

## Gezondheidsrekeningen (SHA): verklarende nota (versie september 2023)

Uitgaven voor gezondheidszorg vormen een belangrijk onderdeel van de publieke en private consumptie. Tegelijkertijd wordt gezondheid door ons allen ervaren als één van onze belangrijkste wensen en bekommernissen. Deze argumenten onderstrepen de nood aan **een meer uitgebreide analyse en begrip van hoe onze consumptie van gezondheidszorg en langdurige zorg wordt gefinancierd, aangeleverd en gebruikt**.

Hiervoor werd de zogenoemde ‘**Health accounts**’-methodologie<sup>1</sup> ontwikkeld door de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en Eurostat, en dit in samenwerking met hun lidstaten. Deze methodologie werd gepubliceerd in 2000 en herzien in 2011. Het doel van deze methodologie is het creëren van een instrument dat een analyse van de gezondheidszorgsystemen in de verschillende lidstaten toelaat, en dit op een vergelijkbare basis.

Sinds 2015 is de productie van deze statistiek verplicht door de introductie van Verordening (EG) 2015/359 van de Europese Commissie en is de ‘[SHA 2011 manual](#)’ het methodologisch kader voor het doel, het bereik en de definities van deze statistiek.

Het doel van de gezondheidsrekeningen is het ramen van de finale consumptie van goederen en diensten voor gezondheids- en langdurige zorg. Daarbij bedoelt men deze goederen en diensten waarvan de primaire doelstelling het verbeteren, behouden of tegengaan van een verslechtering van de gezondheid inhoudt en waarbij gekwalificeerde medische of zorgkennis noodzakelijk is.

De geraamde finale consumptie van gezondheids- en langdurige zorgvoorzieningen **wordt uitgesplitst naar drie dimensies**:

- *Functie*: gebaseerd op het idee van de “episodes of care”, beschrijft deze dimensie het gebruik van de geconsumeerde goederen en diensten;
- *Verstrekker*: geeft een verdeling van hoe deze diensten en goederen worden geproduceerd (of door wie);
- *Financieringsactoren*: verdeelt de totale raming tussen de verschillende financieringskanalen (of, met andere woorden: wie betaalt welk deel van de finale rekening?).

**Op de website van de FOD Sociale Zekerheid** worden de belangrijkste elementen van de ramingen voor ons land weergegeven. De gedetailleerde tabellen voor België en alle andere lidstaten (voor zover beschikbaar) kunnen worden geconsulteerd op de volgende websites:

- [Eurostat](#)
- [OECD](#)
- [WHO](#)

Hoewel voor België de gezondheidsrekeningen worden opgemaakt sinds 2003, worden op deze website **enkel de resultaten voor de laatste 10 beschikbare jaren** weergegeven.

---

<sup>1</sup> A System of Health Accounts 2011’, OESO, Parijs 2011.

Sinds 2019 verstrekt België ook **cijfergegevens over de sociale component van long-term care**, hoewel deze strikt genomen buiten het concept van de finale consumptie van diensten en goederen van de gezondheids- en langdurige zorg vallen, zoals gedefinieerd voor de gezondheidsrekeningen. Deze gegevens worden weergegeven onder het label ‘*HCR.1*’ in de tabellen naar functie. De sociale component van long-term care heeft betrekking op uitgaven gelinkt aan ‘instrumentele activiteiten in het dagelijks leven’ (*IADL* of *instrumental activities of daily living*). Voorbeelden hiervan zijn activiteiten zoals koken, boodschappen doen of alledaags huishoudelijk werk. Deze uitgaven worden niet mee opgenomen in de totale uitgaven voor gezondheidszorg omdat zij geen specifieke medische of paramedische kennis vereisen en worden om deze reden dan ook afzonderlijk weergegeven in de betrokken tabellen. Desondanks is het interessant om deze uitgaven weer te geven. Zij geven namelijk een aanvulling bij de ‘medische’ component van long-term care die wel wordt opgenomen in de totale uitgaven (nl. onder ‘*HC.3*’). Daarbij gaat het om uitgaven voor medische of verpleegkundige zorg en hulp bij ‘activiteiten in het dagelijks leven’ (*ADL* of *activities in daily living*), zoals bijvoorbeeld het wassen of het aankleden van een patiënt.

Er moet wel vermeld worden dat bij deze raming ook een aantal diensten buiten beschouwing gelaten worden, zoals deze gefinancierd via dienstencheques (poetsdiensten, strijkdiensten), omdat het niet mogelijk is om bij deze gebruikers het onderscheid te maken naargelang zij ‘langdurige zorgnoden’ hebben of niet, vermits zij toegankelijk zijn voor de gehele bevolking.

Hiernaast bevatten de gezondheidsrekeningen voor de jaren 2020 en 2021 **een aantal COVID-19 gerelateerde codes**. Naar aanleiding van de pandemie was er immers een grote vraag naar een inschatting van de impact van de COVID-19 crisis op de uitgaven voor gezondheidszorg. De betrokken gegevens zijn geïntegreerd in de tabellen naar functie. Het gaat om de volgende codes:

Code	Category
Special reporting items to track COVID-19 spending within current health expenditure (CHE):	
HC.COV.1	COVID-19 related treatment
HC.COV.2	COVID-19 testing and contact tracing
HC.COV.3	Vaccination against SARS-CoV-2
HC.COV.4	COVID-19 medical goods
HC.COV.5	Other COVID-19 related health spending (not elsewhere classified)
Special reporting items to track COVID-19 spending outside current health expenditure (CHE):	
HCR.COV.1	Health related COVID-19 spending (outside of CHE)

De eerste vijf codes (*HC.COV.1-5*) volgen een indeling die - uiteraard - verband houdt met de COVID-19 crisis, met o.m. afzonderlijke codes voor vaccinatie en behandeling. Deze codes zijn ook verdeeld over de verschillende functies binnen de ‘lopende uitgaven voor gezondheidszorg’ (*current health expenditures* of ‘*CHE*’). De som hiervan moet worden geïnterpreteerd als uitgaven voor COVID-19 binnen de grens van de lopende uitgaven voor gezondheidszorg, en dus binnen het kader van SHA.

De laatste code ‘*HCR.COV.1*’ verwijst naar gezondheidsgerelateerde COVID-19 uitgaven die buiten het concept van de finale consumptie van diensten en goederen van de gezondheids- en langdurige zorg vallen (en dus buiten het kader van SHA), maar die in het kader van de COVID-19 crisis als beleidsrelevant worden beschouwd. Het gaat hier specifiek over overdrachten aan zorgverleners ter compensatie van inkomensverlies ten gevolge van COVID-19, die niet als subsidies kunnen worden beschouwd. In België is deze post zeer klein, aangezien de tijdelijke werkloosheidsuitkeringen die in ons land van toepassing waren op het gezondheidszorgpersoneel in loondienst en het overbruggingsrecht voor het zelfstandige personeel worden uitgesloten.

Er dienen echter **twee kanttekeningen** bij deze nieuwe codes te worden gemaakt. Ten eerste voldoen veel van de gemaakte uitgaven voor COVID-19 (bv. de aankoop van beademingsapparatuur en IC-bedden) niet aan het criterium van eindverbruik van goederen en diensten voor gezondheidszorg (omdat

het bv. investeringen zijn) en vallen ze daarom 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 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 of onmogelijkheid 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 rubrieken.