

UITGAVEN VOOR GEZONDHEIDSZORG: NIEUWE CIJFERS VOOR 2021

DOOR | DG ANALYSE EN MONITORING

FOD Sociale Zekerheid

1. INLEIDING

Jaarlijks publiceert de FOD Sociale Zekerheid **ramingen van de finale consumptie van gezondheids- en langdurige zorgdiensten in ons land**, volgens de methodologie van het **System of Health Accounts** (SHA – ook ‘Gezondheidsrekeningen’ genoemd – <https://www.who.int/health-accounts/methodology/en/>). SHA is een methodologisch kader dat internationale vergelijkingen toelaat. Het wordt gebruikt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en het Europees bureau voor statistiek (Eurostat).

SHA geeft zicht op de waarde van de finale consumptie van gezondheids- en langdurige zorgdiensten aan de hand van drie verschillende invalshoeken: wat zijn de voornaamste **financieringsbronnen**? Welke **zorgvormen** worden er gebruikt (*functie*)? En langs **welke kanalen** wordt de zorg verstrekt (*aanbieder*)?

Recent zijn de tabellen in de rubriek ‘Cijfers van sociale bescherming’ (<https://socialsecurity.belgium.be/nl/cijfers-van-sociale-bescherming/statistieken-sociale-bescherming/gezondheidsrekeningen>) geüpdatet. Deze tabellen bevatten niet enkel de laatste **cijfers voor 2021**, maar ook **een inschatting van de uitgaven voor COVID-19** tijdens de jaren 2020 en 2021. Dit betekent dus dat SHA ons meer inzicht kan geven over de impact van de COVID-19-crisis op de uitgaven voor gezondheidszorg.

In dit artikel beschrijven we beknopt deze nieuwe gegevens. We starten met een bespreking van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in België¹ en onze grootste buurlanden. Deze worden hierna verder uitgediept, en dit respectievelijk door te focussen op de uitgaven naar financieringsbron en functie. In een laatste deel focussen we specifiek op de COVID-19-uitgaven tijdens de crisisjaren 2020 en 2021.

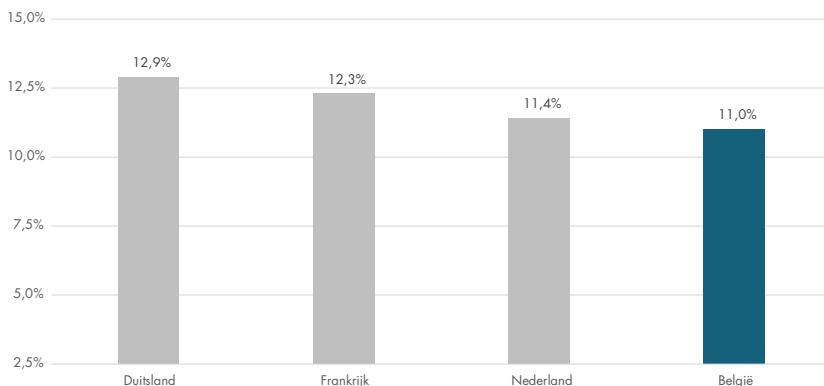
2. TOTALE UITGAVEN VOOR GEZONDHEIDSZORG

In 2021 werd in België **11% van het bruto binnenlands product (bbp)** aan gezondheidszorg besteed. Grafiek 1 illustreert het relatieve belang van de uitgaven aan gezondheidszorg in België ten opzichte van onze grootste buurlanden. Wanneer we ook de andere West-Europese landen in de vergelijking betrekken (niet in grafiek 1), dan

(1) Het betreft de cijfergegevens beschikbaar op de website van de FOD Sociale Zekerheid en Eurostat eind augustus 2023. Omdat deze gegevens kunnen worden herzien, zijn er (kleine) verschillen mogelijk tussen de cijfers in dit artikel en de cijfers op de eerder besproken websites. Deze herzieningen veranderen echter niets aan de vaststellingen in dit artikel.

merken we dat het Belgische niveau in de **lagere middenmoot** ligt (10 à 12% bbp). In Frankrijk en Duitsland overschrijden de uitgaven 12% van het bbp, in Italië en IJsland (<10% bbp) en Ierland (<8% bbp) liggen de uitgaven dan weer lager. Een vergelijking met het EU-27-gemiddelde was op het moment van redactie nog niet mogelijk.

GRAFIEK 1: UITGAVEN VOOR GEZONDHEIDSZORG IN 2021, IN % VAN HET BBP

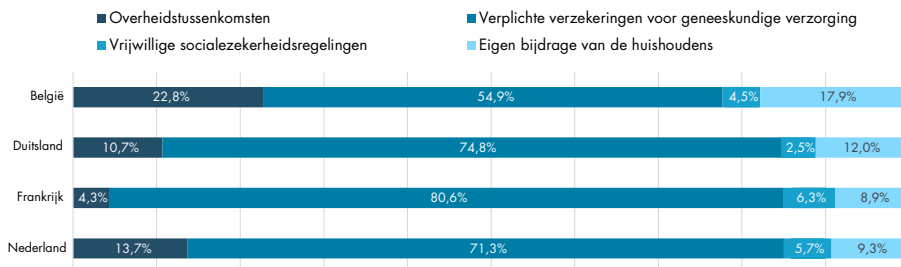


Bron: FOD Sociale Zekerheid, OESO.

3. UITGAVEN NAAR FINANCIERINGSBRON

Zoals eerder aangegeven, kunnen de uitgaven voor gezondheidszorg worden belicht aan de hand van drie verschillende invalshoeken. In dit stuk focussen we op de voornaamste financieringsbronnen. Grafiek 2 toont aan dat in 2021 in België **iets meer dan drie kwart van alle uitgaven voor gezondheidszorg wordt gefinancierd via overheidsmiddelen**: namelijk 54,9% via de verplichte verzekeringen voor geneeskundige verzorging en 22,8% via overheidstussenkomsten (vanuit de algemene belastingontvangsten). Daarna komen, met 17,9%, de rechtstreekse eigen bijdragen van huishoudens (ook gekend als de *out-of-pocket payments* of ‘OOP’), terwijl ongeveer 4,5% van de uitgaven via aanvullende en vrijwillige verzekeringen gefinancierd wordt.

GRAFIEK 2: UITGAVEN NAAR FINANCIERINGSBRON IN 2021, IN % VAN HET TOTAAL



Bron: FOD Sociale Zekerheid, OESO.

Grafiek 2 laat ook een **vergelijking met onze grootste buurlanden** toe. Hieruit blijkt dat het aandeel van de financiering via de verplichte verzekeringen voor geneeskundige verzorging en rechtstreekse overheidsfinanciering in België minder groot is dan in de buurlanden, dit omwille van de hogere remgelden of tussenkomsten die ten laste van de patiënt zijn. In ons land is het aandeel van de vrijwillige verzekering ook kleiner dan in onze buurlanden; dit aandeel varieert van 2,5% in Duitsland tot 6,3% in Frankrijk in 2021.

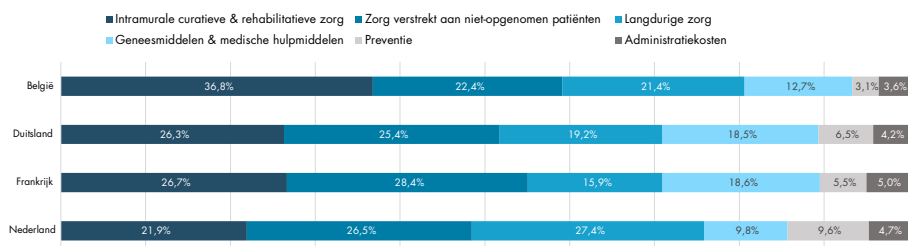
Toch kunnen we uit bovenstaande geen sterke conclusies trekken: de raming van de eigen bijdragen gebeurt immers niet in alle landen op dezelfde wijze. In België is het vertrekpunt daarbij de raming van de finale consumptie van de gezinnen, terwijl andere landen budgetenquêtes of nog andere bronnen gebruiken. De ramingen kunnen ook beïnvloed worden door meerdere hypothesen, bijvoorbeeld door de mate waarin niet-medische producten bijdragen tot de omzet van apotheken, of door de consumptie van niet-gezondheidsdiensten in ziekenhuizen, waardoor de foutenmarge voor deze categorie mogelijk wat groter is.

4. UITGAVEN NAAR FUNCTIE

SHA laat ook toe de gezondheidsuitgaven op te splitsen naar functie (nl. welke zorgvormen worden er gebruikt?). In 2021 gaat in België, zoals geïllustreerd door grafiek 3, 36,8% van alle uitgaven voor gezondheidszorg naar **intramurale curatieve en rehabilitatieve zorg**. Dit gaat meer concreet om zorg verstrekt in ziekenhuizen in het kader van traditionele opnames of daghospitalisaties. Hierna vinden we **zorg voor niet-opgenomen patiënten** terug met 22,4%. Het gaat dan onder meer over zorg verstrekt door huisartsen en tandartsen in hun praktijk of door ziekenhuizen zonder dat er een hospitalisatie aan te pas komt, maar ook over thuiszorg zoals dialyse aan huis en een categorie 'overige diensten'. Deze laatste omvat onder meer laboratoriumdiensten en patiëntenvervoer en uitgaven die met het beheer van de gezondheidszorg te maken hebben (beheerskosten in de strikte zin, maar bijvoorbeeld ook R&D).

Langdurige zorg is goed voor 21,4%, **geneesmiddelen en medische hulpmiddelen** (verbruikt buiten ziekenhuisopnames) vertegenwoordigen 12,7% van het geheel. **Preventie** is de kleinste categorie (o.a. vaccinatieprogramma's en prenatale zorg) met 3,1%. De **uitgaven voor administratiekosten**, ten laatste, bedragen ongeveer 3,6% van de totale gezondheidsuitgaven in ons land.

GRAFIEK 3: UITGAVEN NAAR ZORGVORM IN 2021, IN % VAN HET TOTAAL



Bron: FOD Sociale Zekerheid, OESO.

Grafiek 3 laat ook een vergelijking met onze buurlanden toe. Hierbij is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat de organisatie van de zorgverstrekking verschilt tussen landen. Een snelle blik op de cijfers geeft aan dat het belang van de intramurale zorg versus zorg voor niet-opgenomen patiënten nogal varieert tussen de verschillende landen, waarbij naast het hoge cijfer voor België vooral het contrast met Nederland opvalt. In Nederland ligt het aandeel van de klassieke ziekenhuisopnames een stuk lager en dat voor niet-opgenomen patiënten een stuk hoger. Opmerkelijk genoeg zijn de uitgaven voor langdurige zorg in Nederland de belangrijkste categorie. De uitgaven voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen verstrekt buiten de ziekenhuizen lijken in Frankrijk en Duitsland belangrijker dan in België of Nederland. Voor België kan een deel van het verschil verklaard worden door het grotere belang van intramurale zorg, voor Nederland gaat dit waarschijnlijk niet op. Voor de andere categorieën zijn de verschillen minder uitgesproken.

SHA voorziet, naast de hiervoor besproken classificaties, ook nog in een **opsplitsing naar zorgverstrekker**. Op geaggregeerd niveau lijkt deze opsplitsing weinig te verschillen van de indeling naar functie. Toch zijn de twee niet inwisselbaar. Het verschil tussen beide kan geïllustreerd worden voor de categorie 'ziekenhuizen'. In de opsplitsing naar zorgverstreker wordt een onderscheid gemaakt naar type ziekenhuis (algemeen, psychiatrisch, anderszins gespecialiseerd). In de functionele classificatie vinden we de ziekenhuisactiviteiten terug in de klassieke opnames, de dagopnames én bij de niet-opgenomen patiënten (bijvoorbeeld voor consultaties in een ziekenhuis).

Ondanks de conceptuele verschillen zijn de resultaten zeer vergelijkbaar met die van de opsplitsing naar functie, we gaan er daarom hier niet verder op in. De gegevens zijn uiteraard wel beschikbaar in de rubriek 'Cijfers van sociale bescherming' (<https://socialsecurity.belgium.be/nl/cijfers-van-sociale-bescherming/statistieken-sociale-bescherming/gezondheidsrekeningen>) op de website van de FOD Sociale Zekerheid.

5. UITGAVEN VOOR COVID-19

De tabellen naar functie bevatten ook een **inschatting van de uitgaven tijdens de gezondheidscrisis** (nl. de nieuwe categorieën 'HC.COVI-5' en 'HCR.COVI' in de tabellen naar functie). Omwille van de omvang van de crisis en de gevolgen, werd een poging ondernomen om de gezondheidsuitgaven die specifiek verbonden zijn aan de pandemie, en die al opgenomen zijn in het geheel van de gerapporteerde uitgaven, te identificeren. Omdat echter niet alle uitgaven konden worden geïdentificeerd, is het volgende geen volledig overzicht van de uitgaven voor gezondheidszorg in verband met COVID-19.

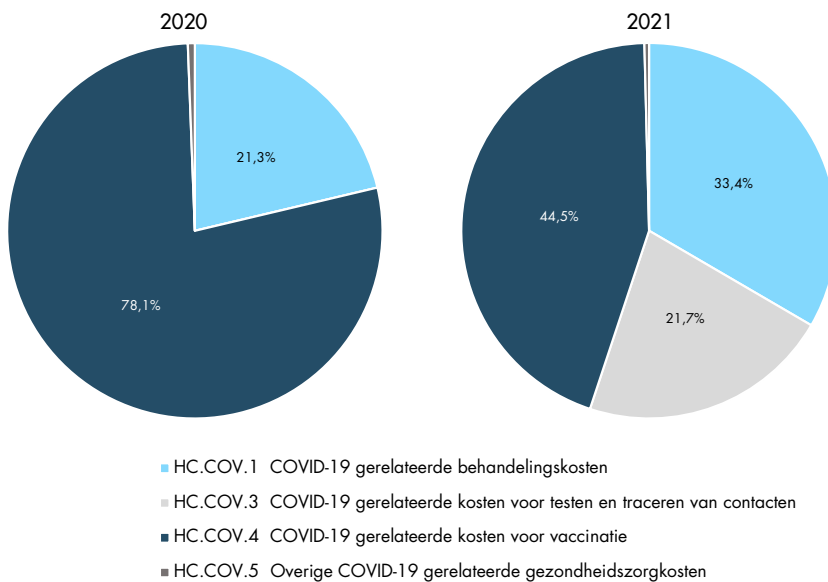
Deze gegevens zijn beschikbaar voor de **jaren 2020 en 2021**. Het totaal van deze uitgaven bedroeg in 2020 en 2021 respectievelijk 2.613 en 2.293 miljoen euro, ofwel 0,56% en 0,45% van het bbp.

Onderstaande grafiek 4 toont de relatieve verdeling van de voor COVID-19 gemaakte kosten, binnen de lopende uitgaven voor gezondheidszorg (nl. de categorieën 'HC.COVI-5'). Merk op dat de uitgaven die onder code 'HCR.COVI' worden ingedeeld, uitgaven zijn die als beleidsrelevant worden geacht in het kader van de COVID-19-

crisis, maar die buiten het bereik van SHA vallen en niet zijn opgenomen in deze grafiek.² Dit verandert desondanks weinig tot niets aan de resultaten, aangezien deze uitgaven zeer beperkt zijn (en in relatieve termen minder dan 0,1% van de totale uitgaven voor COVID-19 uitmaken).

Tijdens beide crisisjaren ging het merendeel van de uitgaven voor COVID-19 naar medische goederen (voornamelijk uitgaven voor mondklappers en andere beschermingsmiddelen voor eindverbruik). Op de tweede plaats vinden we de behandelingskosten voor COVID-19 terug, met een percentage van resp. 21,3% en 33,4% in 2020 en 2021. In 2021 kwam de vaccinatiecampagne op gang. Dit merken we ook duidelijk in de cijfers, met een percentage van 21,7% in 2021 voor COVID-19 gerelateerde kosten voor vaccinatie. De overige COVID-19 gerelateerde gezondheidskosten blijven beperkt. Merk hierbij op dat de code 'HC.COV.2' (testen en contact tracing) in onderstaande grafiek ontbreekt, omdat deze bedragen onvoldoende konden worden geïsoleerd in de gegevens.

GRAFIEK 4: UITGAVEN VOOR COVID-19 GERELATEERDE GEZONDHEIDSKOSTEN, IN 2020 EN 2021



NB: Merk op dat de code 'HC.COV.2' (testen en contact tracing) in deze voorstelling ontbreekt, omdat deze bedragen onvoldoende konden worden geïsoleerd in de gegevens.

Bron: FOD Sociale Zekerheid.

(2) Meer informatie over deze code en het verschil met de codes 'HC.COV1-5' is beschikbaar in de methodologische nota <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/nl/sz-in-kaart-brengen/sha/verklarende-nota-sha-nl.pdf> op onze website.

Er dienen echter **twee kanttekeningen** te worden gemaakt bij deze cijfers. Ten eerste voldoen veel van de gemaakte uitgaven voor COVID-19 (bv. de aankoop van beademingsapparatuur en IC-bedden) niet aan het criterium van het eindverbruik van goederen en diensten voor gezondheidszorg en vallen ze daarom buiten de “lopende uitgaven voor gezondheidszorg” (en dus buiten het kader van SHA). Dit wil dus zeggen dat SHA niet de totale middelen meet die in België werden ingezet om de pandemie te bestrijden, noch de totale kost van de reactie op de pandemie. Deze cijfers kunnen desondanks wel een belangrijke rol spelen om het effect van COVID-19 op de gezondheidszorgstelsels beter te begrijpen en bijdragen tot een betere meting van de totale kost van de pandemiebestrijding. Ten tweede dient er ook te worden vermeld dat niet alle relevante uitgaven konden worden toegewezen aan de eerder vermelde COVID-19-codes, omwille van de moeilijkheid van het identificeren van de afzonderlijke maatregelen en prestaties. Dit wil dus zeggen dat de gezondheidsuitgaven die in deze codes zijn opgenomen, een onderschatting zijn en dat er nog andere COVID-19 gerelateerde uitgaven ‘verborgen’ kunnen zitten onder de andere functiecodes.

INHOUDSTAFEL

UITGAVEN VOOR GEZONDHEIDSZORG: NIEUWE CIJFERS VOOR 2021

1. INLEIDING	439
2. TOTALE UITGAVEN VOOR GEZONDHEIDSZORG	439
3. UITGAVEN NAAR FINANCIERINGSBRON	440
4. UITGAVEN NAAR FUNCTIE	441
5. UITGAVEN VOOR COVID-19	442