,0	6,6	6,7
Ongewogen internationaal gemiddelde (ii)		3,4	5,1	5,4	6,0	6,2
Gewogen internationaal gemiddelde (iii)		3,1	4,4	5,2	6,1	6,4

(i) Voor de 15 EU-landen voor alle beschikbare gegevens

(ii) Voor de 15 EU-landen en de Verenigde Staten, Canada, Japan, Australië, Noorwegen, Zwitserland, Turkije, Tsjechië, Slovakije, Hongarije, Polen en IJsland voor alle beschikbare gegevens

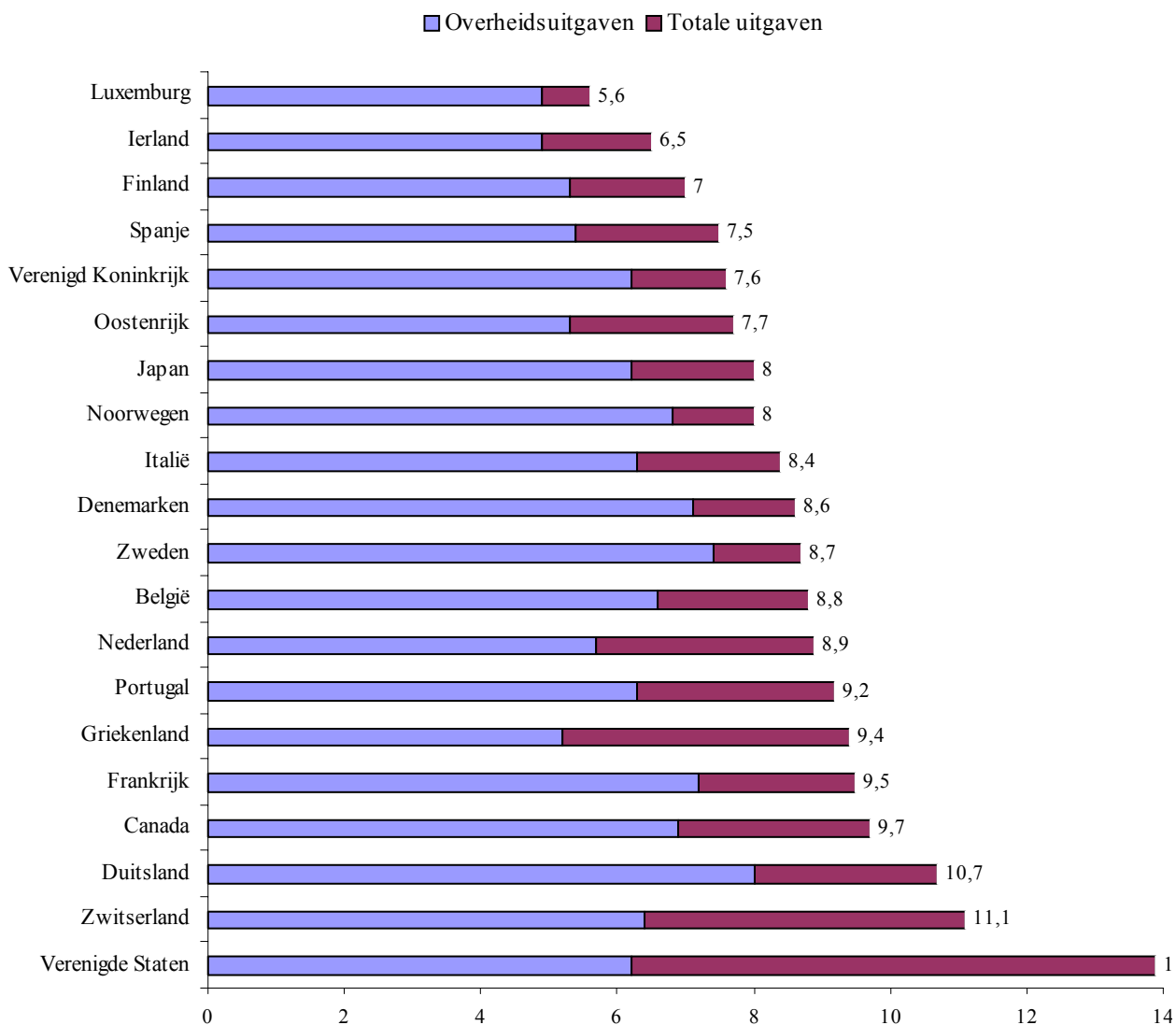
(iii) Gewogen volgens het totale bbp (marktprijzen) voor alle beschikbare gegevens (Bron: Eurostat)

De grotendeels stijgende trend geldt ook voor de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg, uitgedrukt in % van het bbp, hoewel de poging tot budgetcontrole vanaf 1980 enige impact had: in de Europese lidstaten daalt de gemiddelde verandering van het overheidsaandeel in gezondheidszorguitgaven tussen 1970 - 1980 ter hoogte van 1,7 vanaf 1980 tot een verandering van slechts 0,3 om tijdens het laatste decennium opnieuw te stijgen tot 0,7. Daarmee bedroegen de overheidsuitgaven uitgedrukt in bbp in 2001 2,7 % meer in vergelijking met 1970. Wanneer men ook de niet-EU lidstaten beschouwt, neemt men in diezelfde periode een stijging van 3,3 % waar, meer dan een verdubbeling van het overheidsaandeel in gezondheidszorguitgaven uitgedrukt in bbp.

Duitsland heeft met overheidsuitgaven voor gezondheidszorg uitgedrukt in bbp ten belope van van 8 % het hoogste aandeel van de Europese Unie, ten opzichte van Luxemburg en Ierland met een aandeel van 4,9 %. België houdt het midden tussen de twee met een aandeel van 6,6 % in 2001 waarmee het nauw aansluit bij het Europese gewogen gemiddelde van dat jaar, hoewel het in de voorbije decennia lager lag.

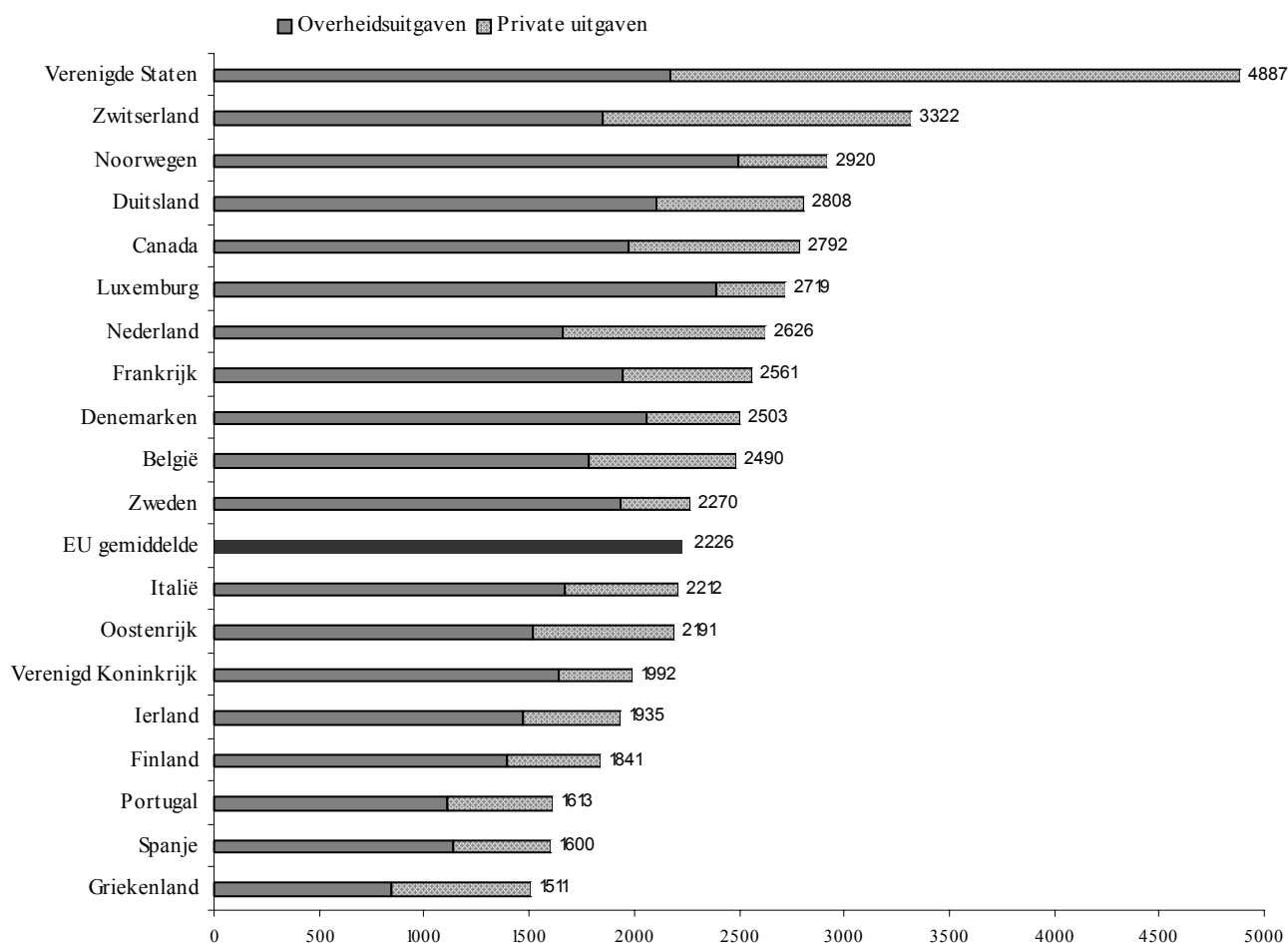
1. Bron: OESO Health Data (3rd ed.), uitgezonderd de cijfers voor België: Federaal Planbureau

FIGUUR 28 - Totale uitgaven en overheidsuitgaven voor gezondheidszorg - in % van bbp 2001¹



Figuur 28 geeft informatie omtrent de verhouding van totale en overheidsuitgaven voor gezondheidszorg uitgedrukt als % van het bbp voor 2001. De landen die na de Verenigde Staten volgen met relatief hoge totale uitgaven zijn Zwitserland en Duitsland met een aandeel van 11,1 % respectievelijk 10,7 % van het bbp. Wat betreft het overheidsaandeel in de gezondheidszorguitgaven springen een aantal landen uit de band met een relatief lage publieke financiering van gezondheidszorguitgaven uitgedrukt in % van het bbp. Het betreft voornamelijk Oostenrijk, Nederland, Griekenland, Zwitserland en de Verenigde Staten (cfr. infra: figuur 31).

1. Bron: www.oecd.org

FIGUUR 29 - Gezondheidszorguitgaven per inwoner - \$ PPP, 2001¹

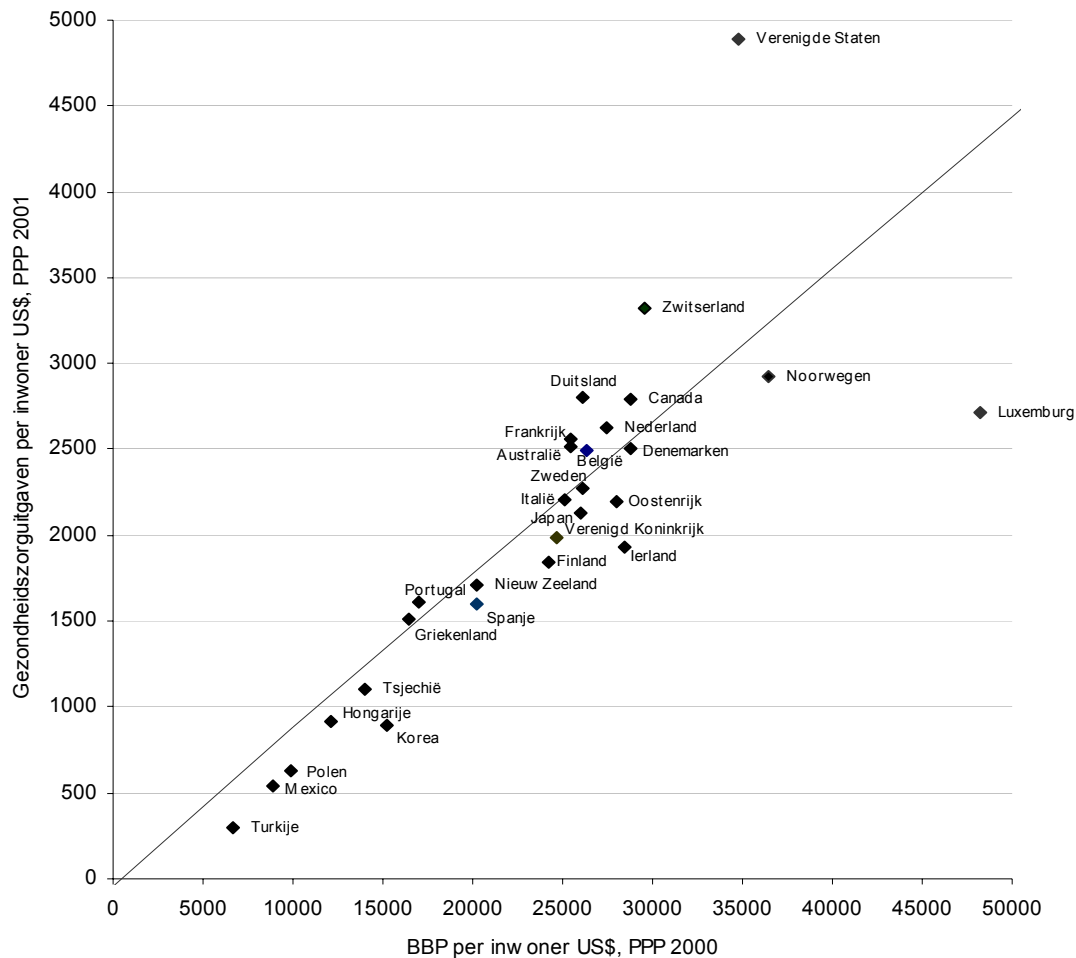
Ook wat betreft de gezondheidszorguitgaven uitgedrukt per inwoner staan de Verenigde Staten op kop met een bedrag van \$ 4900 totale uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner², meer dan het dubbel van het EU-gemiddelde dat op ongeveer \$ 2200 komt (figuur 29). Hoewel meer dan de helft in de Verenigde Staten private uitgaven zijn, liggen de overheidsuitgaven per inwoner er ook hoger dan in de Europese landen, Noorwegen en Luxemburg uitgezonderd. Een opmerkelijk resultaat gezien slechts een kwart van de Amerikaanse bevolking door een publieke ziekteverzekering gedekt is, tegenover 99 à 100 % in de meeste Europese landen (uitgezonderd Duitsland met 90,9 % en Nederland als uitschieter met slechts 75,7 %)³. Zwitserland, Noorwegen en Duitsland zijn de Europese landen die de Verenigde Staten eerst volgen, een tweede plaats die voor Zwitserland en Duitsland eerder bevestigd werd voor het aandeel van gezondheidszorguitgaven in bbp.

1. Bron: OESO 2003 Health Data, data voor Zwitserland en Luxemburg: 2000

2. Uitgedrukt in PPP (Purchasing Power Parity): equivalente koopkracht voor een basispakket van goederen.

3. OESO Health Data 2003 (3rd ed.)

FIGUUR 30 - Bbp en gezondheidszorguitgaven per inwoner¹



Een zinvolle oefening voor trendweergave omtrent de uitgaven voor gezondheidszorg bestaat erin de correlatie te onderzoeken tussen uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner enerzijds en het bbp per inwoner anderzijds. Dat wordt door de cross-sectie data in figuur 30 weergegeven. Hierop kunnen we een positieve associatie aflezen tussen het niveau van de gezondheidszorguitgaven en de nationale rijkdom van het land, uitgezonderd voor de landen met de hoogste inkomens per inwoner. Aan de hand van de trendlijn lezen we af dat België voldoet aan de verwachtingen: op basis van het bbp per inwoner spendeert België niet in buitensporige mate aan gezondheidszorg.

2. Gezondheidszorgsystemen

Hoewel het institutioneel kader voor gezondheidszorg sterk uiteenlopende verschillen vertoont, is er een gelijklopende structuur van betrokken actoren: de patiënt, de zorgverzekeraar en de zorgverlener. De diversiteit manifesteert zich vervolgens op het vlak van de identificatie van de actoren enerzijds, en de financieel-reële stromen tussen hen anderzijds. Zowel zorgverzekeraar als zorgverlener kunnen privaat, al dan niet publiek georganiseerd zijn, wat de financieel-reële relaties tussen patiënt, zorgverzekeraar en zorgverlener beïnvloedt.

1. EIU, The Economist Intelligence Unit

De verdeling tussen publieke/private *verzekeraars* bepaalt in grote mate de *financiering* van gezondheidszorg. De verschillende financieringsbronnen voor gezondheidszorg zijn grotendeels in te delen naar overheid, patiënt en de private sector. De overheid financiert via de sociale zekerheid en de belastinggelden van verschillende overheden (federaal, lokaal, regionaal, ...). Het stuk dat door de patiënt wordt betaald, betreft de zogenoemde “out-of-pocket” prijs. Tot slot bieden de private zorgverzekeraars aanvullende verzekeringen aan.



Op basis van de samenhang tussen *verzekering/financiering* enerzijds en de *zorgverlening* anderzijds, sluiten de meeste gezondheidszorgsystemen min of meer aan bij één van de volgende drie modellen:

1. *Publiek gezondheidszorgmodel*: een *volledig publieke zorgverlening* waar het medisch beroep deel uitmaakt van de overheidssector (vooral in de noordelijke landen, Australië (publieke ziekenhuizen) en tot recentelijk in het Verenigd Koninkrijk) gaat gepaard met een *volledig publieke financiering*. Ook Italië, Griekenland, Portugal kunnen binnen dit model gerekend worden. Binnen dit systeem is praktisch de gehele bevolking gedekt door een ziekteverzekering. De verzekeringstegemoetkoming naar de zorgverstrekkers toe gebeurt grotendeels door “prospectieve” financiering¹. Die vorm van financiering kan de uitgavengroei relatief stabiel houden, maar zet minder aan tot outputstijging, verbeterde efficiëntie en kwaliteit of vraaggedreven zorgverlening. Ook bij ambulante zorg komt deze financiering meer en meer voor onder de vorm van allerlei contractuele verbintenissen waarbij de zorgverlener een basisbedrag ontvangt, dat evenwel kan variëren naargelang een aantal factoren. Dikwijls wordt een financiering toegekend op basis van het aantal patiënten (en niet op basis van het aantal prestaties) gekoppeld aan het profiel van de patiënt. Het salaris dat aan de zorgverlener uitbetaald wordt, kan ook bepaald zijn in functie van zijn professionele ervaring en de geografische ligging van zijn praktijk.

2. In een grotendeels *privaat gezondheidszorgsysteem* wordt de verzekering voor ziektekosten voornamelijk aan de marktmechanismen overgelaten en kan ze verplicht zijn of

1. Dat houdt in dat de verzorgingsinstellingen of zorgverstrekker geen geld krijgt op basis van de verstrekte zorg, maar met een vast bedrag moet zien rond te komen om alle nodige gezondheidszorg te verstrekken.

vrijwillig, zoals in de Verenigde Staten het geval is, en waar de verzekeraars bovendien als verstrekker van gezondheidszorg kunnen optreden. Het betreft de zogenoemde “Health Maintenance Organisations” (HMO). De integratie van verzekeraar en zorgverstreker kan voordelig zijn voor de patiënt als de kostprijs van een behandeling onder controle wordt gehouden. Anderzijds brengt dit systeem vooral “onderconsumptie” van gezondheidszorg met zich mee: hoewel enkele groepen publieke voorzieningen genieten, de zgn. Medicare (ziekteverzekeringsprogramma voor ouderen) en Medicaid (voor minstbegoeden), zal er geen dekking zijn voor chronisch zieken of personen met aangeboren afwijkingen, of de verzekering zal te duur zijn, ... Toestanden in de Verenigde Staten waarbij niet-rendabele patiënten systematisch door de urgentiediensten van private instellingen naar publieke hospitalen werden overgebracht, zijn pas in 1994 beteugeld, acht jaar nadat het Amerikaans Congres de praktijken illegaal verklaarde.

De vergoeding voor de gemaakte kosten van zorgverstrekkers gebeurt er hoofdzakelijk retrospectief¹, hetgeen enerzijds een grote responsiviteit op zorgbehoeften in de hand werkt, maar anderzijds minder kostendrukkend werkt, gezien de verstrekker een incentive heeft om zijn prestaties op te drijven. Gedurende de jaren 90 zijn daarom een aantal plannen uitgewerkt die het volume en de prijs drukken, door middel van het selectief sluiten van contracten tussen verzekeraars en concurrerende zorgverleners. Dit financieringssysteem houdt wel enigszins de uitgaven in de hand, maar kan ook, gecombineerd met een situatie van vooral private zorgverstrekkers met winstbejag, tot nefaste gevolgen aanleiding geven wat betreft de tevredenheid van patiënten omtrent de toegang tot zorgverlening.

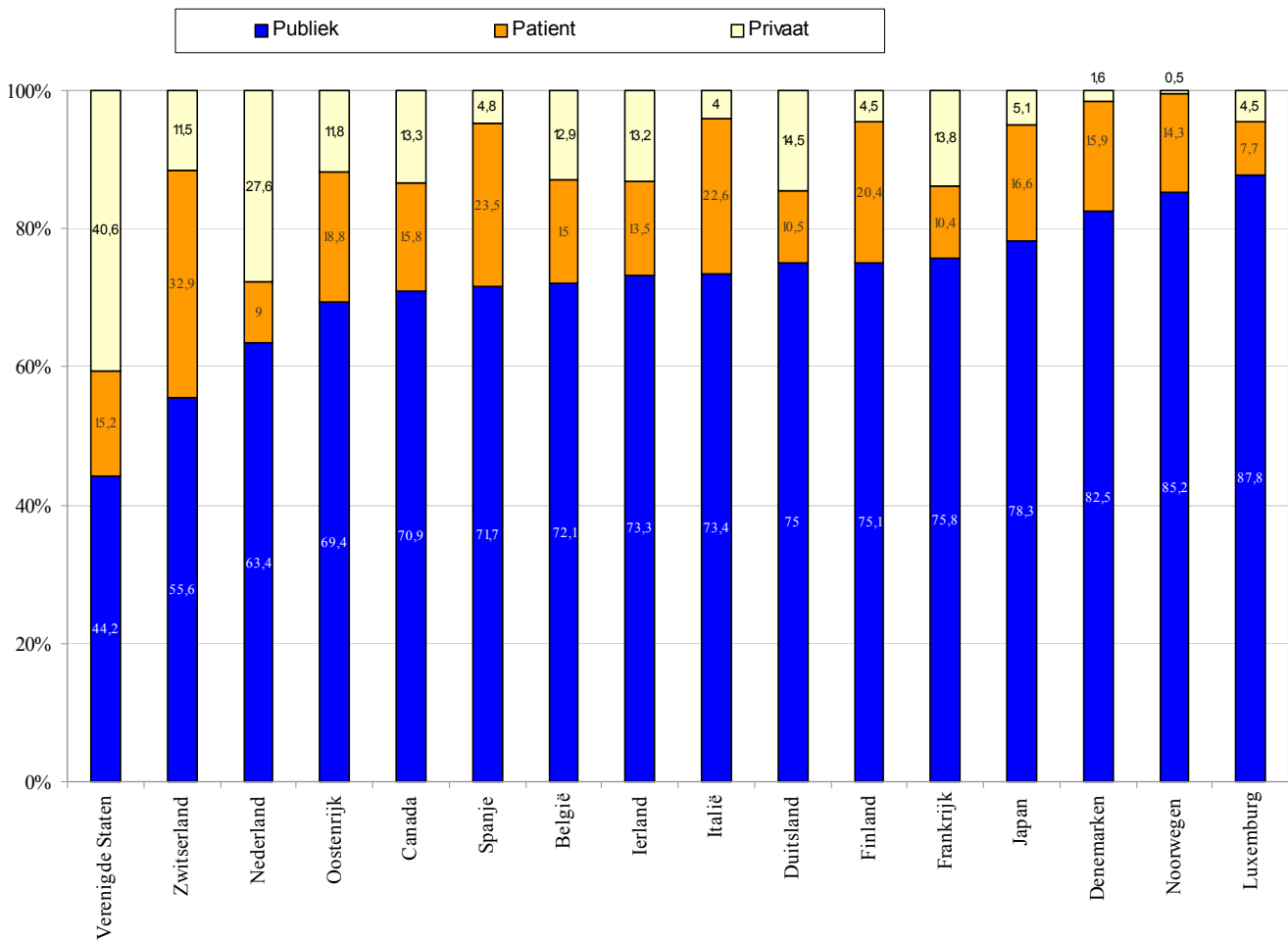
3. Naast de twee bovenstaande modellen komt het *gemengde model* van zowel publieke als private betrokkenheid het meest voor. België wordt, naast Canada, Japan en de meeste Europese landen (Frankrijk, Nederland, Luxemburg, Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland en recentelijk ook het Verenigd Koninkrijk) beschouwd als een “gemengd” land. Dit model gaat dikwijls hand in hand met het zogenoemde “bismarckiaans” model, nl. het model van de sociale zekerheidsfondsen. Dat betekent dat de overgrote meerderheid van de bevolking verplicht verzekerd is voor een vrij volledig pakket van geneeskundige verstrekkingen. De aanvullende verzekeringen die de private verzekeraars bieden tegen risico’s die niet door de publieke regeling gedekt worden, slaan maar op een beperkt aantal prestaties. In Duitsland en Nederland echter spelen de private verzekeraars een grotere rol. Zo blijkt uit figuur 31 dat de bijdrage van de Nederlandse overheid in de uitgaven betrekkelijk lager is dan in de meeste landen. Dat wordt gedeeltelijk verklaard door het aanbod van private verzekeraars. Het land overweegt echter een hervorming die de dichotomie tussen publieke en private verzekeraars moet opheffen en die een uniform verplicht verzekeringspakket ervoor in de plaats stelt (Hofman, D.).

De relatie tussen de private en/of publieke verstrekkers van geneeskundige zorg en de publieke verzekeringsinstellingen (ziekenfondsen) wordt in het gemengd model geregeld via contracten die de budgetten, prijzen en terugbetalingstarieven voor geneeskundige verstrekkingen vastleggen. De ziekenhuizen zijn dikwijls ingericht als non-profit instellingen en in de ambulante zorg werken meestal private contractueel gebonden zorgverleners. Wat financieringsmodaliteiten betreft, is er sinds een tweetal decennia sprake van een geleidelijke afbouw van de outputfinanciering (ex post betaling per verrichting) naar een budgetfinanciering (een budget dat aan de instelling wordt toegekend zodanig dat de kosten bij verwachte productie gedekt zijn, echter onafhankelijk van de werkelijke kosten). In het eerste geval zijn de totale inkomsten van de zorginstelling afhankelijk van de

1. Dat betekent dat de zorgverstreker geld krijgt op basis van de verstrekte zorg.

productie-omvang die in een jaar gerealiseerd is, waardoor die vorm van financiering eerder voor een incentive zorgt om zoveel mogelijk verrichtingen te presteren. Vandaar dat budgetfinanciering over het algemeen als een efficiëntere financieringsmodaliteit wordt beschouwd. Nochtans zal het gedrag van de zorgverlener in dit geval afhangen van wat er met de eventuele overschotten of tekorten van het budget gebeurt, wat bijkomende regulering en controle impliceert door de publieke instanties.

FIGUUR 31 - Financiering van gezondheidszorg (% van totaal) 2000¹



De uitgaven voor gezondheidszorg zijn in heel wat geïndustrialiseerde landen voornamelijk voor rekening van de overheid, met een aandeel in de totale gezondheidszorguitgaven dat gemiddeld rond de 70% schommelt. De rest is voor rekening van de patiënt of van de aanvullende private verzekeraars (figuur 31).

1. Bron: www.oecd.org

TABEL 20 - Overheidsuitgaven voor gezondheidszorg in % van de totale gezondheidszorguitgaven¹

	1960	1970	1980	1990	2000	2001
België		66,1	73,1	75,1	74,1	74,6
Denemarken			87,8	82,7	82,5	82,4
Duitsland		72,8	78,7	76,2	75	74,9
Finland	54,1	73,8	79	80,9	75,1	75,6
Frankrijk				76,6	75,8	76
Griekenland		42,6	55,6	53,7	56,1	56
Ierland	76	81,7	81,6	71,9	73,3	76
Italië				79,3	73,4	75,3
Luxemburg		88,9	92,8	93,1	87,8	
Nederland			69,4	67,1	63,4	63,3
Noorwegen	77,8	91,6	85,1	82,8	85,2	85,5
Oostenrijk	69,4	63	68,8	73,5	69,4	67,9
Portugal		59	64,3	65,5	68,5	69
Spanje	58,7	65,4	79,9	78,7	71,7	71,4
Verenigd Koninkrijk	85,2	87	89,4	83,6	80,9	82,2
Zweden		86	92,5	89,9	85	85,2
Zwitserland				52,4	55,6	57,1
Canada	42,6	69,9	75,6	74,5	70,9	70,8
Japan	60,4	69,8	71,3	77,6	77,7	77,9
Verenigde Staten	23,3	36,4	41,5	39,6	44,2	44,4

Uit tabel 20 blijkt dat het aandeel van de overheid in de gezondheidszorguitgaven bij het merendeel van de E.U.-landen gedurende de laatste twee decennia relatief constant is gebleven, en zelfs eerder een dalende tendens vertoont. De stijgende trend in de periode 1970 - 1980 in alle landen wordt vanaf 1980 omgebogen, met een blijvende groei voor slechts enkele landen (België, Finland, Luxemburg, Oostenrijk en Portugal). Tijdens de jaren 90 kennen alleen nog Portugal, Griekenland en Ierland een stijging van het overheidsaandeel in gezondheidszorguitgaven. De relatief sterke daling in landen als Canada en Zweden, kan mede verklaard worden door de pogingen tot herstel van het begrotings-evenwicht en de overheidsfinanciën. De landen waar het aandeel begin jaren 80 relatief lager was, vertonen daarentegen eerder een stijgende tendens van de overheidsuitgaven binnen de gezondheidszorg. In zowel de Verenigde Staten als Japan, maar ook in Zwitserland is het aandeel licht gestegen.

3. Enkele andere indicatoren

Een andere comparatieve vergelijking tussen landen gebeurt in termen van het inputvolume of dienstenvolume. Sleutelindicatoren voor de productie van gezondheidszorg zijn capaciteit (het aantal bedden), technologie-uitrusting, arbeidsvolume (aantal geneesheren, verpleegsters, apothekers,...). De verschillen weerspiegelen een aantal factoren, waaronder het al dan niet gevoerde restrictieve beleid op het aantal afgestudeerden.

1. Bron: OESO Health Data (3rd ed.), uitgezonderd de cijfers voor België: Federaal Planbureau

TABEL 21 - Aantal geneesheren, verpleegsters en apothekers per 1000 inwoners, 2000¹

	Geneesheren	Verpleegsters	Apothekers
België	3,9	-	-
Denemarken	3,4	9,5	0,5
Duitsland	3,3	9,6	0,6
Finland	3,1	14,7	1,5
Frankrijk	3,3	6,7	1
Griekenland	4,5	3,9	0,9
Ierland	2,2	14	0,8
Italië	4,1	5,2	1,1
Luxemburg	2,5	10,1	0,7
Nederland	3,2	13,4	0,2
Noorwegen	2,9	10,3	0,4
Oostenrijk	3,1	9,2	0,6
Portugal	3,2	3,7	0,8
Spanje	3,3	6,6	0,8
Verenigd Koninkrijk	2	8,8	0,6
Zweden	3	8,8	0,6
Zwitserland	3,5	10,7	0,5
Canada	2,1	9,9	0,6
Japan	1,9	7,8	1,1
Verenigde Staten	2,7	8,1	0,7

België heeft een relatief hoog inputgehalte in vergelijking met andere landen wat betreft het aantal praktiserende geneesheren (tabel 21). Desondanks loopt het niveau van de totale gezondheidszorguitgaven met betrekking tot het bbp niet excessief uit de hand (cfr. supra). Het Belgische gezondheidssysteem kan daarom gekenmerkt worden als een “high-volume/low-price”-systeem².

1. Bron: OESO Health Data 2003 (3rd ed.), in: DOCTEUR, Elizabeth en OXLEY, Howard, 2003, Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience, *OESO Economic Department Working Papers*, No. 374, ECO/WKP(2003)28.

2. D. Hofman, 2003, IMF

TABEL 22 - Indicatoren ziekenhuizen voor acute zorg - 2001 of laatste beschikbare jaar¹

	Aantal ziekenhuis- bedden per 1000 inwoners	Aantal acute opnames in % van de bevolking	Gemiddelde verblijfsduur ziekenhuizen (dagen)	Bezettings- graad ziekenhuis
België	5,8	17	8	80
Denemarken	3,4	18	3,8	84
Duitsland	6,3	21	9,3	81
Finland	2,4	20	4,4	-
Frankrijk	4	20	5,5	77
Griekenland	4	15	-	-
Ierland	3	14	6,4	83
Italië	4	16	6,9	76
Luxemburg	5,6	18	7,7	-
Nederland	3,1	9	7,4	58
Noorwegen	3,1	16	5,8	85
Oostenrijk	6,1	27	6,1	76
Portugal	-	12	7,3	76
Spanje	-	11	7,5	76
Verenigd Koninkrijk	4,2	21	-	81
Zweden	2,3	15	6,5	78
Zwitserland	4	16	9,2	85
EU gemiddelde	4,1	17	7,1	78

Ook voor het aantal ziekenhuisbedden blijkt uit bovenstaande tabel dat België een vrij groot aantal bedden per 1000 inwoners heeft, al ligt het cijfer bij sommige van onze buurlanden nog hoger. Sinds de jaren 90 is in de meeste Europese landen een beleid van beddenafbouw gevoerd. Men hoopte te kunnen besparen in de gezondheidssector door een eventuele vermindering van het totaal aantal ligdagen. De daling van het aantal ligdagen per inwoner is echter afhankelijk van twee evoluties: enerzijds de voortdurende afname van de verblijfsduur, die vermoedelijk het gevolg is van de technologische vooruitgang in het intensifiëren van de behandeling en anderzijds een stijging van de opnamegraad (het aantal opnames in % van de bevolking), die gedeeltelijk de veroudering van de bevolking weerspiegelt. Een laatste kolom in tabel 22 geeft de bezettingsgraad, dit wil zeggen het aantal bezette bedden ten opzichte van het aantal beschikbare bedden.

1. Bron: WHO Regional Office for Europe health for all database (<http://www.euro.who.int/hfad>)

TABEL 23 - Gezondheidsindicatoren 2001¹

	Kindersterfte per 1000 geboortes	Levensverwachting bij geboorte	
		Vrouwen	Mannen
België	5	80,8	74,2
Denemarken	4,9	79	74,3
Duitsland	4,5	-	-
Finland	3,2	81,5	74,6
Frankrijk	4,6	83	75,5
Griekenland	5,9	80,7	75,4
Ierland	5,8	-	-
Italië	4,3	82,9	76,7
Luxemburg	5,9	-	-
Nederland	5,3	80,6	75,7
Noorwegen	3,8	-	-
Oostenrijk	4,8	81,7	75,9
Portugal	5	80,3	73,5
Spanje	3,9	82,9	75,6
Zweden	3,7	82,1	77,5
Verenigd Koninkrijk	5,5	80,4	75,7
Zwitserland	-	82,8	77,2
Japan	3,1	84,9	78,1
Verenigde Staten	6,9	-	-

Internationale vergelijkingen omtrent de *gezondheidstoestand* van een bevolking zijn dikwijls beperkt tot mortaliteit (sterfte), wegens een gebrek aan unaniem aanvaarde indicatoren van morbiditeit (ziekte) en lichamelijke ongeschiktheid. Mortaliteitscijfers, zoals kindersterfte en vermijdbare sterfte geven echter dikwijls onvoldoende informatie over de complexe interactie tussen morbiditeit en mortaliteit. De gezondheidsindicator “levensverwachting” daarentegen combineert zowel informatie over mortaliteit als morbiditeit (tabel 23).

Nochtans moeten ook die cijfers gerelativeerd worden: er bestaat geen éénduidig verband tussen die gezondheidsindicatoren en de kwaliteit van de gezondheidszorg, gezien ook andere factoren zoals gezondheidsgedrag (leefgewoonten, voeding, rookgedrag, sport,...), sociaal-economische status, ... een invloed op de gezondheid uitoefenen.

1. Bron: OESO 2003 Health Data (3rd ed.); levensverwachting België: 1997, bron: www.euro.who.int-hfadb

TABEL 24 - Tevredenheid over de gezondheidszorg, 1999¹

	zeer tevreden	redelijk tevreden	TOTAAL
België	15,8	61,2	77
Denemarken	30,7	45,1	75,8
Duitsland	7,4	42,5	49,9
Finland	18	56,3	74,3
Frankrijk	16	62,2	78,2
Griekenland	2,9	15,7	18,6
Ierland	11,4	36,3	47,7
Italië	2,1	24,2	26,3
Luxemburg	26	45,6	71,6
Nederland	19	54,2	73,2
Oostenrijk	31,4	52	83,4
Portugal	3,1	21	24,1
Spanje	9,6	38	47,6
Zweden	13,5	45,2	58,7
Verenigd Koninkrijk	13	42,7	55,7

De tevredenheid van de bevolking over de gezondheidszorg (tabel 24) daarentegen is een indicator die grotendeels resulteert uit karakteristieken van het gezondheidszorgsysteem die voor de patiënt rechtstreeks waarneembaar zijn, zoals de gemakkelijke toegankelijkheid tot zorgverlening en de snelle dienstverlening. Anderzijds is de tevredenheid ook gedeeltelijk beïnvloed door de verwachtingen. De indicator dient bijgevolg genuanceerd wat betreft de informatie die hij geeft omtrent de werkelijke kwaliteit van gezondheidszorg. Niettemin scoort België heel hoog in vergelijking met de andere Europese landen.

D. Vooruitzichten op middellange termijn 2003-2008

De bespreking van deze vooruitzichten is opgesplitst in twee delen: enerzijds de toekomstige ontwikkeling van de globale uitgaven voor gezondheidszorg en vervolgens de weerslag van die ontwikkeling op de toegevoegde waarde en de tewerkstelling in de dienstensector waarvan de gezondheidszorg deeluitmaken.

1. Consumptie van gezondheidszorg

a. Gebruikte methode

Het belangrijkste deel van de uitgaven voor gezondheidszorg, nl. het bedrag waarop de begrotingsdoelstelling² wordt toegepast, zou overeenkomstig de regeringsverklaring jaarlijks toenemen met 4,5 procent en met de toepassing van de gezondheidsindex.

1. Bron: Europese Commissie, in: DOCTEUR, Elizabeth en OXLEY, Howard, 2003, Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience, *OESO Economic Department Working Papers*, No. 374, ECO/WKP(2003)28.

2. Een aantal kleinere bedragen ten laste van het RIZIV (bv. uitgaven in het kader van de internationale verdragen, terugbetalingen van de fiscale MAF, de uitgaven voor expertise, het sociaal plan kiné en tabaksbestrijding) maken geen deel uit van het genormeerde bedrag. Dit geldt ook voor structurele meeruitgaven zoals de loonsverhogingen van het verzorgend personeel.

Aldus veronderstellen we een reële toename van de gezondheidszorg binnen de sociale zekerheid met 4,7 % in 2004 (+ 0,2 onder invloed van de baremaverhoging in de gezondheidsinstellingen) en 4,5 % tijdens de periode 2005 - 2007.

Voor het jaar 2008 wordt de toename geraamd op 3,9 %: 3,2 % interne dynamiek¹ en 0,7 % invloed van de demografische vergrijzing. Vervolgens wordt die toename geïndexeerd overeenkomstig de gebruikelijke regelingen.

Om de toenamepercentages onder een gemeenschappelijke noemer uit te drukken zijn zij in onderstaande tabel gedefleerd met de prijsindex van het bbp.

TABEL 25 - Hypothesen inzake toename van de uitgaven voor gezondheidszorg
- bij constante bbp-prijsindex en in procenten

In procenten	2004	2005	2006	2007	2008
Sociale zekerheidsinstellingen, waarvan					
- traditionele uitgaven voor geneeskundige zorgen	4.4	4.3	4.4	4.4	3.7
- met overheveling ligdagprijs van het FOD Volksgezondheid	12.6	4.1	4.2	4.2	3.6
- en met uitbreiding "kleine risico's" in de zelfstandigenregeling	12.6	4.1	5.3	6.4	3.6
Federale overheid	- ...	- 4.1	- 4.2	- 3.9	- 4.1
Lokale overheden	6.3	1.6	1.9	2.0	2.0
Gewesten	3.1	3.0	3.4	3.5	3.5
Totaal van overheidstussenkosten	4.3	3.9	5.0	6.0	3.5
Private verzekeringsmaatschappijen	4.4	4.4	- 10.7	- 32.7	3.8
Aandeel van de gezinnen	3.1	4.3	4.8	3.7	5.4
Globale consumptie van gezondheidszorg	4.0	4.0	4.3	4.2	3.9

Het deel van de ligdagprijs te laste van het FOD Volksgezondheid is vanaf 2004 overgeheveld naar het RIZIV, en de overeenkomstige financieringsmiddelen worden voorzien via de verhoging van de alternatieve financiering van de sociale zekerheid. In de middellangetermijnvooruitzichten is gerekend met een reële toename van deze uitgaven met 1,4 procent (nl. de gemiddelde toename sedert 1993).

Tijdens de bijzondere Ministerraad van 16 en 17 januari 2004 te Gembloux heeft de regering beslist om met ingang van 1 juli 2006 de verplichte ziekteverzekering voor zelfstandigen uit te breiden met de "kleine risico's" en de volle uitwerking te installeren van de voorkeurregeling en van de maximumfactuur zodat de notie van "voordeligste" regeling vervalt. Er wordt dan ook een daling verwacht van het aandeel van de verzekeringsmaatschappijen in de globale gezondheidsuitgaven, vermits vandaag al ruim 80 % van de zelfstandigen aangesloten zijn bij de vrije aanvullende verzekering van de mutualiteiten of bij een andere verzekeringsinstelling.

De uitgaven van de Gewesten voor hulp aan gehandicapten zouden op middellangetermijn toenemen met afgerond 2,8 % per jaar in reële termen en de uitgaven van de lokale overheid voor prestaties in natura van OCMW's zouden met 1,3 procent toenemen; in beide gevallen de tendentiële evolutie, uitgezonderd in 2004 waar er gerekend wordt met een extra kost voor de OCMW's vanwege de vluchtelingen. Deze uitgaven worden vervolgens geïndexeerd met de specifieke prijsindex² voor gezondheidszorg ten laste van de overheid.

1. Gemiddelde toename over het afgelopen decennium van de uitgaven voor geneeskundige zorgen gecorrigeerd voor het vergrijzingseffect.
2. De evolutie van de specifieke prijsindex is geschat aan de hand van de prijsevolutie van de verbruikte intermediaire goederen.

De uitgaven van de gezinnen voor gezondheidszorg worden in het model HERMES geraamd aan de hand van een specifieke prijsindex en een volumefactor¹.

b. Resultaten

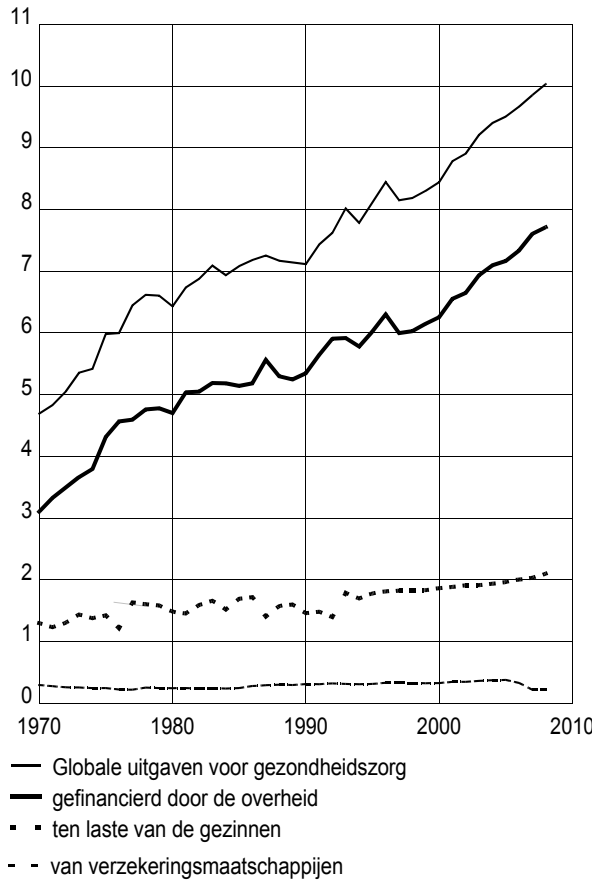
Uitgedrukt in constante bbp-prijs, zie figuur 32, zouden de uitgaven voor gezondheidszorg over de periode 2004 - 2008 toenemen met gemiddeld 4,1 procent terwijl de bbp-toename slechts 2,3 procent bedraagt, dus een elasticiteit van 1,8. Dit is een sterkere toename dan die van tijdens de periode 1979 - 2002, waar de elasticiteit van de toename van gezondheidszorg t.o.v. de bbp-toename 1,6 bedroeg.

De sterke toename van de gezondheidsuitgaven is te wijten aan de vooropgestelde begrotingsnorm die van toepassing is op twee derden van de globale uitgaven. In 2004 verschaft de begrotingsnorm van 4,5 procent ruimte om de persoonlijke tussenkomst van de patiënt te verminderen bij een aantal producten en diensten, de honoraria te verhogen en de financiering van de ziekenhuizen te verbeteren. Daarnaast worden de generische geneesmiddelen gepromoot, de prijs van farmaceutische producten die ouder zijn dan 15 jaar verminderd en het geneesmiddelengebruik gerationaliseerd. Er is ook al een eerste aanzet voor nieuwe ontwikkelingen: bijvoorbeeld de proefcentra voor de strijd tegen pijnbehandeling bij kinderen en een adequatere infrastructuur voor comateuze patiënten. Er wordt van uitgegaan dat de 4,5 procent toename tijdens de jaren 2005 - 2007 zullen gebruikt worden voor een uitbreiding en verfijning van het medisch aanbod, hetgeen in het verlengde ligt van de historische ontwikkelingen.

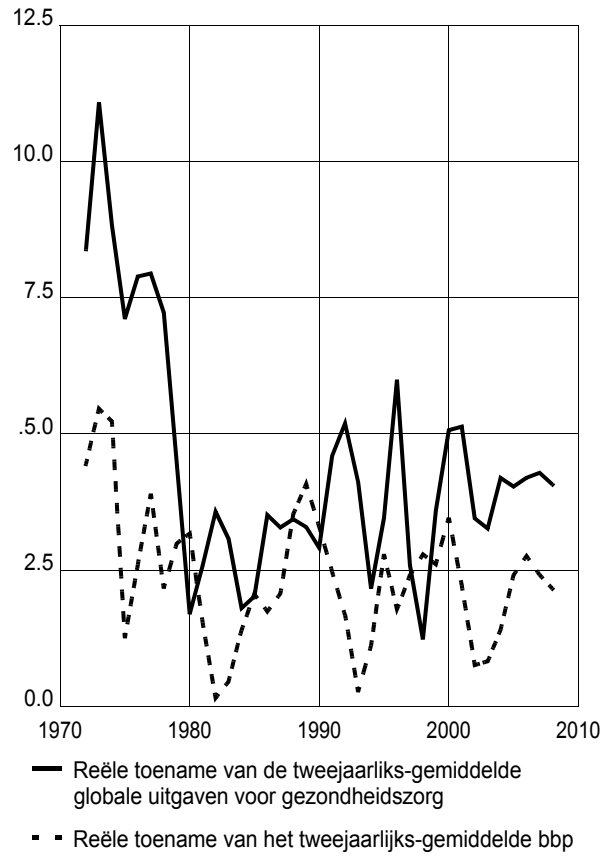
Figuur 33 illustreert dat de gestelde begrotingsnorm leidt tot een sterke verhoging van de gezondheidsuitgaven in het bbp: van 9,2 procentpunt in 2003 tot 10,0 procentpunt in 2008. Het aandeel van de overheid neemt toe met 0,8 procentpunt, waarvan 0,2 procentpunt door de uitbreiding van de zelfstandigenregeling met de kleine risico's, waardoor het aandeel van de verzekeringsmaatschappijen vermindert. Ook het aandeel van de gezinnen neemt toe met 0,2 procentpunt.

1. De variatie van de consumptie per hoofd is geschat volgens een error-correctie mechanisme, met als verklarende variabelen de evolutie van de koopkracht, de relatieve prijsevolutie en de invloed van demografische veroudering.

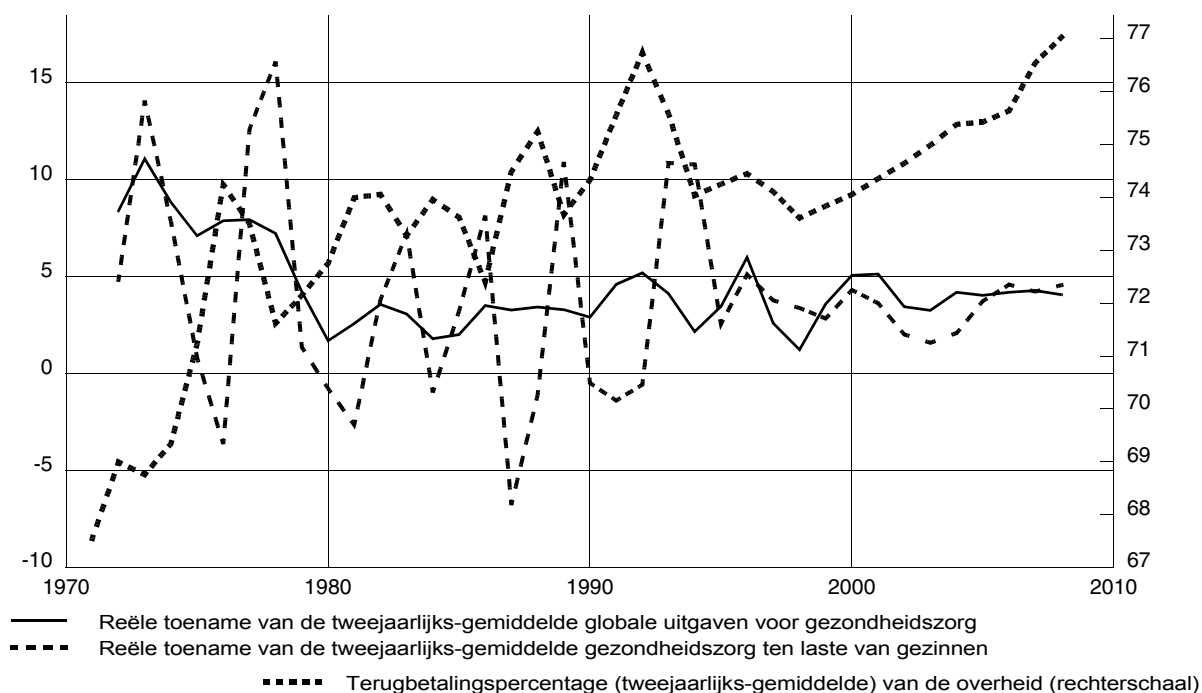
**FIGUUR 32 - Uitgaven voor gezondheidszorg
- in % van het bbp**



**FIGUUR 33 - Uitgaven voor gezondheidszorg
vergeleken met het bbp**



FIGUUR 34 - Toename van de uitgaven voor gezondheidszorg, gedefleerd met de prijsindex van het bbp, in % - globaal terugbetalingspercentage vanwege de overheid op de rechterschaal



Figuur 34 illustreert de verhoging van het terugbetalingspercentage van de overheid, omwille van de duidelijkheid uitgedrukt in tweejaarlijkse gemiddelden. De overheidstussensomkomst die 75,3 % bedroeg in 2003 zou toenemen tot 75,5 % in 2004, onder invloed van de besliste hogere terugbetalingen in een aantal gevallen, en vervolgens opnieuw stijgen in 2006 en 2007 tot 75,9 respectievelijk 77,2 % door de uitbreiding van de zelfstandigenregeling met de kleine risico's.

2. Evolutie volgens bedrijfstak

a. Projectiemethode

Het gebruikte model is het middellangetermijnmodel HERMES¹. Dat model is macro-sectoraal. Zijn algemene structuur is van het neokeynesiaanse type - de performantie van de bedrijfstakken en is dus gelinkt aan de vraag - waarin vraagmechanismen werden ingevoerd.

Het model heeft een belangrijke sectorale dimensie: de verhoudingen tussen de bedrijfstakken en worden in hun geheel beschreven (er wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met de informatie van de Input/Outputmatrixen²) en de macro-economische aggregaten zijn expliciet het resultaat van de som ervan.

1. Harmonised Econometric Research for Modelling Economic Systems.
Zie BOSSIER F., BRACKE I., STOCKMAN P., VANHOREBEEK F., A Description of the HERMES II model for Belgium, juli 2000 en BOSSIER, F., VANHOREBEEK, F., Simulations with the HERMES II model for Belgium, december 2000.
2. Zie INR - Federaal Planbureau, Input-outputtabellen van België voor 1995, februari 2003.

In het HERMES-model is het model van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' gebaseerd op het schema dat wordt toegepast op de verschillende dienstverleningssectoren.

b. Resultaten

De vroegere trend in de evolutie van het gewicht van de toegevoegde waarde van de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' wordt voortgezet in de projectie: de toegevoegde waarde stijgt van 7,2 % van het bbp in 2002 naar 8 % van bbp in 2008, een stijging van 0,8 procentpunt.

TABEL 26 - Toegevoegde waarde tegen lopende prijzen
(in percentage van het totaal)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Industrie	26.5	26.3	26.4	26.3	26.1	26.0
Verhandelbare diensten	60.2	60.6	60.7	61.1	61.5	61.8
- waaronder gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening	7.3	7.4	7.5	7.6	7.8	8.0
Overige	13.3	13.1	12.8	12.6	12.4	12.2
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Bron: FPB, Economische vooruitzichten 2003-2008 van november 2003.

Op het vlak van werkgelegenheid wordt de vroegere trend in de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' ook voortgezet. Hier is de stijging nog groter: het aandeel van de werkgelegenheid van die bedrijfstak stijgt van 9,7 % in 2002 naar 11,4 % in 2008, een stijging van 1,7 procentpunt.

TABEL 27 - Binnenlandse werkgelegenheid
(werknemers en zelfstandigen, in percentage van het totaal)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Industrie	21.5	21.3	21.1	20.8	20.5	20.3
Verhandelbare diensten	55.7	56.2	56.7	57.2	57.7	58.2
- waaronder gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening	10.0	10.3	10.6	10.9	11.2	11.4
Overige	22.7	22.6	22.3	22.0	21.8	21.6
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Bron: FPB, Economische vooruitzichten 2003-2008 van november 2003.

De productiviteitsgroei sluit, net zoals in het verleden, dicht aan bij 0 in de projectie. Zoals reeds werd toegelicht in het deel 'Historisch overzicht' van dit hoofdstuk, zou die zeer zwakke groei enerzijds verklaard kunnen worden door het feit dat die bedrijfstak zeer arbeidsintensief is. Anderzijds is er ook het probleem om de productie van de diensten 'gezondheidszorg' op te splitsen in volume en prijs omdat de kwaliteitsverbeteringen slechts onvoldoende doorberekend worden in de volumes.

TABEL 28 - Arbeidsproductiviteit per uur
(Gemiddelde jaarlijkse groeivoeten, in percentage)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Industrie	2.2	2.4	3.0	2.6	2.2	2.2
Verhandelbare diensten	1.3	1.5	1.5	1.4	1.3	1.2
- waaronder gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening	0.6	-0.0	0.0	0.3	0.4	-0.0
Overige	0.8	2.5	4.9	4.3	4.0	3.5
Totaal	1.5	1.8	2.0	1.8	1.6	1.5

Bron: FPB, Economische vooruitzichten 2003-2008 van november 2003.

E. Vooruitzichten op lange termijn 2009-2030

1. Gebruikte methodologie

Diverse methodologieën

De macro-economische literatuur geeft weinig aanknopingspunten om de toekomstige uitgaven voor gezondheidszorg te vatten. De empirische wetenschap biedt hoofdzakelijk studies omtrent cross-sectie data die de uitgaven voor gezondheidszorg op een relatief eenvoudige manier linken aan het bbp voor een groep landen. De WGA van het EPC^a weerhoudt een methodologie die voornamelijk gericht is op het begrijpen van de impact van demografische factoren op de toekomstige uitgaven voor gezondheidszorg, gedesaggregeerd naar “acute health care” en “long-term care”. Meer bepaald worden de uitgaven voor gezondheidszorg in % van het bbp per hoofd (of het bbp per tewerkgestelde) geprojecteerd aan de hand van uitgavenprofielen^b per leeftijdsklasse voor een referentiejaar en van een demografische projectie. Naast de demografische effecten, gaat deze methodologie evenzeer uit van een hypothese die de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg per hoofd laat evolueren aan hetzelfde tempo als de bbp-groei per hoofd (of per tewerkgestelde); de elasticiteit van de uitgaven voor gezondheidszorg per hoofd in een gegeven leeftijdsklasse ten opzichte van het bbp per hoofd (of per tewerkgestelde) is met andere woorden gelijk aan 1. De auteurs erkennen dat in het verleden de langetermijnelasticiteit van de uitgaven voor gezondheidszorg met betrekking tot het bbp over het algemeen hoger lag dan 1, en ze met hun projectie bijgevolg het risico lopen de groei van de uitgaven voor gezondheidszorg te onderschatten. Ondanks deze beperking, maakt deze oefening het, voor de meeste landen van de Europese Unie, mogelijk de impact te kwantificeren van de effecten van de vergrijzing van de bevolking op de uitgaven voor gezondheidszorg met behulp van een gemeenschappelijke methodologie. Indien de methodologie van de WGA wordt toegepast op onze gegevens, zijn de totale overheidsuitgaven voor gezondheidszorg (entiteiten I en II) 7,3 % van het bbp in 2030^c.

De toekomstige evolutie in dit verslag van de uitgaven voor gezondheidszorg *zonder demografische effecten*, de zogenoemde “historisch trendmatige evolutie”, is bijzonder moeilijk te voorspellen. In tegenstelling tot de andere componenten van de sociale zekerheid die meer mechanische evoluties zouden kennen, zullen de toekomstige uitgaven voor gezondheidszorg van talrijke factoren afhangen (bijvoorbeeld, de toekomstige technologische ontwikkelingen, nieuwe pathologieën, enz.). Om deze evolutie te schatten kan men meerdere methodologieën overwegen. Vooreerst kan men de eenvoudige functie, die de uitgaven voor gezondheidszorg zonder demografische effecten linkt aan het bbp per hoofd, modelleren aan de hand van een *constante elasticiteit*. De gegevens laten evenwel uitschijnen dat de elasticiteit van de uitgaven voor gezondheidszorg t.o.v. het bbp per hoofd gevoelige schommelingen heeft gekend in het verleden. Bovendien groeit het aandeel van de uitgaven voor gezondheidszorg in het bbp, geprojecteerd met dergelijk model, op zeer lange termijn tot in het oneindige. Die beperking heeft vooral een impact op lange termijn.

De onderstaande tabel geeft de resultaten van een projectie van de uitgaven voor gezondheidszorg (entiteit I) aan de hand van dergelijke methodologie. In deze oefening werden drie niveaus van elasticiteiten weerhouden om rekening te houden met de in het verleden geobserveerde variaties in de elasticiteit van de uitgaven voor gezondheidszorg t.o.v. het bbp per hoofd.

TABEL 29 - Evolutie van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg: model met constante elasticiteit^a

<i>in jaarlijkse gemiddelde groeivoet</i>		<i>2004-2030</i>	
Demografische effecten		0.9	
Weerhouden elasticiteit	1.20 (1993-2003)	1.25 (1981-2003)	1.34 (1971-2003)
Niet demografische effecten	2.4	2.6	2.9
Overheidsuitgaven entiteit 1	3.3	3.5	3.8
<i>Bbp</i>	1.9	1.9	1.9
<i>in % van het bbp</i>		<i>2030</i>	
Overheidsuitgaven entiteit 1	8.9	9.3	10.1
Overheidsuitgaven entiteit 2 ^b	0.7	0.7	0.7
Totale overheidsuitgaven (entiteiten 1 en 2)	9.6	10.0	10.8

a. Bron: Nationale Bank van België

b. Bron: Eigen berekeningen (de overheidsuitgaven van entiteit 2 worden verondersteld aan hetzelfde ritme te groeien als het bbp).

Een andere modelleringstechniek bestaat erin de uitgaven voor gezondheidszorg zonder demografische effecten te linken aan het bbp per hoofd aan de hand van een *lineair model met variabele elasticiteit*. Deze modellering neemt expliciet een constante marginale consumptiequote aan en een *elasticiteit die op lange termijn naar 1 convergeert*. Bovendien veronderstelt dit model impliciet dat op lange termijn het deel van de uitgaven voor gezondheidszorg in het bbp naar een bepaald niveau convergeert afhankelijk van de geschatte marginale consumptiequote. Desondanks is het onmogelijk dit niveau op basis van gedetailleerde theoretische modellen te bevestigen. In hetgeen volgt, wordt deze methodologie, die in voorliggend rapport weerhouden is, in meer detail uitgelegd en worden de verkregen resultaten gepresenteerd.

Merken we bovendien op dat ondanks de hierboven vermelde methodologische verschillen, de afwijkingen tussen de verkregen resultaten van de twee modellen niet zeer belangrijk zijn in termen van groeivoeten (zie sectie E.2. voor de resultaten verkregen aan de hand van het lineair model); meer bepaald liggen de resultaten zeer dicht aangezien de weerhouden elasticiteit in het model met constante elasticiteit overeenstemt met die in de periode 1993-2003, m.n. 1,2.

a. Working Group on the Implications of Ageing of the Economic Policy Committee of the European Commission.

b. Zie Economic Policy Committee, *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, Brussels, october 2001 - p.34, grafiek 4.1

c. Methodologie van de WGA toegepast op de periode 2003-2030.

De gebruikte methodologie in dit verslag¹ beoogt het schatten van de toekomstige *totale* gezondheidszorguitgaven. Er zijn drie factoren die de *totale* uitgaven voor gezondheidszorg beïnvloeden : het toekomstige bevolkingsvolume, de vergrijzing van de bevolking en een “historische trendmatige evolutie”, namelijk het aandeel in de evolutie van gezondheidszorguitgaven te wijten aan volume- en prijswijzigingen in de gezondheidszorg bij onveranderde demografische structuur. Deze drie factoren worden hieronder gepreciseerd. Voor de technische aspecten van de modellering verwijzen we naar bijlage 3.

1. Zie M.ENGLERT, N.FASQUELLE, M-J FESTJENS, M.LAMBRECHT, M.SAINTRAIN, C. STREEL, S.WEEMAES, “*Verkenning van de financiële evolutie van de sociale zekerheid 2000-2050. De vergrijzing en de leefbaarheid van het wettelijk pensioensysteem*”, Federaal Planbureau, Planning Paper 91, januari 2002, p.53-55.

Na de middellange termijn (vanaf 2009) worden de *overheidsuitgaven* voor gezondheid van de *sociale zekerheid* vervolgens geprojecteerd in de veronderstelling dat ze aan hetzelfde tempo groeien als dat van de *totale* uitgaven. De aldus verkregen *overheidsuitgaven* voor gezondheid van de *sociale zekerheid* worden verdeeld over de werknemers- en zelfstandigenregeling evenredig met de verdeling per regeling van de gerechtigden van de ziekteverzekering. De *andere overheidsuitgaven* voor gezondheid (bepaalde uitgaven van de federale, de regionale en de lokale overheden) volgen de evolutie van het bbp.

a. De demografische factoren

De in acht genomen demografische factoren betreffen het bevolkingsvolume en de structuurwijziging van de bevolking naar leeftijd en geslacht. De impact van deze factoren op de gezondheidszorguitgaven wordt geschat met behulp van een demografisch model en de uitgavenprofielen voor gezondheidszorg per leeftijdsklasse en geslacht¹.

Het effect van het bevolkingsvolume

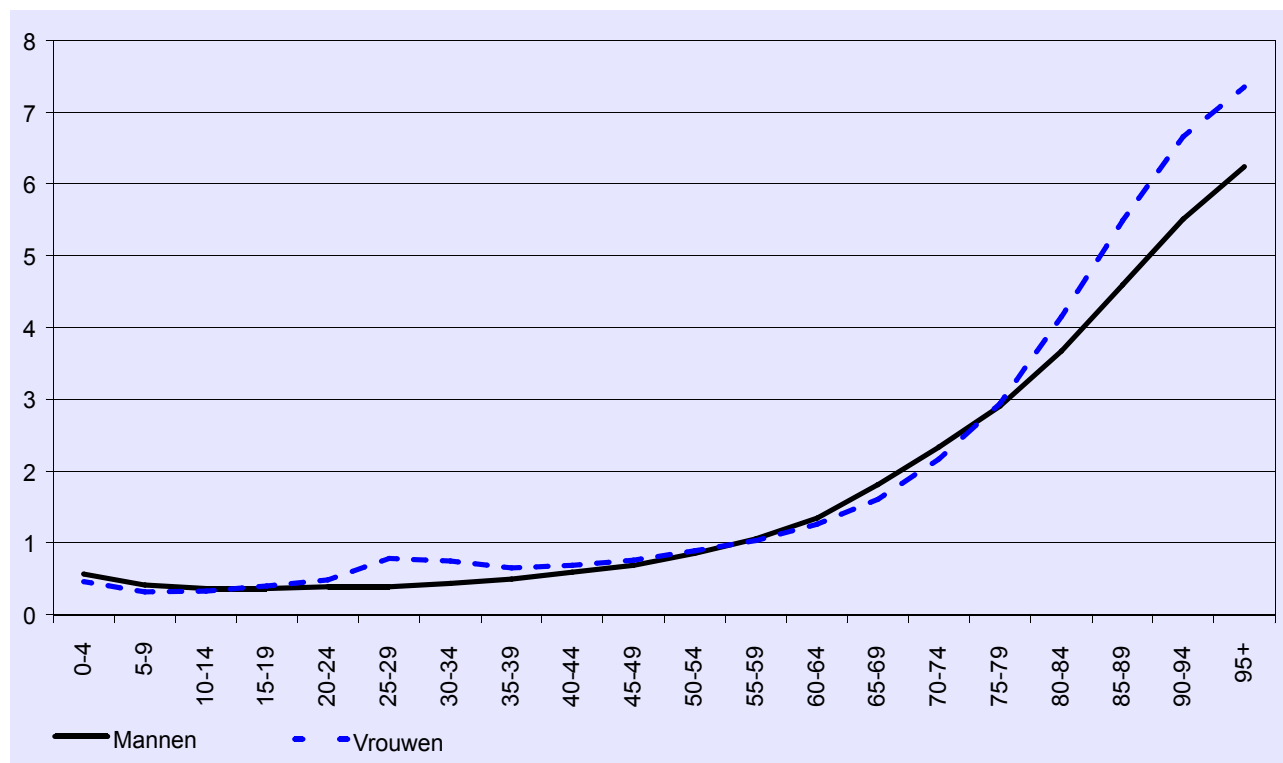
De Belgische bevolking zou lichtjes toenemen tijdens de komende decennia ten gevolge van de verlenging van de levensduur en het vooruitzicht van een belangrijk positief migratiesaldo. Zo zou de jaarlijkse gemiddelde groei van de bevolking 0,2 % belopen tussen 2001 en 2030, wat gelijkstaat met de geobserveerde groei gedurende de laatste drie decennia (1971 - 2000).

Het effect van de vergrijzing van de bevolking

De vergrijzing van de bevolking is te wijten aan het samenspel van drie welbekende factoren: de verhoogde levensverwachting, de veroudering van de na-oorlogse baby-boomgeneratie en de sterke daling van het geboortecijfer. De afhankelijkheidsgraad van de ouderen (60 jaar en ouder / de 20- tot 59-jarigen) bedroeg in 2000 40 % en zou in 2010 44 % bedragen om in 2030 op te lopen tot 63 %. Daarnaast zou de ‘vergrijzing binnen de vergrijzing’ (80 jaar en ouder / 60 jaar en ouder) die 16 % bedroeg in 2000, in 2010 stijgen tot 21 % en in 2030 tot 22 %.

1. Het gebruikte demografisch model laat toe de bevolkingsevolutie in België te simuleren tot het jaar 2050, gedesaggregeerd naar leeftijdsklasse, geslacht, regio en arrondissement, na het bepalen van de hypothesen met betrekking tot de evolutie van de geboorte, de mortaliteit, en de binnen- en buitenlandse migraties. De opgenomen bevolkingsspectieven in deze nota zijn voor de periode 2000 - 2050, gerealiseerd door het NIS en het FPB, en op het niveau van de observaties van 1 januari 2002 gebracht door het FPB. De uitgavenprofielen voor gezondheidszorg naar leeftijd en geslacht zijn gerealiseerd op basis van steekproefgegevens.

FIGUUR 35 - Uitgavenprofielen voor gezondheidszorg per leeftijdsklasse en geslacht in 1997 (genormaliseerde profielen met betrekking tot een gemiddelde uitgave van 1 voor alle leeftijden en geslachten)¹



De impact van de demografische veroudering op de gezondheidszorguitgaven (met inbegrip van de voorkeursregeling wat betreft terugbetalingspercentages voor bejaarden) wordt vastgesteld aan de hand van uitgavenprofielen per leeftijdsklasse en geslacht, wat door de bovenstaande grafiek wordt geïllustreerd. Ze laten toe de jaarlijkse gemiddelde groei te meten van de (overheids)uitgaven voor gezondheidszorg die alleen te wijten zijn aan de vergrijzing². Deze jaarlijkse gemiddelde groei zou 0,7 % bedragen tussen 2001 en 2030, terwijl ze slechts 0,5 % bedroeg in de periode 1971 - 2000.

Merk op dat deze profielen voor België gelijkaardig zijn aan de vastgestelde profielen voor de andere landen van de Europese Unie³.

b. De historische trendmatige evolutie

De “historische trendmatige evolutie” wordt gedefinieerd als het aandeel van de stijging van de totale uitgaven voor gezondheidszorg ten opzichte van het bbp dat niet resulteert uit de demografische factoren. Deze historische tendens is het resultaat van een dynamiek die zowel aanbod- (namelijk degene die voortvloeien uit technologische vooruitgang: nieuwe diagnose- en zorgtoestellen, gebruik van hoogtechnologische apparatuur, hyperspecialisatie van de zorgverleners, uitbreiding van het therapeutische uitrusting, ...) en vraagfactoren als politieke doelstellingen met betrekking tot gezondheidszorg combi-

1. Berekeningen op basis van steekproefgegevens voor het jaar 1997.
2. In de hypothese dat de uitgavenprofielen per leeftijd en geslacht constant blijven doorheen de tijd.
3. Zie Economic Policy Committee, *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, Brussels, oktober 2001 - pg34, grafiek 4.1.

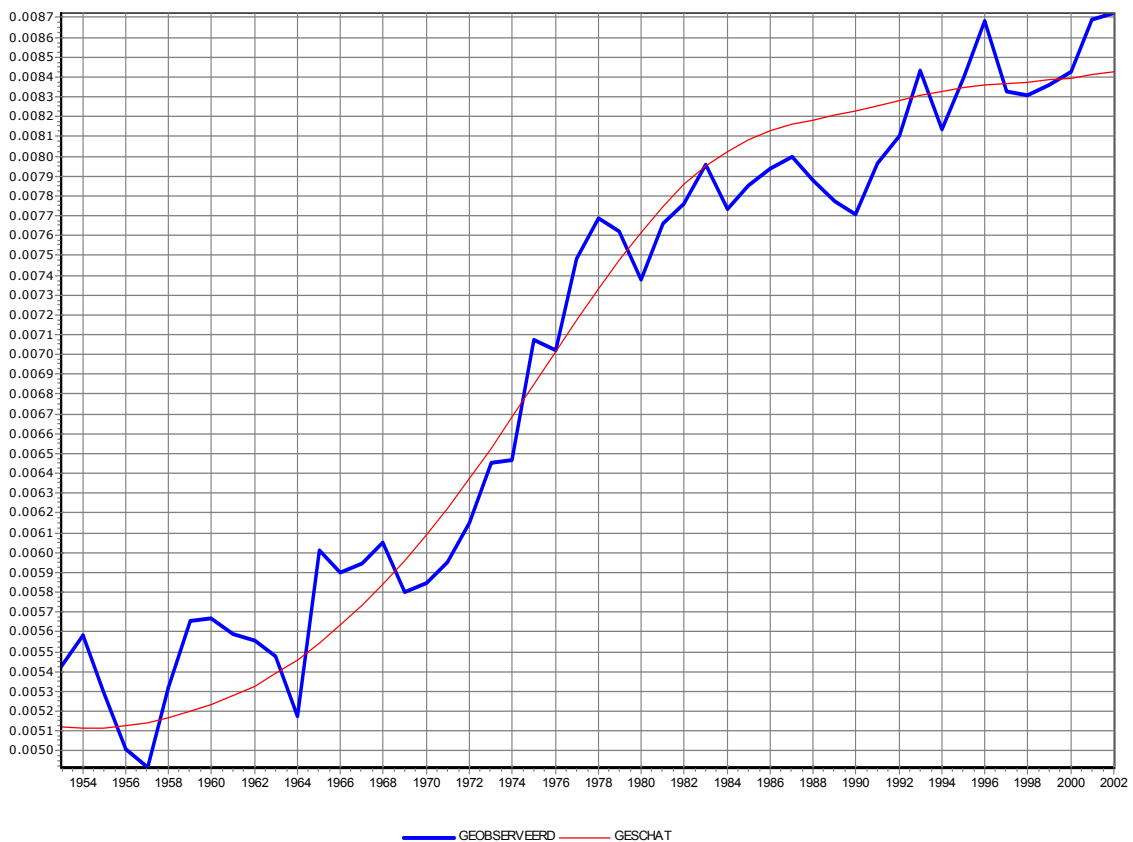
neert. Ze is evenzeer samengesteld uit volume- als prijseffecten : de nationale rekeningen tonen dat de prijsstijging van de consumptie van gezondheidszorg gemiddeld hoger ligt dan de stijging van het bbp.

Deze historische tendens wordt econometrisch geschat : de te verklaren variabele betreft de uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner, gedefleerd door de prijs van het bbp (om het inflatieverschil tussen de prijzen van gezondheidszorg enerzijds en de prijs van het bbp anderzijds in beschouwing te nemen) en door de indicator van de impact van de vergrijzing (teneinde de consumptie van gezondheidszorg bij ongewijzigde leeftijdsstructuur te bekomen). Deze variabele is functie van het reële inkomen per inwoner en van een autoregressieve term: de elasticiteit van het reële inkomen per inwoner ondergaat hierdoor variaties op korte termijn. De elasticiteit, die over de projectieperiode gemiddeld genomen groter is dan de eenheid, neigt op lange termijn naar 1.

Figuur 36 herneemt de ratio van de totale uitgaven voor gezondheidszorg¹ per inwoner - zonder impact van de vergrijzing - en het bbp per inwoner voor de periode 1953 - 2002, een eerste keer op basis van de geobserveerde waarden en een tweede keer met behulp van de geschatte waarden volgens de vergelijking van de historische trendmatige evolutie. De serie van geschatte waarden werd afgevlakt² om haar trend te isoleren en om beter het verschil met de geobserveerde gegevens te visualiseren. De grafiek illustreert dat de door de vergelijking geschatte waarden van de uitgaven van gezondheidszorg dicht tegen de geobserveerde waarden aanleunen.

-
1. Het betreft de totale consumptie van gezondheidszorg per inwoner bij onveranderde demografische structuur en gedefleerd door de prijzen van het bbp.
 2. Volgens de Hodrick-Prescott methode.

**FIGUUR 36 - Aandeel van de uitgaven van gezondheidszorg in het bbp per inwoner - zonder impact van de vergrijzing
(geobserveerde en geschatte waarden)**



2. Gedetailleerde resultaten

Tabel 30 geeft de evolutie van de *totale* uitgaven voor gezondheidszorg in % van het bbp en in groeivoeten.

Over de gehele projectieperiode stijgen de totale uitgaven voor gezondheidszorg van 9,2 % van het bbp in 2003 naar 12,5 % van het bbp in 2030, wat een groei betekent van 3,3 procentpunt van het bbp. De jaarlijkse gemiddelde groeivoet van de totale uitgaven over deze periode (2003 - 2030) is 3,2 %

Tabel 30 geeft ook de groeivoeten van de totale uitgaven voor gezondheidszorg gedesaggregeerd naar de verklarende factoren, m.n. de “historische trendmatige evolutie” en de demografische factoren (“vergrijzing” en “bevolkingsvolume”).

Over de langetermijnprojectieperiode (2009 - 2030) bedraagt de jaarlijkse gemiddelde groeivoet van de totale uitgaven voor gezondheidszorg 2,9 %; de jaarlijkse gemiddelde groei van deze uitgaven te wijten aan de “historische trendmatige evolutie” is 2,1 % en die te wijten aan de demografische factoren 0,8 % (0,7 % daarvan wordt verklaard door de factor “vergrijzing” en 0,2 % door het “bevolkingsvolume”).

TABEL 30 - Totale uitgaven voor gezondheidszorg
(in prijzen van 1998)

in % van het bbp	1970	1980	1990	2000	2002	2003	2010	2020	2030	2030-2003
Totale uitgaven gezondheidszorg^a	4.7	6.4	7.1	8.4	8.9	9.2	10.2	11.4	12.5	3.3

a. Uitgaven voor gezondheidszorg ten laste van alle binnenlandse agenten (overheid, huishoudens, ondernemingen).

in jaarlijkse gemiddelde groeivoeten	1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001-2002	2003-2008 ^a	2009-2030	2003-2030 ^b
Totale uitgaven gezondheidszorg	6.7	3.2	4.0	3.3	4.4	2.9	3.2
toe te schrijven aan de historische trendmatige evolutie	6.1	2.6	3.2	2.3	-	2.1	-
toe te schrijven aan demografische effecten	0.6	0.6	0.8	0.9	-	0.8	-
* waarvan effect van de vergrijzing	0.4	0.5	0.5	0.5	-	0.7	-
* waarvan effect van het bevolkingsvolume	0.2	0.1	0.3	0.4	-	0.2	-

a. De middellangetermijnmethodologie is van toepassing op deze periode.

b. De middellangetermijnmethodologie is gedeeltelijk van toepassing op deze periode.

Tabel 31 geeft de evolutie van de *overheidsuitgaven* voor gezondheidszorg in % van het bbp en in groeivoeten.

Herinner dat na de middellange termijn de *overheidsuitgaven* van de *sociale zekerheid* geprojecteerd worden in de veronderstelling dat ze een identieke groei kennen als de totale uitgaven. De aldus bekomen *overheidsuitgaven* voor de *sociale zekerheid* worden verdeeld over het stelsel van de werknemers en de zelfstandigen evenredig met de verdeling per regeling van de gerechtigden van de ziekteverzekering. De *andere overheidsuitgaven* voor gezondheid volgen over het algemeen de evolutie van het bbp

Over de gehele projectieperiode (2003 - 2030) stijgen de totale overheidsuitgaven voor gezondheidszorg van 6,9 % van het bbp in 2003 tot 9,3 % van het bbp in 2030, wat een groei betekent van 2,4 procentpunten van het bbp. Deze groei is voor 0,8 procentpunt toe te kennen aan de periode 2003 - 2008 en voor 1,6 procentpunt aan de periode 2009 - 2030.

De jaarlijkse gemiddelde groeivoet van de overheidsuitgaven over de gehele projectieperiode (2003 - 2030) is 3,2 % voor een jaarlijkse gemiddelde economische groei van 1,9 %. Over de periode 2003 - 2007 (die overeenkomt met de periode waarin de recente concrete politieke beslissingen in rekenschap worden genomen) is de jaarlijkse gemiddelde groei van de overheidsuitgaven 5,1 %¹ voor een jaarlijkse gemiddelde economische groei van 2,1 %. Over de periode 2008 - 2030 bedraagt de jaarlijkse gemiddelde groeivoet van de uitgaven 2,8 % voor een jaarlijkse gemiddelde economische groei van 1,9 %.

Merk ten slotte op dat de toename in de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg die enkel resulteert uit de "historisch trendmatige evolutie" 0,3 % van het bbp bedraagt tussen 2009 en 2030. De stijging van de overheidsuitgaven die enkel het gevolg is van de demografische effecten bedraagt 1,4 % van het bbp tussen 2009 en 2030 (1,1 % van het

1. Een gedetailleerde verklaring voor de evolutie van deze groeivoeten over de periode 2003-2007 werd gegeven in het deel D.1. van dit hoofdstuk.

bbp veroorzaakt door het vergrijzingseffect en 0,3 % van het bbp door het effect van het bevolkingsvolume).

TABEL 31 - Overheidsuitgaven voor gezondheidszorg
(in prijzen van 1998)

<i>in % van het bbp</i>	1970	1980	1990	2000	2002	2003	2010	2020	2030	2030-2003
Totale overheidsuitgaven voor gezondheidszorg^a	3.1	4.8	5.4	6.3	6.6	6.9	7.8	8.6	9.3	2.4
Socialezekerheidsprestaties	2.5	3.8	4.4	5.2	5.5	5.7	7.0	7.8	8.6	2.8
voor werknemers	2.3	3.5	4.0	4.8	5.1	5.3	5.9	6.6	7.2	1.9
voor zelfstandigen	0.1	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.7	0.8	0.9	0.5
voor anderen	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.5	0.5	0.4
Overige overheidsuitgaven voor gezondheidszorg	1.0	1.0	1.0	1.0	1.2	1.2	0.8	0.8	0.8	-0.4

a. Overheidsuitgaven voor gezondheidszorg bevatten de uitgaven van de sociale zekerheid m.b.t. de geneeskundige verzorging (regeling van werknemers en zelfstandigen (inclusief de kleine risico's vanaf 2006), DOSZ en andere regelingen), bepaalde uitgaven van de federale overheid (voornamelijk de tussenkomst van 25 % in de ligdagprijzen in de ziekenhuizen die vanaf 2004 overgeheveld zijn naar sociale zekerheid), van de gewesten (sociale voorzieningen aan gehandicapten) en van de lokale overheden (medische prestaties van OCMW's aan behoeftigen inclusief verblijfskosten in bejaardentehuizen).

<i>jaarlijkse gemiddelde groeivoeten</i>	1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001-2002	2003-2007	2008-2030	2003-2030
Totale overheidsuitgaven voor gezondheidszorg	8.2	3.4	3.8	3.6	5.1	2.8	3.2
Socialezekerheidsprestaties	8.2	3.6	4.1	3.2	7.0	2.9	3.6
voor werknemers	8.3	3.5	4.2	3.2	4.7	3.0	3.3
voor zelfstandigen	10.0	4.6	3.4	3.2	16.4	2.8	5.3
voor anderen	-3.9	2.6	8.6	2.6	286.4	1.9	52.7
Overige overheidsuitgaven voor gezondheidszorg	8.2	2.8	2.5	5.8	-4.6	2.0	0.8

IV Activiteitsgraden bij de ouderen

Door de forse toename van de werkloosheidsgraad tijdens de oliecrisis en zijn aanhoudend hoog niveau sindsdien, heeft België - misschien nog meer dan andere industrielanden - een beleid gevoerd waarin de vervroegde uitstapmogelijkheden voor oudere werknemers werden uitgebreid. Ondanks de koerswijziging van de laatste jaren met de invoering van maatregelen om oudere werknemers langer aan het werk te houden, is dat beleid toch medeverantwoordelijk voor de lage activiteitsgraden bij de oudere bevolking. Volgens de resultaten van de "Enquête naar de beroepsbevolking" bedroeg de werkgelegenheidsgraad van de 55-64-jarigen in België 25,7 % in 2002 tegenover 39,8 % in de Europese Unie.

Dit hoofdstuk wil in de eerste plaats een beschrijving geven van het recente activiteitsgedrag van de oudere werknemers in België. Die beschrijvende analyse gebeurt vanuit twee invalshoeken. In een eerste fase (sectie 2) baseert men zich op de indeling (2001) van de 50- tot 64 jarigen per leeftijdsgroep van 5 jaar, geslacht en beroepsstatuut (voornamelijk tewerkgesteld, werkloos, brugpensioen, invaliditeit en vervroegd pensioen). In een tweede fase wordt de relatieve aantrekkelijkheid van de verschillende pensioenstelsels geëvalueerd. Daarom is de analyse vooral toegespitst op de evolutie van de sociaal-economische situatie van de mannen¹ van 59 jaar in 1996, waarvan het sociaal beroepsparcours wordt gevolgd tot in 2001, het jaar waarin die generatie 64 wordt (sectie 3). Het laatste deel van dit hoofdstuk (sectie 4) geeft een beeld van het activiteitsgedrag van de oudere werknemers in België, via een vergelijking van bepaalde sleutelindicatoren voor de lidstaten van de Europese Unie. In de eerste plaats wordt een korte beschrijving gegeven van de beschikbare statistieken terzake (sectie 1).

1. Werkgelegenheid en vervroegde uitstapregelingen: de beschikbare gegevens.

De vervroegde uitstapregelingen die in dit hoofdstuk aan bod komen, zijn de stelsels van werkloosheid op oudere leeftijd², het brugpensioen, de voltijdse loopbaanonderbreking en het vervroegd pensioen (pensioen vóór de wettelijke pensioenleeftijd). Naast die vormen van vervroegde uitstap, zijn de invaliditeit en het overlevingspensioen ook vormen van bezoldigde inactiviteit vóór de pensioenleeftijd. Zij maken tevens deel uit van de hiernavolgende analyse.

Niet alleen de overheid, maar ook de bedrijven hebben het vervroegd pensioen aangehouden, onder meer via het zogenoemde "Canada Dry"- brugpensioen. Door oudere werknemers met grote extralegale vergoedingen te ontslaan (vooral in het kader van het

-
1. De pensioenhervorming maakt een dergelijke oefening minder relevant voor de vrouwen.
 2. Volgens de officiële benaming gaat het om niet-werkzoekende werklozen. Tot 2001 was de leeftijd om in aanmerking te komen voor die regeling 50 jaar. Van juni 2002 tot juni 2004 werd die leeftijd geleidelijk opgetrokken tot 58 jaar

pensioen van de tweede pijler), kan de werkgever de beperkingen van het conventioneel brugpensioen omzeilen. Na de opzegperiode bevinden de ontslagen werknemers zich in de uitkeringsgerechtigde werkloosheid. Bij gebrek aan statistische gegevens hieromtrent wordt dit stelsel in deze sectie niet behandeld.

In tegenstelling tot de zojuist vermelde sociaal-economische categorieën, bestaan er geen officiële statistieken van de werknemersbestanden per leeftijd. Het Federaal Planbureau maakt een raming van de opsplitsing van de werkgelegenheid per leeftijd op basis van verschillende bronnen. Die raming hangt af van de evolutie van de totale werkgelegenheid die officieel door het Instituut voor de Nationale Rekeningen wordt gepubliceerd. In 2003 werd een belangrijke herziening van de totale werkgelegenheid doorgevoerd die zorgde voor aanzienlijke wijzigingen in de arbeidsverdeling per leeftijd. Er zullen nog andere herzieningen plaatsvinden in 2004. De onderstaande werkgelegenheidsgegevens mogen dus geenszins als definitief worden beschouwd, maar ze geven reeds een beeld van de situatie van de oudere werknemers.

Bovendien maakt het Federaal Planbureau ook verschillende berekeningen op basis van de door de bevoegde organen ter beschikking gestelde aantallen gepensioneerden. Er wordt vooral geprobeerd om dubbeltellingen weg te werken. Een gepensioneerde kan inderdaad pensioenen uit verschillende stelsels genieten: bijvoorbeeld een pensioen in de werknemersregeling en een pensioen in de zelfstandigenregeling indien hij een gemengde loopbaan heeft gehad. In de algemene werknemers- en zelfstandigenregeling worden de dubbeltellingen dus weggewerkt. Bij gebrek aan juiste informatie blijven er evenwel dubbeltellingen tussen de algemene regeling en de pensioenregeling van het openbaar ambt.

2. Het beroepsgedrag van de 50- tot 64-jarigen per leeftijdscategorie

Tabel 32 toont, voor het jaar 2001, de opsplitsing van de 50- tot 64-jarigen per leeftijdscategorie van vijf jaar en volgens de sociaal-economische situatie. De gegevens zijn hoofdzakelijk afkomstig van administratieve statistieken. Er zijn dus dubbelstellingen, vooral binnen de gepensioneerde bevolking.

TABEL 32 - Sociaal-economische verdeling van de bevolking van 50 tot 64 jaar per leeftijdsgroep van 5 jaar - jaar 2001
In % van de bevolking van de overeenkomstige leeftijdscategorie

	Werkgelegenheid	Sociaal-economische categorieën					Totaal	
		Werkloosheid totaal	Werkloosheid op oudere leeftijd	Brugpensioen	Voltijdse loopbaan- onderbreking	Invaliditeit		Pensioen
50-54 jaar	62.9	10.8	8.0	1.0	0.3	5.8	3.8	84.6
55-59 jaar	45.6	13.0	11.4	6.7	0.3	7.9	7.4	80.9
60-64 jaar	13.8	6.2	5.8	12.9	0.0	6.5	49.4	88.8

Die cijfers tonen dat de werkgelegenheidsgraad van de ouderen snel afneemt met de leeftijd, namelijk van 62,9 % voor de leeftijdsgroep 50-54 jaar tot 45,6 % voor de 55-59 jarigen en nog slechts 13,8 % voor de leeftijdsgroep 60-64 jaar. De arbeidsmarkt van de ouderen wordt bijgevolg gekenmerkt door een groot aantal vervroegde uittredingen.

Vóór de leeftijd van 60 jaar, zijn de meest voorkomende regelingen voor vervroegde uittreding: de werkloosheid, het brugpensioen en de invaliditeit. Ze komen voor bij 17,6 % van de personen van 50 tot 54 jaar en bij 27,6 % van de personen van 55 tot 59 jaar. Aangezien het pensioen meestal mogelijk is vanaf 60 jaar (echter onder bepaalde voorwaarden in de algemene werknemers- en zelfstandigenregeling) wordt het pensioen de meest gekozen vorm van vervroegde uittreding bij de 60-64 jarigen. De overige uitstapregelingen vertegenwoordigen toch nog 25,6 % van het totaal. Die vaststelling zal echter fors worden genuanceerd in de verfijnde analyse per geslacht en per arbeidsstelsel (*cf. infra*). De voltijdse loopbaanonderbrekingen hebben een vrij marginaal karakter.

Om de verschillende regelingen voor vervroegde uittreding beter te begrijpen, is het interessant twee bijkomende kenmerken te belichten, namelijk het geslacht en het arbeidsstelsel (werknemer, zelfstandige, statutair personeelslid in de overheidssector¹). Enerzijds gelden sommige regelingen voor vervroegde uittreding niet voor alle arbeidsstelsels: bijvoorbeeld de werkloosheid, het brugpensioen en de loopbaanonderbreking bestaan enkel in de werknemersregeling, terwijl het invaliditeitsstelsel als dusdanig niet

1. Het gaat uitsluitend om de statutaire personeelsleden van de overheidssector die aanspraak kunnen maken op een overheidspensioen. De contractuele werknemers van de overheidssector worden gegroepeerd bij de loontrekkende werknemers die een pensioen in de algemene werknemersregeling zullen genieten.

bestaat voor de statutaire werknemers in de openbare sector¹. Anderzijds kan de opsplitsing voor de vrouwen soms sterk verschillen van de opsplitsing voor de mannen.

TABEL 33 - Sociaal-economische verdeling van de bevolking van 50 tot 64 jaar per geslacht, leeftijdsgroep van 5 jaar en arbeidsstelsel - jaar 2001
In % van de bevolking volgens het geslacht en de leeftijdscategorie

Arbeidsstelsel	Werkgelegenheid	Sociaal-economische categorieën					Pensioen	Totaal	
		Werkloosheid totaal	Werkloosheid op oudere leeftijd	Brugpensioen	Voltijdse loopbaanonderbreking	Invaliditeit			
Mannen									
50-54 jaar	werknemer	44.9	10.0	7.3	1.7	0.1	6.0	0.6	63.3
	zelfstandige	16.2	-	-	-	-	0.5	0.0	16.7
	statutair	17.2	-	-	-	-	-	0.9	18.1
	totaal	78.4	10.0	7.3	1.7	0.1	6.5	1.5	98.2
55-59 jaar	werknemer	31.4	13.7	11.8	10.9	0.3	8.7	0.9	65.9
	zelfstandige	15.3	-	-	-	-	1.1	0.0	16.4
	statutair	13.6	-	-	-	-	-	2.6	16.2
	totaal	60.2	13.7	11.8	10.9	0.3	9.8	3.5	98.4
60-64 jaar	werknemer	7.6	10.1	9.5	24.4	0.0	9.1	25.2	76.4
	zelfstandige	10.3	-	-	-	-	2.1	4.2	16.6
	statutair	2.9	-	-	-	-	-	12.1	15.0
	totaal	20.8	10.1	9.5	24.4	0.0	11.2	41.5	108.0 ^a
Vrouwen									
50-54 jaar	werknemer	27.8	11.6	8.8	0.4	0.5	4.9	3.9	49.1
	zelfstandige	9.1	-	-	-	-	0.2	0.5	9.8
	statutair	10.3	-	-	-	-	-	1.7	12.0
	totaal	47.2	11.6	8.8	0.4	0.5	5.1	6.1	70.9
55-59 jaar	werknemer	16.1	12.3	11.0	2.5	0.3	5.5	6.7	43.4
	zelfstandige	7.2	-	-	-	-	0.5	1.0	8.7
	statutair	7.8	-	-	-	-	-	3.6	11.4
	totaal	31.2	12.3	11.0	2.5	0.3	6.0	11.2	63.5
60-64 jaar	werknemer	3.3	2.5	2.3	2.0	0.0	1.8	40.5	50.1
	zelfstandige	3.3	-	-	-	-	0.2	5.5	9.0
	statutair	0.6	-	-	-	-	-	10.1	10.7
	totaal	7.2	2.5	2.3	2.0	0.0	2.0	56.1	69.8

a. De som van alle sociaal-economische categorieën is groter dan 100 %, wellicht door de dubbelstellingen die niet werden geschrapt uit de aantallen gepensioneerden.

Het sterk afnemend profiel van de werkgelegenheidsgraad dat reeds algemeen werd vastgesteld, is zowel merkbaar bij mannen als bij vrouwen (tabel 33). De mannelijke werkgelegenheidsgraad daalt van 78,4 % voor de 50-54-jarigen naar 20,8 % voor de 60-64-jarigen, terwijl de vrouwelijke werkgelegenheidsgraad daalt van 47,2 % naar 7,2 %.

1. Deze laatsten kunnen daarentegen een vervroegde uittreding genieten wegens lichamelijke ongeschiktheid. Zij worden dan verrekend in de gepensioneerden van de openbare sector.

Per arbeidsstelsel is de vaststelling vrij gelijklopend, behalve voor de zelfstandigen bij wie de werkgelegenheidsgraad heel wat minder fors daalt. Er moet ook worden opgemerkt dat een stijging mag worden verwacht van de werkgelegenheidsgraden van de vrouwelijke werknemers en zelfstandigen van 60 tot 64 jaar door het geleidelijk optrekken van de wettelijke pensioenleeftijd voor vrouwen, zoals voorzien in de pensioenherforming.

Meer dan 78 % van de mannen van 50 tot 54 jaar zijn actief, terwijl 18,3 % van hen een regeling voor vervroegde uittreding geniet, uitgezonderd het pensioen. 97 % van die vervroegde uittredingen hebben betrekking op werknemers aangezien de twee overige arbeidsstelsels bijna geen enkel vorm van vervroegde uittreding kennen. De vervroegde uittredingen voor die mannelijke leeftijdscategorie gebeuren vooral via invaliditeits- en werkloosheidsstatuten (meer bepaald van de oudere werkloze maar dat stelsel wordt momenteel hervormd: de leeftijd van toetreding tot dat stelsel wordt tussen 2002 en 2004 geleidelijk opgetrokken tot 58 jaar).

De situatie is sterk gelijklopend bij de vrouwen van 50 tot 54 jaar. Ze hebben een lagere werkgelegenheidsgraad, maar ook bij hen geniet 17,6 % een vorm van vervroegde uittreding, uitgezonderd het pensioen. Men stelt vast dat 6,1 % van de vrouwen van 50 tot 54 jaar reeds gepensioneerd zijn, maar het gaat vooral om overlevingspensioenen.

Voor de mannen van 55 tot 59 jaar is er een effect van communicerende vaten waarneembaar tussen de werkgelegenheidsgraad - die nog slechts 60,2 % bedraagt - en het percentage vervroegde uittredingen (uitgezonderd het pensioen) dat 34,7 % bedraagt en dat vrij gelijkmatig verdeeld is tussen de werkloosheid op oudere leeftijd (11,8 %), het brugpensioen (10,9 %) en de invaliditeit (9,8 %). 3,5 % van de mannelijke bevolking van 55 tot 59 jaar is gepensioneerd, waarvan 75 % afkomstig is uit het statutair stelsel van de overheidssector. Sommige overheidsstelsels genieten inderdaad een wettelijke pensioenleeftijd die lager is dan 60 jaar.

De vaststelling voor de vrouwen van 55 tot 59 jaar verschilt enigszins van die van de mannen. Men stelt vast dat de werkgelegenheidsgraad daalt ten opzichte van die van de vrouwen van 50 tot 54 jaar (-16 %), maar het percentage vervroegde uittredingen uitgezonderd het pensioen stijgt slechts met 3,5 % (dat percentage dekt 21,1 % van de vrouwen van 55 tot 59 jaar). Bij die vormen van vervroegde uittreding blijft het aandeel van de oudere vrouwelijke werklozen het grootst (11 % van de vrouwen van 55 tot 59 jaar), gevolgd door dat van de invaliden (6 %), terwijl het brugpensioen (2,5 %) en een veel minder belangrijke plaats inneemt als voor de mannen. Het aandeel van de gepensioneerden daarentegen wordt belangrijk (11,2 % waarvan 60 % afkomstig van de werknemersregeling).

Het merendeel van de mannen van 60 tot 64 jaar verlaat de werkgelegenheid (uitgezonderd de zelfstandigen die nog 10,3 % van de mannen van die leeftijdscategorie vertegenwoordigen). De uitstap wordt nagenoeg gelijkmatig verdeeld tussen pensionering (41,5 %) en overige vormen van vervroegde uittreding (45,7 %). In de werknemersregeling daarentegen is het pensioen duidelijk minder vertegenwoordigd dan de overige vormen van vervroegde uittreding (25,2 % tegenover 54,1 %). Bij die vervroegde uittredingen is het brugpensioen het meest vertegenwoordigd (24,4 %), gevolgd door de invaliditeit (11,2 %) en de werkloosheid op oudere leeftijd (9,5 %). Men stelt duidelijk een grote instroom in het pensioen vast bij mannen tussen 60 en 64 jaar. In de werknemersregeling en de regeling voor zelfstandigen kan het rustpensioen inderdaad worden

vervroegd vanaf 60 jaar indien de werknemer een voldoende lange loopbaan kan bewijzen. De overheidsambtenaren kunnen ook een vervroegd pensioen aanvragen vanaf 60 jaar.

In 2001 vertoont de situatie van de mannen en de vrouwen van 60 tot 64 jaar sterke contrasten. Dat is in grote mate het gevolg van de impact van de pensioenhervorming van 1996. In 2001 bedraagt de wettelijke leeftijd voor het rustpensioen in de algemene werknemers- en zelfstandigenregeling 62 jaar voor de vrouwen en 65 jaar voor de mannen. In 2001 kunnen vrouwen slechts tot de leeftijd van 62 jaar een vervroegde uittreding genieten zoals de werkloosheid, het brugpensioen en de invaliditeit. Dat verklaart het geringe aandeel van die vervroegde uittredingen voor de vrouwen van 60 tot 64 jaar (6,5 %) ten opzichte van het overwegend aandeel van het pensioen (56,1 %). Op het einde van de overgangperiode die in de pensioenhervorming is voorzien (in 2009 zal de wettelijke pensioenleeftijd ook 65 jaar bedragen voor de vrouwen in de algemene werknemers- en zelfstandigenregeling), kan men zich verwachten aan een stijging van het aandeel van de diverse regelingen voor vervroegde uittreding en aan een daling van het aandeel van het vervroegd pensioen.

3. Beroepsgedrag van de mannen van 59 tot 64 jaar per leeftijdsjaar

Dit tweede deel verfijnt de analyse van de verschillende mannelijke sociaal-economische categorieën tussen 59 en 64 jaar per leeftijdsjaar, geslacht en arbeidsstelsel (werknemers, zelfstandigen, statutair overheids personeel). Meer bepaald gaat het om de mannen die 59 jaar oud zijn in 1996. Die generatie wordt gevolgd tot in 2001, het jaar waarin zij de leeftijd van 64 jaar bereikt.

De analyse per leeftijdscategorie heeft duidelijk aangetoond dat de mannen massaal met pensioen gaan tussen 60 en 64 jaar. Met de analyse per leeftijd kan meer bepaald worden nagegaan op welke leeftijd de mannen besluiten om met pensioen te gaan en of de gedragingen per stelsel verschillen.

Volgens de werkgelegenheidscijfers (tabel 35) hebben mannen zowel op 59 jaar als op 60 jaar vrijwel evenveel mogelijkheden om aan de slag te blijven in de werknemers- en zelfstandigenstatuten. In verhouding tot de demografische bevolking is de representativiteit van de zelfstandige arbeid op 60 jaar ietwat lager dan de 70 % op 59 jaar (11,6 % tegenover 17,3 %). Dat cijfer bedraagt iets meer dan 60 % voor de werknemers. Het aandeel van de overheidstewerkstelling daarentegen daalt aanzienlijk tussen 59 en 60 jaar (van 10,8 % naar 5,1 %).

De evolutie naar de hogere leeftijdscategorieën is verschillend voor zelfstandigen en werknemers. De zelfstandige werkgelegenheid, die in 1997 nog 11,6 % van de 60-jarigen vertegenwoordigde, bedraagt vier jaar later nog 9,3 % van die leeftijdsgroep. Het aandeel van de werkgelegenheid van werknemers daarentegen blijft sterk dalen na de leeftijd van 60 jaar (van 10,8 % op 60 jaar naar 5,1 % op 64 jaar). De werkgelegenheid in de overheidssector kent eveneens een forse daling na de leeftijd van 60 jaar (van 5,1 % naar 1,8 % van de overeenkomstige demografische bevolking). In de overheidssector is de verhouding op de leeftijd van 64 jaar ongeveer gelijk aan 8 gepensioneerden voor één baan. In de werknemersregeling gaat het om 6 gepensioneerden, terwijl dat cijfer veel lager is dan 1 in de zelfstandigenregeling.

De overige regelingen voor vervroegde uittreding blijven een belangrijk deel vormen van de loontrekkende bevolking van 60 tot 64 jaar. Het aandeel van de bruggepensioneerden blijft groeien. Het stijgt van 23,2 % bij de 59-jarigen in 1996 naar 27,7 % bij de 64-jarigen in 2001. Het aantal werklozen en invaliden daalt weliswaar lichtjes, maar blijft toch op een hoog peil (respectievelijk 9,3 % en 9,5 % van de 64-jarigen in 2001).

TABEL 34 - Evolutie van een mannelijke generatie tussen 59 en 64 jaar - werknemer, zelfstandige, statutair personeelslid - in % van de overeenstemmende mannelijke bevolking

	59 ans en 1996	60 ans en 1997	61 ans en 1998	62 ans en 1999	63 ans en 2000	64 ans en 2001
<i>Werknemer</i>						
Werkgelegenheid	17.6	10.8	8.2	6.9	5.9	5.1
Werkloosheid	11.3	10.4	9.3	9.2	8.9	9.3
Brugpensioen	23.2	24.4	24.7	25.1	25.4	27.7
Voltijdse loopbaanonderbreking	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Invaliditeit	10.6	9.8	9.6	9.5	9.5	9.5
Pensioen	2.9	19.0	24.3	27.1	28.8	30.4
<i>Zelfstandige</i>						
Werkgelegenheid	17.3	11.6	10.4	9.8	9.6	9.3
Invaliditeit	1.8	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
Pensioen	0.0	2.8	4.1	4.7	5.3	5.8
<i>Statutair overheidspersoneel</i>						
Werkgelegenheid	10.8	5.1	3.2	2.6	2.2	1.8
Pensioen	3.7	7.8	12.0	12.8	13.5	13.9

4. De werkgelegenheid van de ouderen en de vervroegde uittredingen uit de arbeidsmarkt in een vergelijkend Europees perspectief

Een internationale vergelijking maken van de vervroegde uitstapregelingen is niet echt noodzakelijk in het kader van dit rapport. Nochtans geven sommige indicatoren enkel een synthetisch beeld van de gedragingen op het vlak van het arbeidsaanbod en, meer bepaald, van de gedragingen van de oudere werknemers. Die gedragingen kaderen in een institutionele context die eigen is aan elk land. In het geval van de oudere werknemers hangen de gedragingen op het vlak van het arbeidsaanbod sterk af van de mogelijkheden inzake vervroegde uittreding.

De gedragingen op het vlak van het arbeidsaanbod vergelijken op basis van administratieve gegevens is in dit kader ontoereikend. In deze sectie worden daarom eenvormige statistieken inzake werkgelegenheid en activiteiten gebruikt. Het gaat om gegevens uit de "Enquêtes naar de beroepsbevolking" die werden georganiseerd in de verschillende Europese lidstaten. De tabel geeft drie activiteitsindicatoren voor de oudere werknemers: de werkgelegenheidsgraad, de activiteitsgraad en de gemiddelde uitstapleeftijd.

TABEL 35 - Een Europese vergelijking van de activiteit van de oudere werknemers (2002, in %) ^a

	Werkgelegenheidsgraad van de 55-64-jarigen	Activiteitsgraad van de 55-64-jarigen	Gemiddelde uitstapleeftijd
Duitsland	38.4	43.2	60.7
Oostenrijk	29.3	30.9	59.3
België	25.7	26.7	58.5
Denemarken	57.3	60.1	60.9
Spanje	39.8	42.7	61.5
Finland	47.8	51.6	60.5
Frankrijk ^b	33.7	35.6	58.8
Griekenland	39.3	40.7	59.4 ^c
Ierland	48.1	49.3	62.4
Italië	28.6	29.9	59.9
Luxemburg	27.9	27.9	59.3
Nederland	42.0	42.9	62.2
Portugal	51.4	53.3	62.9
Verenigd Koninkrijk	53.3	55.2	62.3
Zweden	68.2	71.4	63.2
EU (15 landen)	39.8	42.4	60.8
Europese doelstelling (2010)	50		

a. Bronnen : Eurostat (tweede kwartaal 2002 tenzij anders vermeld) en eigen berekeningen van de werkgelegenheids- en activiteitsgraden ; Eurostat voor de gemiddelde uitstapleeftijd.

b. Eerste kwartaal 2002 voor de werkgelegenheids- en activiteitsgraad

c. Gegevens met betrekking tot 2001

De werkgelegenheidsgraad bij de oudere werknemers is in België iets meer dan 14 procentpunt lager dan het Europees gemiddelde (25,7 % tegenover 39,8 %). België bekleedt trouwens de laatste plaats in het Europees peloton.

In termen van activiteit, is het verschil met het Europees gemiddelde nog groter. Het bedraagt bijna 16 procentpunt (42,4 % tegenover 26,7 %). Voor de beschouwde leeftijdsgroep, is het aantal personen dat actief een job zoekt bijgevolg lager in België dan in de Europese Unie. De vaststelling blijft dezelfde ongeacht of het aantal wordt uitgedrukt in percentage van de demografische bevolking (0,9 % werklozen in België, 2,6 % in de Unie) of in percentage van de beroepsbevolking (respectievelijk 3,5 en 6,2 %).

De weinig rooskleurige situatie van België op het vlak van werkgelegenheid en activiteit bij de ouderen wordt bevestigd door de derde indicator, namelijk de gemiddelde uitstapleeftijd uit de arbeidsmarkt. Terwijl in de Unie de actieven gemiddeld rond 61 jaar de arbeidsmarkt verlaten, is dat voor de Belgische werknemer 58,5 jaar. België bekleedt ook hier de laatste plaats.

V De sociale houdbaarheid

De vergrijzingsproblematiek brengt niet alleen een financiële maar ook een sociale uitdaging met zich mee. Er moet gewaakt worden over de mate waarin de sociale doelstellingen van het wettelijk pensioensysteem bereikt kunnen worden, nu en in de toekomst.

In deel A wordt het risico op armoede bij ouderen besproken. Een update van de monetaire armoede-indicatoren (zie deel A.1), bevestigt de conclusie van de voorgaande rapporten van de SCvV dat personen die ouder zijn dan 65 jaar, een groter risico op armoede lopen dan de bevolking als geheel. Aangezien die indicatoren niet vrij zijn van kritiek en aangezien armoede verschillende domeinen van het maatschappelijk leven bestrijkt, is het belangrijk ze met de nodige voorzichtigheid te interpreteren en ze aan te vullen met niet-monetaire indicatoren. In deel A.2, bespreken we indicatoren rond huisvesting, toegang tot gezondheidszorg en sociale integratie. Zij lijken het financiële armoederisico bij ouderen enigszins te nuanceren.

Het pensioensysteem heeft een belangrijke rol in het beperken van het armoederisico bij ouderen. Het wettelijk pensioenstelsel biedt, onder bepaalde voorwaarden, een minimale sociale bescherming aan de gepensioneerde via de minimumpensioenen en het minimumrecht per loopbaanjaar. Ouderen die echter geen of onvoldoende pensioenrechten hebben opgebouwd, kunnen een beroep doen op sociale bijstand via de “Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO)”. Dit sociale bijstandssysteem, dat alle ouderen kunnen genieten op voorwaarde van een bestaansmiddelentoets, biedt een soort “laatste vangnet” indien alle andere inkomensbronnen ontoereikend zijn. Uit de analyse van die gegarandeerde minima in deel B, blijkt dat de ouderen met het grootste armoederisico (met name de oudste gepensioneerden, vrouwen, alleenstaanden en zelfstandigen) het meest een beroep doen op die stelsels. Zij vormen dan ook een belangrijk instrument in de bestrijding van armoede bij ouderen. Uit de vorige rapporten van de SCvV bleek echter dat het bedrag van de IGO en van de meeste minimumpensioenen onder de armoederisicodrempel lagen.¹

De recente selectieve welvaartsaanpassingen gericht naar de oudste pensioenen en de maatregelen met betrekking tot de geleidelijke verhoging van de minimumpensioenen bij de zelfstandigen, betekenen in ieder geval al een verbetering van de pensioenen voor diegenen met een verhoogd armoederisico.

De pensioenen en de IGO worden automatisch aangepast aan de ontwikkeling van de levensduurte. In principe zijn zij dus koopkrachtvast. Maar indien de algemene gezondheidsindex niet representatief zou zijn voor de uitgaven van de ouderen, dan kan, zelfs bij indexering van de uitkeringen, hun koopkracht in het gedrang komen. Onder deel C wordt onderzocht of een index specifiek voor de bevolking van 60 jaar en ouder zou afwijken van de index voor de totale bevolking.

1. Enkel het minimumpensioen aan bedrag alleenstaande voor werknemers met een volledige loopbaan, lag boven de armoededrempel van 60 % van het mediaan equivalent inkomen. Voor meer informatie, zie rapport SCvV, mei 2003, p. 54.

Vervangingsratio's¹ geven een indicatie van de mate waarin het pensioensysteem de levensstandaard van een werkende kan behouden wanneer hij op pensioen gaat. Uit het vorig rapport van de SCvV, bleek dat de vervangingsratio van het eerste pijlerpensioen lager was voor de gemiddelde en hoge pensioenen dan voor de lage pensioenen. Maar in het verleden hebben vooral de hogere pensioenen een tweede pijlerpensioen opgebouwd. In deel D worden (prospectieve) vervangingsratio's gegeven van de eerste en tweede pensioenpijler voor verschillende typegevallen. De derde pensioenpijler werd niet onderzocht.

Daarnaast wordt in deel D.3 voor het basistypegeval onderzocht hoe de kloof tussen de groeivoet van het pensioen en de groeivoet van het gemiddeld loon geëvolueerd zou zijn 10 jaar na zijn pensionering.

A. Armoederisico bij ouderen

Armoede bestaat uit een complex netwerk van uitsluitingen en bestrijkt verschillende domeinen van het maatschappelijk leven, zoals het inkomen, gezondheidszorg, huisvesting, onderwijs, sociale integratie, ... In punt 1 wordt het risico op armoede bij ouderen aan de hand van inkomensgegevens besproken. Uit een studie van Dekkers G. (2003)², blijkt dat de financiële armoedemeting gebruikt kan worden als een benadering van de multidimensionele armoede, en dat financiële armoedepercentages vaak hoger liggen dan de multidimensionele armoedepercentages. Onder punt 2 lichten we dan ook enkele niet-monetaire armoede-indicatoren toe.

1. Monetaire indicatoren

Hoewel de armoedegegevens die gebaseerd zijn op de European Community Household Panel (ECHP) niet vrij zijn van kritiek, vormen zij toch een belangrijke gegevensbron³. We stellen hier enkele armoede-indicatoren voor die gebaseerd zijn op de laatste enquêtegolf van de ECHP in 2001 over het inkomen van het jaar 2000. Voor een goed begrip van die gegevens, is het toch belangrijk enkele van hun belangrijkste beperkingen in het achterhoofd te houden⁴.

Bij de bepaling van het inkomen zijn enkele belangrijke elementen met betrekking tot de levensstandaard van de ouderen niet opgenomen. Concreet is er geen rekening gehouden met het eigendom van een huis (waardoor er geen interestbetalingen en afbetalingen meer moeten worden gedaan en er geen huurgelden moeten worden betaald), met het ontvangen van bepaalde, door de overheid gesubsidieerde voordelen (zoals gratis openbaar vervoer, thuisverzorging,...) en met het vermogen. Die factoren zullen vooral de vergelijking van het armoederisico tussen jongeren en ouderen beïnvloeden in die zin dat

1. Zij worden berekend als de verhouding tussen het pensioen van het eerste jaar van de pensionering en het inkomen uit arbeid van het laatste gewerkte jaar.
2. Dekkers G.J.M. (2003), "Financial and multidimensional poverty in European countries: can the former be used as a proxy of the latter?", Iriss Working Paper Series, No. 2003-13.
3. Zo worden zij in de Europese rapporten vaak als norm gebruikt en vormen zij de basis van vele indicatoren uit het Belgisch Nationaal Actieplan Sociale Insluiting 2003-2005.
4. De armoederisicopercentages worden berekend op basis van de relatieve methode. In de praktijk wordt de armoedegrens bepaald als een percentage van het mediaan equivalent inkomen. Voor een uitgebreide uiteenzetting over de methode van armoedemeting en de beperkingen die inherent zijn aan het gebruik van de ECHP-data, wordt verwezen naar het jaarlijks verslag van de SCvV van april 2002, bijlage 1 en van mei 2003, p. 48.

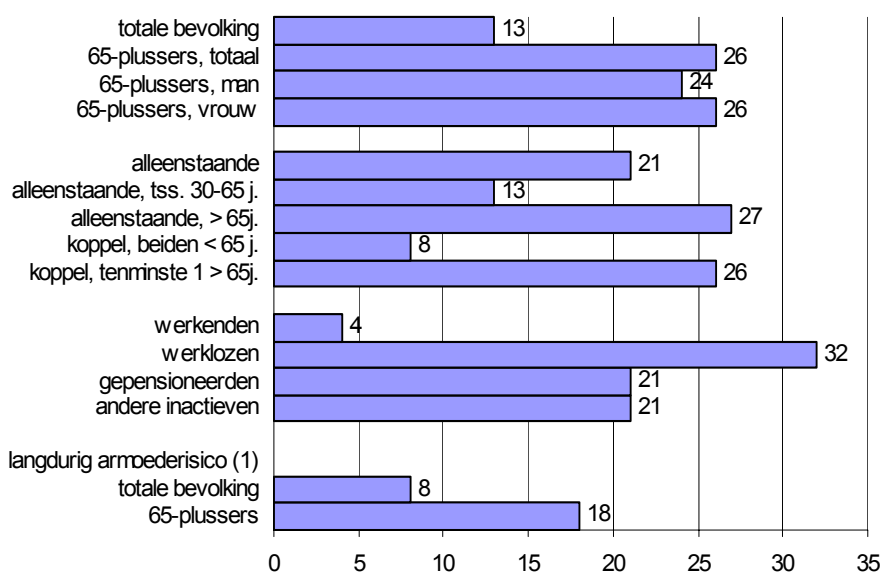
de levensstandaard van ouderen onderschat zal worden waardoor hun armoederisicopercentages zeer waarschijnlijk overschat zullen zijn.

De ECHP-enquêtes worden niet gericht aan personen die in collectieve huishoudens wonen. Ouderen die in rust- en verzorgingstehuizen wonen, zijn dan ook niet opgenomen in de steekproef. Bovendien, en dit geldt voor de meeste databanken, is het zeer moeilijk om gegevens te verzamelen over personen die in extreme armoede leven.

Gelet op die beperkingen, dienen de resultaten met uiterste voorzichtigheid beoordeeld te worden. De cijfers geven eerder een orde van grootte dan een precieze meting.

Uit de recentste resultaten van de ECHP (golf 2001), blijkt dat de armoedelijn in België, gedefinieerd als 60 % van het mediaan equivalent inkomen¹, in 2000 overeenkwam met een nettojaarinkomen van 9.295 euro². 13 % van de Belgische bevolking (individuen) blijkt een inkomen te hebben dat onder de armoedegrens ligt. Het risico op inkomensarmoede is groter bij 65-plussers³: daar heeft ongeveer een vierde een inkomen dat de armoedelijn niet bereikt. Binnen de groep ouderen lopen vooral vrouwen en alleenstaanden een hoger armoederisico (respectievelijk 26 % en 27 %) (zie figuur 37).

FIGUUR 37 - Armoederisicopercentage voor verschillende bevolkingsgroepen



(1) langdurig armoederisico: indien het risico op armoede in het jaar van de bevraging en tenminste 2 van de 3 voorgaande jaren optreedt, gebaseerd op ECHP golf 2000 (inkomen 1999)

Bron: Eurostat New Cronos: ECHP-UDB, januari 2004, gebaseerd op ECHP golf 2001 (inkomen 2000).

- Om rekening te houden met de grootte en de samenstelling van de gezinnen, wordt het totale inkomen verdeeld op basis van de equivalentieschaal 1; 0,5; 0,3. Voor meer informatie, zie rapport SCvV april 2002, bijlage 1. Andere armoedelijnen worden in dit rapport gepresenteerd in bijlage 4.
- Dit is de basisinkomensdrempel die geldt voor een alleenstaande volwassene. Voor een koppel bijvoorbeeld komt de inkomensdrempel overeen met een jaarinkomen van 13.943 euro (1,5 x 9.295 euro) en voor een koppel met twee kinderen 19.520 euro (2,1 x 9.295 euro).
- In het rapport van de SCvV van april 2002 werd dat ook aangetoond op basis van de enquêteresultaten van het Sociaal Economisch Panel door het Centrum voor Sociaal Beleid, van de European Community Household Panel van de Europese Commissie en uit fiscale data van de studie van Förster e.a. van de OESO.

Ook ouderen die het statuut van gepensioneerde hebben, vertonen een beduidend hoger armoederisico dan bijvoorbeeld werkenden. Niet minder dan 21 % van de gepensioneerden heeft een inkomen dat onder de armoedegrens ligt, terwijl dat bij de loontrekkenden 3 % is, bij de zelfstandigen 10 % en bij de werklozen 32 %.

Aangezien de armoederisicopercentages berekend zijn volgens de relatieve methode, zijn zij sterk afhankelijk van de gebruikte armoedelij¹. Zo kan het armoederisico bij 65-plussers variëren van 4 % tot 39 %, volgens een respectievelijke armoedelij¹ van 40 % en 70 % van het mediaan equivalent inkomen (zie bijlage 4, tabel 50).

Zodra ouderen het risico lopen in armoede te vervallen, lijken zij het moeilijker te hebben dan de rest van de bevolking om uit die situatie te geraken. Zo heeft 18 % van de 65-plussers met een inkomen onder de armoedegrens in 1999, ook in ten minste twee van de drie voorgaande jaren inkomensproblemen. Voor de totale bevolking loopt 8 % het risico op langdurige armoede.

De bovenstaande resultaten bevestigen de conclusies van de voorgaande rapporten van de SCvV, namelijk dat het armoederisico bij personen ouder dan 65 jaar groter is dan bij de rest van de bevolking. Binnen de groep ouderen zijn het voornamelijk alleenstaande vrouwen die het grootste risico lopen te wijten aan het feit dat zij minder pensioenrechten hebben opgebouwd. Door de toegenomen participatiegraad van de vrouwen op de arbeidsmarkt en door de invoering van het minimumrecht per loopbaanjaar, zullen zij echter steeds meer over een eigen, volwaardig pensioen kunnen beschikken.

Die conclusies worden echter niet helemaal bevestigd door een studie van DREES² die gebaseerd is op ECHP-gegevens van 1996 over het inkomen van 1995, en waarin het armoederisico onderzocht wordt voor gezinnen waar er minstens één persoon een pensioen geniet³. Uit het onderzoek blijkt dat de levensstandaard van die gezinnen niet veel lager ligt dan dat van de bevolking als geheel (hun mediaan equivalent inkomen bedraagt 95 % van dat van de totale bevolking). Het armoederisico voor die gezinnen bedraagt 17 %, wat overeenstemt met dat van de totale bevolking. Indien de gezinnen met een gepensioneerde echter verder worden opgesplitst volgens gezinssamenstelling, dan blijkt het armoederisico voor een gepensioneerde alleenstaande vrouw merklijk groter te zijn (27 %).

-
1. Zo zal een gegarandeerd minimuminkomen dat net boven, respectievelijk onder de armoedegrens ligt, vrij lage, respectievelijk hoge armoederisicopercentages geven, terwijl de werkelijke inkomenssituatie slechts marginaal kan verschillen.
 2. Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), " Niveau de vie et risque de pauvreté parmi les retraités des pays européens", Etudes et résultats, janvier 2003.
 3. Voor België stelt deze subgroep 28 % van de bevolking voor en ze bestaat voor 50 % uit koppels, voor 23 % uit gezinnen waarin verschillende generaties samenwonen, voor 19 % uit alleenstaande vrouwen, voor 5 % uit alleenstaande mannen en voor 3 % uit andere gezinnen.

Het pensioen blijkt een essentieel instrument te zijn om het armoederisico bij ouderen te beperken. Terwijl zonder het pensioen¹ of andere sociale uitkeringen meer dan 90 % van de ouderen een inkomen zou hebben dat onder de armoedegrens ligt, zou dit percentage dalen tot 29 % bij de 65-plussers en tot 26 % bij de groep van gepensioneerden indien het pensioen wel tot het inkomen zou behoren² (zie tabel 36).

TABEL 36 - Armoederisicopercentage vóór sociale overdrachten

	pensioen is geen inkomen, maar overdracht	pensioen is inkomen, geen overdracht
Totaal	38	23
65 plussers	91	29
Gepensioneerden	90	26

Bron: Eurostat New Cronos: ECHP-UDB, januari 2004, gebaseerd op ECHP golf 2001 (inkomen 2000).

2. Enkele niet-monetaire indicatoren

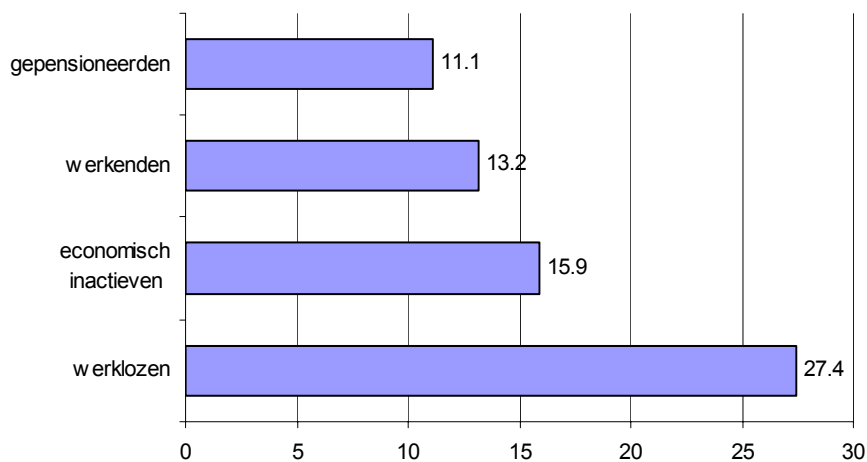
Armoede bestaat niet louter uit een monetaire dimensie. In dit deel bespreken we nog enkele (niet-monetaire) indicatoren van sociale uitsluiting op het domein van huisvesting, van toegang tot gezondheidszorg en van sociale integratie.

a. Kwaliteit van de woning

In de onderstaande figuur wordt een synthetische indicator van woningkwaliteit voorgesteld. Uit een verdeling van de bevolking (vanaf 16 jaar) volgens sociaal-economische status, blijkt dat gepensioneerden minder vaak in een woning van slechte kwaliteit wonen dan personen met een andere status. In België leeft 11 % van de gepensioneerden in een woning met één of meer problemen³ die betrekking hebben op het gebrek aan klein comfort, huisvestingsproblemen of gebrek aan ruimte. Bij personen met status “werkend” is dat 13 %, bij de inactieven bijna 16 % en bij werklozen meer dan 27 %.

1. In principe bestaat het pensioen hier uit het inkomen uit de eerste, tweede en derde pensioenpijler. In de praktijk werden de vragen m.b.t. de tweede en derde pijler slecht beantwoordt in de ECHP voor België zodat hun aandeel in het pensioeninkomen dat hier voorgesteld wordt, gering is.
2. Dit zijn theoretische situaties aangezien sommige personen in een situatie zonder overdrachten zouden treden tot de arbeidsmarkt of er langer zouden blijven. Bovendien zou, in een situatie voor overdrachten, de belastingstructuur ook anders verlopen.
3. Een woning is van slechte kwaliteit indien tenminste één van de volgende problemen zich stelt: gebrek aan klein comfort (geen bad of douche, geen warm stromend water, geen toilet in de woning zelf), twee of meer huisvestingsproblemen (een lekkend dak, geen adequate verwarming, schimmel en vocht, rottende ramen en deuren) of gebrek aan ruimte (minder dan 1 kamer per lid van het huishouden).

FIGUUR 38 - Percentage van de bevolking (+ 16 jaar) dat in een woning van slechte kwaliteit¹ leeft - volgens sociaal-economische status

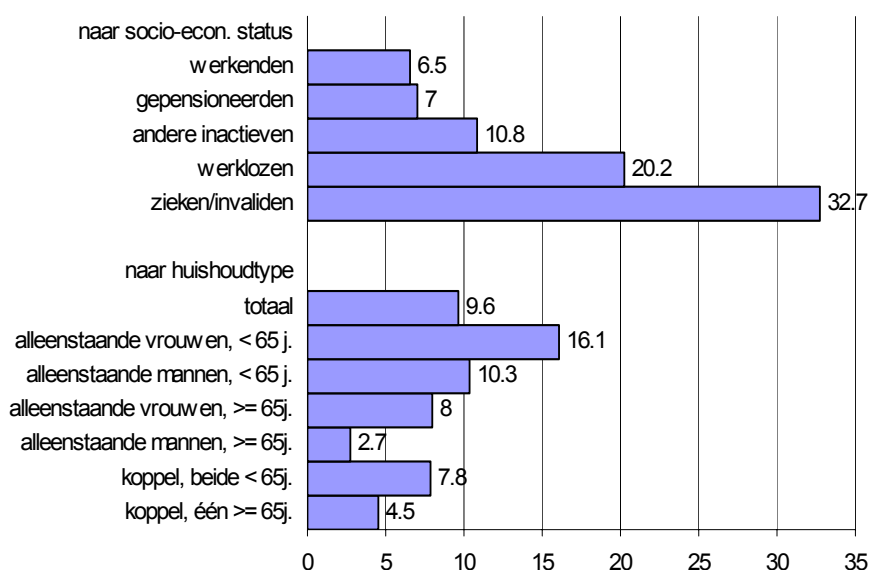


Bron: Nationaal Actieplan Sociale Insluiting 2003-2005, gebaseerd op ECHP golf 1999- bewerkt door Onderzoeksgroep Armoede, Sociale uitsluiting en de Stad (OASeS).

b. Toegang tot gezondheidszorg

Eén van de basisprincipes van het huidig Belgisch gezondheidssysteem is het garanderen van zijn toegankelijkheid. In dat opzicht vormt de prijs een belangrijk element. Ondanks de ziekteverzekering en bijkomende financiële maatregelen voor bepaalde groepen, leeft in 2001 bijna 10 % van de bevolking in huishoudens waar één of meer personen in de loop van het afgelopen jaar gezondheidszorg heeft moeten uitstellen of schrappen om financiële redenen (zie figuur 39).

FIGUUR 39 - Percentage van de bevolking¹ dat in een gezin leeft dat het gebruik van gezondheidszorg diende uit te stellen om financiële redenen - naar sociaal-economische status en huishoudtype



1. Bij de verdeling naar sociaal-economische status wordt het percentage berekend t.o.v. de bevolking vanaf 15 jaar.

Bron: Nationaal Actieplan Sociale Insluiting 2003-2005, gebaseerd op de Gezondheidsenquête 2001 van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

In vergelijking met de totale bevolking, geven oudere huishoudens¹ minder aan dat ze hun gezondheidsvoorzieningen om financiële redenen moeten staken. De grootste risicogroepen zijn vrouwen en alleenstaanden (met kinderen) en dan vooral diegenen bij wie de referentiepersoon jonger is dan 65 jaar. Indien de bevolking (15 jaar en ouder) opgesplitst wordt volgens sociaal-economische status, dan blijkt het uitstellen of schrappen van gezondheidszorg minder voor te komen bij gepensioneerden (7 %) dan bij andere inactieven (bijna 11 %), werklozen (20 %) of zieken en invaliden (bijna 33 %). Dat zou verklaard kunnen worden doordat ouderen, onder bepaalde inkomensvoorwaarden, extra tussenkomsten in de zorgkosten kunnen genieten zoals het verlaagd remgeld voor gepensioneerden (in het kader van het stelsel van de WIGW's).

c. Sociale integratie en participatie

“Sociale integratie en participatie” wordt meer en meer beschouwd als één van de domeinen die een invloed hebben op het armoederisico.

Aan de hand van de omvang van het sociaal netwerk en de sociale ondersteuning, stellen we vast dat de sociale integratie bij de ouderen minder vlot verloopt (zie tabel 37). In vergelijking met de bevolking van 15 jaar en ouder, zijn ouderen minder tevreden over hun sociale contacten en de frequentie ervan. De sociale ondersteuning uitgedrukt in termen van het kunnen rekenen op burens, familie of vrienden voor een gesprek of in geval van onverwachte nood of een probleem, is zwakker bij ouderen.

1. Huishoudens waar de referentiepersoon, meestal de oudste persoon van het gezin of de echtgenoot, ouder is dan 65 jaar.

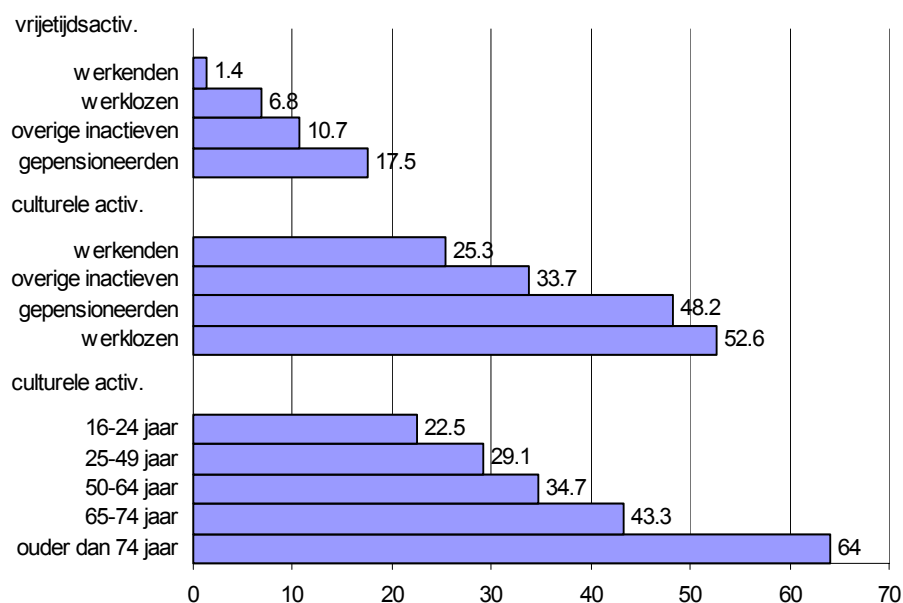
TABEL 37 - Indicatoren m.b.t. sociale contacten en ondersteuning

Aantal personen (in %) dat	bevolking, + 15 jaar	65-75 jaar	75 jaar en meer
- ontevreden is over hun sociale contacten	7.2	8.4	9.9
- minder dan eens per maand sociale contacten heeft	7.0	8.1	8.7
- een beperkt sociaal netwerk heeft (van 0 tot 3 kennissen)	15.7	19.1	21.0
- een zwakke instrumentele sociale ondersteuning ^a heeft	13.2	15.5	16.3

a. Dit betekent dat zij niet kunnen rekenen op burens, familie of vrienden om hen te helpen in geval van onverwachte nood, om een probleem op te lossen of indien ze nood hebben aan een gesprek.

Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid: Gezondheidsenquête door middel van interview, 2001

Uit de Panel Study on Belgian Households (PSBH) van 1999 blijkt dat gepensioneerden slechts in beperkte mate deelnemen aan het sociaal en cultureel leven (zie figuur 40). Bijna één op vijf nam tijdens het voorgaande jaar aan geen enkele vrijetijdsactiviteit¹ deel en bijna de helft van de gepensioneerden beoefende geen enkele culturele activiteit². De leeftijd binnen de groep van gepensioneerden speelt een belangrijke rol in de participatiegraad. Terwijl bij de leeftijdscategorie van 65 tot 74 jaar, 43 % niet deelnam aan culturele activiteiten, liep dat op tot 64 % bij de 75- plussers.

FIGUUR 40 - Percentage personen (+ 16 jaar) dat aan geen enkele van een lijst van vrijetijds- of culturele activiteiten deelnam.

Bron: Nationaal Actieplan Sociale Insluiting 2003-2005, gebaseerd op de Panel Study on Belgian Households (PSBH) golf 1999, bewerking door Onderzoeksgroep Armoede, Sociale uitsluiting en de Stad (OASeS).

1. Naar de bioscoop gaan, naar sportmanifestaties gaan, op café gaan, op restaurant gaan, naar een dancing of discotheek gaan, bowling of snooker spelen.
2. Naar concerten of muziek-evenementen gaan, naar tentoonstellingen of musea gaan, naar lezingen of voordrachten gaan.

3. Besluit

Uit de meest recente gegevens van de ECHP blijkt dat ongeveer een vierde van de 65-plussers een inkomen heeft dat onder de armoedelijijn ligt, tegenover 13 % van de totale bevolking. Vooral oudere bejaarden (75-plussers)¹ en alleenstaande vrouwen lopen een hoger armoederisico. Personen die de status van gepensioneerde hebben, lijken eveneens een groter risico te hebben dan bijvoorbeeld actieven. Uit een studie van DREES blijkt het armoederisico echter niet hoger te zijn voor gezinnen waar minstens één lid een pensioenuitkering krijgt, dan voor de totale bevolking. Indien die gezinnen met een gepensioneerde verder worden opgesplitst, dan blijkt opnieuw dat alleenstaande vrouwen wel een beduidend hoger armoederisico lopen.

Naast de financiële armoedemeting, hebben we ook enkele niet-monetaire indicatoren geanalyseerd. Zij hebben betrekking op de woningkwaliteit, de toegang tot gezondheidszorg en sociale integratie en participatie. Hieruit blijkt dat gepensioneerden minder vaak in een woning van slechte kwaliteit wonen dan werkenden, inactieven of werklozen. Hoewel ouderen in het algemeen een slechtere gezondheid hebben dan de bevolking als geheel (zowel lichamelijk als geestelijk), lijken gezinnen waar de referentiepersoon ouder is dan 65 jaar of gepensioneerd is, minder vaak hun gezondheidszorg uit te stellen om financiële redenen. Tenslotte is de sociale integratie en de deelname aan culturele en vrijetijdsactiviteiten beperkter bij ouderen dan bij de rest van de bevolking.

B. Gegarandeerde minimumuitkeringen voor ouderen

Een adequaat inkomen is een essentiële voorwaarde om niet in armoede te vallen. De overheid tracht in een minimuminkomen voor alle ouderen te voorzien via de inkomensgarantie voor ouderen (IGO) en het gewaarborgd inkomen voor bejaarden (GIB) (zie punt 1). Naast die sociale bijstand, tracht de overheid het risico op armoede bij ouderen te beperken via het pensioensysteem. Indien gepensioneerden een voldoende lange loopbaan hebben opgebouwd, kunnen zij een beroep doen op een gegarandeerd minimumpensioen (punt 2). Sinds juli 1997 en onder bepaalde voorwaarden, kunnen loopbaan jaren in het werknemersstelsel met een zeer laag loon, bij de pensioenberekening opgetrokken worden tot het minimumrecht per loopbaanjaar (punt 3).

1. De inkomensgarantie voor ouderen

Indien de bestaansmiddelen van ouderen ontoereikend zijn, kan hun inkomen worden aangevuld tot het bedrag van de IGO/GIB. Aangezien dat basisbedrag weergeeft hoeveel de ouderen volgens de overheid minimaal nodig hebben om rond te komen, wordt het ook als een wettelijke monetaire armoedegrens voor ouderen beschouwd.

De IGO werd in juni 2001 ingevoerd en zal op termijn het GIB volledig vervangen. Met het nieuwe bijstandssysteem is er meer gelijkheid tussen mannen en vrouwen, een individualisering van het recht (niet meer gebaseerd op de burgerlijke staat²), een versoepelde berekeningswijze en verhoogde bedragen³.

1. Zie tabel 16, p. 48 van het rapport van de SCvV van mei 2003.

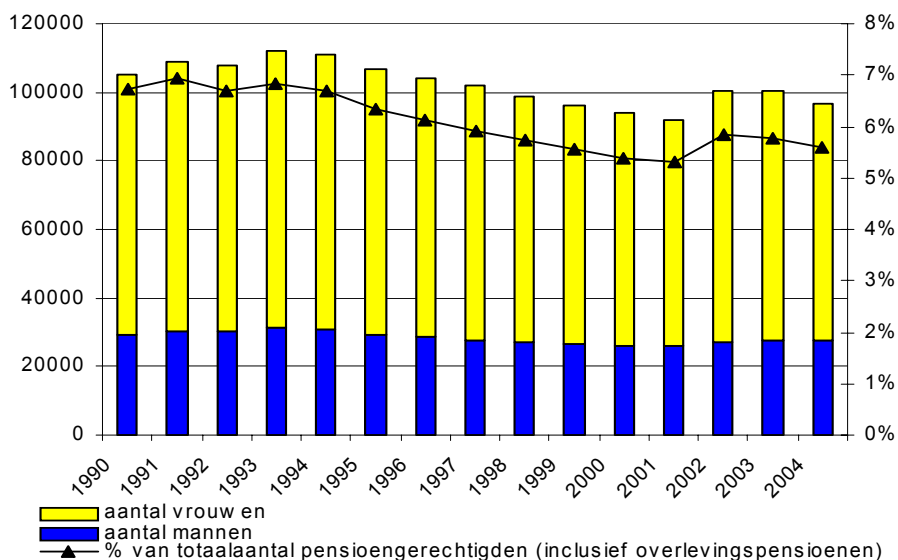
2. Bij een gehuwd koppel kunnen nu beide partners de IGO aanvragen. De bestaansmiddelentoets en de IGO-uitkering zijn wel nog gebaseerd op de bestaansmiddelen van beiden.

Hierna geven we eerst een algemene bespreking van het verloop van het aantal gerechtigden op de IGO en het GIB en de situatie op 1 januari 2004. In een volgend punt onderzoeken we voor wie de bijstandsuitkering eerder een aanvulling op het pensioen is en wie de IGO ontvangt zonder een pensioen. Ten slotte bekijken we het aantal IGO-gerechtigden volgens het geboortjaar.

a. Algemene bespreking van het GIB en de IGO

Door de invoering van de IGO in juni 2001, kwam er een einde aan de dalende trend in het aantal gerechtigden op het GIB (zie figuur 41). Die dalende trend, die sinds midden jaren negentig aan de gang was, was voornamelijk het gevolg van betere pensioenen¹. Voor de meeste gerechtigden op het GIB is de bijstandsuitkering immers een aanvulling op hun pensioen. De plotse stijging van het aantal gerechtigden door de invoering van de IGO betekent niet dat de inkomensarmoede bij ouderen toeneemt. Het weerspiegelt echter de veranderingen in het sociale bijstandssysteem, zoals de individualisering van het recht en de verhoging van de uitkeringen, waardoor meer ouderen er een beroep op kunnen doen.

FIGUUR 41 - Aantal gerechtigden op GIB en IGO per geslacht - in absolute aantallen en als % van het aantal pensioengerechtigden² - op 1 januari



Bron: Rijksdienst voor Pensioenen en eigen berekeningen.

Na de stijging van het aantal gerechtigden sinds de invoering van de IGO, daalt het aantal GIB- en IGO-gerechtigden in de loop van 2003 tot onder de 100.000 en bedraagt het 96.582 op 1 januari 2004³ (zie figuur 41). Die daling kan onder meer verklaard worden door de invoering van selectieve welvaartsaanpassingen voor de oudste gepensioneerden

3. Voor een uitgebreide uiteenzetting over de verschillen tussen beide bijstandssystemen, verwijzen we naar p. 50-51 van het rapport van de SCvV van mei 2003.
1. Te wijten aan de verhoging van de activiteitsgraden in het verleden en de langere loopbanen (waardoor meer en meer mensen een (hoger) pensioen opbouwen) en de verbeteringen in het pensioenstelsel van de zelfstandigen.
2. Het aantal pensioengerechtigden omvat tot en met 2001 de gepensioneerde werknemers, zelfstandigen en GIB-gerechtigden. Vanaf 2002 zijn dit enkel de pensioengerechtigden uit de werknemers- en zelfstandigenregeling.
3. Dit aantal bestaat uit 24.466 GIB-gerechtigden (5.602 mannen en 18.864 vrouwen) en uit 72.116 IGO-gerechtigden (21.790 mannen en 50.326 vrouwen).

sinds 1 januari 2002 (cfr. infra) en de verhoging van de minimumpensioenen op 1 april 2003.

Op 1 januari 2004 zijn bijna drie vierden van de IGO- en GIB-gerechtigden vrouwen tegenover 28 % mannen. Alleenstaande vrouwen vormen het merendeel van de bijstandsontvangers (ruim 55 % van de IGO-gerechtigden zijn alleenwonende vrouwen). Voornamelijk oudere bejaarden doen een beroep op de uitkering: meer dan de helft van de gerechtigden is ouder dan 75 jaar en één op drie is ouder dan 80 jaar (cijfers op 1 januari 2003). Een GIB- of IGO-uitkering is voor ruim 80 % van de gerechtigden een aanvulling op het pensioen. Bij de IGO-gerechtigden is er op dat vlak wel een duidelijk verschil tussen mannen en vrouwen (zie punt b).

b. Zuiver IGO of IGO in combinatie met een pensioen

Op 1 januari 2004 ontvangt 8 % van de mannen met een IGO-uitkering die uitkering zuiver, dit wil zeggen niet in combinatie met een pensioen. Bij de vrouwelijke IGO-gerechtigden is dit bijna één op vier. We kunnen dat verschil verklaren door een opsplitsing te maken van de IGO-gerechtigden volgens geslacht en het al dan niet samenwonen (zie onderstaande tabel).

TABEL 38 - IGO volgens combinatie met pensioen en al dan niet samenwonend - aantal en gemiddeld bedrag in euro per maand, op 1 januari 2004

	Totaal		waarvan zuiver IGO		waarvan IGO gecumuleerd met pensioen	
	Aantal	Gem.bedrag	% v. tot. aantal	Gem.bedrag	% v. tot. aantal	Gem.bedrag
Totaal						
- man	21.790	173	8%	485	92%	146
- vrouw	50.326	204	23%	243	77%	195
Samenwonend (basisbedrag = 419,70 €/maand)						
- man	11.217	105	5%	344	95%	92
- vrouw	10.428	104	77%	100	23%	118
Niet-samenwonend (verhoogd basisbedrag = 629,55 €/maand)						
- man	10.573	246	11%	550	89%	208
- vrouw	39.898	230	9%	547	91%	200

Bron: Eigen berekeningen gebaseerd op gegevens van de Rijksdienst voor Pensioenen.

Uit tabel 38 blijkt dat bijna 80 % van de samenwonende vrouwen een zuivere IGO-uitkering heeft. Dat zijn vrouwen die geen eigen pensioen hebben en als gevolg van de individualisering van het recht op de IGO, zelf die bijstand kunnen opvragen. Hun uitkering is klein (100 € per maand) omdat bij de berekening ervan, rekening wordt gehouden met de inkomsten van de personen waarmee ze samenwonen, in de praktijk voornamelijk het pensioen van de echtgenoot. Bij de mannen die samenwonen ontvangt 5 % de IGO-uitkering zuiver, dit betekent dat zij geen eigen pensioen hebben. Hun gemiddelde uitkering is merkbaar hoger dan bij de vrouwen.

Bij alleenstaanden met een IGO, wordt voor 9 % van de vrouwen en voor 11 % van de mannen de uitkering niet gecombineerd met een pensioen. Die zuivere uitkering is hoger (gemiddeld ongeveer 550 € per maand) aangezien die alleenstaanden geen pensioeninkomen hebben en er ook geen inkomens van andere personen in rekening kunnen worden gebracht bij de berekening van de bestaansmiddelen.

De GIB- en IGO-uitkeringen zijn dus in de meeste gevallen een aanvulling op het pensioen. De onderstaande tabellen geven het aantal gerechtigden (die hun IGO cumuleren met een pensioen) verdeeld volgens de pensioencombinatie (punt *i*) en in verhouding tot het totaal aantal gepensioneerden in de verschillende stelsels (punt *ii*).

i. IGO in combinatie met pensioen - als % van het aantal IGO-gerechtigden

Uit een verdeling van het aantal gerechtigden op de IGO in combinatie met een pensioenuitkering volgens de pensioencombinatie (zie tabel 39), blijkt dat de IGO voornamelijk een aanvulling is op een gemengd pensioen, en dit zowel bij mannen als bij vrouwen.

TABEL 39 - Aantal gerechtigden op IGO volgens combinatie met pensioen - als percentage van het totaal aantal gerechtigden op IGO gecumuleerd met een pensioen, op 1 januari 2004

Combinatie IGO en pensioen	Totaal	Man	Vrouw
IGO + pensioen	100%	100%	100%
IGO + rustpensioen werknemer	32%	23%	37%
IGO + overlevingspensioen werknemer	1%	0%	2%
IGO + rust-en overlevingspensioen werknemer	1%	0%	2%
IGO + rustpensioen zelfstandigen	12%	24%	6%
IGO + overlevingspensioen zelfstandigen	6%	0%	8%
IGO + rust-en overlevingspensioen zelfstandigen	1%	0%	1%
IGO + gemengd pensioen (werknemers + zelfstandigen)	47%	53%	44%

Bron: Eigen berekeningen gebaseerd op gegevens van de Rijksdienst voor Pensioenen.

Bij de mannen is de IGO verder nog een aanvulling op een zuiver rustpensioen in de regeling van werknemers (23 %) en zelfstandigen (24 %). De vrouwen cumuleren hun IGO nog voornamelijk met een rustpensioen in het werknemersstelsel (37 %). De combinatie IGO en rustpensioen in de zelfstandigenregeling komt minder voor bij vrouwen, tenzij als aanvulling op het zuiver overlevingspensioen.

ii. IGO in combinatie met pensioen - als % van het aantal gepensioneerden

De onderstaande tabel geeft de verhouding van het aantal pensioengerechtigden die hun pensioen combineren met een IGO-uitkering tot het totaal aantal pensioengerechtigden uit het betrokken pensioenstelsel.

TABEL 40 - Aantal IGO-gerechtigden in combinatie met een pensioen, volgens het pensioenstelsel¹ en per geslacht- in % van het totaal aantal pensioengerechtigden, op 1 januari 2004

in % van het aantal pensioengerechtigden uit het respectievelijke pensioenstelsel	Totaal	Man	Vrouw
IGO gecumuleerd met een zuiver werknemerspensioen	1.6 %	0.8 %	2.3 %
IGO gecumuleerd met een zuiver zelfstandigenpensioen	8.3 %	7.5 %	9.2 %
IGO gecumuleerd met een gemengd pensioen (werknemers - zelfstandigen)	7.7 %	6.6 %	8.6 %

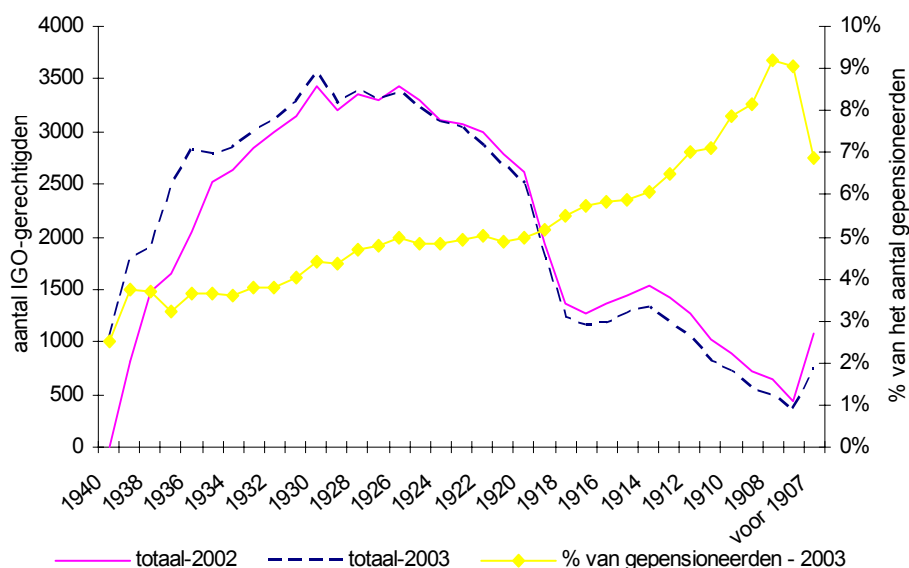
¹ Het aantal gepensioneerden volgens pensioenstelsel omvat het aantal gerechtigden met een rust-, overlevings-, en rust-en overlevingspensioen in enkel het stelsel van werknemers (rij 1), enkel het stelsel van zelfstandigen (rij 2) en de gemengde pensioenen werknemers en zelfstandigen (rij 3).
Bron: Eigen berekeningen gebaseerd op gegevens van de Rijksdienst voor Pensioenen.

Voornamelijk gepensioneerde zelfstandigen vullen hun pensioen aan met de IGO: 7,5 % van de mannen en 9,2 % van de vrouwen. Ook ouderen die een werknemers- en zelfstandigenpensioen cumuleren, combineren dat regelmatig nog met de IGO (6,6 % van de mannen en 8,6 % van de vrouwen). Minder dan 1 % van de mannelijke en ruim 2 % van de vrouwelijke gepensioneerde werknemers doet een beroep op de IGO.

c. IGO volgens geboortjaar

Het aandeel van IGO-ontvangers in het totaal aantal gepensioneerden neemt toe met de leeftijd (zie figuur 42). Oudere gepensioneerden hebben meer nood aan een aanvulling van hun pensioen dan jongere gepensioneerden.

FIGUUR 42 - Aantal IGO-gerechtigden volgens geboortjaar - in aantallen (voor 2002 en 2003) en als percentage van het aantal gepensioneerden met hetzelfde geboortjaar (voor 2003)¹



¹ Het aantal gepensioneerden omvat hier het totaal aantal gepensioneerde werknemers en zelfstandigen.

Bron: Eigen berekeningen gebaseerd op gegevens van de Rijksdienst voor Pensioenen.

Hoewel het totaal aantal IGO-gerechtigden gestegen is tussen 1 januari 2002 en 1 januari 2003 (van 71.116 naar 73.735 gerechtigden), daalt het aantal oudere IGO-ontvangers (75 jaar en ouder) over die periode. Deze evolutie is het gevolg van de selectieve welvaartsaanpassingen voor de pensioenen van de oudste gepensioneerden¹ waardoor het aantal oudere IGO-gerechtigden is gedaald. Daarnaast is ook het gemiddeld bedrag van hun uitkering gedaald in 2003 t.o.v. 2002.

In september 2004 zal het minimumpensioen voor zelfstandigen met 30€ stijgen, gevolgd door een jaarlijkse toename van 30€ tot en met 2007. Aangezien een groot deel

1. Op 1 januari 2002 werd het pensioen van diegenen die vóór 1993 op pensioen zijn gegaan, verhoogd met 1 %. Op 1 januari 2003 kregen die gepensioneerden nogmaals een verhoging van 1 % en kregen de gepensioneerden die in 1993, 1994 en 1995 op pensioen zijn gegaan, een verhoging van hun pensioen met 2 %. Het effect van de verhoging van het pensioen met 2 % op 1 april 2004 voor diegenen die in 1996 op pensioen zijn gegaan, is nog niet af te leiden uit die cijfers.

van de gepensioneerde zelfstandigen hun pensioen cumuleert met de IGO, zal het aantal met een IGO en/of hun IGO-uitkering dalen. Dat zal zeker het geval zijn indien de gelijk-schakeling van het basisbedrag van de IGO met het minimumpensioen van de zelfstandigen bij een volledige loopbaan niet langer behouden blijft¹.

2. Minimumpensioenen

Gepensioneerden die minstens twee derde van een volledige loopbaan hebben opgebouwd, kunnen een beroep doen op het minimumpensioen. De toekenning van het minimumpensioen gebeurt in verhouding met het aantal loopbaanjaren. In april 2003 hadden 476.667 gepensioneerden een minimumpensioen, wat overeenkomt met ruim een vierde van de gepensioneerde werknemers en zelfstandigen.

Aangezien werknemers en zelfstandigen niet in dezelfde mate een beroep doen op het minimumpensioen en het bedrag van het minimumpensioen verschillend is voor de verschillende pensioenregelingen, is het interessant het totaal aantal op te splitsen volgens de pensioenregeling. De pensioenregeling wordt bepaald door de loopbaan: een zuivere loopbaan als werknemer, een zuivere loopbaan als zelfstandige en een gemengde loopbaan (als werknemer en zelfstandige).

Van de gepensioneerden met een zuiver werknemerspensioen heeft 16 % een minimumpensioen (zie tabel 41). Die gerechtigden hebben voornamelijk een rustpensioen aan bedrag alleenstaande of een overlevingspensioen.

TABEL 41 - Aantal werknemers (zuivere loopbaan) met een minimumpensioen en hun gemiddeld bedrag - volgens categorie, in april 2003

Zuiver werknemers- pensioen	Aantal met minimumpensioen (% v. h. aantal gepensioneerden)	Bedrag van het minimumpensioen, in euro per maand	
		gemiddeld bedrag	bij een volledige loopbaan
Totaal	199.326 (16%)	803,75	
- rustpensioen, gezinsbedrag	11.787 (5%)	990,45	1.020,09
- rustpensioen, bedrag alleenstaande	105.508 (17%)	758,95	816,33
- overlevingspensioen	43.343 (23%)	790,58	803,49
- overlevingspensioen, gecumuleerd met rustpensioen ^a	38.688 (21%)	883,80	883,84

a. Het bedrag is in dit geval beperkt tot 110 % van het minimumpensioen aan bedrag overleving.

Bron: Rijksdienst voor Pensioenen en eigen berekeningen.

De sterke variatie in het gemiddeld bedrag van het toegekende minimumpensioen, is enerzijds te wijten aan een verschillend bedrag tussen de pensioen categorieën bij een volledige loopbaan en anderzijds aan verschillen in de duur van de gemiddelde loopbaan. Het gemiddeld bedrag van het minimumpensioen wordt immers bepaald in verhouding tot het aantal loopbaanjaren (minstens 2/3de). Het gemiddeld bedrag van de ex-werknemers met een rustpensioen aan bedrag alleenstaande stemt overeen met 93 % van het minimumpensioen van die categorie, bij een volledige loopbaan. Dit percentage stijgt tot 97 % voor de pensioenen aan gezinsbedrag en tot bijna 100 % voor de overlevingspensioenen.

1. Tijdens de ministerraad van 21 maart 2004, werd beslist het basisbedrag en het verhoogd basisbedrag van de IGO op te trekken met respectievelijk 10€ en 15€. De verhogingen komen er op 1 september 2004 en op 1 december 2005, 2006 en 2007.

Bijna drie op vier van de zelfstandigen met een zuivere loopbaan, heeft een minimumpensioen. De gerechtigden zijn in alle pensioencategorieën sterk vertegenwoordigd, maar bijna alle zelfstandigen met een rustpensioen aan gezinsbedrag doen een beroep op het minimum (zie tabel 42).

TABEL 42 - Aantal zelfstandigen (zuivere loopbaan) met een minimumpensioen en hun gemiddeld bedrag - volgens categorie, in april 2003

Zuiver zelfstandigen- pensioen	Aantal met minimumpensioen (% v.h. aantal gepensioneerden)	Bedrag van het minimumpensioen, in euro per maand	
		gemiddeld bedrag	bij een volledige loopbaan
Totaal	97.987 (74%)	634,67	
- rustpensioen, gezinsbedrag	37.745 (95%)	729,63	823,12
- rustpensioen, bedrag alleenstaande	31.799 (56%)	537,73	617,42
- overlevingspensioen	24.911 (88%)	608,23	617,42
- overlevingspensioen, gecumuleerd met rustpensioen ^a	3.532 (47%)	679,11	679,16

a. Het bedrag is in dit geval beperkt tot 110 % van het minimumpensioen aan bedrag overleving.
Bron: Rijksdienst voor Pensioenen en eigen berekeningen.

Zoals de pensioenen in het werknemersstelsel, leunen de gemiddelde bedragen van het minimaal overlevingspensioen zeer dicht aan bij de bedragen voor een volledige loopbaan. Het gemiddeld bedrag van het minimumpensioen bij rustpensioenen wijkt meer af van het bedrag voor een volledige loopbaan: 89 % voor de pensioenen aan gezinsbedrag en 87 % voor de pensioenen aan bedrag alleenstaande. Dat wijst erop dat de zelfstandigen uit die categorieën gemiddeld een kortere loopbaan gehad hebben.

Bijna 180.000 gepensioneerden of 7 % van de werknemers en 42 % van de zelfstandigen die in het verleden een gemengde loopbaan hadden, doen een beroep op het minimumpensioen (zie tabel 43).

TABEL 43 - Aantal gemengde loopbanen (werknemers en zelfstandigen) met een minimumpensioen en hun gemiddeld bedrag (in euro per maand)- volgens categorie, in april 2003

Gemengd pensioen	Werknemers ^a		Zelfstandigen ^a	
	Aantal	Gemiddeld bedrag	Aantal	Gemiddeld bedrag
Totaal	26.646	728,91	152.709	423,35
- rustpensioen, gezinsbedrag	3.187	846,32	32.220	531,78
- rustpensioen, bedrag alleenstaande	13.385	679,68	59.260	344,18
- overlevingspensioen	10.074	757,17	61.229	442,92

a. Stelsel waarin het minimumpensioen toegekend is. Het gegeven gemiddeld bedrag bevat niet het pensioenbedrag dat in het andere stelsel wordt uitgekeerd.

Bron: Rijksdienst voor pensioenen

In de meeste gevallen van een gemengde loopbaan, wordt het gedeelte van de zelfstandigen verhoogd tot het minimumpensioen (85 % zelfstandigen tegenover 15 % werknemers). Het gemiddeld aantal loopbaanjaren is wel kleiner in het zelfstandigenstelsel dan in het werknemersstelsel.

Dat is niet verwonderlijk aangezien er, om een beroep te kunnen doen op het minimumpensioen in het werknemersstelsel, minstens een tweederde loopbaan in dat stelsel moet

kunnen worden aangetoond. Voor het deel zelfstandigen geldt dat ook, maar kan het aantal loopbaanjaren in het werknemersstelsel meegeteld worden om aan de voorwaarde te voldoen. Niettemin wordt het bedrag pro rata de loopbaanduur in het zelfstandigenstelsel berekend.

Op 1 april 2003 werd de toegang tot het minimumpensioen voor gepensioneerden met een gemengde loopbaan als werknemer en zelfstandige versoepeld. Het gaat hier om personen die in geen van beide stelsels het vereiste aantal loopbaanjaren halen om een beroep te kunnen doen op het minimumpensioen, maar over beide stelsels heen wel een tweederde loopbaan kunnen aantonen. Die gepensioneerden hebben dan recht op een pensioen dat overeenstemt met het minimumpensioen voor zelfstandigen.

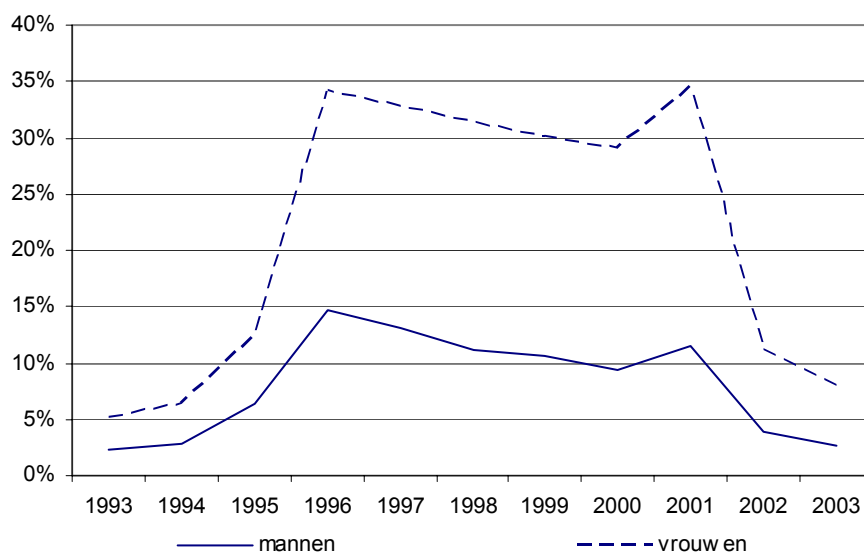
Concreet zullen werknemers een aanvulling kunnen krijgen op hun werknemerspensioen¹, beperkt tot het minimumpensioen voor zelfstandigen. Ongeveer 187.000 werknemers met een gemengde loopbaan kwamen in aanmerking voor dat complement. Uiteindelijk hebben ongeveer 61.500 mensen het recht opgenomen² en werd hun werknemerspensioen verhoogd met een gemiddeld bedrag van 262 € (rustpensioen) en 99 € (overlevingspensioen) op jaarbasis.

Het aantal gerechtigden op het minimumpensioen heeft in het verleden een wisselvallig verloop gekend en dient met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Zonder welvaartsaanpassingen van het minimumpensioen zou het aantal gerechtigden op het minimumpensioen bij werknemers een dalend verloop gekend hebben. Immers, er zou geleidelijk aan minder een beroep gedaan worden op een minimumpensioen dat enkel aangepast wordt aan de evolutie van het prijspeil, in de mate dat de loonstijging zijn weerslag heeft op het gemiddeld bedrag van de nieuwgepensioneerden. Bovendien zal de invoering van het minimumrecht per loopbaanjaar in juli 1997 (zie punt 3), het aandeel van de nieuwgepensioneerde werknemers voor wie het minimumpensioen interessant is, doen dalen.

De onderstaande figuur geeft, per geslacht, de evolutie over de periode 1993-2003 van het aantal gerechtigden op een minimumpensioen bij een volledige loopbaan als werknemer, als een percentage van het totaal aantal gepensioneerde werknemers met een volledige loopbaan.

-
1. Zelfstandigen hebben in dit geval immers al recht op een minimumpensioen in het zelfstandigenstelsel (zie supra).
 2. De werknemers die het recht niet konden laten gelden hadden een hoger pensioen in de werknemersregeling dan het pro rata pensioen aan het minimumpensioen voor zelfstandigen.

FIGUUR 43 - Aantal gepensioneerde werknemers met een minimumpensioen bij een volledige loopbaan - als % van het aantal gepensioneerde werknemers met een volledige loopbaan¹, telkens op 1 januari



¹ Het aantal werknemers is hier exclusief diegenen met een rust-en overlevingspensioen.

Bron: Eigen berekeningen gebaseerd op gegevens van de Rijksdienst voor Pensioenen.

De vrij sterke stijging van het aantal werknemers met een minimum bij een volledige loopbaan tussen 1993 en 1996, telkens op 1 januari, is te verklaren door welvaartsaanpassingen van het minimumpensioen.¹ Hierdoor stijgt het bedrag van het minimumpensioen en krijgen de gepensioneerden die aan de voorwaarden van een 2/3de loopbaan voldoen en die vóór de welvaartsaanpassing een pensioen hadden dat net boven het minimumpensioen lag, het nieuwe minimumbedrag. De stijging van het aantal tussen 1 januari 2000 en 1 januari 2001 is ook te verklaren door een welvaartsaanpassing van het minimumpensioen (op 1 juli 2000).

Tussen 1996 en 2000 is er een lichte daling vast te stellen van het aantal gerechtigden met een minimumpensioen. Dat is te wijten aan het ontbreken van welvaartsaanpassingen van het minimumpensioen bij werknemers over die periode en aan de invoering van het minimumrecht per loopbaanjaar in 1997 waardoor er minder nieuwe gepensioneerden toetreden tot het minimumpensioen (zie supra).

De sterke daling tussen 1 januari 2001 en 2002 kan worden verklaard door de selectieve welvaartsaanpassingen voor de oudste pensioenen. Immers, op 1 januari 2002 werd het pensioen van de oudste gepensioneerden (diegene die voor 1993 op pensioen zijn gegaan) verhoogd met 1 %, waardoor hun pensioen net boven het minimumpensioen ligt.

1. Er werden welvaartsaanpassingen van het minimumpensioen bij werknemers gegeven van 1 % op 01-05-1994, 01-07-1995 en op 01-01-1996.

3. Het minimumrecht per loopbaanjaar voor werknemers

Voor de berekening van het werknemerspensioen kan vanaf 1 juli 1997 een beroep worden gedaan op het minimumrecht per loopbaanjaar. Indien op de ingangsdatum van het pensioen, het geherwaardeerd¹ loon van een loopbaanjaar lager is dan het gewaarborgd minimum jaarloon van een 21-jarige, dan wordt het pensioen voor het betrokken loopbaanjaar berekend op basis van het minimum jaarloon. De voorwaarden voor dit minimumrecht per loopbaanjaar zijn minder streng dan voor een minimumpensioen. Ten eerste moet er minimaal een loopbaanduur in het werknemersstelsel van 15 jaar bewezen worden en ten tweede moet er tenminste 1/3de van een voltijds arbeidsrooster gewerkt zijn. Het verkregen pensioenbedrag bij toepassing van dit minimumrecht mag niet hoger zijn dan 14.655,77 € voor een pensioen aan gezinsbedrag en 11.724,61 € voor een pensioen aan bedrag alleenstaande (jaarbedragen, index 111,64). Indien aan de voorwaarden voldaan is, wordt het gewaarborgd jaarloon (en het maximum bedrag) gepronotiseerd met de bewezen duur van de tewerkstelling.

Uit de publicatie “Statistische Studies” (december 2003) van de Rijksdienst voor Pensioenen, blijkt dat vrouwen meer een beroep kunnen doen op het minimumrecht per loopbaanjaar dan mannen (zie tabel 44).

TABEL 44 - Aantal gerechtigden en aantal loopbaanjaren met minimumrecht - volgens geboortjaar en geslacht

Geboortjaar (jaar van intrede)	Aantal onderzochte gevallen	Toepassing minimumrecht per loopbaanjaar			
		Aantal (% v.h. totaal)	Gemiddelde duur v.d. loopbaan	Gemiddeld aantal jaren met minimumrecht Aantal	% v. tot. loopbaan
Mannen, intrede op 65 jaar					
1933 (1998)	16.685	39%	40	12	29%
1934 (1999)	20.233	54%	41	13	31%
1935 (2000)	22.732	40%	41	13	33%
1936 (2001)	22.814	41%	41	15	36%
Mannen, intrede op 60 jaar					
1938 (1998)	8.875	25%	31	10	33%
1939 (1999)	10.299	27%	33	11	33%
1940	10.056	27%	34	12	35%
Vrouwen, intrede op verschillende leeftijden					
1938	26.813	46%	32	17	53%
1939	27.802	49%	33	18	55%

Bron: “Statistische studies”, Rijksdienst voor Pensioenen, december 2003.

Van de onderzochte gevallen, wordt voor bijna 50 % van de vrouwen het minimumrecht toegepast voor hun pensioenberekening. Voor mannen die ingetreden zijn op 65 jaar is dat 40 % van de onderzochte gevallen en bij de mannelijke intredes op 60 jaar geniet ongeveer één op vier verhoogde loopbaanjaren. Ruim de helft van de loopbaan van de vrouwen die het minimumrecht genieten, wordt gewaardeerd aan het minimum jaarloon. Bij de mannen is dit gemiddeld een derde van hun loopbaan.

1. Het loon wordt geherwaardeerd voor het koopkrachtverlies en eventueel nog met een reële verhoging voor de loopbaanjaren 1955-1974 tijdens de periode 1997-2004. Vanaf 1997 wordt die laatste herwaardering afgebouwd en in 2005 is ze volledig afgeschaft.

Die verschillen tussen geslacht zijn niet verwonderlijk aangezien vrouwen in het verleden slechter betaalde loopbanen gekend hebben. Door de invoering van het minimumloon voor mannen en vrouwen in 1975, zal op termijn het aandeel van de zeer lage lonen in de pensioenberekening verminderen.

Hoewel het aantal observatiejaren nog beperkt is, stellen we in tabel 44 een stijging vast van het aandeel van de verhoogde loopbaanjaren in de totale loopbaan. Dat kan worden verklaard door de geleidelijke afschaffing in de herwaarderingscoëfficiënt van de reële verhogingen die zijn toegekend aan de lonen in de periode 1955-1974¹.

C. Een consumptieprijsindex voor de ouderen

Net zoals andere sociale uitkeringen en lonen, worden de pensioenen en de IGO aangepast aan de ontwikkeling van de levensduurte aan de hand van de gezondheidsindex. De gezondheidsindex is gebaseerd op de consumptieprijsindex (CPI) die het verloop weergeeft van het prijspeil van een goederen- en dienstenpakket dat representatief is voor de uitgaven van de gezinnen (exclusief alcoholische dranken, tabakswaaren, benzine en diesel). In principe zijn de pensioenuitkeringen dus koopkrachtvast. Indien de index evenwel niet representatief zou zijn voor de uitgaven van specifieke bevolkingsgroepen, in dit geval de ouderen, dan kan zelfs bij indexering van de uitkeringen hun koopkracht in het gedrang komen. Of dat ook effectief het geval zou zijn, kan worden nagegaan door te onderzoeken of een CPI specifiek voor de bevolking van 60 jaar en ouder zou afwijken van de CPI voor de totale bevolking.

Het uiteenlopen van de nationale CPI en een CPI voor 60-plussers zou verklaard kunnen worden door verschillen in het consumptiepatroon, in combinatie met snellere of tragere prijsstijgingen dan de gemiddelde inflatie voor bepaalde productcategorieën. Uit een studie van de Nationale Bank van België² blijkt dat een voor de periode 1996-2002 geconstrueerde gezondheidsindex voor ouderen nauwelijks sneller zou zijn gestegen dan de gezondheidsindex voor de totale bevolking. In de volgende paragrafen worden de belangrijkste resultaten van dat onderzoek toegelicht.

1. Verschillen in de consumptiestructuur

Uit aangepaste gegevens van het huishoudbudgetonderzoek van 1995-1996, blijkt dat het consumptiepatroon van de bevolking ouder dan 60 jaar in beperkte mate afwijkt van dat van de totale bevolking (zie tabel 45). De ouderen lijken gemiddeld meer te besteden aan gezondheidszorg, huisvesting (dit omvat huurgelden, water, elektriciteit, gas en andere verwarmingsbronnen) en voedsel. Aan transport, kledij, onderwijs en recreatie geven zij gemiddeld minder uit dan de totale bevolking. Het huishoudbudgetonderzoek van 2001 bevestigt doorgaans de verschillen inzake bestedingsgedrag, zodat er van uitgegaan kan worden dat het hier in grote mate om een structureel gegeven gaat.

-
1. De reële verhoging die toegekend is aan de lonen tijdens de periode 1955-1974 volgens de formule $(1+0,036)^n$, waarbij $n=1$ in 1974, $n=2$ in 1973, ... en $n=20$ in 1955, wordt geleidelijk afgebouwd van 0,032 vanaf juli 1997 tot 0 in 2005. Zie ook Festjens, M.J., "De pensioenhervorming", Federaal Planbureau, Planning Paper 82, november 1997.
 2. Druant, M. (2003), "Een consumptieprijsindex voor de ouderen", Nationale Bank van België, Mimeo.

TABEL 45 - Consumptiestructuur van de totale bevolking en van de ouderen (60 jaar en meer)

	Aangepast huishoudbudgetonderzoek ^a 1995-1996			Aangepast huishoudbudgetonderzoek ^a 2001		
	totale bevolking	ouderen	verschil	totale bevolking	ouderen	verschil
Voedsel en niet-alcoholische dranken	18.9	20.1	1.2	17.1	18.2	1.1
Kledij en schoeisel	7.8	5.7	-2.1	6.0	4.2	-1.8
Huisvesting, water, elektriciteit, gas en andere verwarmingsbronnen	14.2	16.3	2.1	14.8	17.4	2.7
Meubels en andere huishoudtoestellen	8.5	8.7	0.2	7.6	8.3	0.7
Gezondheidszorg ^b	5.7	8.2	2.5	5.9	8.9	3.0
Transport	10.2	7.0	-3.2	13.0	10.3	-2.8
Communicatie	2.2	2.4	0.2	3.0	2.7	-0.3
Recreatie, cultuur en reizen	13.6	12.9	-0.6	13.9	12.4	-1.5
Onderwijs	1.0	0.2	-0.8	1.0	0.0	-1.0
Horeca	5.2	5.5	0.3	5.3	5.1	-0.2
Overige	12.7	13.1	0.3	12.4	12.5	0.0
Totaal	100	100	0.0	100	100	0.0

- a. Herberekening van de gewichten van het huishoudbudgetonderzoek zonder de huurwaarde van door eigenaars bewoonde huizen op te nemen in de productcategorie huisvesting en zonder de producten die uit de consumptieprijsindex gehaald worden om de gezondheidsindex te berekenen, met name alcoholische dranken, tabakswaren, benzine en diesel.
- b. Bij de berekening van de index wordt enkel het door de consument betaalde gedeelte, m.n. het remgeld, opgetekend. Merk op dat personen die deel uitmaken van collectieve huishoudens zoals rust- en verzorgingstehuizen, niet bevraagd worden in de huishoudbudgetenquête. De prijs van rust- en verzorgingstehuizen is evenmin opgenomen in de nationale CPI.

Bij die verschillen in de consumptiestructuur moeten wel enkele opmerkingen worden gemaakt. Ten eerste wordt de consumptiestructuur van de ouderen vergeleken met die van de totale bevolking, dat is inclusief de ouderen. De verschillen zullen dus kleiner zijn dan degene die verkregen worden bij een vergelijking met de totale bevolking. Ten tweede moet er gewezen worden op problemen met betrekking tot de representativiteit van de steekproefomvang van de huishoudbudgetonderzoeken¹. Ten derde blijkt uit een studie van het Nederlandse Centraal Bureau voor de Statistiek² dat in Nederland de verschillen in consumptiepatroon tussen de totale bevolking en de ouderen relatief klein zouden zijn in verhouding tot de verschillen binnen een bevolkingscategorie.³ Een prijsindex voor de ouderen als geheel, lijkt dan ook minder gepast dan een specifieke index voor bepaalde doelgroepen, zoals bijvoorbeeld mensen die in een rust-en verzorgingstehuis verblijven. Het beschikbare statistische materiaal laat dit echter niet toe: de personen die deel uitmaken van collectieve huishoudens worden immers niet bevraagd in de huishoudbudgetenquêtes, zodat er geen informatie voorhanden is over hun specifieke consumptiepatroon.

1. Zo blijkt uit gegevens van het INR omtrent het huishoudbudgetonderzoek van 1999 dat de steekproef betrekking had op 0,09 % van het totaal aantal gezinnen. Voor de bevolking van 60 jaar en meer lag dat percentage op 0,07.
2. Pannekoek J. en Schut C.M., "Geen inflatie op maat", Centraal Bureau voor de Statistiek
3. Op basis van enquêtegegevens van individuele huishoudens wordt in de studie nagegaan of groepindices zoals een index voor ouderen, meer informatie verstrekken omtrent de inflatie die de individuele huishoudens binnen die groep ervaren dan de CPI voor alle huishoudens. Dit blijkt nauwelijks het geval te zijn.

2. Invloed van het relatieve prijsverloop

Bij gebrek aan afzonderlijke prijsreeksen voor ouderen, dient bij de constructie van een index voor ouderen, gebruik gemaakt te worden van dezelfde prijsreeksen als voor de algemene CPI, in dit geval de gezondheidsindex. Dit is een bijkomende hypothese op het resultaat aangezien het niet uitgesloten is dat ouderen er een specifiek aankoopgedrag op nahouden (zoals andere winkels en productvariëteiten).

Het uiteenlopen van een index voor ouderen en een index voor de totale bevolking, zal in dit geval per definitie verklaard worden door verschillen in consumptiepatroon (zie punt 1), in combinatie met het feit dat de prijzen voor bepaalde productcategorieën sneller of trager stijgen dan de gemiddelde inflatie.

Dat laatste wordt belicht in tabel 46, waar het gemiddelde prijsverloop in de periode 1996 - 2002 per productcategorie weergegeven wordt. Tijdens die periode stegen de prijzen voor volgende producten opmerkelijk sneller dan het gemiddelde: horeca, onderwijs, transport, huisvesting en voedsel. Het prijsverloop voor communicatie, recreatie en kledij en schoeisel lag daarentegen gevoelig onder het gemiddelde inflatietempo. De prijsstijgingen voor gezondheidszorg weken slechts in geringe mate af van het gemiddelde.

TABEL 46 - Gemiddeld jaarlijks prijsverloop - gezondheidsindex 1996-2002 en nationale CPI 1977-1995

	Gezondheidsindex 1996-2002		Nationale CPI 1977-1995	
	Nominale prijsverandering (pct.)	Relatieve prijsverandering (procentpunt)	Nominale prijsverandering (pct.)	Relatieve prijsverandering (procentpunt)
Voedsel en niet-alcoholische dranken	1.99	0.34	2.65	-1.15
Kledij en schoeisel	0.90	-0.75	3.93	0.12
Huisvesting, water, elektriciteit, gas en andere verwarmingsbronnen	2.12	0.47	4.24	0.43
Meubels en andere huishoudtoestellen	1.35	-0.30	3.15	-0.66
Gezondheidszorg ^a	1.57	-0.08	4.78	0.98
Transport	2.07	0.42	4.58	0.77
Communicatie	-1.70	-3.35	2.84	-0.97
Recreatie, cultuur en reizen	1.10	-0.56	4.02	0.21
Onderwijs	2.22	0.57	4.39	0.59
Horeca	2.18	0.53	4.56	0.76
Overige	1.81	0.16	3.31	-0.50
Totaal	1.65		3.81	

a. Bij de berekening van de index wordt enkel het door de consument betaalde gedeelte, m.n. het remgeld, opgetekend.

Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat bij vergelijkingen omtrent het prijsverloop van specifieke productcategorieën t.o.v. de gemiddelde inflatie, de keuze van de referentieperiode van belang is. Indien het relatieve prijsverloop voor een andere en langere referentieperiode berekend wordt, bijvoorbeeld 1977 - 1995, dan wordt de hogere relatieve inflatie voor de categorieën horeca, onderwijs, transport en huisvesting nog steeds bevestigd (zie tabel 46). Dat is evenwel niet langer het geval voor voedsel. Ook voor de categorie kledij en schoeisel zijn de resultaten met betrekking tot de relatieve inflatie verschillend naargelang de gekozen periode.

Voor de cruciale productcategorie gezondheidszorg - hier situeert zich het grootste verschil in consumptiestructuur tussen de ouderen en de totale bevolking - benaderde het prijsstijgingstempo in de periode 1996-2002 de gemiddelde inflatie, maar in de periode 1977 - 1995 lag het er beduidend boven¹. Indien het gematigd prijsverloop, geobserveerd tijdens de periode 1996-2002, structureel zou zijn, dan zou dat het potentieel koopkrachtverlies dat gepensioneerden zouden kunnen lijden, milderen.

Een gematigd prijsverloop voor gezondheidszorg zou ook de budgettaire implicaties van een eventuele indexering van de pensioenen op grond van een specifieke index voor de ouderen beperken. Merk op dat, indien de aanwas van de remgelden in toom zou gehouden worden via sterk toegenomen terugbetalingen van de ziekteverzekering, het gunstig effect op de overheidsfinanciën dan in vraag zou kunnen gesteld worden.

3. Een hypothetische gezondheidsindex voor ouderen tijdens de periode 1996-2002

Op basis van de gegevens omtrent het consumptiepatroon van de oudere bevolking afkomstig uit het huishoudbudgetonderzoek van 1995-1996 en de inflatie per productcategorie voor de periode 1996-2002, kan een afzonderlijke gezondheidsindex berekend worden voor de ouderen. Die index steeg gemiddeld nauwelijks sneller dan de gezondheidsindex voor de totale bevolking: het verschil bedroeg slechts 0,01 procentpunt per jaar tussen 1996 en 2002.

4. Gevoeligheid van het verkregen resultaat: alternatieve scenario's

De bekomen resultaten zijn afhankelijk van de hypothesen die men maakt inzake (i) verschillen in consumptiestructuur en (ii) relatief prijsverloop. Om de impact van de hypothesen op de resultaten na te gaan, werden twee verschillende consumptiestructuren (1995-1996 en 2001) gecombineerd met twee mogelijkheden inzake relatief prijsverloop (1996-2002 en 1977-1995). Dat levert in totaal vier combinaties op, waarvan er één hierboven reeds beschreven is.

De indices bekomen op basis van de verschillende combinaties, geven aan dat de inflatie voor ouderen met niet meer dan 0,02 procentpunt sneller zou stijgen dan de algemene inflatie. Het effect op het resultaat van de sterkere prijsstijging van gezondheidszorg ten opzichte van de gemiddelde inflatie tijdens de periode 1977-1995, lijkt beperkt te zijn.

5. Besluit

Een voor de periode 1996-2002 geconstrueerde gezondheidsindex voor de ouderen zou nauwelijks sneller zijn gestegen dan de gezondheidsindex voor de totale bevolking². Toch dient aangestipt te worden dat het maken van een dergelijke simulatie een precaire oefening is en dat het voor de periode 1996-2002 bekomen resultaat niet noodzakelijk extrapolbaar is naar de toekomst.

1. Merk op dat met name voor gezondheidszorg, niet het volledige prijsverloop in de CPI wordt opgetekend, maar enkel het door de consument betaalde gedeelte, het zogeheten remgeld.
2. Ook indicatieve alternatieve berekeningen van de gezondheidsindices voor die twee groepen wijzen op hetzelfde resultaat.

Niettemin, lijkt het weinig opportuun om, op grond van de resultaten, een afzonderlijke index voor de ouderen te hanteren. Er zijn, zoals de Nederlandse studie aangeeft, ook meer conceptuele argumenten om een dergelijke index niet toe te passen: de verschillen in bestedingsgedrag en in het verloop van de levensduurte lijken sterker gelinkt te zijn met individuele verschillen dan met de eigenschappen van verschillende bevolkingscategorieën. Men kan zich dan ook de vraag stellen of een beleid dat gericht is op koopkrachtvrijwaring voor de bejaarden niet beter gesteund kan zijn op meer selectieve instrumenten voor bepaalde specifieke doelgroepen.

D. Vervangingsratio's voor enkele typegevallen

Vervangingsratio's geven een indicatie van de mate waarin het pensioensysteem in staat is de levensstandaard van een werkende te behouden wanneer hij op pensioen gaat. Zij worden berekend als de verhouding tussen het pensioeninkomen dat een theoretisch typegeval ontvangt tijdens het eerste jaar van zijn pensionering en zijn inkomen uit arbeid tijdens het laatste jaar dat hij gewerkt heeft.

De vervangingsratio's die hier besproken worden, zijn gebaseerd op het document "Contribution of the Belgian Delegation to the Indicators Sub-group of the SPC with regard to Prospective Pension Replacement Rates" van 13 februari 2004. Dat document is de bijdrage van de Belgische delegatie aan het rapport "Current and Prospective Pension Replacement Rates - Report on Work in Progress (23-02-2004)" van de indicatoren subgroep (ISG) van het Social Protection Committee (SPC) van de Europese Commissie. De ISG werd verzocht indicatoren met betrekking tot adequate pensioenen te ontwikkelen die gebruikt kunnen worden in de "Open Methode van Coördinatie".

De ISG heeft in die context reeds een indicatorenset ontwikkeld die gebaseerd is op inkomensgegevens uit enquêtes (met name de ECHP, zie ook deel A.1). Die gegevens volstaan echter niet om het specifieke effect van het pensioensysteem op de inkomenssituatie van de ouderen af te leiden. In dat opzicht bieden de vervangingsratio's een oplossing. De vervangingsratio's kunnen ook prospectief worden gemaakt.

Alvorens verder te gaan met de bespreking van de vervangingsratio's, dienen we toch wel enkele beperkingen ervan aan te halen. Zo wordt er enkel rekening gehouden met het pensioeninkomen en komen andere inkomensbronnen van ouderen of van personen waarmee ze samenleven niet in aanmerking. De vervangingsratio's geven dan ook geen volledig beeld van de algemene levensstandaard van de gepensioneerden. Bovendien worden de vervangingsratio's gemaakt voor bepaalde theoretische typegevallen waardoor de hypothesen niet representatief zullen zijn voor een groot aantal werknemers op het ogenblik van hun pensionering (zie verder punt 1).

1. Hypothesen en representativiteit van het typegeval

Het basistype voor de vervangingsratio werd door de ISG bepaald als een alleenstaande man die op pensioen gaat op 65 jaar en die gedurende 40 jaar voltijds heeft gewerkt. Zijn loon stemt gedurende zijn gehele loopbaan overeen met 100% van het gemiddelde loon uit het werknemersstelsel. Zijn pensioen wordt berekend in het werknemersstelsel.

Tijdens de projectieperiode wordt er een reële groeivoet van de lonen verondersteld van 1,8 %, wat overeenstemt met de hypothese van de productiviteitsgroei. De minimumpensioenen en het loonplafond dat gebruikt wordt voor de berekening van de pensioenen, volgen in de projectie de stijging van de lonen.

De jaarlijkse bijdrage voor de tweede pensioenpijler wordt vastgelegd op 4,25% van het brutoloon.¹ Voor de berekening van de vervangingsratio's in 2002, 2010 en 2030, wordt verondersteld dat de bijdragen aan de tweede pijler gestart zijn in 1992. Voor de vervangingsratio van 2050 is de bijdrageperiode van 40 jaar gestart in 2010. De reële netto rentevoet op het kapitaal (na belastingen en administratieve kosten) bedraagt 2%.

Met betrekking tot de representativiteit van het typegeval, kan worden gesteld dat in 2002 de gemiddelde loopbaanduur² van een man die enkel in het werknemersstelsel gewerkt heeft, 42,5 jaren bedraagt. Zijn gemiddelde leeftijd op het moment van de pensioenopname is 64 jaar. Voor een vrouw bedraagt de duur van de gemiddelde zuivere werknemersloopbaan 30,5 jaar en ze is op het moment van haar pensionering gemiddeld bijna 62 jaar.

Het aantal werknemers die een tweede pijlerpensioen ontvangen bij hun pensionering is voorlopig nog beperkt. In het jaarlijks rapport van de SCvV van mei 2003, wordt de evolutie van de dekkingsgraad van de tweede pensioenpijler voor nieuwgepensioneerden (als gevolg van de wet van 13 maart 2003) in het centraal scenario geraamd op 15 % in 2005, 20 % in 2010, 25 % in 2020 tot 30 % in 2030. Indien we die nieuwe gepensioneerden, die een tweede pijler zouden genieten, zouden optellen bij de 30 tot 35 % van de werknemers die al een aanvullend pensioen aan het opbouwen waren, dan zou de globale dekkingsgraad liggen tussen 45 en 65 % van de loontrekkers.³

2. De vervangingsratio voor verschillende typegevallen

a. Het basistypegeval

In 2002 bedraagt het totale brutopensioen van het basistypegeval 40 % van zijn inkomen dat hij het jaar voordien verdiende (zie tabel 47). De kloof tussen het pensioeninkomen uit de eerste pijler en het laatst verdiende inkomen is te wijten aan het feit dat het pensioen berekend wordt op basis van de gemiddelde lonen over de gehele loopbaan. Het aandeel van de tweede pijler in de vervangingsratio blijkt eveneens beperkt te zijn in 2002. Het inkomen uit de tweede pijler bedraagt nog geen 10 % van het brutopensioen van het basistype. Dat is te verklaren door de veronderstelde bijdrageperiode van 10 jaar in 2002.

1. De werkgever neemt 90 % van de bijdrage voor zijn rekening, de werknemer 10 %.
2. De gemiddelde loopbaanduur komt hier overeen met de periode waarover men pensioenrechten heeft kunnen opbouwen (inclusief gelijkgestelde periodes).
3. Zie Jaarlijks Verslag SCvV, mei 2003, p. 40.

TABEL 47 - Vervangingsratio's voor het basistypegeval - in bruto- en nettoterminen, voor 2002, 2010, 2030 en 2050

Vervangingsratio in %	2002	2010	2030	2050
Brutovervangingsratio, 1ste pijler	36,5	37,1	36,8	36,6
Brutovervangingsratio, 2de pijler	3,5	6,1	12,2	11,8
Brutovervangingsratio, totaal	40,0	43,2	49,0	48,4
Nettovervangingsratio, totaal	66,1	68,2	77,2	76,3

De nettovervangingsratio bedraagt 66 % wat merklijk hoger is dan de brutoratio (zie tabel 47). Dat is te wijten aan een gunstig fiscaal regime voor gepensioneerden.

Over de projectieperiode 2002-2050 is er een significante stijging van de bruto- en nettovervangingsratio's. Nochtans blijft de vervangingsratio van de eerste pijler nagenoeg constant over die periode¹. De bijdrage van de tweede pijler stijgt echter significant van nog geen tiende van de brutovervangingsratio in 2002 tot een vierde in 2050. Dat is te wijten aan de veronderstelling met betrekking tot de bijdrageperiode aan de tweede pijler: die stijgt van 10 jaar in 2002 tot 40 jaar in 2032, het moment waarop het systeem volgroeid is. Na 2032 zal de vervangingsratio van de tweede pijler dalen als gevolg van de stijgende levensverwachting, waardoor de vervangingsratio eveneens daalt (zie tabel 47).

b. Andere typegevallen

Naast het bovenbeschreven basistype, werden de vervangingsratio's nog onderzocht voor werknemers met enerzijds een lager en anderzijds een hoger loon dan het gemiddelde. In het hypothetische geval van een lager loon, bedraagt het loon tijdens de gehele loopbaan 67 % van het gemiddeld inkomen van het basistype. Het pensioen van dit type stemt overeen met het gewaarborgd minimumpensioen. Om rekening te houden met een meer realistisch verloop van de loopbaan, werden nog twee typegevallen onderzocht die een stijgend loon gekend hebben en op het einde van hun loopbaan meer verdienen dan het basistypegeval. Enerzijds gaat het om een werknemer waarvan het loon stijgt van 80 % naar 120 % van het gemiddeld loon en anderzijds iemand met een loonstijging van 100 % naar 200 % van het gemiddeld loon.

TABEL 48 - Vervangingsratio's voor verschillende typegevallen - in bruto- en nettoterminen, voor 2002 en 2050

Vervangingsratio in %	Lage lonen (67 % v. h. gemiddelde)		Stijgende lonen (van 80 % naar 120 % v.h. gemiddelde)		Stijgende lonen (van 100 % naar 200 % v.h. gemiddelde)	
	2002	2050	2002	2050	2002	2050
Bruto, 1ste pijler	42,1	40,8	31,3	30,8	24,4	22,6
Bruto, 2de pijler	3,5	11,8	3,3	9,7	3,2	8,5
Bruto, totaal	45,6	52,6	34,6	40,5	27,7	31,1
Netto, totaal	68,9	79,0	57,7	66,4	47,1	53,3

1. De benefit ratio daalt wel over deze periode. Bij de vervangingsratio is dit niet het geval aangezien het telkens over het pensioenbedrag van de nieuwgepensioneerde gaat en het basistype niet getroffen wordt door het loonplafond bij pensioenberekening (voor meer info.: rapport SCvV 2003, deel IV.B.1).

Uit bovenstaande tabel blijkt dat in 2002 de vervangingsratio's van het wettelijk pensioen, in vergelijking met het basistype, hoger zijn voor gepensioneerden met een slechter betaalde loopbaan (67 % van het gemiddeld loon). Dat is te wijten aan het feit dat die gepensioneerde recht heeft op het gewaarborgd minimumpensioen waardoor de kloof met zijn laatst verdiende inkomen minder groot is.

De vervangingsratio's van het wettelijk pensioen voor de gevallen met een stijgend loon, zijn merkelijk lager dan in het basisgeval. In het geval van een loonstijging tot 200 % van het gemiddeld loon, wordt het rustpensioen volledig berekend aan de hand van de loongrens i.p.v. het werkelijk verdiende loon. Naarmate het laatst verdiende loon hoger is dan het loonplafond, zal dat een negatief effect hebben op de individuele vervangingsratio.

Eveneens wegens de toename van het pensioen uit de tweede pijler, stijgen de vervangingsratio's voor deze verschillende typegevallen over de projectieperiode. Op basis van de hypothesen, bedraagt de nettovervangingsratio in 2050 79 % voor de slechter betaalde loopbaan, 66 % voor de gepensioneerden met de gematigde loonstijging en 53 % voor de gepensioneerden met de hoogste lonen. De verschillen met het basistype blijven ook in 2050 bestaan.

3. Het basistypegeval 10 jaar na pensionering

In dit onderdeel wordt de kloof tussen de groei van het pensioen en de groei van het gemiddeld loon voor het basistypegeval onderzocht, 10 jaar na de pensionering. Naast de automatische aanpassing van de pensioenen aan de inflatie, wordt een jaarlijkse welvaartsaanpassing van het eerste pijlerpensioen met 0,3 % verondersteld. Met betrekking tot het tweede pijlerpensioen, wordt, op het moment van de pensionering, het gespaarde kapitaal omgezet in annuïteiten die constant zijn in nominale termen. Uitgedrukt in constante prijzen van 2002, leidt dat tot een-jaar-op-jaar-koopkrachtverlies van de tweede pijler. De reële groeivoet van de lonen bedraagt ook hier 1,8 %. Verder zijn de eerder vermelde hypothesen van toepassing.

TABEL 49 - Kloof tussen de groei van het pensioen en de groei van het gemiddeld loon, 10 jaar na pensionering - voor het basistypegeval, in bruto- en nettoterminen

Basistypegeval	Bedrag in constante prijzen (2002)		Totale groeivoet (in %) 2002 - 2012	Verschil in groeivoet - in procentpunt
	2002	2012		
Gemiddeld brutoloon	31.604	37.776	19,5 %	
Brutopensioen	12.417	12.553	1,1 %	18
Gemiddeld nettoloon	18.383	22.123	20,3 %	
Nettopensioen	11.986	12.502	4,3 %	16

Kolom 4 van tabel 49 geeft de groeivoeten over de periode 2002-2012 van het gemiddeld loon (netto en bruto) en van het gemiddeld pensioen (netto en bruto), telkens in constante prijzen, voor het basistype. Het verschil in die twee groeivoeten (laatste kolom), is een aanwijzing van de mate waarin de ontwikkeling van het pensioen na 10 jaar achtergebleven is op de ontwikkeling van het gemiddeld inkomen. Dat verschil in groeivoeten 10 jaar na pensionering bedraagt ruim 18 procentpunt in brutoterminen en 16 procentpunt in

nettoterminen. Gegeven die hypothesen en de (beperkte) welvaartsaanpassing, blijft de ontwikkeling van het pensioen na 10 jaar al duidelijk achter op het gemiddeld inkomen.

Voor het type-geval van een slechter betaalde loopbaan met een pensioen dat overeenstemt met het minimumpensioen, zal het pensioen niet achterblijven op de evolutie van het gemiddeld inkomen. Dat is te wijten aan de hypothese dat de welvaartsaanpassing van het minimumpensioen volledig gekoppeld is aan de loonevolutie.

VI Bijlage 1

Uittreksel uit “De Belgische overheidsfinanciën voor het jaar 2004. Een begroting voor werk”, Brussel, 14 oktober 2003.

“Hieronder geven we de krachtlijnen van dit beleid:

Het is belangrijk dat er een bijkomende inspanning komt om de werkgelegenheid te bevorderen van mensen die minder geschoold of minder ervaren zijn, en die het op onze arbeidsmarkt dikwijls moeilijk hebben. Daarom komt er een extra vermindering op de patronale sociale bijdragen voor werknemers met een bruto maandloon beneden 1956,6 euro. De bestaande patronale bijdragevermindering voor deze doelgroep wordt versterkt, en tegelijkertijd wordt de doelgroep verruimd (de “lage loon”-grens wordt verhoogd met ca. 219 euro). Deze versterking verloopt in twee fasen: in 2004 zal met ingang van 1 januari 2004 en met een budget van 51 miljoen EUR extra, de regeling een eerste maal worden versterkt, en vanaf 1 januari 2005 zal deze maatregel op kruissnelheid komen.

Een nieuwe doelgroep in het beleid van lastenverminderingen, zijn de werknemers die omwille van ervaring, scholing of kennis een eerder hoog loon hebben. In de huidige bijdrageregeling is de indirecte loonkost voor deze groep zeer zwaar. Daarom zal op het loongedeelte boven 12.000 euro bruto per trimester verminderd worden met 1,73 procentpunt vanaf 1 januari 2004 en 6 procentpunt vanaf 1 januari 2005 (budget 78,9 miljoen euro in 2004).

De loonkost van alle werknemers zal verder verlagen doordat het basisbedrag van de structurele lastenvermindering verder zal worden verhoogd van 381,33 euro per trimester naar 400 euro per trimester (budget van 146,5 miljoen euro).

In de huidige wetgeving staat dat de structurele lastenvermindering maar wordt toegekend voor werknemers die tijdens een kwartaal minstens 27,5% van een voltijds rooster hebben gewerkt. Die strakke voorwaarde wordt versoepeld, zodat iedere werknemer die minstens halftijds werkt vanaf 1 april 2004 altijd recht zal hebben op zowel de structurele bijdragevermindering als op eventuele “doelgroep”-verminderingen, zelfs al bedragen zijn prestaties tijdens het kwartaal minder dan 27,5% van de normale prestaties (budget 28,5 miljoen EUR).

In het stelsel van de patronale bijdragevermindering voor startbanen voor jongeren zal vanaf 1 januari 2004 een doelgroepvermindering worden toegekend voor alle mindergeschoolde jongeren tot het einde van het kwartaal waarin ze de leeftijd van 26 jaar bereiken, en dit in vervanging van de huidige regeling die een doelgroepvermindering tijdens de startbaan toekent van 1 à 3 jaar, gevold door een doelgroepvermindering na de startbaan van 3 jaar. Voorwaarde voor deze bijdragevermindering is dat de werkgever voldoet aan de startbaanverplichting waartoe hij gehouden is. Voor jongeren van 26j. of meer zal de werkgever daarentegen geen aanspraak meer kunnen maken op de bijdragevermindering voor de startbanen, en deze jongeren zullen evenmin nog meegerekend worden voor het

invullen van de startbaanverplichting. Door de vereenvoudiging zullen meer jongeren gebruik kunnen maken van het stelsel (budget 30 miljoen EUR).

Tenslotte wordt 50 miljoen EUR uit de enveloppe van 800 miljoen euro (25 miljoen in 2004) voor lastenverminderingen ter beschikking gesteld voor een zeer vernieuwende benadering van herstructurerings van ondernemingen. Herstructurerings die met veel ontslagen gepaard gaan, zijn telkens opnieuw een drama voor de getroffen mensen, soms zelfs voor de werkgelegenheid in een gehele streek, omdat ook toeleveranciers zware schade oplopen.

Het activerend beleid in de onderneming in herstructurering gericht op de herplaatsing zal aangemoedigd worden in het belang van alle betrokken partijen, inzonderheid van de nieuwe werkgever. Het inschakelen van een tewerkstellingscel, met paritaire betrokkenheid van de sociale partners, zal aangemoedigd worden in een experimenteel en facultatief stelsel via financiële stimulansen.

Voor de non-profit sector zal de bijdragevermindering in het kader van de "sociale maribel" vanaf 1 juli 2004 worden verhoogd voor een bedrag dat overeenkomt met 37,5 miljoen EUR in 2004.

Voor de uitbreiding van de "SINE-maatregel" (een duurzame bijdragevermindering en activering van laaggeschoolde langdurig werklozen of leefloners) naar de sector van de buurt- en nabijheidsdiensten wordt een bedrag op jaarbasis van 2,5 miljoen EUR vrijgemaakt. Dit bedrag stijgt in 2005 naar 5 miljoen EUR, wat op federaal niveau toelaat om op kruissnelheid minstens 3.000 bijkomende jobs voor laaggeschoolde langdurig werklozen of leefloners te creëren in de erkende buurt- en nabijheidsdiensten. Dit bedrag wordt voorzien op het budget sociale economie, luik lenteprogramma."

VII Bijlage 2

Uittreksel uit “Begrotingsopmaak 2003”. Een begroting in evenwicht”.

“Gezondheidsuitgaven

Voor het RIZIV wordt de globale begrotingsdoelstelling 2003 vastgelegd op 15.341,8 miljoen euro (618,9 miljard BEF).

Uitgaande van de gecorrigeerde technische ramingen (15.384,0 miljoen euro of 620,6 miljard BEF) zijn besparingsmaatregelen genomen in de sector van de geneesmiddelen voor een bedrag van 103 miljoen euro (4,2 miljard BEF). Tegelijkertijd zijn ten belope van 58,5 miljoen euro (2,4 miljard BEF) kredieten vrijgemaakt, die erop gericht zijn om een adequaat niveau van bescherming voor de patiënten te handhaven en de intellectuele akten van artsen te herwaarderen, met een bijzondere aandacht voor de huisartsengeneeskunde.

- Bij de geneesmiddelen wordt de besparingsoperatie voor het grootste stuk gedragen door de apothekers, distributeurs en de industrie:
 - uitbreiding en versterking referentierugbetaling: dit betekent dat er een prijsdaling moet komen wanneer een geneesmiddel, simpel gesteld een bepaalde leeftijd bereikt; industrie draagt 4/5 van deze kost omdat zij hierdoor gedwongen worden ook hun originelen in prijs te laten zakken;
 - voorschrift op stofnaam en gelijkschakeling marge apothekers op generieke geneesmiddelen: apotheker draagt kost;
 - herschikking terugbetaling: aantal 'confortgeneesmiddelen' verschuiven van B naar C. De kost voor de patiënt onder de vorm van een hoger remgeld wordt opgevangen doordat C-geneesmiddelen worden opgenomen in de MAF (maximumfactuur).
 - vaccinatie: er komen gratis vaccinatiecampaagnes met bepaalde vaccins; het heeft dan ook geen zin meer deze vaccins ook nog ter beschikking te stellen via apotheken (die dan weer marge hebben op verkoop ...).
 - aanpassing marge distributiesector.
- Zoals in 2002 wordt 5,85 % geheven op de omzet van de farmaceutische bedrijven; het gaat om 3% basistaks, verderzetting 1,5% heffing die in 2002 een besparing vervangen heeft en 1,35% provisionele heffing. Dit geeft een opbrengst van 125 miljoen euro (5 miljard BEF).
- Bij de responsabiliseringsbijdrage VI's (verzekeringsinstellingen) gaat het over de verantwoordelijkheid van de mutualiteiten in de tekorten van het RIZIV. Aangezien er een tekort was in 2001 wordt dit afgerekend in 2003 (als rekening definitief vaststaat): VI's worden dan voor een bepaald pct. van het tekort 'verantwoordelijk' gesteld. De leden van de VI moeten dan veelal een premie stor-

ten aan hun VI en deze storting kunnen we voor het saldo aanrekenen. Er wordt hier gerekend op 50 miljoen euro (2 miljard BEF).”

VIII Bijlage 3 : Technische aspecten van de methodologie van de projecties op lange termijn van de uitgaven voor gezondheidszorg (2009-2030)

A. Modellering van de impact van de demografische vergrijping

De impact van de demografische veroudering op de gezondheidszorguitgaven (inclusief de voorkeursregeling wat betreft terugbetaling voor de ouderen) wordt geschat op basis van gegevens omtrent de terugbetaling van prestaties per leeftijd (i) en per geslacht (s). De profielen die uit deze steekproef resulteren voor het jaar $t = 0$ worden genormaliseerd en vervolgens geëxtrapoleerd naar het totaal van de bevolking:

$$csr_{s,i} = \frac{cs_{s,i}/n_{s,i}}{\sum_{s,i} cs_{s,i}/\sum_{s,i} n_{s,i}} \text{ met}$$

$cs_{s,i}$: gezondheidszorguitgaven per leeftijd en geslacht in de steekproef
 $n_{s,i}$: bevolking van de steekproef per leeftijd en geslacht
 $csr_{s,i}$: relatieve kost per leeftijd en geslacht (voor een gemiddelde eenheidskost, alle leeftijden, geslachten en behandelingen samengenomen)¹

Op basis van deze genormaliseerde profielen wordt een indicator (S) berekend voor elk jaar van de projectie, zodanig dat haar groeivoet overeenkomt met de stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg te wijten aan veranderingen in de demografische structuur, en dit in de veronderstelling dat de kostenprofielen per leeftijd en geslacht constant blijven doorheen de tijd²:

$$S_t = \frac{\sum_{s,i} (csr_{s,i} \times N_{s,i,t})/N}{\sum_{s,i} (csr_{s,i} \times N_{s,i,t_0})/N} \text{ met}$$

S_t : index van de verouderingsimpact op de uitgaven voor gezondheidszorg
 N_t : totale bevolking

1. Inclusief het terugbetalingspercentage van de voorkeursregeling voor ouderen
2. Deze hypothese van vaste profielen is een sterke hypothese. De profielen kunnen immers evolueren, bijvoorbeeld door technisch-medische ontwikkelingen die op specifieke leeftijdscategorieën gericht zijn. Bovendien kunnen ze gevoelig zijn aan de verhoogde levensverwachting, in de mate dat bepaalde uitgaven in het bijzonder gelinkt zijn aan overlijdens of aan de laatste levensjaren voor het overlijden.

B. De “historisch trendmatige evolutie” van de consumptiegroei van gezondheidszorg

De “historisch trendmatige evolutie” resulteert uit de evolutie van volumes en prijzen in de gezondheidssector bij een onveranderde demografische structuur. Meer bepaald resulteert ze uit een dynamiek van zowel aanbod¹- en vraagfactoren als uit de keuze van politieke doelstellingen op het domein van gezondheidszorg. Uit de nationale rekeningen blijkt de deflator van de uitgaven voor gezondheidszorg overigens een hogere gemiddelde groei te kennen dan de deflator van het bbp. Dit weerspiegelt ongetwijfeld de kost van belangrijke technologische ontwikkelingen in de sector en de zwakke productiviteitsstijging. Voor de nationale boekhouding is het immers geen sinecure om de volumeen prijseffecten van elkaar te scheiden binnen de gezondheidssector, een sector die gekenmerkt wordt door snelle technologische ontwikkelingen en een bijgevolg weinig homogene output van goederen en diensten doorheen de tijd.

Voor de projectie van het aandeel van de uitgavenevolucie voor gezondheidszorg dat niet afhankelijk is van demografische factoren, beroept het FPB zich op een econometrische schatting van een consumptiefunctie die twee zaken koppelt: enerzijds de totale consumptie van gezondheidszorg per inwoner, bij onveranderde demografische structuur, en gedeleerd door de prijzen van het bbp; anderzijds het bbp (in constante prijzen) per inwoner van het voorgaande jaar en een autoregressieve term. Op die manier wordt de evolutie van de “historisch trendmatige evolutie” verklaard door het niveau van de nationale rijkdom enerzijds, en het niveau van de voorbije consumptie van gezondheidszorg anderzijds. De geschatte vergelijking over de periode 1953 - 2002 ziet er als volgt uit:

$$\frac{C_t}{N_t \cdot P_t \cdot S_t} = \beta_1 + \beta_2 \cdot \left(\frac{PIB_{t-1}/P_{t-1}}{N_{t-1}} \right) + \beta_3 \cdot \left(\frac{C_{t-1}}{N_{t-1} \cdot P_{t-1} \cdot S_{t-1}} \right) + \mu_t$$

met: - C_t : de totale gezondheidszorguitgaven in t,
 - N_t : de Belgische bevolking,
 - P_t : de deflator van het bbp,
 - S_t : de index van de verouderingsimpact op de gezondheidszorguitgaven (cfr. supra).

De schatting van deze eenvoudige gereduceerde vorm geeft goede econometrische resultaten: het bbp per inwoner en de totale consumptie van gezondheidszorg per inwoner tijdens het voorbije jaar verklaren samen meer dan 99 % van de variatie van de gezondheidszorgconsumptie tijdens het lopende jaar. De consumptie van het voorbije jaar legt echter veel meer gewicht in de schaal ($\beta_3 = 0,75$) dan het bbp per hoofd ($\beta_2 = 0,03$), hetgeen een inertie-effect weergeeft of het zogenaamde verschijnsel van de “habit-persistence”, kenmerkend voor de consumptie van gezondheidszorg. Zo is de marginale consumptiequote² op lange termijn, die de inertie-effecten voor haar rekening neemt 0,11 tegenover 0,03 op korte termijn. Met andere woorden, voor een bbp-groei per inwoner van 100 euro, wordt 11 euro ervan besteed aan gezondheidszorg. Andere regres-

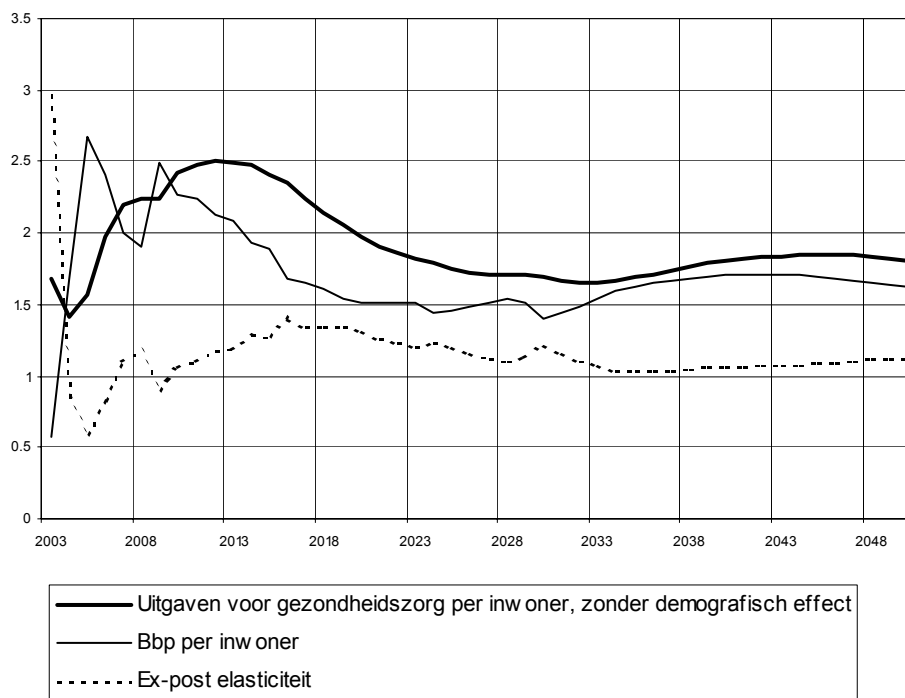
1. In het bijzonder de aanbodfactoren die uit technische vooruitgang voortspruiten: nieuwe diagnose- en zorgapparaten, sterk doorgedreven specialisatie van de zorgverleners, uitbreiding van de therapeutische uitrusting.
2. Het verband $\frac{\Delta \text{consumptie}}{\Delta \text{bbp}}$ wordt de marginale consumptiequote genoemd. Deze ratio geeft weer, wanneer het bbp per inwoner stijgt, welk deel van het bijkomend inkomen dan gebruikt wordt voor bijkomende consumptie van gezondheidszorg.

siefactoren, zoals het inkomen per tewerkgestelde of het gemiddelde tussenkomstpercentage van de ziekteverzekering¹ werden genegeerd omwille van hun zwakke verklarende kracht.

C. Elasticiteit van de uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner - zonder impact van de vergrijzing - t.o.v. het bbp per inwoner tijdens de projectieperiode

Onderstaande grafiek herneemt de ex-post elasticiteit van de uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner - zonder impact van de vergrijzing - met betrekking tot het bbp per inwoner gedurende de projectieperiode. Vanaf 2004 vertoont ze een groeiende beweging tot in 2020. Gedurende deze periode ligt het groeipercentage van de uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner - zonder impact van de vergrijzing - inderdaad hoger dan dat van het bbp per inwoner. Vanaf 2020 neemt de elasticiteit af vanwege de stabilisering van de groei van het bbp per inwoner, terwijl de uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner - zonder impact van de vergrijzing - een vertraagde groei kennen. Vanaf 2030 evolueren de twee groeivoeten gelijklopend en benadert de elasticiteit de eenheid. Op het einde van de projectieperiode bedraagt de groeivoet van de uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner - zonder impact van de vergrijzing - opnieuw meer dan dat van het bbp per inwoner en stijgt de elasticiteit lichtjes.

FIGUUR 44 - Uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner - zonder impact van de vergrijzing - en bbp per inwoner (groeivoet)
Ex-post elasticiteit van de uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner - zonder impact van de vergrijzing - t.o.v. het bbp per inwoner

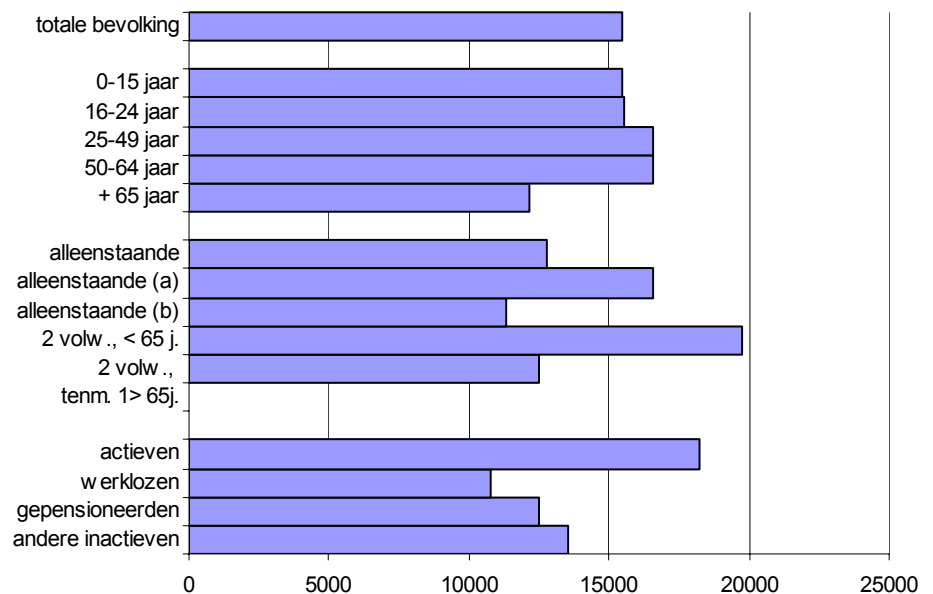


1. Andere studies bevestigen dat deze variabele weinig impact uitoefent op de consumptie van gezondheidszorg.

De gemiddelde ex-post elasticiteit over de volledige projectieperiode (2003 - 2050) komt op 1,11 tegenover 1,13 over de periode 2003 - 2030. Het bbp per inwoner groeit gemiddeld met 1,70 % over de totale periode (2003 - 2050) en met 1,73 % voor de periode 2003 - 2030. Merk op dat de uitgaven voor gezondheidszorg een gelijkaardig verloop kennen, maar met een vertraging van enkele jaren, te wijten aan het inertie-effect dat door onze modellering gevat werd. Zo laat de vanaf 2010 ingezette daling van de groei-voet van het bbp per inwoner zich pas vanaf 2014 gevoelen op de uitgaven voor gezondheidszorg.

IX Bijlage 4: Indicatoren m.b.t. het armoederisico bij ouderen

FIGUUR 45 - Het mediaan equivalent netto inkomen voor verschillende bevolkings-categorieën- in euro voor het jaar 2000 (ECHP enquêtegolf 2001)



Bron: Eurostat New Cronos: ECHP-UDB, januari 2004

(a) alleenstaande volwassenen, tussen 30 en 65 jaar

(b) alleenstaande volwassenen, ouder dan 65 jaar

Aangezien deze armoederisicopercentages op basis van de relatieve methode berekend zijn, kunnen zij sterk verschillen naargelang de gebruikte armoedegrens (40 %, 50 %, 60 % of 70 % van het mediaan equivalent inkomen). Immers een gegarandeerd minimuminkomen dat net boven de armoedegrens ligt, zal een vrij laag armoederisico opleveren terwijl een gegarandeerd minimuminkomen dat net onder de armoedegrens ligt, hogere percentages zal geven. De werkelijke inkomenssituatie zal echter marginaal verschillen. Tabel 50 geeft de armoederisicopercentages berekend volgens de verschillende armoedrempels.

TABEL 50 - Armoederisico volgens verschillende drempels en bevolkingscategorieën - gebaseerd op de ECHP golf 2001 over het inkomen van 2000

	% van het mediaan equivalent inkomen			
	40%	50%	60%	70%
Armoederisicodrempel (jaarbedrag, in euro)				
- voor een alleenstaande	6.197	7.746	9.295	10.845
- voor een koppel	9.296	11.619	13.943	16.268
Armoederisicopercentage (%)				
Volgens leeftijd en geslacht				
- totale bevolking, totaal	2	6	13	21
- totale bevolking, van 0 tot 15 jaar	2	5	12	20
- totale bevolking, van 16 tot 24 jaar	2	5	12	20
- totale bevolking, van 25 tot 49 jaar	2	4	10	15
- totale bevolking, van 50 tot 64 jaar	2	6	12	19
- totale bevolking, 65 jaar en ouder	4	11	26	39
- mannen, totaal	2	5	12	19
- mannen, van 0 tot 15 jaar	2	5	12	19
- mannen, van 16 tot 24 jaar	3	6	11	16
- mannen, van 25 tot 49 jaar	2	3	8	13
- mannen, van 50 tot 64 jaar	2	6	10	16
- mannen, 65 jaar en ouder	4	9	24	38
- vrouwen, totaal	2	7	15	23
- vrouwen, van 0 tot 15 jaar	2	6	12	20
- vrouwen, van 16 tot 24 jaar	1	5	12	24
- vrouwen, van 25 tot 49 jaar	2	5	11	16
- vrouwen, van 50 tot 64 jaar	3	6	13	22
- vrouwen, 65 jaar en ouder	4	12	26	40
Volgens gezinstype				
- alleenstaande	4	11	21	34
- alleenstaande, tussen 30 en 65 jaar	3	9	13	21
- alleenstaande, ouder dan 65 jaar	3	12	27	44
- koppel, beiden jonger dan 65 jaar	1	3	8	14
- koppel, tenminste één ouder dan 65 jaar	4	10	26	38
Volgens activiteitsstatus				
- actieven	1	1	4	7
- werklozen	6	20	32	50
- gepensioneerden	3	8	21	33
- andere inactieven	3	9	21	30

Bron: Eurostat New Cronos: ECHP-UDB, januari 2004

Aangezien de armoedecijfers gebaseerd zijn op een steekproef, zijn de betrouwbaarheidsintervallen van groot belang. Indien men armoedecijfers voor verschillende jaren op een correcte manier wil vergelijken om een eventuele trend vast te stellen, zijn deze grenswaarden essentieel. We beschikken echter niet over de betrouwbaarheidsintervallen van de gepubliceerde ECHP-armoedecijfers. Hierdoor kan er moeilijk een uitspraak gedaan worden over het verloop van de armoede over verschillende jaren.

TABEL 51 - Armoederisicopercentage volgens activiteitstatus in het voorgaande jaar (percentage van de bevolking ouder dan 16 jaar), 1994-2000 (golf 1995-2001)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Loontrekkenden	3	3	3	3	3	4	3
Zelfstandigen	19	20	17	12	13	12	10
Werklozen	34	32	30	31	32	35	32
Gepensioneerden	21	21	20	18	18	18	21
Andere inactieven	25	22	21	21	19	18	21
Bevolking ouder dan 16 jaar	16	15	14	13	13	13	13

Bron: Eurostat New Cronos: ECHP-UDB, januari 2004

TABEL 52 - Armoederisicopercentage volgens gezinssamenstelling, 1994-2000 (golf 1995-2001)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
1 persoonsgezin	23	24	21	21	19	19	21
1 persoonsgezin, 30-64 jaar	17	16	15	17	14	12	13
1 persoonsgezin, 65+	27	30	25	25	24	24	27
2 volwassenengezin, beiden 65-	12	9	8	8	9	10	8
2 volwassenengezin, tenmiste één 65+	24	23	23	22	22	23	26
Totaal	16	15	14	14	13	13	13

Bron: Eurostat New Cronos: ECHP-UDB, januari 2004

