

## Bestedingen voor gezondheidszorg in België gezien in een internationaal perspectief

D. Moens  
Adviseur  
FOD Sociale Zekerheid

### ABSTRACT

#### Belgian health and long term care consumption in an international perspective

Health and long term care services consumption in Belgium are estimated to correspond to about 10 Pct. of GDP. The possibility of international comparisons and breakdowns however, were limited. The 'System of health accounts' methodology, developed by the OECD, offers for the first time a framework to make comparative analyses between countries. In this article, an overview of the most important concepts, delimitations and definitions are expounded. The first estimation results 2003-2007 for Belgium are presented, together with a glimpse of analysis and comparison with other countries.

The discussion on the sustainability of the health care insurance and the public expenditure on health care, needs to be contextualised. Social security, and its budgetary debate is important, but is on the other hand 'only' a part of the total image. If expenditure can be estimated on the side of public interventions, it is much harder to do the same for the sensitive part of the households 'out-of-pocket' expenditure. Options for estimation exist but present limitations, some of which are highlighted here.

**Keywords:** Health care market analysis, Health 'general', Health 'other'.

**JEL classification code:** H51, I10, I11, I19

*"Ik weet slechts één ding: dat ik niets weet." (Socrates)*



## Inhoudsopgave

---

1	Voorwoord	123
2	Inleiding	124
3	Uitgaven voor gezondheidszorg	126
4	Gezondheidsrekeningen	130
4.1	Rekeningen waarover ?	130
4.2	Opbouw: de drie dimensies van de gezondheidsrekeningen: wie, wat, waarom?	132
4.2.1	'Financing agents': 'wie betaalt een deel van derekening'?	133
4.2.2	'Functies' van gezondheidszorg	135
4.2.3	Verstrekkers	136
5	In België	137
5.1	Enkele resultaten	138
5.1.1	Totale lopende gezondheidsuitgaven	138
5.1.2	Uitgaven naar 'Financing agent'	141
5.1.3	Uitgaven naar functie	146
5.1.4	Uitgaven naar verstrekker	147
5.2	Internationaal bekeken	148
5.2.1	'Financing agents'	148
5.2.2	'Functies' van gezondheidszorg	150
5.2.3	Verstrekkers	151
6	Maar toch nog een onvolkomen verhaal	153
7	Besluit	159

8	Bibliografie	160
9	Bijlagen	162
9.1	Bijlage 1: ICHA-classificaties	162
9.2	Bijlage 2: Total expenditure on health as a percentage of GDP, 1960-2007	168
9.3	Bijlage 3: HCxHF 2003	169
9.4	Bijlage 4: HPxHF 2003	170
9.5	Bijlage 5: HCxHF 2004	171
9.6	Bijlage 6: HPxHF 2004	172
9.7	Bijlage 7: HCxHF 2005	173
9.8	Bijlage 8: HPxHF 2005	174
9.9	Bijlage 9: HCxHP 2005	175
9.10	Bijlage 10: HCxHF 2006	176
9.11	Bijlage 11: HPxHF 2006	177
9.12	Bijlage 12: HCxHP 2006	178
9.13	Bijlage 13: HCxHF 2007	179
9.14	Bijlage 14: HPxHF 2007	180
9.15	Bijlage 15: HCxHP 2007	181
9.16	Bijlage 16: HFxFS 2007	182
9.17	Bijlage 17 : Groeipercentages van het indexcijfer der consumptieprijzen	183
9.18	Bijlage 18: Bondige beschrijving van de gebruikte verdelingsmethode van de geregistreerde bestedingen	184

## 1 Voorwoord

De Studie- en Documentatiedienst van de Federale Overheidsdienst Financiën nodigde ons uit om mee te werken aan dit themanummer van het Documentatieblad, dat gewijd is aan de ziekteverzekering. Wij willen hen hiervoor op deze plaats bedanken. We hebben ervoor geopteerd om onze bijdrage toe te spitsen op een zeer bijzonder onderwerp, met name op het situeren van de financiële last van de gezondheidszorg in ons land in een internationale context. Deze invalshoek verschilt van die welke reeds elders in dit nummer aan bod komen, zoals de begrotingsdiscussie, de kost in het licht van de veroudering, of een benadering vanuit de ziekenfondsen. Daarvoor gaan we in op een nog jonge oefening die door de FOD Sociale Zekerheid de laatste jaren wordt uitgevoerd: de ramingen van de zgn. 'gezondheidsrekeningen'.

Op internationaal vlak zijn de werkzaamheden rond vergelijkende financiële statistieken over de gezondheidszorg nog vrij recent of beperkt in hun doelgebied, zeker wanneer men ook landen van buiten de EU wil betrekken bij de vergelijking. Ook op nationaal vlak is het aantal beschikbare alternatieven van ramingen over de totale gezondheidsuitgaven eveneens beperkt. Enkele landen zoals Duitsland en Frankrijk, maakten dit soort rekeningen reeds in het kader van de eigen beleidsvorming, maar in ons land gebeurde dit bij ons weten nog niet. Dit artikel wil dan ook de resultaten voorstellen van het werk dat werd ondernomen door de FOD Sociale Zekerheid.

Dit werk kon echter nooit tot een goed einde gebracht worden zonder de hulp, suggesties en raadgevingen van een heleboel mensen en instellingen. Ik wil hen hier dan ook bedanken hiervoor:

Franz Rego, Rodrigo Ruz-Torres en Marielle Tailfer van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV);  
 Alex Masselis, Assuralia;  
 Bertrand Jadoul en Claude Modart van de Nationale Bank van België;  
 Jozef Pacolet, Katholieke Universiteit Leuven;  
 Cor van Mosseveld, Eurostat en WHO;  
 Marcus Schneider, BASYS;  
 Dirk Doom, Controledienst voor de Ziekenfondsen;  
 Peter Willemé, Federaal Planbureau;  
 En heel in het bijzonder ook mijn collega's op de FOD: Sébastien Bastaits, Christel Nuyens en Lutgarde Aertgeerts.

Ik moet ook een bijzondere vermelding maken van mensen, zonder wiens steun aan het project de benodigde ruimte voor de uitvoering ervan nooit zou zijn gecreëerd:

Tom Auwers, Directeur-generaal bij de FOD Sociale Zekerheid en Henri De Ridder, Directeur-generaal bij het RIZIV.

*"De eerste liefde is een beetje dwaasheid en veel nieuwsgierigheid."  
 (G.B. Shaw).*

## 2 Inleiding

Dit themanummer van het Documentatieblad is gewijd aan de gezondheidszorg. De bijdrage die dit artikel daarbij wil bieden, is om te proberen om de raming van de financiële omvang van de consumptie aan gezondheidszorg in België toe te lichten en deze te situeren in een internationale context en om ook een licht te werpen op de manier waarop gepoogd werd dit te realiseren. Dit gebeurt aan de hand van een oefening die sedert enkele jaren gevoerd wordt door de FOD Sociale Zekerheid, gebruik makend van de door de OESO ontwikkelde 'Health accounts'-methodologie. In het bredere kader van dit themanummer, zal ook even stilgestaan worden bij de in de gezondheidsrekeningen opgenomen publieke bestedingen aan gezondheidszorg.

Een belangrijke voorwaarde om de discussie over de financiering van de gezondheidszorg te kunnen voeren, is beschikken over voldoende, coherente en vergelijkbare informatie. Er is in ons land een grote massa financiële gegevens beschikbaar van verschillende betrokken partijen: de sociale zekerheid (de ziekteverzekering), overheidsbegrotingen, aanvullende verzekeraars, enz..., maar deze informatiebronnen zijn echter vaak partieel. Zeer vaak betreffen zij enkel het bevoegdheidsdomein van de betrokken instelling en werden zij door de verschillende betrokkenen geleidelijk opgebouwd in functie van de eigen informatienoden. Zulke gegevens zijn dan ook vaak niet geschikt voor internationale vergelijkingen, omwille van de vele verschillen tussen de gezondheidsystemen in de landen.

De beleidsmaker moet echter evolueren in een complexe wereld, met vele actoren en vele uitdagingen. De uitdagingen die aan de beleidsmaker gesteld worden omwille van factoren zoals veroudering, gedragswijzigingen, de toenemende technologische ontwikkeling van de zorgverstrekking binnen de gezondheidssystemen, maken dat de bestaande, beperkte en opgedeelde informatiesystemen niet altijd meer voldoen. Er is nood aan een instrument dat een globaal zicht kan bieden op het geheel van het gebruik van de gezondheidsystemen en dat aan de beleidsmakers een analyse-instrument ter beschikking kan stellen om te oordelen over de besteding der middelen en om antwoorden te formuleren op vragen zoals hoe duur de ziekteverzekering wel is, of het absoluut noodzakelijk is om meer in onze gezondheidszorg te investeren? Moeten er besparingen komen? Of juist niet? In hoeverre is het verantwoord om de zorgkosten te socialiseren? Moet 'collateral damage' van mensen die hun zorgkosten moeilijk of niet kunnen dragen als onvermijdelijk bestemd worden? Kostendeling of gratis zorg? Het heeft te maken met vragen over hoe de efficiëntie, rechtvaardigheid en de adequaatheid van de systemen kunnen verbeterd worden. In een toenemend internationaler context, is het ook logisch dat gezocht wordt naar internationaal en over de tijd vergelijkbare datasets.

Zulk aggregierend rapporteringsinstrument bestond (nog) niet voor ons land en ook voor het maken van internationale vergelijkingen waren weinig of geen alternatieven beschikbaar, zeker niet met een algemeen aanvaarde methodologie. In Europa bestaan sedert de 70-er jaren de zgn. SESPROS-rekeningen inzake sociale bescherming, maar deze hebben een beperkte opzet: zij kijken enkel naar

de publiekrechtelijke interventies die de lasten van sociale risico's mee helpen opvangen voor de particulieren. Zij bestrijken dus bv. niet de mate waarin de gezinnen zelf hun kosten verbonden aan de sociale risico's betalen.

In 2002 bood de OESO met de publicatie van '**A System of Health accounts (SHA)**', een methodologie en een instrument aan dat op deze bestaande problemen een antwoord bood. De FOD Sociale Zekerheid heeft gepoogd om deze op de Belgische situatie toe te passen. De resultaten van dit werk zullen kort toegelicht worden, vooral door enkele voorbeelden te geven van informatie die in de rapporten vervat zit. Daarbij wordt ook getracht om een en ander in de internationale context te situeren.

In het beperkte kader van dit artikel kan echter niet veel verder gegaan worden dan het puur beschrijvende en de lezer zal zijn nieuwsgierigheid naar het hoe en waarom van sommige resultaten dus niet altijd bevredigd zien.

Eerst en vooral zullen we kort kijken naar alternatieve internationale bronnen waarin gezondheidsuitgaven geraamd worden in Europees verband. Vervolgens zullen de concepten en opbouw van de gezondheidsrekeningen aan bod komen, om ze daarna te illustreren met enkele resultaten van onze ramingen. Hierbij zal iets dieper ingegaan worden op het aandeel van de openbare financiering en van de sociale zekerheid, en zal getracht worden om België in het kort te plaatsen tussen andere landen.

Tot slot worden ook enkele probleemgebieden aangekaart, voornamelijk rond de problematiek van de zgn. 'out-of-pocket'-uitgaven van de gezinnen. Het is echter niet de bedoeling om alles tot in detail te overlopen in het kader van dit artikel. Dit zou ons opnieuw te ver leiden.

In de bijlagen zal u, naast alle tabellen die de ramingen bevatten zoals zij op dit moment werden gemaakt voor ons land, een korte beschrijving vinden van de werkwijze die door ons werd gevolgd.

Volgens Churchill verdwalen trotse mensen liever dan de weg te vragen. In de ontwikkeling van 'onze' gezondheidsrekeningen hebben wij soms keuzes moeten maken en gemaakt. Keuzes kunnen altijd bekritiseerd worden, en wij staan zeker open voor alle kritiek: wij zijn niet te trots om te leren van anderen en uit onze fouten. Maar wij hopen ook te mogen rekenen op enig begrip vanwege de lezer voor het feit dat deze werkzaamheden nog in volle ontwikkeling zijn en dat continu gewerkt wordt aan het verbeteren van onze methodes en onze bronnen om tot een solide resultaat te komen. Misschien zullen we dan ook uit de dwaasheid van onze eerste liefde voor de gezondheidsrekeningen moed putten om onze nieuwsgierigheid verder te bevredigen en misschien, als we pretentius mogen zijn, ook die van anderen.

### 3 Uitgaven voor gezondheidszorg

Er bestaan weinig instrumenten die het mogelijk maken om een internationale vergelijking te maken inzake de financiële omvang van de gezondheidszorg, en die tegelijk ook enige vorm van analyse mogelijk maken. FOD Sociale Zekerheid is bij twee ervan betrokken: de sociale rekeningen van Sespros en de Gezondheidsrekeningen.

#### Sespros<sup>(1)</sup>

Zoals in de inleiding reeds vermeld, worden op Europees niveau sinds de 70-er jaren een aantal statistieken opgevraagd rond de financiële weerslag van de maatregelen inzake sociale bescherming in de lidstaten. Deze financiële rekeningen bieden een overzicht van de ontvangsten en de uitgaven van de bestaande voorzieningen tegen een aantal specifieke sociale risico's volgens bijgaande definitie<sup>(2)</sup>:

“Social protection encompasses all interventions from public or private bodies intended to relieve households and individuals of the burden of a defined set of risks or needs, provided that there is neither a simultaneous reciprocal nor an individual arrangement involved.

The list of risks or needs that may give rise to social protection is fixed by convention as follows:

- 1) Sickness/Health care
- 2) Disability
- 3) Old age
- 4) Survivors
- 5) Family/children
- 6) Unemployment
- 7) Housing
- 8) Social exclusion not elsewhere classified.”

De definitie mikt vooral op voorzieningen die de kosten en lasten van sociale risico's 'socialiseren' (of spreiden over de grotere groep), vermits individuele

1 SESPROS: Système Européen de Statistiques intégrées sur la PROtection Sociale.

2 Esspros manual 1996, §11, blz 12.

‘arrangementen’ op basis van een gelijktijdige en equivalente wederkerigheid worden uitgesloten.<sup>3)</sup> De financiële gegevens zijn ook beperkt tot de ontvangsten en uitgaven die voor de instellingen veroorzaakt worden door de voorzieningen die zij beheren. Uitgaven en ontvangsten verbonden aan puur vrijwillige individuele voorzieningen en het persoonlijke ten laste genomen aandeel van de lasten en kosten verbonden aan deze sociale risico’s, en dus ook ziekte en invaliditeit, worden in deze rekeningen niet opgenomen.

Gezondheidszorg maakt weliswaar deel uit van de sociale risico’s die door Sespros bestreken worden, maar hoewel ogenschijnlijk behorend tot de functie Ziekte/Gezondheidszorg, moet er rekening mee gehouden worden dat bv. ook zorg omwille van een permanente beperking opgenomen is: onder de functie invaliditeit. De SESPROS-cijfers bevatten zowel de uitgaven in het kader van de terugbetalingen van ziektekosten in de ziekteverzekering, verzekering arbeidsongevallen en beroepsziekten, maar ook toegekende vervangingsinkomens, ook vanuit aanvullende verzekeringen (de zgn. ‘2e pijler’). Bovendien bevat het ook de weerslag van een aantal maatregelen ten gunste van zieken, invaliden of minder-validen die echter niets met de zorg te maken hebben, zoals bv. sociale tariefverminderingen ten hunnen gunste. Onder de functie ‘Invaliditeit’ vallen verder ook de uitkeringen aan minder-validen alsook uitgaven in het kader van maatregelen van sociale integratie voor hen.

Hierna vindt u een overzicht van de totale gerapporteerde volumes aan uitgaven voor de functies ziekte en invaliditeit in België en een aantal andere EU-landen.

---

3 Esspros manual 1996, §19 e.v., blz. 20 e.v.

Tabel 1: Lopende uitgaven voor de functie Ziekte, in % BBP <sup>(4)(5)</sup>

geo/time	1996	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
European Union (27 countries)	:	:	:	:	:	7,5	7,5	7,4
Euro area (15 countries)	:	7,3	7,4	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6
Belgium	6,5	6,2	6,3	7,4	7,6	7,6	7,4	7,4
Denmark	5,4	5,8	6,0	6,1	6,1	6,1	6,2	6,5
Germany (including ex-GDR from 1991)	8,5	8,4	8,4	8,5	8,1	8,1	8,0	8,0
Ireland	5,9	6,1	6,4	6,6	6,8	6,9	7,0	7,2
Greece	4,9	6,1	6,1	6,0	6,1	6,6	6,8	6,7
Spain	6,0	5,8	6,0	6,2	6,3	6,3	6,3	6,4
France	8,2	8,1	8,4	8,6	8,8	8,8	8,7	8,7
Italy	5,4	6,3	6,2	6,2	6,5	6,8	6,9	6,7
Luxembourg (Grand-Duché)	5,3	5,2	5,4	5,4	5,5	5,5	5,0	4,9
Netherlands	7,7	7,5	7,9	8,2	8,1	8,0	8,8	8,7
Austria	7,0	7,2	7,2	7,2	7,2	7,1	7,0	7,1
Poland	:	3,9	4,2	4,1	3,8	3,8	3,8	3,9
Portugal	5,7	6,3	6,7	6,4	7,0	7,1	6,9	6,6
Slovenia	7,1	7,5	7,5	7,5	7,4	7,3	7,1	6,7
Slovakia	7,0	6,4	6,3	5,7	5,0	4,8	4,7	4,7
Finland	6,5	5,9	6,2	6,4	6,6	6,7	6,6	6,5
Sweden	7,2	8,4	8,7	8,8	8,3	8,0	7,8	7,6
United Kingdom	6,3	7,1	7,1	7,6	7,7	8,0	8,0	7,6

4 Bron: Sespros - Eurostat.

5 De breuk in de reeks in de cijfers voor België, die in de twee functies optreedt, heeft te maken met de methodologische herclassificatie van een aantal uitgaven tussen de functies invaliditeit en moederschap naar de functie ziekte.

Tabel 2: Sespros: Lopende uitgaven voor de functie Invaliditeit, in % BBP

geo/time	1996	2001	2000	2003	2004	2005	2006	2007
European Union (27 countries)	:	:	:	:	:	2,1	2,1	2,0
Euro area (15 countries)	:	1,9	1,9	2,0	1,9	1,9	1,9	1,8
Belgium	2,3	2,4	2,3	2,0	2,0	2,0	1,9	1,8
Denmark	3,3	3,5	3,4	4,0	4,1	4,2	4,3	4,2
Germany (including ex-GDR from 1991)	2,3	2,2	2,2	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0
Ireland	0,9	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0
Greece	0,9	1,2	1,1	1,2	1,1	1,2	1,1	1,2
Spain	1,6	1,5	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6
France	1,7	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8
Italy	1,7	1,4	1,4	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5
L u x e m b o u r g (Grand-Duché)	2,6	2,9	2,5	2,9	2,9	2,8	2,6	2,3
Netherlands	3,4	2,8	2,9	2,9	2,8	2,5	2,4	2,5
Austria	2,8	2,6	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2
Poland	:	2,8	2,7	2,5	2,3	2,0	1,9	1,7
Portugal	2,3	2,5	2,5	2,6	2,4	2,3	2,4	2,3
Slovenia	2,0	2,1	2,1	1,9	1,9	1,9	1,8	1,6
Slovakia	1,2	1,5	1,4	1,6	1,3	1,3	1,3	1,3
Finland	4,5	3,3	3,4	3,4	3,4	3,4	3,2	3,1
Sweden	3,8	4,0	3,9	4,5	4,6	4,6	4,5	4,4
United Kingdom	2,8	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,4	2,4

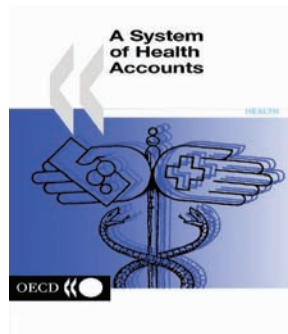
Volgens deze gegevens, bedragen de uitgaven ingevolge maatregelen ter bescherming van zieken en invaliden in ons land meer dan 9% van het BBP. De 'pure' uitkeringsbenadering van SESPROS is echter van een heel andere aard dan het trachten te meten van de consumptie van gezondheidsdiensten. SESPROS biedt ook geen dieper inzicht in de toepassingen van de uitgaven. Men maakt wel het onderscheid tussen vervangingsinkomens en terugbetalingen van zorgen, maar men kan waarschijnlijk toch aannemen dat minstens een gedeelte van de toegekende vervangingsinkomens hoogstwaarschijnlijk ook zal gebruikt worden voor de (financiering van) consumptie van gezondheids- en zorgdiensten door de genietters ervan. Beide optellen zou een flagrante dubbeltelling veroorzaken.

Deze gegevens bieden misschien wel een basis om te komen tot een vergelijking van de kostprijs van de verschillende vormen van uitkeringen die in landen voorkomen, desgewenst met het onderscheid tussen uitkeringen en diensten. Vergelijkingen m.b.t. verplichte of vrijwillige, aanvullende of basisvoorzieningen zijn ook mogelijk. Maar met het oog op de meting van het totale gebruik van de diensten van sociale bescherming, biedt SESPROS evenwel geen oplossing, al was het maar omdat de private aankoop van diensten er niet in is opgenomen. Er is dus nood aan een ander rapporteringsinstrument, dat ook een andere invalshoek biedt. In het domein dat ons interesseert, de gezondheids- en langdurige zorgdiensten, werden de gezondheidsrekeningen hiervoor opgezet.

## 4

## Gezondheidsrekeningen

“There ain’t no such thing as a free lunch” Met zijn allen zijn we er op vooruitgegaan inzake levensverwachting, maar de geboekte vooruitgang van de volksgezondheid heeft een prijs gehad: uit de Health database van de OESO kan worden afgeleid dat tussen 1960 en 1995 de uitgaven besteed aan gezondheidszorg in de OESO-lidstaten verdubbeld is in termen van hun aandeel in het BBP: het OESOGemiddelde steeg van 3,8% naar 7,7%.<sup>(6)</sup> Maar kunnen we de onderliggende evoluties van deze stijging herkennen en verklaren? Waar en hoe heeft deze stijging plaatsgevonden? De manual ‘A System of Health Accounts’ (SHA<sup>(7)</sup>) van de OESO wil een instrument zijn dat dit enigszins mogelijk maakt.



Volgens de gemaakte ramingen, bedragen de lopende gezondheidsuitgaven in België iets minder dan **10% van het BBP**, of ongeveer **32,8 Miljard EUR** in 2007. Het is de bedoeling om met dit artikel te proberen dit cijfer te duiden en in een internationale context te plaatsen. Echter, met het oog op de interpretatie van de cijfers, is het onontbeerlijk om eerst duidelijk te beschrijven waarover het gaat. De ‘SHA’-methodologie is daarbij onze leidraad.

#### 4.1 Rekeningen waarover ?

##### “Gezondheidszorg”?

Van ‘gezond’ en ‘gezondheid’, zijn echte definities niet erg verspreid. Zelfs Van Dale omschrijft ‘gezond’ als ‘niet ziek’. Een definitie van gezondheidszorg en langdurige zorg om het geviseerde domein af te bakenen, is echter noodzakelijk: in de OESO-handleiding wordt ook geen echte definitie gegeven van deze termen, maar wordt wel het concept van gezondheidszorg als volgt omschreven (eigen vertaling)<sup>(8)</sup>:

6 OECD Health database 2009 ([www.ecosante.org](http://www.ecosante.org)) – Total current expenditure on health.

7 SHA: System of health accounts, verder in de tekst zal deze afkorting ook gebruikt worden om te verwijzen naar de handleiding ‘A system of health accounts’ of naar ‘de gezondheidsrekeningen’ als dusdanig.

8 Bron: ‘A System of health accounts’ OESO, 2000, blz.42.

*“Het concept van gezondheidszorg dat aan de basis ligt van het ontwerp van de ICHA-HC functionele classificatie*

Activiteiten van gezondheidszorg in een land omvatten de som van de activiteiten gepresteerd door zowel instellingen als individuen die, door het toepassen van medische, paramedische en verplegingskennis en –technologie, als doelstelling nastreven om:

- ▶ gezondheid te bevorderen en ziekte te voorkomen;
- ▶ ziekte te genezen en voortijdige mortaliteit te verminderen
- ▶ te zorgen voor personen, aangetast door chronische ziekten die verpleging noodzakelijk maken;
- ▶ te zorgen voor personen die gezondheidsgelateerde belemmeringen ondergaan, alsook invaliditeit of handicaps, die verpleging nodig hebben;
- ▶ patiënten bij te staan om in waardige omstandigheden te sterven;
- ▶ verstrekken en beheren van de volksgezondheid;
- ▶ verstrekken en beheren van gezondheidsprogramma’s, ziekteverzekering en andere financieringsarrangementen;”

‘Gezondheid’ wordt dus ook in SHA niet echt gedefinieerd, maar het domein dat door de gezondheidsrekeningen te bestrijken is, wordt omschreven als alle diensten die toestanden die de ‘gezondheid’ aantasten, moeten tegengaan. Belangrijk is ook dat de definitie enkel verwijst naar ‘activiteiten gepresteerd’, wat dient verstaan te worden in termen van verleende diensten en goederen en dus niet in termen van eventuele verstrekking van inkomens of vervangingsinkomens. Hier ligt dus een essentieel verschilpunt met de SESPROS-rekeningen van Eurostat.

Gezondheidszorg vs. ‘Sociale’ zorg:

In verband met het aflijnen van het domein van de gezondheidszorg, dat door de gezondheidsrekeningen bestreken wordt, stelt zich nog een belangrijk probleem. Met name het onderscheid tussen ‘langdurige zorg’ in het teken van gezondheid en de langdurige ‘sociale’ zorg. In functie van het meest getroffen bevolkingsdeel zou men dit kunnen verwoorden als “Wanneer wordt oud zijn een ziekte?”. Want zolang het geen ‘ziekte’ is, valt de verzorging buiten het domein van de gezondheidsrekeningen, maar van zodra de zorg gezondheidsgelateerd is, moet hij in principe wel worden opgenomen. Er moet toegegeven worden dat de manual, in zijn huidige versie geen sluitende definitie biedt: er wordt enkel verwezen naar het feit dat in de gezondheidsrekeningen langdurige zorg dient opgenomen te worden, in zoverre deze medische en verplegingsdiensten vereisen<sup>(9)</sup>. De diensten in rusthuizen vallen in ruime mate onder dit dilemma.

9 ‘A system of health accounts’, blz. 118.

## “Consumptie”

In de OESO-manual<sup>(10)</sup> wordt op blz. 57 volgende definitie gegeven voor de bestedingen die gemeten worden:

*“Lopende uitgaven voor gezondheid per zorgfunctie, verstrekker en financieringsbron (=totaal gebruik door residente eenheden van gezondheidszorgdiensten en goederen per zorgfunctie, verstrekker en financieringsbron, in lopende prijzen”*

De gezondheidsrekeningen hebben tot doel de consumptie (= totaal gebruik) van diensten voor gezondheids- en langdurige zorg te meten, zoals blijkt uit de definitie. In onze interpretatie houdt dit in dat we een raming trachten te maken van de totale ‘omzet’ van de sector, het totale bruto-verkoopscijfer, dus een waardering aan ‘verkoop prijs’.

De gezondheidsrekeningen zijn een systeem van ‘uitgavenboekhouding’. Er wordt niet in voorzien om te kijken naar de financiering of de inkomsten van het systeem. Gezondheidsrekeningen laten dus niet toe om af te leiden of deze ‘sector’ een boni of mali vertoont in zijn financiering. Het gaat ook niet om de geproduceerde goederen en diensten of om de gecreëerde toegevoegde waarde te ramen.

Consumptie van diensten is ook niet hetzelfde als de ‘kost’ van de gezondheidszorg zoals dat in bedrijfseconomische termen begrepen wordt. De SHA-rekeningen omvatten immers geen balansrekeningen, met informatie met betrekking tot de activa en passiva van ‘de sector’, waardoor concepten zoals kapitaalvorming en afschrijvingen, eveneens aan betekenis verliezen in deze context.

‘Residente’ eenheden wil zeggen, dat het gaat om consumptie door particulieren, bedrijven, instellingen die in het binnenland gedaan wordt voor zover zij zich op het grondgebied bevinden. Bij wijze van voorbeeld: de gezondheidszorg die een Belg in het buitenland consumeert omdat hij daar ziek is geworden, wordt dus niet meegerekend. Anderzijds worden de zorgen die op ons grondgebied verstrekt worden aan buitenlandse toeristen, eveneens niet opgenomen.

## 4.2 Opbouw: de drie dimensies van de gezondheidsrekeningen: wie, wat, waarvoor?

Het stelsel van de gezondheidsrekeningen is driedimensionaal opgebouwd. De verschillende definities kunnen in verband worden gebracht met drie onderzoeksvragen:

- ▶ wie consumeert: de ‘financieringsvoorziening’ (of degene die de rekeningen betaalt)?
- ▶ door wie worden de zorgen verstrekt: de verstrekkers (dokters, ziekenhuizen,...)?
- ▶ waarvoor worden de diensten verstrekt: de functies van gezondheidszorg (acute zorg, revalidatie, verpleging,...)?

<sup>10</sup> ‘A system of health accounts’.

Op elk van deze dimensies wordt hierna dieper op ingegaan.

### *Classificaties*

De gezondheidsrekeningen werden opgevat als een ‘satellietrekening’ bij de Nationale Rekeningen. Bij de definiëringen die werden gebruikt, werd dan ook bijzonder getracht om zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande classificaties van producten en activiteiten (NACE<sup>(11)</sup>, COICOP<sup>(12)</sup>, enz..). Echter voor de definitie van de in SHA gebruikte dimensies, werden specifieke classificaties ontworpen (ICHA - International Classification of Health Accounts), die toch elementen van bestaande begrippen en definities overnemen uit de nationale rekeningen (SNA<sup>(13)</sup>), voornamelijk in bepaalde hergroeperingen. Dit zal waarschijnlijk duidelijker worden wanneer we naar de tabellen zelf zullen kijken. In de bijlagen vindt u de classificaties (zonder definities weliswaar).

In het kader van dit artikel, zullen we ons echter voornamelijk beperken tot de financiering van de consumptie. De andere dimensies zullen veel korter behandeld worden. Omdat de term ‘financiering’ verwarrend kan voorkomen, moet het duidelijk zijn dat deze vraag eigenlijk uitgaat van wie de rekening betaalt op het moment van de consumptietransactie, zonder zich in eerste instantie de vraag te stellen van waar zijn/haar inkomsten komen. Er wordt dus gekeken naar hoeveel geld van de ziekteverzekering voor consumptie van gezondheidsdiensten wordt gebruikt, en niet naar de inkomsten van die sociale zekerheid (wat men zeer vaak bedoeld met de term financiering). Dit laatste vraagstuk wordt benaderd via de ICHA-FS-classificatie : de zgn. ‘Financing sources’, en valt eigenlijk buiten de driedimensionale ‘kern’ van de gezondheidsrekeningen.

#### **4.2.1 ‘Financing agents’: ‘wie betaalt een deel van de rekening?’**

Het doel van dit artikel is te trachten om iets dieper in te gaan op de financieringswijzen van de consumptie van gezondheidsdiensten en een internationaal vergelijken ervan. Kan men eventueel verschillende tendensen onderscheiden? “De consument” betaalt de rekening, maar is hij de enige? België kent een systeem van kostendeling, via de sociale zekerheid enerzijds, maar ook met de mogelijkheid om via zgn. vrijwillige aanvullende verzekeringen (individueel of via groepsverzekeringen) bijkomende dekking van de eigen kosteninterventie te verwerven. Omdat men kijkt naar het moment van de transactie van de dienstverlening, wordt kostendeling in het kader van de SHA gezien als een consumptieaandeel, en niet als een inkomenstransfer naar de gezinnen. Er zijn ook nog een aantal administraties die zelf een aantal van de diensten of een deel ervan financieren. De subsidies voor de ligdagprijzen van de ziekenhuizen zijn daarvan een voorbeeld.

Bovendien zijn er naast de individuele consumenten ook nog andere groepen die gezondheidsdiensten consumeren: overheden, bedrijven,...

11 NACE: Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne».

12 COICOP : Classification of Individual Consumption According to Purpose.

13 SNA: System of National Accounts.

Binnen de gezondheidsrekeningen wordt gepoogd om de verschillende betalingskanalen zo exhaustief mogelijk te identificeren. Naar al deze financieringsstelsels wordt verwezen als de zgn. **Financing agents**<sup>(14)</sup> (ICHA-HF classificatie – International Classification of Health Accounts – Health Financing agents). Nochtans geeft de SHA-manual voor de ICHA-classificatie geen echte definitie van wat onder een ‘financing agent’ moet verstaan worden, maar verwijst zij enkel naar de verschillende wijzen op dewelke de vergoeding van de consumptie van gezondheidsdiensten gebeurt. Zij kijkt dus als het ware naar de ‘laatste betaler’ in de ketting.

Er zijn drie niveaus van aggregatie van ‘Financing agents’. Deze aggregatie berust eigenlijk op de institutionele indeling in sectoren, gehanteerd in het kader van de nationale rekeningen:

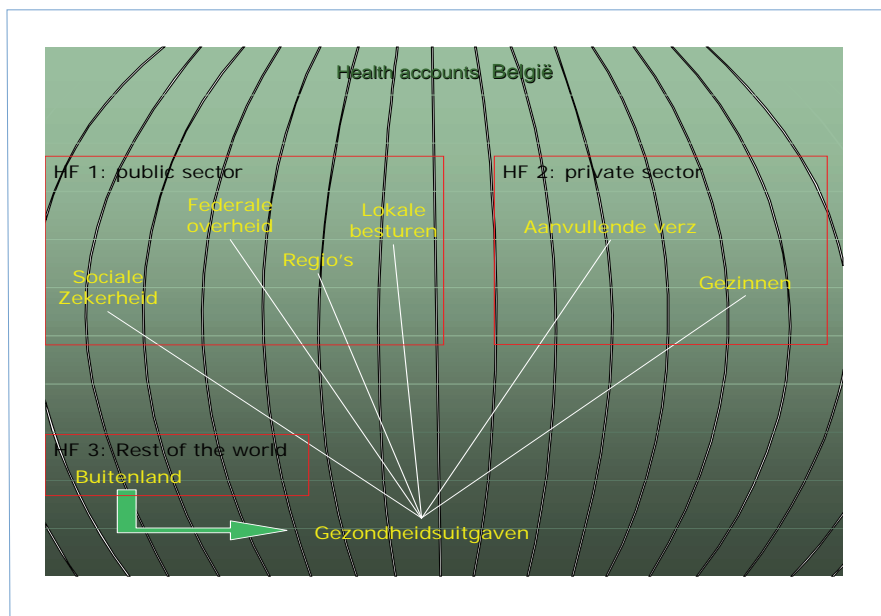
HF 1: de publieke stelsels (overheden en sociale zekerheid);

HF 2: de private stelsels (gezinnen, verzekeringen en andere private organisaties en bedrijven);

HF 3: het buitenland.

Grafisch kunnen de verschillende financieringskanalen als volgt voorgesteld worden (figuur 1 hieronder), zonder dat dit aanduiding geeft van de financiering van elk van deze kanalen apart. De figuur geeft ook geen aanduiding van de aard van de consumptieve bestedingen: zo kan de overheid tussenkomen in de kostprijs van de diensten, bv. subsidiëring, maar zij kan ook rechtstreeks diensten consumeren (bv. de werkingskosten van urgentiediensten).

Figuur 1: ‘Financing agents’ in het gezondheidssysteem



Bron: FOD Sociale Zekerheid.

Zoals naar voor komt uit de figuur, is het zo dat de overheid (HF 1) dus uiteenvalt in verschillende onderrubrieken: de federale overheid (HF111), de deel-

14 'A system of health accounts', blz. 67 e.v.

staatoverheden (HF112), de lokale overheden (gemeenten en provincies) (HF113) en de sociale zekerheid (HF12)

Onder HF2, de private sector worden in België verstaan: de (volgens onze administratieve organisatie aanvullende) private 'sociale' verzekeringen (HF21) en de aanvullende verzekeringen van 'gewone' ziekteverzekeraars (de ziekenfondsen) (HF22), de eigen bijdragen (remgelden) en andere rechtstreekse consumptie van de gezinnen of de zgn.'out of pocket' (HF23). Onder HF24 worden vzw's opgenomen, terwijl de overige corporatieve organisaties (bedrijven) verzameld worden onder HF25. Onder deze groep zou men dus bv. de bedrijfsgeneeskunde moeten terugvinden, maar dat is nog niet het geval voor de Belgische ramingen.

Het buitenland (HF3) speelt dan weer geen rol van betekenis in de financiering van de eindconsumptie van gezondheidsdiensten in ons land. Deze financieringsstroom is veel meer relevant in bv. ontwikkelingslanden, waar de gezondheidszorg in minder of meer belangrijke mate gefinancierd wordt via bv. ontwikkelingshulp door andere landen.

De 'Financing agents' kunnen eerder gezien worden als de herverdelingsmechanismen van de middelen. In omvang het belangrijkste kanaal is in dit opzicht natuurlijk de sociale zekerheid, met de ziekteverzekering, maar ook de geneeskundige prestaties in het kader van de arbeidsongevallen- en beroepsziektenverzekering.

#### 4.2.2 'Functies' van gezondheidszorg

De eerste dimensie van de gezondheidsrekeningen die we bekeken, betrof de financieringskanalen terwijl de verdere dimensies van de gezondheidsrekeningen met name de 'functies' betreffen of waarvoor het geld gebruikt wordt (of welk soort diensten ermee gekocht worden), en de 'verstrekkers' of de voorzieningen via dewelke de dienstverstrekking verloopt.

Hoewel we ze niet als eerste behandelden, is de functionele classificatie eigenlijk centraal in de gezondheidsrekeningen. De basisdefinitie van wat tot gezondheidszorg moet worden gerekend<sup>(15)</sup>, gaat uit van de doelstelling van de diensten. Het volstaat dus niet dat een dienst door een verstrekker wordt geleverd, die tot de medische sector behoort, hij moet ook nog eens aan een aantal doelcriteria beantwoorden. Dit moet bv. vermijden dat de verhuur van een bloemenstalletje in een ziekenhuislobby als een gezondheidsdienst wordt verrekend.

Er wordt geen echte definitie gegeven van wat een 'health care function'<sup>(16)</sup> is: er wordt enkel verwezen naar een lijst van activiteiten en diensten, die te maken hebben met het in praktijk brengen van de doelstellingen van deze activiteiten.

Vanuit deze benadering worden de gezondheidsdiensten opgedeeld naar een aantal groepen van diensten met eenzelfde finaliteit: acute zorg, revalidatie, geneesmiddelen, preventie, enz...Deze 'finaliteiten' kunnen gelezen worden als een soort 'etappes' in het zorgproces. Men komt eerst en vooral in de fase van

<sup>15</sup> zie blz. 8.

<sup>16</sup> 'A system of health accounts' blz. 41 e.v.

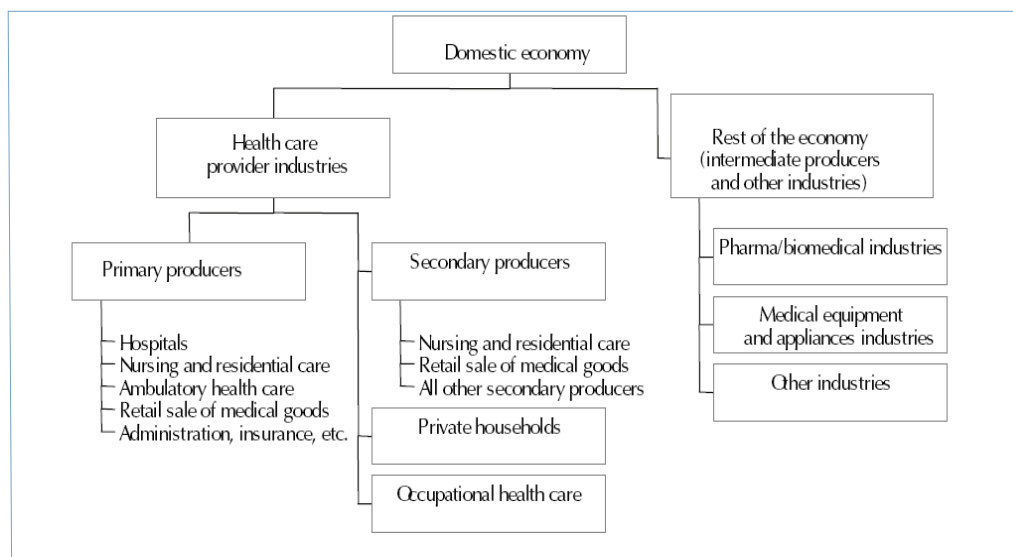
de acute behandeling, waarna revalidatie kan zorgen en uiteindelijk langdurige zorg. Medicatie en een aantal ondersteunende diensten vullen deze zorgepisodes aan. Preventie en volksgezondheid dienen dan weer de doelstelling om mensen zo lang mogelijk buiten de acute zorg te houden. Deze opdeling wordt de 'functies' van gezondheidszorg genoemd.

#### 4.2.3 Verstrekkers

Tenslotte willen we ook even de derde dimensie van de gezondheidsrekeningen aanraken: de verstrekkers van gezondheidszorg. Welke zijn de uiteindelijke 'leveranciers' van de diensten aan de patiënten? Het gaat dan over de ziekenhuizen, verzorgingstehuizen, apothekers, huisartsen, kinesisten, enz.... Deze dimensie verdeelt de gezondheidsuitgaven volgens een meer institutionele indeling van de actoren die een onderdeel van de zorgverstrekking voor hun rekening nemen.

De indeling van verstrekkers kreeg uiteindelijk vorm in de ICHA-HP (International Classification of Health accounts – Health care Providers). In de handleiding<sup>(17)</sup> spreekt men voornamelijk over 'provider industries', hoewel er ook voor deze term geen echte definitie verstrekt wordt. De 'provider'-classificatie wordt er omschreven als een verfijnde en gewijzigde versie van de gezondheidsgerelateerde delen van de ISIC-classificatie<sup>(18)</sup>, volgens het onderstaande schema, waarbij de verschillende onderdelen (ziekenhuizen,..) wel specifiek gedefinieerd worden in de manual, verwijzend naar de soorten diensten en de wijze waarop deze verstrekt worden. Maar hierop verder ingaan zou ons te ver leiden.

Figuur 2: Verstrekkers van gezondheidszorg



Bron: 'A system of health accounts', OESO, 2000, blz. 52.

<sup>17</sup> 'A system of health accounts', blz. 51 e.v.

<sup>18</sup> International Standard Industrial Classification.

## 5 In België

In 2000-2001 heeft de FOD Sociale Zekerheid het initiatief genomen om te trachten een 'Gezondheidsrekening' voor ons land samen te stellen, in overeenstemming met de OESO-methodologie. Het zijn de voornaamste resultaten van dit nu reeds voor 5 jaren proberen, zoeken, vergissen en verbeteren die in dit artikel voorgesteld zullen worden. Wij willen de lezer wel waarschuwen : dit is nog steeds een 'werk in uitvoering'. Bepaalde ramingen zijn zeer zeker voor verbetering vatbaar en dat wordt ook erkend. Wij willen daarom ook de aandacht vestigen op een aantal van deze tekortkomingen, met een ootmoedig verzoek om deze voorlopig nog te tolereren, of om welkome suggesties door te spelen.

Het artikel is ook puur beschrijvend bedoeld. Ook de SHA-methodologie is nog zeer jong en kinderziekten werden en worden dan ook nog steeds vastgesteld. Op dit moment wordt door Eurostat, OESO en WHO samengewerkt om tot een herziene en verbeterde methodologie te komen.

Vooraleer verder te gaan, is het misschien nuttig om even te kijken naar de invalshoek vanuit welke voor ons land is geprobeerd om de gezondheidsrekeningen te benaderen. Het is immers niet zo dat wij over verschillende informatiebronnen zouden beschikken, die zomaar zouden toelaten om voor elk van deze drie dimensies tot convergerende resultaten te komen. Het is dus nodig gebleken om aan één dimensie de voorkeur te geven, en waar nodig te verfijnen met elementen die nuttig kunnen zijn in de relatie met de andere dimensies. We hebben ervoor geopteerd om de financieringsdimensie als invalshoek te gebruiken. Het is voor ons de dimensie waarvoor de informatie het gemakkelijkst ontsluitbaar is en die aansluit bij de ervaring en expertise van de FOD Sociale Zekerheid met de economische rekeningen van de sociale zekerheidsinstellingen en de ramingen van de sociale beschermingsuitgaven (SESPros) voor Eurostat. Het is ook deze dimensie die toelaat om een link te maken met andere delen van dit nummer van het Documentatieblad.

De uitgangsvraag die werd gesteld, is dus:

*“Wie betaalt een aandeel in de eindconsumptie van gezondheidsgoederen en -diensten in de zin van de SHA-definitie?”*

Zelfs al gaat deze benadering uit van de personen/voorzieningen langs welke de eindconsumptie betaald wordt (wie betaalt de dokter, de apotheker,...) dan nog vereist zij eveneens dat voor de aangekochte diensten/goederen voorafgaandelijk nagegaan wordt of deze al dan niet onder het toepassingsgebied van de definitie vallen. De productbenadering kan dus niet volledig terzijde geschoven worden. Dit kon in belangrijke mate gebeuren op basis van gedetailleerde financiële informatie in het kader van de ziekteverzekering. De meeste 'betalingskanalen' zoals zij werden geïdentificeerd in België, zijn ook enkel en alleen begaan met gezondheidsdiensten. Het aanvoelen is geweest dat de proportionele 'uitzuiveringsproblematiek' dus relatief beperkt blijft in omvang. Er dient evenwel vermeld te worden dat, zelfs al is voor de meeste onderdelen financiële informatie het gemakkelijkst toegankelijk geweest, dat niet voor alle elementen zo is en er is dus ook gebruik gemaakt van benaderende gegevens.

## 5.1 Enkele resultaten

### 5.1.1 Totale lopende gezondheidsuitgaven

Zoals reeds vermeld, bedragen de lopende gezondheidsuitgaven in België volgens onze ramingen **iets minder dan 10% van het BBP**, of ongeveer **32,8 Miljard EUR in 2007**. Dit omvat zowel de sociale zekerheidstussenkomsten, als de geraamde gezinsuitgaven en de tussenkomsten van aanvullende verzekeringen. Ook de rechtstreekse consumptie door overheden wordt meegerekend. De gebruikte waardering aan verkoopprijzen omvat weliswaar reeds voorzieningen voor investeringen en afschrijvingen, maar er wordt geen rekening gehouden met een ander deel van de kapitaalkost van de gezondheidszorg: de overige investeringsprogramma's die bv. rechtstreeks door de overheden gefinancierd worden, zoals de bouw van ziekenhuizen.

Tabel 3 : Lopende uitgaven inzake gezondheidszorg en langdurige zorg in België

Jaar	Als % BBP	In Mio EUR	Groei in %	Groei BBP(reëel) in %	Inflatie in %[1]
2003	9,7	26551,4		+0,8	
2004	10,1	29141,9	+9,8	+3,2	+1,6
2005	9,8	29733,6	+2	+1,8	+2,2
2006	9,5	30282,4	+1,8	+2,8	+1,8
2007	9,8	32774,3	+8,2	+2,9	+1,8

[1] Gezondheidsindex, gebruikt als basis voor de indexering van sociale prestaties.

Bron: OESO Health database, berekeningen FOD Sociale Zekerheid

De verhouding tussen de bestedingen aan gezondheidszorg en het BBP lijkt over de beschouwde periode relatief constant gebleven, rond de 9,5 à 10% van het BBP. Wil dit zeggen dat er een vorm van conjunctuur(on)gevoeligheid in de uitgaven aanwezig is? Men zou toch geneigd zijn aan te nemen dat de omvang van vraag (consumptie) van gezondheidsdiensten relatief ongevoelig is voor plotse economische schokken (of van plotse welvaartstoenames of -afnames) en dat de onderliggende trend zou doorlopen. De korte beschouwde periode laat waarschijnlijk niet toe om hierover gepaste conclusies te trekken.

De bedoeling van dit artikel was echter ook om een poging te wagen om de Belgische situatie internationaal te gaan situeren. Zoals gezegd, laten de gezondheidsrekeningen toe om te trachten te komen tot een korte vergelijking op internationaal niveau, waarbij de gerapporteerde uitgavenniveaus tussen landen vergeleken worden (met in acht name van alle voorzichtigheid):

Tabel 4 : Lopende gezondheidsuitgaven in % van het BBP (lopende prijzen)

	2003	2004	2005	2006	2007
Austria	9,8	9,9	9,8	9,7	9,6
Belgium	9,7	10,1	9,8	9,5	9,8
Denmark	8,9	9,0	9,1	9,2	9,3
Finland	7,7	7,8	8,0	7,8	7,7
France	10,6	10,7	10,8	10,7	10,7
Germany	10,4	10,2	10,3	10,2	10,1
Hungary	8,0	7,8	8,1	7,8	7,2
Ireland	6,8	7,0	6,9	6,8	7,3
Italy	8,0	8,3	8,5	8,6	8,3
Japan	7,9	7,9	8,0	7,9	
Luxembourg	7,4	7,9	7,6	7,1	
Netherlands	9,0	9,1	9,0	8,9	9,0
Norway	9,4	9,0	8,5	8,1	8,4
Portugal	9,2	9,5	9,7	9,5	9,4
Spain	7,9	7,9	8,0	8,1	8,2
Sweden	9,0	8,8	8,8	8,7	8,7
Switzerland	11,3	11,3	11,2	10,8	10,8
United Kingdom	7,4	7,7	7,9	8,1	8,0
United States	14,9	14,9	15,0	15,1	15,3

Bron: oeso Health data.

Volgens deze vergelijking behoort België dus tot de groep van de landen die het meest uitgeven, zonder een echte 'outlyer' te zijn. Onze buurlanden, Frankrijk en Duitsland, hebben uitgaven van een grootteorde die licht of zelfs duidelijk boven de onze ligt qua bestedingen, terwijl Nederland proportioneel iets minder spendeert aan gezondheidszorg. Wat ook opvalt, is het grote verschil tussen de 2 grootste oeso-economieën: de VS lijkt bijna het dubbel van Japan aan zijn gezondheidszorg te besteden. En toch heeft de VS tegelijkertijd de aanwezigheid van een belangrijk aantal mensen die geen enkele vorm van ziekteverzekering hebben, hoogstens kunnen genieten van een sociale ziektebijstandsregeling en wordt er een beeld opgehangen dat deze groep van mensen geen of amper toegang heeft tot gezondheidszorg (en dus geen consumenten zouden zijn).

Hoewel men misschien nog kan aannemen dat de ontwikkeling van de geneeskundige kennis van een gelijkaardig niveau is in de meeste westerse ontwikkelde economieën, kan men niet besluiten dat zij gelijkaardige middelen 'inzetten'. Of is het gewoon een kwestie van prijsniveau? (aangezien de uitgaven gewaardeerd zijn aan lopende prijzen) Het antwoord hangt waarschijnlijk af van welke landen bij vergelijkingen betrokken worden.

Er lijken ook verschillende tendensen naar voor te komen; de consumptievolumes (financieel) evolueren verschillend: in ons land, maar ook in landen zoals Finland, Japan, Polen, Portugal en Nederland zijn ze nog relatief stabiel, terwijl in andere landen er een echte daling kan waargenomen worden (cfr. Tsjechië, Hongarije, Noorwegen, Zwitserland, e.a.), of in andere een stijging (o.a. Denemarken, Griekenland, Ierland, Italië, Slowakije, Verenigd Koninkrijk, e.a.).

Ingaan op de oorzaken van de verschillen in nominaal bestedingsniveau, is ongetwijfeld bijzonder boeiend, maar vraagt om verschillende bijkomende aspecten (prijsniveau, gedragsverschillen, enz...) bij de analyse te betrekken, wat de bedoeling niet is van dit artikel.

Een andere wijze om een vergelijkend beeld te krijgen, is kijken naar de uitgaven per capita, in een gemeenschappelijke munteenheid (US\$). Hierdoor worden wisselkoerseffecten afgevlakt.

Tabel 5 : Lopende gezondheidsuitgaven per capita in US\$ (lopende prijzen)

	2003	2004	2005	2006	2007
Austria	3031	3480	3636	3778	4304
Belgium	2875	3452	3547	3591	4226
Czech Republic	640	762	851	939	1103
Denmark	3515	4086	4316	4648	5313
Finland	2419	2806	2999	3110	3589
France	3062	3511	3705	3825	4361
Germany	3062	3363	3489	3584	4063
Greece	1495	1715	2018	2190	2580
Hungary	667	783	882	878	985
Ireland	2668	3160	3375	3567	4386
Italy	2089	2479	2627	2736	2999
Japan	2602	2834	2841	2707	
Luxembourg	3723	4548	4706	4839	
Netherlands	2968	3385	3553	3688	4265
Norway	4621	5082	5566	5870	6891
Poland	339	392	465	525	671
Portugal	1369	1608	1707	1743	1974
Slovak Republic	344	518	600	726	1025
Spain	1653	1933	2101	2248	2618
Sweden	3126	3507	3571	3775	4301
Switzerland	4972	5566	5598	5641	6108
United Kingdom	2328	2820	2982	3261	3685
United States	5588	5911	6253	6614	6956

Bron: OESO Health data.

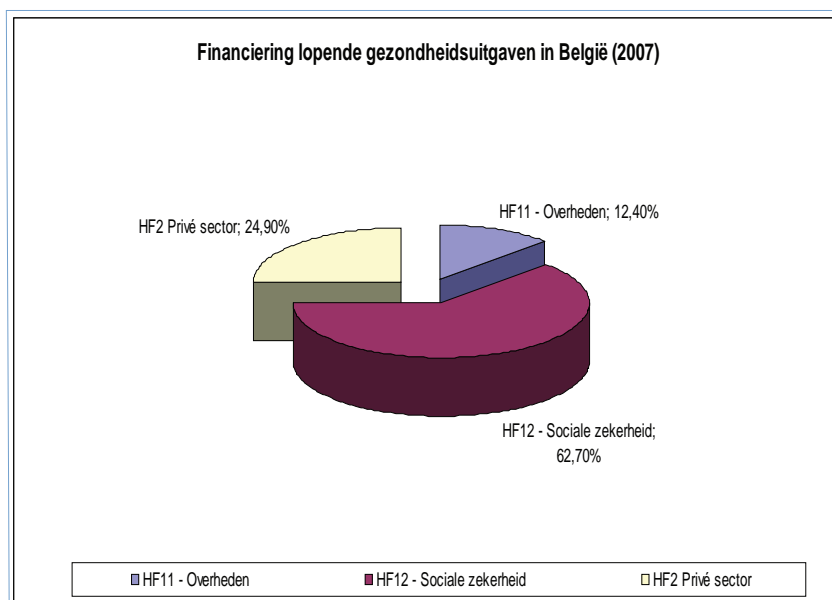
Voor 2007 geeft deze vergelijking verschillen aan t.o.v. de vorige: hoewel België nog steeds in de groep van de hogere 'spenders' zit, valt nu ook op dat de uitgaven per capita in bv. Nederland en Zweden qua grootteorde nauwer aansluiten bij de uitgaven in ons land, daar waar deze landen in termen van het BVP een lager bestedingsniveau hebben, terwijl Duitsland een vrijwel identiek bedrag besteedt als ons land, terwijl zij in BVP-termen een licht hoger bestedingsniveau rapporteren. Anderzijds hebben de VS nog steeds gevoelig hogere gezondheidsuitgaven, maar wat toch ook opvalt is ook het bijzonder hoge niveau van uitgaven in Noorwegen en zelfs Zwitserland in 2007, ondanks een lager niveau in termen van BVP-procenten.

Het is echter niet uit te sluiten dat deze tabel ook beïnvloed wordt door wisselkoersomzettingen en koersverschillen van jaar tot jaar. Het is effectief weinig waarschijnlijk dat in België en andere Euro-landen tussen 2006 en 2007 de uitgaven per capita met ca. 15-20% zijn gestegen en in de VS met 'slechts' 5%, of zelfs minder. Het is daarvoor ook nodig om ook prijs- en inflatoire verschillen uit te vlakken, maar laat ons hier stoppen met deze vergelijkingen.

### 5.1.2 Uitgaven naar 'Financing agent'

Opgesplitst naar de grotere entiteiten, ziet de financieringsstructuur van de eindconsumptie van gezondheidszorg in ons land er als volgt uit (de 'financing agents' of eindbetalers):

Figuur 3: Verdeling van de lopende gezondheidsuitgaven in België volgens sector van oorsprong (2007) in % van het totaal



Bron: FOD Sociale zekerheid.

Ongeveer 3/4e van de totale lopende gezondheidsbestedingen worden gedaan vanuit de openbare sector. 1/4e wordt privaat ten laste genomen, voornamelijk door de gezinnen zelf, maar ook vanuit de tussenkomsten van private, aanvullende verzekeringen. Niet alle gegevens werden hier opgenomen, de lezer wordt dan ook aangeraden de tabellen in de bijlagen ook te raadplegen.

#### *Openbare financiering*

In het kader van het algemene thema van dit nummer, willen we even stilstaan bij de 'openbare' financiering van onze gezondheidsconsumptie. Het is daarbij wel niet de bedoeling om alle financiële stromen in detail te ontleden.

De gezondheidssector is in ons land immers behoorlijk complex georganiseerd, met een verdeling van bevoegdheden over een groot aantal spelers en overheden. Binnen de op basis van de indeling in institutionele sectoren van de nationale rekeningen als 'openbaar' gecatalogeerde bestedingen, moet het onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds de sociale zekerheidsstussenkomen in (een deel van) de kostprijs van de gezondheidsdiensten die door de gezinnen worden opgenomen, maar ook een deel eigen consumptie van diensten door de overheden zelf.

Sommige elementen liggen voor de hand, zoals de ziekteverzekering in het kader van de sociale zekerheidsstelsels. Maar toch wordt zelfs deze opdeling nog bemoeilijkt door het feit dat met name voor de werknemers uit de private sector verschillende sociale zekerheidsstakken medische prestaties financieren: ook de arbeidsongevallenverzekering en de beroepsziekten dekken immers prestaties van geneeskundige verzorging.

Op federaal niveau worden ook nog gezondheidsdiensten gefinancierd door verschillende FOD's: Defensie beheert een ziekenhuis (ook gedeeltelijk ingeschakeld in de zorgverstrekking aan burgers en daarvoor vergoed o.a. via de ziekteverzekering) en verzekert ook de medische dienstverlening aan haar militairen; bij Justitie vindt men bv. de penitentiaire verpleegdiensten en Binnenlandse Zaken speelt een rol in de financiering van de urgentie- en veiligheidsdiensten. Ook de exploitatie van de homes voor oorlogsinvaliden behoort tot het domein van de gezondheids- en langdurige zorg. Het gaat hier meestal om diensten die door de betrokken overheden rechtstreeks aan de begunstigden worden geleverd, zonder tussenkomst van de ziekteverzekering.

Naast dit soort diensten moeten ook een deel van de werkingskosten van deze en andere FOD's (Federale OverheidsDiensten) aan de gezondheidszorg toegerekend worden. De FOD Volksgezondheid speelt immers een vooraanstaande rol in het beheer en de organisatie van het gezondheidssysteem in zijn geheel, terwijl de FOD Sociale zekerheid een rol speelt als voogdijoverheid van de sociale zekerheid. Ook de werkingskosten van de bevoegde Ministers en kabinetten (of delen daarvan), behoren conceptueel tot het beheer van de gezondheidszorg.

De regionale overheden beschikken ook over uitgebreide bevoegdheden in het gezondheidsdomein, maar dan voornamelijk in de (langdurige) zorgsector: denken wij maar aan de organisatie van de welzijnssector (o.a. thuisverzorging en gehandicaptenzorg), de financiering van PMS-diensten (nu CLB) en de Vlaamse zorgverzekering. Anderzijds hebben zij ook bevoegd voor het preventiebeleid, hoewel ook de federale overheid hierbij betrokken is. Lokale overheden dragen dan weer bij in de financiering van bv. OCMW verzorgingstehuizen en OCMW-ziekenhuizen, en dienstverlening aan hulpbehoevende inwoners.

Tot slot mag men ook niet vergeten dat de verschillende overheden daarbuiten ook rechtstreeks subsidies kunnen toekennen aan verschillende verstrekkers van gezondheids- en zorgdiensten.

### *Sociale zekerheid*

De openbare sector is in ons land de voornaamste financier van gezondheidsuitgaven, en neemt een goede  $\frac{3}{4}$  van het totale uitgavenpakket aan consumptie van gezondheidsdiensten voor zijn rekening. Het merendeel daarvan zijn middelen die afkomstig zijn uit de sociale zekerheid: het betreft hier de verzekering 'geneeskundige verzorging' van de ziekteverzekering en de medische prestaties in het kader van de arbeidsongevallenverzekering en de beroepsziektenverzekering. De sociale zekerheid vertegenwoordigt in 2007 een goede 62% van de totaal geraamde gezondheidsuitgaven (20,5 Mld EUR op 32,8 Mld EUR).

Tabel 6 : Verdeling van de lopende gezondheidsuitgaven naar financiering agent (in % van het totaal)

	2003	2004	2005	2006	2007
<b>HF1 Publieke uitgaven</b>	74.1%	74.8%	75.4%	75.9%	75.1%
- Overheden	12.3%	8.9%	13.7%	14.5%	12.4%
- Sociale zekerheid	61.8%	65.9%	61.6%	61.4%	62.7%
<b>HF2 Privé sector</b>	25.9%	25.2%	24.6%	24.1%	24.9%

Bron: FOB Sociale zekerheid.

Zoals uit bovenstaande tabel blijkt, hebben zich een aantal verschuivingen voorgedaan, die enerzijds te maken hebben met wijzigingen van het verloop van financieringsstromen, maar ook met het tot rijpheid komen van een aantal nieuwe instrumenten van tussenkomsten in de kosten van gezondheids- en langdurige zorg. Tussen 2003 en 2004 vindt een eerste belangrijke verschuiving plaats binnen de openbare sector. Immers, sinds 2004 wordt de zgn. 'ligdagprij's' betaald via het RIZIV (gefinancierd via een specifieke zgn. 'alternatieve financiering' van de sociale zekerheid). Dit verklaart de verschuiving binnen de openbare sector van 'overheid' naar 'sociale zekerheid'. Anderzijds ziet men vanaf 2005 wel een soort breuk in de reeks omwille van de effecten van de constante sterke ontwikkeling van de Vlaamse Zorgverzekering naar voor komen (+61% tussen 2003 en 2007) maar vooral door de vollediger integratie in onze gezondheidsrekeningen van de sector van de bejaardenzorg, gefinancierd door de gemeenschapsoverheden (overheid zijnde de som van federale, regionale en lokale overheden).

De ramingen voor 2008 zijn nog in opbouw, dus de mogelijke effecten van de integratie van de 'kleine risico's', die tot 2007 nog in de aanvullende (private) verzekering zijn opgenomen, zijn dus nog niet zichtbaar.

De ontwikkeling van de sociale zekerheidsuitgaven, hangt voornamelijk samen met de ontwikkeling van de uitgaven, ingebracht via het RIZIV. De vraag die

daarbij onmiddellijk naar voor komt, is deze of deze ontwikkeling gelinkt kan worden aan de groeinorm van 4,5%, die toelaat dat de verzekeringsuitgaven (sinds 2004) met 4.5% in volume kunnen stijgen bovenop de inflatie. Er mag echter niet uit het oog verloren worden dat de groeinorm van 4.5% een budgettaire norm is, en dat de aldus toegelaten uitgavenvolumes dus zowat per definitie zullen afwijken van de uiteindelijke realisaties, die achteraf gemeten worden. In openbare discussies wordt vaak de discussie gevoerd over de 'houdbaarheid' van de begrotingsnorm van 4,5%. Andere artikels uit dit nummer gaan daar uitgebreider op in, en wij zullen hierover in dit kader geen uitspraak doen.

Deze begrotingsnorm wordt niet noodzakelijk lineair over alle uitgavenposten van de ziekteverzekering toegepast: de norm wordt berekend op het globale niveau, en dan over de verschillende uitgavenrubrieken verdeeld. Het is daarbij niet uit te sluiten dat de ene rubriek al eens iets 'meer' krijgt dan de andere en dat de aanpassingen soms ook op het 'reële' prijsniveau (buiten inflatie) van een prestatie kunnen slaan in plaats van op volumes in de letterlijke betekenis van het woord. Ook de manier waarop de norm verdeeld werd zal onder invloed van de evoluties per rubriek de uiteindelijke 'stijging' bepalen.

Uit de hierna volgende tabel, blijkt evenwel dat de uitgaven van de verzekering geneeskundige verzorging in de jaren 2005 en 2006 minder snel groeiden dan de begrotingsnorm, zeker wanneer men rekening houdt voor de beide jaren met een inflatie (gezondheidsindex – referentie-index voor sociale prestaties) die ongeveer 2% bedroeg. 2007 wordt beïnvloed door een aantal uitbreidingen van de verzekeringsdekking (uitbreiding voorkeurregeling (verhoogde tegemoetkoming), palliatieve zorgen, e.a, ligdagprijs psychiatrische ziekenhuizen, ...), zodat het groeipercentage daar hoger ligt<sup>(19)</sup>: uitbreiding omdat in dat jaar enkele begrotingsoverschrijdingen uit voorgaande jaren ten laste werden genomen, alsook door de regularisatie van de overschrijding van een aantal begrotingsdoelstellingen uit het verleden<sup>(20)</sup>. Tussen 2003 en 2004 wordt de evolutie vertekend door het 'integreren' van de subsidie voor de ligdagprijs van de ziekenhuizen in de cijfers van de begroting geneeskundige verzorging.

Tabel 7a : RIZIV-uitgaven opgenomen in de totale lopende consumptie van gezondheidsdiensten

Lopende prijzen in Mio EUR	2003	2004	2005	2006	2007
Begroting geneeskundige verzorging	15.127,60	16.433,20	16.781,10	17.148,10	18.299,40
MAF (sociaal en fiscaal)	147,4	177,5	252,5	288,9	288,2
andere regularisaties	-61,3	-53,2	-55	-93,9	-173,1
Buiten' begroting	169,9	214,1	276,6	392,5	467,8
Totaal RIZIV-uitgaven	15.383,60	16.771,60	17.255,20	17.735,60	18.882,30

19 Vademecum van de financiële en statistische gegevens over de sociale bescherming in België, Periode 2009, FOD Sociale Zekerheid, Brussel, 2009 blz. 113 en 117.

20 Vademecum van de financiële en statistische gegevens over de sociale bescherming in België, Periode 2004-2010, FOD Sociale Zekerheid, Brussel, 2010, voetnoot blz. 77.

Tabel 7b : RIZIV-uitgaven opgenomen in de totale lopende consumptie van gezondheidsdiensten

Groeivoeten nominale bedragen	2003	2004	2005	2006	2007
Begroting geneeskundige verzorging		8,60%	2,10%	2,20%	6,70%
MAF (sociaal en fiscaal)		20,40%	42,30%	14,40%	-0,20%
andere regularisaties		-13,20%	3,40%	70,70%	84,30%
Buiten' begroting		26,00%	29,20%	41,90%	19,20%
Totaal RIZIV-uitgaven		9,00%	2,90%	2,80%	6,50%
Groei totale lopende uitgaven SHA		+9,8%	+2,0%	+1,8%	+8,2%

Hoewel budgettair minder omvangrijk, valt ook de evolutie van de Maximumfactuur (MAF) op: over de periode 2003-2006 een verdubbelen de uitgaven in dit kader. Het aandeel in de totale RIZIV-uitgaven steeg van net geen 1% naar 1,52%, maar dat het erop lijkt dat deze nu stilaan op kruissnelheid is gekomen, zoals men zou kunnen afleiden uit de stabilisatie van deze uitgaven tussen 2006 en 2007, waardoor mogelijk het proportioneel aandeel in het totaal kan gaan afnemen.

Ook de zgn. 'uitgaven buiten begroting' kenden een zeer sterke ontwikkeling, en zijn budgettair ook omvangrijker dan de MAF. In deze uitgaven zijn posten opgenomen ingevolge verschillende sociale akkoorden in de zorgsector, maar ook een aantal zeer specifieke projecten in de zorgsector, bv. rond verslaving, tabaksontwenning, en ook informatiseringsprojecten in de zorgsector.

De regularisaties slaan hoofdzakelijk op terugvorderingen van overschrijdingen van begrotingskredieten voor bepaalde prestaties in de ziekteverzekering.

Algemeen moet ook vastgesteld worden dat de groeipatronen van de totale gezondheidsuitgaven en van de uitgaven ten laste van het RIZIV een gelijklopend patroon kennen. Het gaat waarschijnlijk te ver om te beweren dat de RIZIV-uitgaven alleen de 'motor' zijn van de gezondheidsuitgaven, maar in elk geval liggen de verklaringen en mechanismen van de evolutie ervan mee aan de basis van de evolutie van de nominale uitdrukking van de totale consumptie. Ze vertegenwoordigen toch ca. 60% van de totale gerapporteerde uitgavenmassa.

Omdat de gezondheidsrekeningen verder reiken dan het beheer van de sociale zekerheid, en trachten de financiële last van de gezondheidszorg voor elkeen te ramen, past het misschien wel om zeer kort een minder prominent aspect van deze norm te vermelden. Gelet het terugbetalingsmechanisme van onze ziekteverzekering, heeft een 'toegelaten' stijging van het volume van de prestaties, terugbetaald door de ziekteverzekering, ook tot gevolg dat de remgelden reëel met een vergelijkbaar volume stijgen (hoewel dit geen strikt lineair verband is en de stijging niet exact dezelfde omvang zal hebben). Naar de 'out-of-pocket'-last van de gezinnen worden de effecten ook nog eens beïnvloed door de toepassing van de MAF en van de modaliteiten van eventuele aanvullende verzekeringen. De invloed op de proportionele aandelen tussen RIZIV-tussenkost en remgeld zal dus beperkt blijven, maar kan rijzen in hoeverre deze nominale stijging individuele gezinnen of groepen van patiënten voor problemen kan stellen.

### Private sector

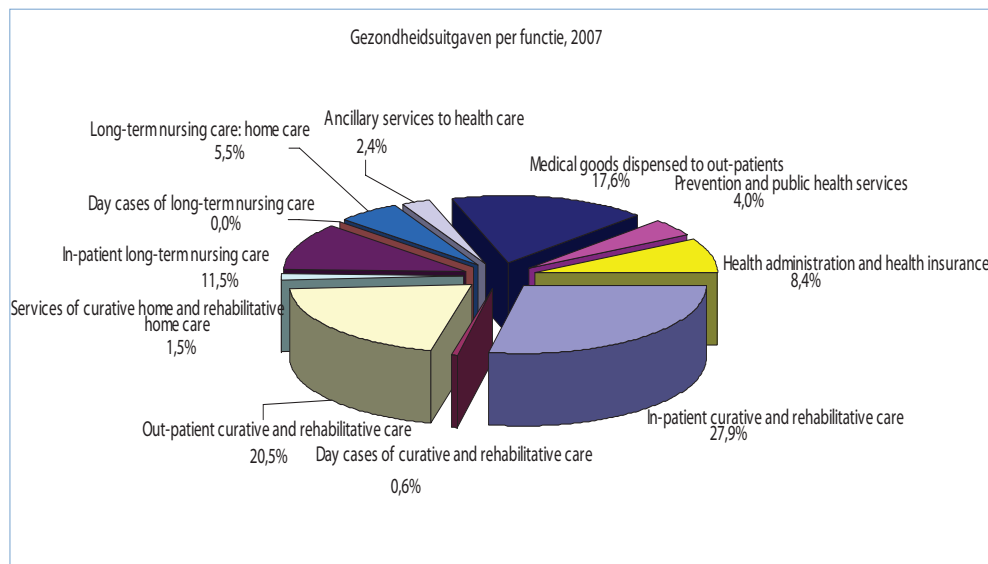
Het aandeel van de bestedingen vanuit de private sector neemt ook toe. Enerzijds stijgen de aanvullende verzekeringen nog steeds sterk (met ca. 10% tussen 2006 en 2007), maar ook de 'gewone' gezinsbestedingen (remgelden en andere) nemen toe. Maar hoewel de gezinsuitgaven in nominale termen van jaar tot jaar stijgen, nemen zij minder snel toe dan de totale uitgaven. Dit kan verschillende oorzaken hebben: volume- en prijseffecten enerzijds, met aan de andere zijde de toepassing van de zgn. 'Maximumfactuur' in de ziekteverzekering, wat een plafonnering van het remgeld voor de gezinnen inhoudt in functie van het gezinsinkomen, maar ook de stelselmatige groei van de aanvullende verzekeringen (en de tussenkomsten daaruit). De tussenkomsten in het kader van de 'maximumfactuur' zijn inbegrepen in de uitgaven van de sociale zekerheid. De vraag die rijst is of, gelet de indruk die kan bestaan dat de MAF op kruissnelheid is gekomen, de remgelden niet sneller gaan toenemen.

Ook de samenstelling van het pakket aan terugbetaalbare zorgen, heeft effect op het volume uitgaven dat ten laste van de gezinnen wordt gelegd.

#### 5.1.3 Uitgaven naar functie

Het blijkt dat het gros van de zorgverstrekking in ons land curatief gericht is: dik  $\frac{2}{3}$  van de gerapporteerde uitgaven behoren tot de functies curatief, rehabilitatie en langdurige zorg (HC1 tot HC3).

Figuur 4: Aandeel per functie in de totale lopende gezondheidsuitgaven in België in 2007 (in % van het totaal)



Bron: OECD Health data 2009- version november 2009.

Deze figuur laat ook nog enkele lacunes in onze gegevens zien, met name in verband met de private uitgaven. Het lage percentage voor de diensten van langdurige zorg is een uiting van een dataprobleem, dat nog aan bod zal ko-

men. Dit heeft te maken met de problematiek van de afbakening van gezondheidszorg vs. 'Sociale' zorg en de wijze waarop zich dit dient te vertalen in onze rekeningen. Er is nog geen eenduidige definitie opgesteld, die het onderscheid duidelijk maakt. Op dit moment is het zo dat er voor de raming van onze gegevens werd voor geopteerd om de uitgaven ten laste van de ziekteverzekering op te nemen voor mensen die o.a. in RVT en ROV-bedden verblijven, alsook de subsidiëring van gemeenschappen en gewesten voor deze instellingen. Voor de gezinsbestedingen beschikken wij echter over geen ramingen. Wat hier is opgenomen, betreft enkel de uitgaven van de publieke sector terzake (opgeteld 17% van het totaal of ca. 6 Miljard EUR).

#### 5.1.4 Uitgaven naar verstrekker

In de hierna volgende tabel wordt een poging gedaan om een uitsplitsing te maken naar de verschillende verstrekkers toe:

Tabel 8 : Aandeel per verstrekker in de totale lopende gezondheidsuitgaven in België in 2007 (in % van het totaal)

	HF.1 General government	HF.2 Private sector
HP.1 Hospitals	23,2	6,7
HP.2 Nursing and residential care facilities	10,6	0,5
HP.3 Providers of ambulatory health care	20,5	9,3
HP.4 Retail sale and other providers of medical goods	9,2	7,4
HP.5 Provision and administration of public health programs	4,3	0,0
HP.6 General health administration and insurance	7,0	0,9
HP.7 Other industries and rest of the world	0,4	
HP.1-HP.9 Current expenditure HP.1-HP.9	75,1	24,9

OECD Health Data 2009 - Version: November 09.

Deze onderverdeling steunt in belangrijke mate op het onderscheid 'Ambulante zorg' en 'Hospitalisatie', zoals dit door het RIZIV gemaakt wordt. In ons land kampen wij immers met de bijzondere situatie van de zorgverstrekking in ziekenhuizen: over het algemeen is het zo dat in se het niet het ziekenhuis zelf is dat de medische zorg verstrekt. Dit gebeurt door de arts, die in de meeste gevallen op zelfstandige basis werkt en voor zover hij in een ziekenhuis werkt, met dit ziekenhuis een overeenkomst heeft, waarbij een deel van zijn erelonen aan het ziekenhuis worden overgemaakt, als vergoeding voor de diensten (infrastructuur, verpleging,..) die het ziekenhuis hem ter beschikking stelt voor de behandeling van zijn patiënten. Universitaire ziekenhuizen kunnen hierop een uitzondering vormen, omdat artsen daar vaak wel in loondienst werken. Voor België worden de diensten dus aan de verstrekker 'ziekenhuis' toegewezen in zoverre zij volgens de gangbare nomenclatuur in een 'hospitalisatie'-verband werden gepresteerd (wat er normaal op neerkomt dat de patiënt minstens een nacht heeft in het ziekenhuis doorgebracht en dus is 'opgenomen').

De situatie waarbij een specialist weliswaar een consultatie houdt binnen de muren van het ziekenhuis, maar waarbij de patiënt niet wordt 'opgenomen' (en dus overnacht), wordt aldus tot de 'ambulante' zorg gerekend. Op deze laatste regel vormt de zgn. 'daghospitalisatie' (zonder overnachting) een uitzondering die aan de ziekenhuissector wordt toegewezen. In onze sociale zekerheid wordt het onderscheid tussen daghospitalisatie en 'gewone' hospitalisatie of zelfs ambulante verstrekkingen (binnen de muren van een ziekenhuis) nog niet systematisch gemaakt met aparte boekhoudkundige codes. Dit is dan ook een van de redenen waarom het aandeel van de daghospitalisatie in de totale gezondheidszorg relatief laag is geraamd.

In de bovenstaande tabel valt onmiddellijk op dat op individuele basis de ziekenhuissector het grootste aandeel opsorpt van de gezondheidsuitgaven, maar dat de 'ambulante' zorgverstrekking (na de 'correcties' omwille van de SHA-methodologie) vrijwel even groot is. Als bij het totaal van de ambulante sector ook de 'retail' geneesmiddelen worden opgeteld, is dit subtotaal zelfs groter dan de ziekenhuiszorg. In het kader van ziekenhuisopname worden de geneesmiddelen immers volledig aan de ziekenhuissector toegerekend, terwijl dit niet het geval is voor de ambulante zorgverstrekking.

## 5.2 Internationaal bekeken

Eerst en vooral moet gewezen worden op het feit dat er eigenlijk evenveel gezondheidssystemen bestaan als er landen zijn, met verschillen zowel op het vlak van de organisatie als van de financiering. Er zijn landen met nationale gezondheidsdiensten, die rechtstreeks gezondheidszorg verlenen aan de bevolking, zoals het UK, maar er zijn ook landen zoals ons land, waar de verstrekking van de gezondheidszorg wordt toevertrouwd aan gespecialiseerde instellingen en personen, die daardoor specifiek vergoed worden. In termen van de gezondheidsrekeningen bestaat het probleem erin dat een voorstellingswijze dient gevonden te worden, waarin al deze verschillende vormen op een eenvoudige manier kunnen gerapporteerd worden.

Zelfs al wil SHA zulk kader bieden, bij de interpretatie van cijfers uit verschillende landen moet nog steeds een grote voorzichtigheid aan de dag gelegd worden: niet alles kan zomaar in de institutionele termen vertaald worden zoals wij deze in ons land kennen en invullen.

Op dit moment is er voor zover wij weten nog geen systematisch doorgedreven vergelijkend onderzoek gedaan naar de manier waarop landen de gezondheidsrekeningen invullen.

### 5.2.1 'Financing agents'

Zoals blijkt uit de hierna volgende tabel, en rekening houdende met deze waarschuwing, moeten we toch vaststellen dat in alle landen een belangrijk deel van de eindfinanciering van de gezondheidszorg via publieke middelen gebeurt: eventueel direct ten laste van de overheidsbegrotingen of langs sociale zekerheidssystemen.

Tabel 9 : Aandeel van de overheidsuitgaven (inbegrepen sociale zekerheid) in de totale lopende gezondheidsuitgaven (in % van het totaal)

time	2003	2004	2005	2006
Belgique	74.1	74.8	75.4	75.9
Bulgarie	61.01	59.74	59.91	56.07
République tchèque	89.39	88.78	88.18	87.62
Danemark	83.24	82.97	82.98	83.41
Allemagne	79.10	77.38	77.43	77.28
Estonie	76.82	75.41	76.60	73.68
Espagne	70.11	70.09	70.13	70.75
France	79.38	79.25	79.28	79.15
Chypre	44.31	41.61	41.51	42.97
Lettonie	:	:	55.70	:
Lituanie	:	66.55	66.72	68.09
Luxembourg	90.14	89.96	90.49	:
Hongrie	71.36	70.71	70.40	70.32
Pays-Bas	65.42	64.49	64.84	81.57
Autriche	75.71	75.97	76.80	76.70
Pologne	69.16	67.74	68.67	69.24
Portugal	72.76	71.69	71.38	70.59
Roumanie	77.60	70.74	74.66	76.91
Slovénie	72.87	73.52	72.45	72.45
Slovaquie	:	:	75.29	69.98
Finlande	72.76	73.36	73.89	74.82
Suède	82.81	82.26	81.93	82.02
Islande	81.67	81.21	81.36	81.95
Norvège	83.17	83.02	83.05	:
Suisse	58.49	58.52	59.59	59.12
Etats-Unis	44.93 (p)	45.28 (p)	45.35 (p)	46.39 (p)
Japon	80.93	81.30	82.28	:

Met ca.  $\frac{3}{4}$  van de geraamde gezondheidsuitgaven ten laste genomen via de openbare sector (overheid en sociale zekerheid), zit België in de middenmoot, maar toch wel op een lager niveau dan onze rechtstreekse buurlanden. In Scandinavische landen maar ook in een aantal van onze buurlanden nemen de overheden een groter aandeel in de gezondheidsuitgaven via de publieke financieringskanalen voor hun rekening. Misschien moet daarbij gelet worden op het feit dat de Scandinavische landen een lange traditie hebben van uitgebreide gemeenschapsdiensten, terwijl landen zoals Luxemburg en Duitsland ook bv. een sterk uitgebouwde 'afhankelijkheidsverzekering' hebben, wat in ons land niet bestaat (op de Zorgverzekering na, maar die dekt enkel de Vlaamse bevolking op een beperkte aanvullende basis).

In verschillende van deze landen is met name het aandeel van de langdurige zorg aanzienlijk hoger dan in ons land, zoals zal blijken in het volgende hoofdstuk.

Nederland kende een zeer opmerkelijke evolutie: het 'aandeel' van de 'openbare' financiering steeg van goed 65% tot 81,5% van de lopende gezondheidsuitgaven: dit komt voort uit de hervormingen van de ziekteverzekering in ons buurland. De wettelijke ziekteverzekering werd er weliswaar 'geprivatiseerd', maar omwille van de publiekrechtelijke regels die in het kader van de nieuwe verzekeringswet dienen gevolgd te worden, wordt het gehele systeem toch tot de openbare sector gerekend. De invoering van de 'privatisering' hield tegelijkertijd een samenvoeging in van het oude systeem van de volksverzekering, met een uitgebreide rol voor private en particuliere, maar niet-verplichte basisverzekering (die toen dus daarvoor nog wel tot de private verzekeringen werd gerekend).

Het nieuwe systeem in Nederland laat nog wel een rol voor aanvullende verzekeringen bovenop het wettelijk omschreven basispakket, waardoor er ondanks alles nog steeds relatief belangrijke private uitgaven zijn te rapporteren.

### *Sociale zekerheid*

Zelfs indien ze als dusdanig geïsoleerd wordt als financing agent, zal een vergelijking op het niveau van de 'sociale zekerheid' problematisch zijn, voornamelijk naar de interpretatie toe. De inhoud die er in elk land aan wordt gegeven, is immers verschillend. Ook het verzekerde pakket aan diensten is niet noodzakelijk hetzelfde. Er zijn daarnaast ook landen die geen ziekteverzekering kennen zoals wij dit verstaan, maar waar gezondheidsdiensten door de overheid (eventueel gratis) aan de bevolking geleverd worden, zoals de National Health Service in het Verenigd Koninkrijk. Om deze redenen, en om redenen van de beperkte ons ter beschikking staande ruimte, gaan we hier niet verder op in.

### 5.2.2 'Functies' van gezondheidszorg

Uit onderstaande tabel blijkt dat in alle landen gezondheidszorg voornamelijk curatief werkt. Het inzicht dat geboden wordt, geeft ook een zicht op de organisatie van de zorgverstrekking, de zgn. 'Mode of production', wat niet noodzakelijk hetzelfde is als de verstrekkers, die in het volgende hoofdstuk aan bod komen.

Uit dezelfde tabel kunnen interessante vragen afgeleid worden: wordt in Duitsland de tandzorg enkel of voornamelijk extra-muros verstrekt, of is het terugbetaalde pakket van zorgen zoveel groter of duurder? Op het eerste zicht besteedt Duitsland immers 3x zoveel aan tandzorg als België. Ook de integratie van zorgepisodes kan vragen oproepen: Is het zo dat in Zweden en Denemarken specialisten veel meer ambulante werken dan in ons land? En misschien opmerkelijk: liggen de 'administratiekosten van het Belgische gezondheidssysteem' echt zo hoog, of zijn er inhoudelijke verschillen in wat gerapporteerd wordt? Of wat is de reden dat in andere landen de raming zo laag is (bv. Denemarken en Zweden)? Of mag deze 'functie' niet los gezien worden van de functie 'Preventie en diensten van volksgezondheid' (HC6)?

Dit zijn een aantal voorbeelden van vragen, die aantonen dat het nog steeds noodzakelijk is om ook over duidelijke meta-informatie over de werkwijzen en systemen van de verschillende landen te beschikken. Het is bij gebrek daaraan, nog te vroeg om echte conclusies te kunnen trekken over bepaalde vergelijkingen.

Tabel 10 : Totale lopende gezondheidsuitgaven per functie, in % van het totaal, 2007

	België	Canada	Frankrijk	Denemarken	Duitsland	Nederland	Zwitserland	Zweden	USA
HC.1;HC.2 Services of curative and rehabilitative care	50,5	45,9	53,7	58,1	53,6	53,9	57,8	64,1	68,9
HC.1.1;HC.2.1 In-patient curative and rehabilitative care	28,0	16,3	30,1	29,9	27,9		28,7	27,0	20,3
HC.1.2;HC.2.2 Day cases of curative and rehabilitative care	0,6	3,1	5,7	0,0	1,0			2,0	
HC.1.3;HC.2.3 Out-patient curative and rehabilitative care	20,4	26,3	18,0	28,1	23,0		29,1	34,7	45,8
HC.1.3.1 Basic medical and diagnostic services	14,2	3,3	10,0	4,5	6,1		20,9	6,9	22,8
HC.1.3.2 Out-patient dental care	2,1	7,6	4,6	5,4	7,9		6,3	7,4	4,5
HC.1.3.3 All other specialised health care	4,1	3,1		15,9	6,0		1,9	16,3	
HC.1.3.9 All other out-patient curative care	0,1	2,2	3,3	2,3	3,0			4,1	18,5
HC.1.4;HC.2.4 Services of curative home and rehabilitative home care	1,5	0,2		0,0	1,7			0,5	2,8
HC.3 Services of long-term nursing care	16,9	15,0	10,8	21,4	12,4	13,7	19,4	8,0	6,3
HC.3.1 In-patient long-term nursing care	11,5	12,9	8,0	8,1	7,9		17,2	4,1	6,3
HC.3.2 Day cases of long-term nursing care	0,0			0,0	0,0			0,1	
HC.3.3 Long-term nursing care: home care	5,4	2,1	2,8	13,3	4,5		2,2	3,8	
HC.4 Ancillary services to health care	2,4	6,2	5,2	4,7	4,7	4,7	3,3	4,7	
HC.5 Medical goods dispensed to out-patients	17,6	21,3	21,2	13,2	20,2	17,1	12,2	17,1	13,8
HC.6 Prevention and public health services	4,1	7,3	2,0	1,4	3,7	5,1	2,3	3,6	3,6
HC.7 Health administration and health insurance	8,5	3,8	7,1	1,2	5,5	5,6	5,0	1,6	7,4
HC.9 Not specified by kind	0,0	0,6						0,8	
HC.1-HC.9 Current health care expenditure	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
HC.1-HC.9									

OECD Health Data 2009 - Version: November 09

### 5.2.3 Verstrekkers

Uit bijgaande tabel blijkt dat de verstrekking van gezondheidszorg in de meeste landen een gelijkaardige structuur heeft, met een belangrijk aandeel van zorg in ziekenhuizen, en van ambulante zorg, vaak in een vergelijkbare grootteorde. Dit beeld lijkt compatibel met het beeld dat de zorgverstrekking hoofdzakelijk curatief gericht is (zie 'functies'). Het zijn bij uitstek de ziekenhuizen en de ambulante zorgsector die deze verstrekken. België blijkt geen echte uitzondering te zijn. Op het eerste zicht lijkt België een middelmatig tot laag aandeel van ziekenhuiszorg in het totale consumptiepakket te hebben, maar deze ta-

bel ondergaat duidelijk ook de invloed van de rapportering in de verschillende landen en die is waarschijnlijk verbonden met de institutionele begrippen in de verschillende landen, waaraan een verschillende inhoud wordt toegekend.

Tabel 11 : Gezondheidsuitgaven per verstrekker in % van de totale lopende uitgaven, 2007

	Belgium	Canada	France	Denmark	Germany	Netherlands	Portugal	Switzerland	Sweden	USA
HP.1 Hospitals	29,9	28,8	35,5	46,2	29,7	37,2	37,5	35,4	46,8	33,2
HP.2 Nursing and residential care facilities	11,1	10,7	6,8	12,4	7,9	12,2	1,8	17,2		6,3
HP.3 Providers of ambulatory health care	29,8	27,8	27,4	26,2	30,6	23,5	33,3	31,9	20,2	36,3
HP.4 Retail sale and other providers of medical goods	16,6	21,3	21,9	13,2	21,5	16,4	24,8	9,1	17,1	13,8
HP.5 Provision and administration of public health programs	4,3	6,8	0,5	0,2	0,8	1,6	0,0	0,0	0,9	3,1
HP.6 General health administration and insurance	7,9	3,8	7,1	1,5	6,0	5,6	1,1	6,4	1,8	7,4
HP.7 Other industries and rest of the world	0,4	0,8	0,8	0,2	3,5	3,6	1,5		13,1	
HP.1-HP.9 Current expenditure HP.1-HP.9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

OECD Health Data 2009 - Version: November 09

De beide in de tabel opgenomen Scandinavische landen vertonen inderdaad hoge aandelen van de zorgverstrekking door ziekenhuizen, die bijna de helft vertegenwoordigt van de gebruikte zorgdiensten in deze landen (46%). Het aandeel van de ambulante zorg ligt in deze landen onder het gemiddelde van de andere landen. Hieruit mag waarschijnlijk besloten worden dat ofwel de institutionele concepten anders begrepen worden, of dat de zorgverlening inderdaad verschillend georganiseerd is met een sterke concentratie van dienstverlening rond de ziekenhuizen. Het zoeken naar de juiste verklaring maakt echter niet het onderwerp uit van dit artikel.

## 6 Maar toch nog een onvolkomen verhaal

Vanuit haar ervaring met de economische en budgettaire informatie van de parastaten van sociale zekerheid, heeft de FOD Sociale Zekerheid er voor geopteerd om te werken op basis van de rekeningen en boekhoudkundige gegevens van de betrokken sociale zekerheidsinstellingen. Deze worden aangevuld, enerzijds met begrotingsgegevens van de verschillende federale en regionale overheden en anderzijds met specifieke gegevens rond voornamelijk de aanvullende verzekeringen.

Hierboven kon de lezer een weliswaar beperkt zicht krijgen op de informatie die in de (Belgische) gezondheidsrekeningen is opgenomen. Nochtans zijn wij er ons van bewust dat lang niet alle problemen zijn opgelost. Het zal niemand verbazen dat de voornaamste onzekerheden en gebreken slaan op de private sector. De beschikbare gegevens zijn daar immers beperkt. Dit probleem beperkt zich echter niet tot ons land alleen. De meeste, zonet alle landen die gezondheidsrekeningen maken hebben datamoeilijkheden voor wat de private sector betreft, en deze zijn het grootst met betrekking tot de gezinsuitgaven. Waarschijnlijk het in omvang grootste probleem doet zich voor met betrekking tot de eigen tussenkomst van de gezinnen in de verblijfkosten in rusthuizen, waarvoor tot op heden ook nog geen ramingen werden gemaakt. Ramingen gemaakt op basis van partiële gegevens zouden via extrapolatie aangeven dat dit kan oplopen tot 90 à 100 miljoen EUR voor het geheel van het land<sup>(21)</sup>.

Alvorens op een aantal problemen ietwat dieper in te gaan, dient opgemerkt te worden dat in de Belgische ramingen ook nog geen schattingen zijn opgenomen voor de consumptie van gezondheidsdiensten door bedrijven, die in principe ook zouden moeten opgenomen worden. Hierbij denken we voornamelijk aan de bedrijfsgeneeskundige diensten (al dan niet 'aangekocht').

### *'Out-of-pocket' vs. remgelden*

Een bijzonder belangrijk en beleidsmatig gevoelig aspect bij de financiering van de consumptie van gezondheidsdiensten, is het aandeel dat door de gezinnen zelf gedragen wordt, de zgn. '**Out-of-pocket**'. Dit aandeel is waarschijnlijk een essentieel element in de (financiële) toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Gezinnen in een moeilijker financiële situatie stellen soms noodzakelijke medische consultaties uit om financiële redenen. In België zou dit probleem weliswaar beperkt blijven tot ongeveer 0.5% van de bevolking (EU-gemiddelde is 3.5%), maar in het laagste kwintiel naar inkomen, loopt het toch op tot 1.8% van de populatie van deze groep.<sup>(22)</sup>

21 'The Belgian long term care system', blz. 5.

22 'Indicatoren van sociale bescherming', FOD Sociale Zekerheid, 2010, blz. 53.

*Wat is 'out-of-pocket'?*

Eerst en vooral is het belangrijk om weten wat deze lading dekt. Dit zijn de uitgaven die door de gezinnen uit eigen middelen besteed worden aan gezondheids- en langdurige zorg. Vaak wordt deze term verward met wat wij in het kader van de ziekteverzekering kennen als het 'remgeld'. Dit laatste is het aandeel in de tarifiering van de door de ziekteverzekering terugbetaalde gezondheidszorg, dat door de patiënt dient gedragen te worden. In termen van de gezondheidsrekeningen is het remgeld een onderdeel van de zgn. 'out-of-pocket'. Maar daarnaast zijn er nog andere uitgaven gedragen door de gezinnen.

Een deel van de remgelden wordt echter volledig terugbetaald, weliswaar onder bepaalde voorwaarden, in het kader van de 'Maximumfactuur'. Hierbij worden de remgelden ten laste van de patiënt beperkt tot een (jaarlijks) maximum in functie van het gezinsinkomen van de patiënt. Het is mogelijk om deze gegevens (remgeld en maximumfactuur) op basis van de administratieve gegevens te kennen, althans voor wat de in de nomenclatuur der prestaties vastgelegde bedragen betreft.

Daarnaast wordt een deel van het remgeld via alternatieve kanalen van aanvullende verzekeringen in een aantal gevallen terugbetaald aan de gezinnen (bv. in het kader van hospitalisatieverzekeringen). Deze terugbetalingen omvatten echter mogelijks terugbetalingen van diensten, die niet terugbetaalbaar zijn door het RIZIV, en waar dus ook geen remgeld voor 'bestaat'. De tot op heden beschikbare gegevens laten ons echter niet toe om dit onderscheid te maken, maar het staat buiten kijf dat (minstens) een deel van deze tussenkomsten de lasten van de remgelden verlichten voor de gezinnen.

Tabel 12 : Gezinsbestedingen aan gezondheidszorg, remgelden, terugbetalingen Maximumfactuur en terugbetalingen aan de gezinnen in uitvoering van aanvullende ziekteverzekeringen (in Mio EUR)

	Totaal	Gezinsbestedingen			Remgeld	Terugbetalingen via MAF	Terugbetaling vanwege aanvullende verzekering
		Verpleging in ziekenhuizen en gelijkgestelde diensten	Geneeskundige tandheelkundige en paramedische diensten (buiten het ziekenhuis)	Verpleging in ziekenhuizen en gelijkgestelde diensten			
2007	7447,5	2912,4	2508,9	2026,2	1846,2	288,2	864,8
2006	7177,7	2981	2433,8	1762,9	1779,4	288,9	813,5
2005	6579,9	2869,6	2380,3	1330	1602,4	252,5	950,6
2004	6533	2634,5	2369,8	1528,7	1550,2	177,5	901,5
2003	6130,4	2280,8	2382,8	1466,8	1465,1	147,4	839,2

Bron: Instituut Nationale Rekeningen, RIZIV, Assuralia, Controledienst der ziekenfondsen, eigen bewerkingen FOD Sociale Zekerheid.

Belangrijk om weten is dus dat van alle remgelden die door alle patiënten samen worden betaald, deze inderdaad in de raming van de zgn. 'out-of-pocket' moet opgenomen worden.

Daarnaast omvatten de uitgaven aan gezondheidszorg door gezinnen ook de aankoop van diensten, die niet terugbetaalbaar zijn door de ziekteverzekering, en dus door de gezinnen dienen gedragen te worden: bv. de aankoop van een doosje aspirine bij de apotheker, of bepaalde orthodontische zorgen bij de tandarts, e.a.. Ook hier geldt dezelfde opmerking: deze uitgaven dienen deel uit te maken van de 'out-of-pocket' (of oor zoals hij soms ook omschreven wordt), maar het is niet volledig uit te sluiten dat een deel ervan ook in het kader van aanvullende verzekeringen terugbetaald kan worden. Dus ook hier: het moet erin, maar niet noodzakelijk alles.

Tot hier enkele conceptuele bedenkingen...

*Maar... hoe groot zijn de gezinsbestedingen?*

Hier knelt het schoentje: in België, zoals in andere landen, bestaat er een probleem van beschikbaarheid van gedetailleerde macro-economische gegevens betreffende de gezinsbestedingen. Er zijn terzake twee soorten bronnen: enquêtes en gegevens uit de nationale rekeningen.

### *Huishoudbudgetenquête*

*Meting van de consumptie?*

Bij de enquêtes wordt vaak onmiddellijk gedacht aan de huishoudbudgetenquête (HBS) als het over meting van gezinsbestedingen gaat. Deze in Europees verband georganiseerde budgetenquête heeft echter tot doel een zicht te krijgen op de consumptiegewoontes van de gezinnen en wordt in ons land ook gebruikt voor de samenstelling van de zgn. 'korf' voor het bepalen van het indexcijfer der consumptieprijzen. Zij wil dus in eerste instantie een 'algemeen overzicht' verwerven in het consumptiegedrag van de gezinnen, eerder dan zich specifiek te richten op een bepaald deel van de consumptie.

Voor wat betreft de consumptie van gezondheidsdiensten, wordt deze inderdaad in de enquête bevraagd, met een zeker detail (hoofdstuk 5 van de enquête), maar de bevraging vertoont toch ook belangrijke methodologische beperkingen in het opzicht dat ons interesseert. Zij beperkt zich immers tot de particuliere huishoudens, dit zijn de 'gewone' huishoudens. Hierdoor biedt de enquête geen informatie over de zgn. 'collectieve huishoudens', dit zijn mensen

die in instellingen verblijven en hun consumptiegedrag. Men kan nochtans aannemen dat deze mensen een ander consumptiepatroon hebben dan de particuliere huishoudens en dat zij in het bijzonder veel meer zorgafhankelijk zijn, en dus proportioneel meer aan gezondheids- en langdurige zorg besteden. Een extrapolatie van de particuliere gezinsconsumptie tot op het niveau van de hele bevolking, kan dus vertekeningen en fouten opleveren.

#### *Terugbetalingen door de ziekteverzekering?*

Anderzijds is het zo dat de financiële weerslag voor de gezinnen van hun consumptie van gezondheidsdiensten in de enquête wordt uitgesplitst over de inkomsten en uitgaven van de gezinnen: de terugbetalingen door ziekenfondsen worden aan de inkomenszijde geboekt, terwijl de betaalde prestaties volledig aan de uitgavenszijde geboekt worden. Er zit echter een tijdsverloop begrepen tussen het moment dat de patiënt de dienst geniet (en ook betaalt), en het moment waarop hij 'terugtrekt'. De enquête wordt echter over 1 maand gehouden, en kan dit eventueel niet tot vertekeningen leiden?

Ook de terugbetalingen van aanvullende ziekteverzekeringen worden aan de inkomenszijde geboekt, maar deze worden geglobaliseerd met alle andere verzekeringsterugbetalingen onder de ontvangen vergoedingen door andere verzekeringen dan levensverzekeringen (bv. schadeterugbetaling vanuit familiale verzekering, enz...). Hier kan men zich echter ook de vraag stellen of, door het grote tijdsverloop tussen de hospitalisatie zelf, de facturatie door het ziekenhuis (soms al een paar maanden), en de aanvullende terugbetaling door de verzekering, of de link tussen 'consumptie' en terugbetaling in de enquête voldoende betrouwbaar is.

In het concept van de gezondheidsrekeningen, moeten de terugbetaalde prestaties ook gecompenseerd worden op de gemaakte uitgaven om de echte consumptie ten laste van de gezinnen te kennen. Maar het gebrek aan onderscheid in de enquête m.b.t. de ontvangen vergoedingen vanwege verzekeringen maakt dit moeilijk. Ook hierdoor zouden mogelijk afwijkingen kunnen ontstaan m.b.t. de werkelijke last gedragen door de gezinnen.

Wij zijn daarom van mening geweest dat de gezinsbudgetonderzoeken dan ook niet noodzakelijk de beste gegevensbron voor de raming vormden en hebben dus gekozen voor de gegevens van de gezinsbestedingen uit de nationale rekeningen.

### *Nationale rekeningen?*

Hoewel voor deze gegevens werd geopteerd om ze als basis te gebruiken, staat het ook als een paal boven water dat ook deze data gebreken en onvolkomenheden bevatten.

De gebruikte ramingen ondergaan immers eveneens de problemen die te maken hebben met het aflijnen van producten, diensten en sectoren die in de nationale rekeningen (NACE, COICOP,..) bestaan en die afwijken van deze die in de gezondheidsrekeningen dienen opgenomen te worden, en die voortvloeien uit de wijze waarop daar de gezondheidszorg en langdurige zorg gedefinieerd wordt. Het probleem situeert zich bijzonder in de sector van de verzorgingstehuizen, die binnen de nationale rekeningen niet tot de gezondheidssector gerekend worden, door de toepassing van het meerderheidsprincipe.

### *Gezondheids- en langdurige zorg vs. Sociale zorg...*

In deze sector geldt nog steeds een methodologisch probleem wat nog niet is opgelost, ook niet binnen de SHA-manual, met name het onderscheid tussen langdurige 'gezondheidszorg' en 'sociale zorg'. Deze problematiek is vooral belangrijk in rusthuizen en thuiszorg. In België worden 'homes' binnen het raam van de Nationale Rekeningen tot de sociale sector gerekend, samen met andere diensten van familiale hulp (poetsdiensten, kinderopvang, 'meals on wheels',...). Dit houdt dus ook in dat de ramingen voor de bestedingen aan gezondheidsdiensten in de nationale rekeningen geen rekening houden met bestedingen in deze sector. Bijgevolg houden de ramingen van de gezinsbestedingen dus geen rekening met uitgaven van of voor patiënten opgenomen in homes voor gezondheidsredenen of voor bepaalde thuiszorgdiensten, althans voor het gedeelte dat door de gezinnen zelf wordt gedragen.

Als diensten van langdurige zorg, die zonder enige twijfel plaatsvinden in homes, in aanmerking genomen dienen te worden voor de gezondheidsrekeningen, dan is dit enkel voor deze zorgen die gezondheidsgerelateerd zijn. Man kan een onderscheid maken op basis van de bedden -ROB en RVT – waarbij enkel de RVT-bedden in aanmerking zouden worden genomen voor de gezondheidsrekeningen. Maar ook in ROB-bedden liggen waarschijnlijk patiënten die eigenlijk onder de scope van SHA moeten vallen.... In 2007 zou ca. 36% van de patiënten in een ROB-bed eenzelfde graad van zorgbehoefte gehad hebben als de categorieën die in aanmerking komen voor een RVT-bed, met een eigen bijdrage die kan oplopen tot 1350 EUR/maand.

In Vlaanderen bedraagt de dagprijs ten laste van de patiënt voor een rusthuis gemiddeld 38,9 EUR/dag. Maar de patiënten kunnen ook genieten van de zorgverzekering, en eventueel ook van andere uitkeringen zoals de uitkeringen voor hulp aan bejaarden, e.d. Gelet op het feit dat deze uitkeringen worden toegekend om de lasten voor de gezinnen te beperken, blijft een ramingsprobleem bestaan.

Naast de tussenkomst in institutionele zorg, komen ook een aantal diensten van 'thuiszorg' niet noodzakelijk als gezondheidszorg naar voor uit de budgettenquête. Hierover zijn de databronnen, voor zover wij weten, echter bijzonder beperkt.

Om een idee te krijgen van de potentiële 'overlapping' binnen de nationale rekeningen, vindt u hierbij de geraamde gezinsbestedingen voor 'sociale diensten' (in Mio EUR).

---

Tabel 13 : Gezinsbestedingen aan sociale diensten in België

---

	Sociale diensten
2007	3408,1
2006	3186,8
2005	3276,4
2004	2999,7
2003	3094,2

Bron: Nationale rekeningen

## 7 Besluit

Het moet de lezer duidelijk zijn dat dit artikel voornamelijk beschrijvend bedoeld was. Besluiten trekken op het vlak van de interpretatie van de gegevens, of om vergelijkingen tussen landen te maken en daar beleidsconclusies aan vast te hangen is niet het doel geweest, ook niet naar de houdbaarheid van onze gezondheidszorg, of naar de organisatie ervan.

U heeft een overzicht gekregen van een aantal van de voornaamste resultaten die werden bekomen bij de ramingen die werden gemaakt voor de gezondheidsrekeningen. Alle informatie is omwille van het nog lopende groeiproces niet voor alle jaren beschikbaar, maar werd mettertijd uitgebreid. In bijlage vindt u alle tabellen zoals zij werden samengesteld voor de jaren 2003 tot en met 2007, maar U zal merken dat niet alle kruisingen tussen dimensies bestaan voor alle jaren: zo is de kruising tussen functies en verstrekkers voor België pas beschikbaar vanaf 2005 en in 2006.

Via de gezondheidsrekeningen wordt een globaal beeld gebracht van een complexe sector. Niet alleen de aandelen in de geldstromen, maar ook de functies en verstrekkers worden in beeld gebracht, en de mogelijkheid bestaat om de verschillende dimensies te kruisen. Vanuit deze analysemogelijkheden en de beschikbaarheid van gegevens van verschillende landen, volgens een eenvoudige methodologie, is het ook mogelijk om vergelijkingen tussen landen te maken. Deze vergelijkingen kunnen dan aanleiding zijn tot verdere studie om de verschillen in praktijken, of in opbouw van de systemen trachten te begrijpen.

Ondanks de reeds gemaakte vooruitgang, blijven nog problemen bestaan. I.v.m. het opnemen van de gezinsuitgaven voor mensen die verblijven in rusthuizen (voor hen die uitgebreide zorg hulp nodig hebben, op het vlak van de 'kleine consumptie', of op het vlak van de verdeling van de gezinsuitgaven 'buiten remgeld', enz. moet nog verder verbeteringswerk gebeuren. Dit vormt weliswaar een probleemgebied in vrijwel alle landen. We hebben gepoogd om de ons bekende bronnen correct te beoordelen, en langs die weg aan te geven waar er nog nood bestaat voor verbetering van, of aan aanvullende informatiebronnen. Niet alle mogelijkheden werden reeds verkend: o.a. de zgn. 'Permanente steekproef' bij het RIZIV biedt waarschijnlijk mogelijkheden, die wij echter nog niet hebben kunnen verkennen.

Wij hebben bij de ramingen die wij hier hebben voorgesteld een beetje een gevoel zoals Antonino Guareschi over zijn figuren van Don Camillo en Peppone: 'Als de priesters aanstoot nemen aan don Camillo, dat ze dan een kaars - desnoods een flinke - op mijn hoofd in tweeën slaan; als de communisten aanstoot nemen aan mijn Peppone, dat ze dan een stok - en het hoeft niet zo'n grote te zijn - op mijn rug stukslaan.'

Hopelijk is de stok die met betrekking tot ons werk op onze rug stukgeslagen wordt, niet te dik of te groot.

Brussel, januari 2010.

"Je kunt de zee niet oversteken door alleen naar het water te staren." (R. Tagore)

## 8 Bibliografie

---

### Boeken en publicaties

“A System of Health accounts” (2000), OECD, Paris

‘Users guide to SHA’, WHO,

“H L A - Implementing the Concept of Health Care - Manpower in Member States on a Prototype Basis”; Project report by BASYS, NIVEL, HIVA; Eurostat, Luxemburg, 2005

“S H A - Results of Health Account Data in Europe” - Project report by BASYS, Eurostat, Luxemburg, 2004

“ESSPROS MANUAL (1996), European System of Integrated Social Protection Statistics”, ECSC-ECEAEC, Luxemburg, 1996.

SNA 93 (1993), System of National Accounts 1993, CEC, IMF, OECD, UN and the World Bank, Brussels/Luxembourg, New York, Paris, Washington, D.C., Brussels, Luxemburg.

The Belgian long-term care system, Peter Willemé, Federaal Planbureau Working Paper, 2009

‘Vade Mecum van de financiële en Statistische gegevens over de sociale bescherming in België, FOD Sociale Zekerheid 2009’, Brussel, 2009

‘Vade Mecum van de financiële en Statistische gegevens over de sociale bescherming in België, FOD Sociale Zekerheid Periode 2004-2010’, Brussel, 2010

‘Indicatoren van sociale bescherming in België’, FOD Sociale Zekerheid, Brussel, 2010

### Websites

OESO:

[www.ecosante.org](http://www.ecosante.org)

Eurostat:

Health accounts-website

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public\\_health/main\\_tables](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/main_tables)

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database) - onder 'population et conditions sociales' – 'santé' – 'santé publique' – 'dépenses de santé'

SESPROS website,

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database) - onder 'population et conditions de vie' – 'conditions de vie et bien-être' – 'protection sociale'

WHO :

<http://www.who.int/nha/>

## 9 Bijlagen

---

### 9.1 Bijlage 1: ICHA-classificaties

#### 9.1.1 ICHA-HC classification of functions of health care

HC.1 Services of curative care

HC.1.1 In-patient curative care

HC.1.2 Day cases of curative care

HC.1.3 Out-patient curative care

HC.1.3.1 Basic medical and diagnostic services

HC.1.3.2 Out-patient dental care

HC.1.3.3 All other specialised health care

HC.1.3.9 All other out-patient curative care

HC.1.4 Services of curative home care

HC.2 Services of rehabilitative care

HC.2.1 In-patient rehabilitative care

HC.2.2 Day cases of rehabilitative care

HC.2.3 Out-patient rehabilitative care

HC.2.4 Services of rehabilitative home care

HC.3 Services of long-term nursing care

HC.3.1 In-patient long-term nursing care

HC.3.2 Day cases of long-term nursing care

HC.3.3 Long-term nursing care: home care

HC.4 Ancillary services to health care

HC.4.1 Clinical laboratory

HC.4.2 Diagnostic imaging

- HC.4.3 Patient transport and emergency rescue
- HC.4.9 All other miscellaneous ancillary services
- HC.5 Medical goods dispensed to out-patients
  - HC.5.1 Pharmaceuticals and other medical non-durables
    - HC.5.1.1 Prescribed medicines
    - HC.5.1.2 Over-the-counter medicines
    - HC.5.1.3 Other medical non-durables
  - HC.5.2 Therapeutic appliances and other medical durables
    - HC.5.2.1 Glasses and other vision products
    - HC.5.2.2 Orthopaedic appliances and other prosthetics
    - HC.5.2.3 Hearing aids
    - HC.5.2.4 Medico-technical devices, including wheelchairs
    - HC.5.2.9 All other miscellaneous medical durables
- HC.6 Prevention and public health services
  - HC.6.1 Maternal and child health; family planning and counselling
  - HC.6.2 School health services
  - HC.6.3 Prevention of communicable diseases
  - HC.6.4 Prevention of non-communicable diseases
  - HC.6.5 Occupational health care
  - HC.6.9 All other miscellaneous public health services
- HC.7 Health administration and health insurance
  - HC.7.1 General government administration of health
    - HC.7.1.1 General government administration of health (except social security)
    - HC.7.1.2 Administration, operation and support activities of social security funds
  - HC.7.2 Health administration and health insurance: private
    - HC.7.2.1 Health administration and health insurance: social insurance

HC.7.2.2 Health administration and health insurance: other private

ICHA code Health-related functions

HC.R.1 Capital formation of health care provider institutions

HC.R.2 Education and training of health personnel

HC.R.3 Research and development in health

HC.R.4 Food, hygiene and drinking water control

HC.R.5 Environmental health

HC.R.6 Administration and provision of social services in kind to assist living with disease and impairment

HC.R.7 Administration and provision of health-related cash-benefits

### **9.1.2 ICHA-HP classification of providers of health care**

HP.1 Hospitals

HP.1.1 General hospitals

HP.1.2 Mental health and substance abuse hospitals

HP.1.3 Speciality (other than mental health and substance abuse) hospitals

HP.2 Nursing and residential care facilities

HP.2.1 Nursing care facilities

HP.2.2 Residential mental retardation, mental health and substance abuse facilities

HP.2.3 Community care facilities for the elderly

HP.2.9 All other residential care facilities

HP.3 Providers of ambulatory health care

HP.3.1 Offices of physicians

HP.3.2 Offices of dentists

HP.3.3 Offices of other health practitioners

HP.3.4 Out-patient care centres

HP.3.4.1 Family planning centres

HP.3.4.2 Out-patient mental health and substance abuse centres

HP.3.4.3 Free-standing ambulatory surgery centres

HP.3.4.4 Dialysis care centres

HP.3.4.5 All other out-patient multi-speciality and co-operative service centres

HP.3.4.9 All other out-patient community and other integrated care centres

HP.3.5 Medical and diagnostic laboratories

HP.3.6 Providers of home health care services

HP.3.9 Other providers of ambulatory health care

HP.3.9.1 Ambulance services

HP.3.9.2 Blood and organ banks

HP.3.9.9 Providers of all other ambulatory health care services

HP.4 Retail sale and other providers of medical goods

HP.4.1 Dispensing chemists

HP.4.2 Retail sale and other suppliers of optical glasses and other vision products

HP.4.3 Retail sale and other suppliers of hearing aids

HP.4.4 Retail sale and other suppliers of medical appliances (other than optical glasses and hearing aids)

HP.4.9 All other miscellaneous sale and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods

HP.5 Provision and administration of public health programmes

HP.6 General health administration and insurance

HP.6.1 Government administration of health

HP.6.2 Social security funds

HP.6.3 Other social insurance

HP.6.4 Other (private) insurance

HP.6.9 All other providers of health administration

HP.7 Other industries (rest of the economy)

HP.7.1 Establishments as providers of occupational health care services

HP.7.2 Private households as providers of home care

HP.7.9 All other industries as secondary producers of health care

HP.9 Rest of the world

### **9.1.3 ICHA-HF classification of health care financing**

HF.1 General government

HF.1.1 General government excluding social security funds

HF.1.1.1 Central government

HF.1.1.2 State/provincial government

HF.1.1.3 Local/municipal government

HF.1.2 Social security funds

HF.2 Private sector

HF.2.1 Private social insurance

HF.2.2 Private insurance enterprises (other than social insurance)

HF.2.3 Private household out-of-pocket expenditure

HF.2.3.1 Out-of-pocket excluding cost-sharing

HF.2.3.2 Cost-sharing: central government

HF.2.3.3 Cost-sharing: state/provincial government

HF.2.3.4 Cost-sharing: local/municipal government

HF.2.3.5 Cost-sharing: social security funds

HF.2.3.6 Cost-sharing: private social insurance

HF.2.3.7 Cost-sharing: other private insurance

HF.2.3.9 All other cost-sharing

HF.2.4 Non-profit institutions serving households (other than social insurance)

HF.2.5 Corporations (other than health insurance)

HF.3 Rest of the world

## 9.2 Bijlage 2: Total expenditure on health as a percentage of GDP, 1960-2007

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
BE			3,9	5,6	6,3	7,0	7,1	7,3	7,3	7,2	7,2	7,6	7,7	7,9	7,7	8,2	8,4	8,3	8,4	8,6	8,6	8,7	9,0	10,2	10,5	10,3	10,0	10,2	
BG											5,2								5,2	6	6,2	7,2	7,4	7,6	7,5	7,7			
CZ											4,7	4,9	5,1	6,7	6,9	7,0	6,7	6,7	6,6	6,6	6,5	6,7	7,1	7,4	7,2	7,1	6,9	6,8	
DK			8,7	8,9	8,5	8,2	8,5	8,6	8,5	8,3	8,3	8,2	8,3	8,6	8,4	8,1	8,2	8,2	8,3	8,5	8,3	8,6	8,8	9,3	9,5	9,5	9,6	9,8	
DE			6,0	8,4	8,4	8,8	8,7	8,8	8,9	8,3	8,3	9,6	9,6	9,6	9,8	10,1	10,4	10,2	10,2	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,5	10,4	
EE																			5,5	5,8	5,3	4,9	4,9	5	5,2	5			
IE	3,7	4,0	5,1	7,3	8,3	7,5	7,4	7,1	6,7	6,3	6,1	6,5	7,0	6,9	6,9	6,7	6,5	6,4	6,2	6,2	6,3	6,9	7,1	7,3	7,5	7,3	7,1	7,6	
EL			5,4		5,9			6,6	5,9	6,5	6,6	6,4	7,0	7,9	8,6	8,6	8,6	8,4	8,4	8,6	7,9	8,8	9,1	9,0	8,7	9,4	9,5	9,6	
ES	1,5	2,5	3,5	4,6	5,3	5,4	5,3	5,4	6,0	6,2	6,5	6,7	7,1	7,4	7,3	7,4	7,5	7,3	7,3	7,3	7,2	7,2	7,3	8,1	8,2	8,3	8,4	8,5	
FR	3,8	4,7	5,4	6,4	7,0	8,0					8,4	8,6	8,9	9,3	9,3	10,4	10,4	10,2	10,1	10,1	10,1	10,2	10,5	10,9	11,0	11,1	11,0	11,0	
IT								7,3	7,3	7,3	7,7	7,9	8,0	7,9	7,6	7,3	7,4	7,7	7,7	7,8	8,1	8,2	8,3	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0	8,7
CY											4,5								5,6	5,6	5,7	5,7	6,1	6,5	6,3	6,1			
LV											2,5								6,3	6,4	6	6,1	6,2	6,1	6,8	6,4			
LT											3,3								6,1	6,2	6,5	6,3	6,4	6,5	6,5	5,7	5,9		
LU			3,1	4,3	5,2	5,2	5,0	5,5	5,3	5,2	5,4	5,1	5,4	5,5	5,3	5,6	5,7	5,6	5,7	5,8	5,8	6,4	6,8	7,5	8,1	7,7	7,3		
HU												7,0	7,5	7,6	8,1	7,3	7,0	6,8	7,1	7,2	6,9	7,2	7,6	8,3	8,0	8,3	8,1	7,4	
MT																			6,6	6,6	6,8	7,2	7,8	8,1	8,2	8,4			
NL			7,0	7,4	7,3	7,4	7,6	7,6	7,6	7,9	8,0	8,2	8,4	8,5	8,3	8,3	8,2	7,9	8,1	8,1	8,0	8,3	8,9	9,8	10,0	9,8	9,7	9,8	
AT	4,3	4,6	5,2	6,9	7,4	6,4	6,7	6,8	6,8	7,0	8,3	8,4	8,7	9,3	9,6	9,5	9,5	9,8	10,0	10,1	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,2	10,1	
PL											4,8	6,0	6,1	5,8	5,5	5,5	5,9	5,6	5,9	5,7	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4	
PT			2,5	5,1	5,3	5,7	6,3	6,2	6,4	5,9	5,9	6,4	6,6	6,9	7,0	7,8	8,0	8,0	8,0	8,2	8,8	8,8	9,0	9,7	10,0	10,2	9,9		
RO											2,9								4,4	4,5	4,6	4,7	5,1	5,4	4,9	5,5			
SI											5,6								8	8	8,4	8,7	8,7	8,8	8,5	8,5			
SK																			5,8	5,7	5,8	5,5	5,6	5,8	5,8	7,2	7,0	7,3	7,7
FI	3,8	4,8	5,5	6,2	6,3	7,1	7,2	7,3	7,1	7,1	7,7	8,8	9,0	8,2	7,7	7,9	8,0	7,6	7,4	7,4	7,2	7,4	7,8	8,1	8,2	8,5	8,3	8,2	
SE			6,8	7,5	8,9	8,5	8,3	8,3	8,2	8,2	8,2	8,0	8,2	8,4	8,0	8,0	8,2	8,1	8,2	8,3	8,2	8,2	9,0	9,3	9,4	9,2	9,1	9,1	
UK	3,9	4,1	4,5	5,4	5,6	5,8	5,8	5,9	5,8	5,8	5,9	6,3	6,8	6,8	6,9	6,8	6,8	6,6	6,7	6,9	7,0	7,3	7,6	7,8	8,1	8,2	8,5	8,4	

Source: OECD Health data and WHO Health for All databases

## 9.3 Bijlage 3: HCxHF 2003

Financing agents/schemes	HF.1		HF.2			HF.3				
	General government (excl. social security) = Territorial government	General government (excl. social security) = Territorial government	Local/municipal government	Social security funds	Private sector	Private social insurance	Private insurance (other than social insurance)	Private households	Rest of the world	Current expenditure HF.1-HF.3
Million of national currency	HF.1.1	HF.1.1.1	HF.1.1.3	HF.1.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5	HF.3
Services of curative care	10524,950	1258,983	0,000	9265,967	2625,114	426,548	241,121	1956,955	0,489	13150,063
Services of rehabilitative care	544,877			544,877	134,325	15,505	14,189	104,602	0,029	679,202
HC.1.1 In-patient curative care	7044,647			5817,424	693,617	328,715	151,594	213,001	0,307	7738,265
HC.2.1 In-patient rehabilitative care	62,967			62,967	5,597	1,792	1,640	2,161	0,003	68,564
HC.1.2 Day cases of curative care	123,917			123,917	33,929	3,483	3,187	27,252	0,006	157,846
HC.2.2 Day cases of rehabilitative care	0,000			0,000	0,000					0,000
HC.1.3 Out-patient curative care	2999,152			2967,392	1878,716	84,516	77,341	1716,702	0,157	4877,868
HC.1.3.1 Basic medical and diagnostic services	0,000			1260,284	397,141	35,791	32,752	328,532	0,066	397,141
HC.1.3.2 Out-patient dental care	0,000			461,226	107,588	13,256	12,130	82,177	0,025	107,588
HC.1.3.3 All other specialised health care	0,000			1008,503	186,126	0,000	0,000	123,043	0,061	186,126
HC.1.3.9 All other out-patient curative care	0,000			147,359	0,000	0,000	0,000			0,000
HC.2.3 Out-patient rehabilitative care	481,910			481,910	128,728	13,713	12,549	102,441	0,025	610,638
HC.1.4 Services of curative home care	357,233			357,233	18,851	9,834	8,999		0,018	376,085
HC.2.4 Services of rehabilitative home care	0,000			0,000	0,000					0,000
HC.3 Services of long-term nursing care	3412,064	1127,628		2284,436	1438,568	75,247	57,025	1306,180	0,116	4850,631
HC.3.1 In-patient long-term nursing care	2492,524	1049,372		1443,152	73,770	38,347	35,092	0,260	0,071	2566,294
HC.3.2 Day cases of long-term nursing care	0,290			0,290	0,016	0,008	0,008		0,000	0,306
HC.3.3 Long-term nursing care: home care	919,249	78,256		840,993	64,303	36,891	21,926	5,441	0,044	983,552
HC.4 Ancillary services to health care	823,488	18,415		805,073	293,605	56,205	20,981	59,605	0,043	1117,093
HC.4.1 Clinical laboratory	0,000			0,000	0,000					0,000
HC.4.2 Diagnostic imaging	764,019			764,019	89,594	21,803	19,952	47,798	0,040	853,613
HC.4.3 Patient transport and emergency rescue services	9,222	9,208		0,014	111,664	33,278	0,000	78,386		120,886
HC.4.9 All other miscellaneous ancillary services	50,247	9,208		41,040	92,403	1,180	1,028	11,807	0,002	142,650
HC.5 Medical goods dispensed to out-patients	2598,136			2598,136	2172,751	73,923	67,647	2031,044	0,137	4770,887
HC.5.1 Pharmaceutical and other medical non-durables	2438,465			2438,465	648,210	69,380	63,489	515,213	0,129	3086,676
HC.5.2 Therapeutic appliances and other medical durables	159,670			159,670	14,683	4,544	4,158	5,973	0,008	174,353
HC.6 Prevention and public health services	366,414	361,549	211,300	4,865	0,000					366,414
HC.7 Health administration and health insurance	1391,401	493,154	123,100	898,247	173,397	120,611	52,787			1564,799
Current health care expenditure HC.1- HC.9	19661,329	3259,729	334,400	16401,600	6890,018	768,040	453,750	5458,386	209,029	26551,347

## 9.4 Bijlage 4: HPxHF 2003

Providers	Financing agents/schemes	HF1		HF2			HF3						
		Million of national currency	General government (excl. social security) = Territorial government	HE1.1. General government (excl. social security) = Territorial government	HE1.2. Social security funds	Private sector	HE2.1. Private insurance (other than social insurance)	HE2.2. Private insurance (other than social insurance)	HE2.3. Private insurance (other than social insurance)	HE2.4. Non-profit institutions (other than health insurance)	HE2.5. Corporations (other than health insurance)	Rest of the world	Current expenditure HF1-HF3
HP1	Hospitals		7989,831	1227,223	6762,608	1836,659	354,726	175,397	1306,180	0,000	0,356	0	9826,489
HP1.1	General hospitals		7404,525	6177,302	749,338	338,065	160,150	250,799			0,325	0	0,000
HP1.2	Mental health and substance abuse hospitals		518,310	518,310	28,294	14,755	13,502				0,027	0	546,594
HP1.3	Speciality (other than mental health and substance abuse hospitals)		66,995	66,995	3,656	1,907	1,745				0,004	0	70,651
HP2	Nursing and residential care facilities		2493,004	1081,132	1411,872	71,814	37,463	34,282	0,000		0,069	0	2564,819
HP2.1	Nursing care facilities		255,059	146,579	108,480	0,035	0,018	0,017			0,000	0	255,094
HP2.2	Residential mental retardation, mental health and substance abuse facilities		67,677	0,000	67,677	3,729	1,945	1,780			0,004	0	71,406
HP2.3	Community care facilities for the elderly		1214,043		1214,043	66,856	34,876	31,915			0,065	0	1280,899
HP2.9	All other residential care facilities		956,225	934,553	21,672	1,194	0,623	0,570			0,001	0	957,419
HP3	Providers of ambulatory health care		5357,950	127,570	5230,380	2408,443	194,517	135,717	2121,162	156,772	0,275	0	7966,393
HP3.1	Offices of physicians		2802,444		2802,444	643,900	79,632	72,872	491,248		0,148	0	3446,344
HP3.2	Offices of dentists		468,803		468,803	107,588	13,256	12,130	82,177		0,025	0	576,391
HP3.3	Offices of other health practitioners		882,931		882,931	167,207	25,043	22,916	119,202		0,046	0	1050,138
HP3.4	Out-patient care centres		216,463		216,463	11,925	6,221	5,693	0,000		0,012	0	228,388
HP3.5	Medical and diagnostic laboratories		0,000		0,000	0,000						0	0,000
HP3.6	Providers of home health care services		851,654		851,654	51,307	23,927	21,895	5,441		0,044	0	902,962
HP3.9	Other providers of ambulatory health care		135,655	127,570	8,085	20,421	46,439	0,211		156,772	0,000	0	339,076
HP4	Retail sale and other providers of medical goods		2134,348	0,000	2134,348	2147,447	60,723	55,567	2031,044		0,113	0	4281,795
HP4.1	Dispensing chemists = Pharmacies		2107,529		2107,529	2144,965	59,960	54,869	515,213			0	2737,682
HP4.2	Retail sale and other suppliers of optical glasses and other vision products		9,858		9,858	0,538	0,281	0,257				0	10,396
HP4.3	Retail sale and other suppliers of hearing aids		16,960		16,960	1,944	0,483	0,442				0	18,904
HP5	Provision and administration of public health programs		336,239	330,650	5,589	172,868	120,611			52,257		0	509,107
HP6	General health administration and insurance		1349,957	493,154	856,803	52,787	0,000	52,787				0	1402,744
HP7	Other industries (rest of the economy)		0,000		0,000	0,000						0	0,000
HP9	Rest of the world		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Current health care expenditure HC.1-HC.9		19661,329	3259,729	16401,600	6890,018	768,040	453,750	5458,386	209,029	0,813	0	26551,347





## 9.7 Bijlage 7: HCxHF 2005

Functions	Financing agents/schemes	HF1			HF2			HF3			Current expenditure HF3					
		Million of national currency	General government (excl. social security) = Territorial government	HE1.1	HE1.2	Private sector	HF2.1	Private insurance	HF2.2	Private insurance (other than social insurance)		HF2.3	Private households out-of-pocket exp.	HF2.4	Non-profit institutions serving households	HF2.5
HC.1	Services of curative care	10070,334	25,381	10044,953	3812,238	455,640	291,566	3064,977	0,000	0,000	0,000	0,056	0,000	0,000	0,000	14373,809
HC.2	Services of rehabilitative care	644,080	51,100	592,980	347,336	15,871	17,062	314,419	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	1029,372
HC.1.1	In-patient curative care	6198,502		6198,502	1834,636	350,346	178,371	1305,885				0,034	0,000	0,000	0,000	8204,738
HC.2.1	In-patient rehabilitative care	70,911		70,911	14,713	1,899	2,041	10,772				0,000	0,000	0,000	0,000	87,215
HC.1.2	Day cases of curative care	139,066		139,066	57,178	3,738	4,019	49,420				0,001	0,000	0,000	0,000	199,831
HC.2.2	Day cases of rehabilitative care	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				0,000	0,000	0,000	0,000	0
HC.1.3	Out-patient curative care	3326,086	25,381	3300,705	1898,574	91,026	97,857	1799,673				0,019	0,000	0,000	0,000	5540,654
HC.1.3.1	Basic medical and diagnostic services	1494,170	25,381	1468,789	983,352	41,827	44,966	896,550				0,009	0,000	0,000	0,000	2683,367
HC.1.3.2	Out-patient dental care	508,789		508,789	284,160	13,747	14,779	255,632				0,003	0,000	0,000	0,000	824,695
HC.1.3.3	All other specialised health care	1124,985		1124,985	578,368	35,452	38,112	504,797				0,007	0,000	0,000	0,000	1771,732
HC.1.3.9	All other out-patient curative care	198,141		198,141	52,694			52,694				0,000	0,000	0,000	0,000	260,860
HC.2.3	Out-patient rehabilitative care	573,169	51,100	522,069	332,644	13,973	15,021	303,647				0,003	0,000	0,000	0,000	942,157
HC.1.4	Services of curative home care	406,681		406,681	21,850	10,529	11,319	0,000				0,002	0,000	0,000	0,000	428,586
HC.2.4	Services of rehabilitative home care	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				0,000	0,000	0,000	0,000	0
HC.3	Services of long-term nursing care	4576,167	1864,250	2711,917	159,180	81,450	71,118	6,598				0,014	0,000	0,000	0,000	4633,156
HC.3.1	In-patient long-term nursing care	3081,004	1431,584	1649,420	84,051	40,428	43,462	0,153				0,008	0,000	0,000	0,000	3165,064
HC.3.2	Day cases of long-term nursing care	102,568		102,568	0,013	0,006	0,007	0,000				0,000	0,000	0,000	0,000	0
HC.3.3	Long-term nursing care: home care	1392,595	432,666	959,930	75,115	41,015	27,650	6,445				0,005	0,000	0,000	0,000	1467,837
HC.4	Ancillary services to health care	983,166	21,195	961,972	287,086	62,728	27,701	65,045				131,607	0,000	0,000	0,000	1270,389
HC.4.1	Clinical laboratory	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
HC.4.2	Diagnostic imaging	914,321		914,321	102,035	24,480	26,317	51,234				0,005	0,000	0,000	0,000	1016,492
HC.4.3	Patient transport and emergency rescue	11,479	11,470	0,008	102,765	36,961	0,000	0,000				65,803	0,000	0,000	0,000	114,244
HC.4.9	All other miscellaneous ancillary services	57,367	9,725	47,642	82,286	1,287	1,384	13,811				65,803	0,000	0,000	0,000	140
HC.5	Medical goods dispensed to out-patients	2956,605	0,000	2956,605	2456,553	79,129	85,067	2292,341				0,016	0,000	0,000	0,000	5748,703
HC.5.1	Pharmaceutical and other medical non-durables	2775,761		2775,761	2344,731	74,289	79,863	2190,563				0,015	0,000	0,000	0,000	5437,892
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical durables	180,843		180,843	111,822	4,840	5,203	101,777				0,001	0,000	0,000	0,000	310,810
HC.6	Prevention and public health services	1104,206	948,154	156,052	0,000	0	0	0				0,000	0,000	0,000	0,000	1104,206
HC.7	Health administration and health insurance	2076,112	1177,769	898,343	182,813	123,256	59,877	0,000				0,000	0,000	0,000	0,000	2259,135
HC.9	Not specified by kind	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Current health care expenditure HC.1-HC.9	22410,669	4087,848	18322,821	7322,941	818,054	552,091	5743,380				209,322	0,094	0,000	0,000	29733,611

## 9.8 Bijlage 8: HPxHF 2005

Providers	Financing agents / schemes	HF.1			HF.2			HF.3		
		General government	General government (excl. social security) = Territorial government	Private sector	Private social security funds	Private insurance	Private health insurance (other than social insurance)	Private health insurance (other than health insurance)	Non-profit institutions (other than health insurance)	Private health insurance (other than health insurance)
HP1	Hospitals	7391,047	7391,047	1965,008	380,134	210,394	1374,440	0,040	9356,036	
HP1.1	General hospitals	6754,692	6754,692	1866,219	363,110	192,093	1310,980	0,037	8620,911	
HP1.2	Mental health and substance abuse hospitals	564,452	564,452	87,623	15,099	16,232	56,289	0,003	652,076	
HP1.3	Speciality (other than mental health and substance abuse hospitals)	71,903	71,903	11,166	1,925	2,070	7,171	0,000	83,069	
HP2	Nursing and residential care facilities	3063,706	1451,794	81,826	39,430	42,388	0,000	0,003	652,076	
HP2.1	Nursing care facilities	258,470	104,642	153,828	0,061	0,029	0,031	0,000	258,530	
HP2.2	Residential mental retardation, mental health and substance abuse facilities	76,299	5,171	71,128	3,989	1,922	2,066	0,000	80,287	
HP2.3	Community care facilities for the elderly	1364,762	1364,762	76,532	36,879	39,646	0,008	0,008	1441,294	
HP2.9	All other residential care facilities	1364,175	1341,981	22,194	1,245	0,645	0,000	0,000	1365,420	
HP3	Providers of ambulatory health care	6436,124	426,487	6009,637	212,389	172,149	2082,095	0,033	9034,397	
HP3.1	Offices of physicians	3278,541	3278,541	1590,832	87,506	94,072	1409,237	0,018	4869,373	
HP3.2	Offices of dentists	517,595	517,595	254,566	13,747	14,779	226,038	0,003	772,161	
HP3.3	Offices of other health practitioners	990,128	440,484	440,484	26,411	28,393	385,675	0,005	1430,612	
HP3.4	Out-patient care centres	240,150	240,150	68,165	6,488	6,975	54,701	0,001	308,315	
HP3.5	Medical and diagnostic laboratories	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
HP3.6	Providers of home health care services	974,038	974,038	59,853	25,736	27,667	6,445	0,005	1033,890	
HP3.9	Other providers of ambulatory health care	435,673	426,487	9,186	184,373	52,502	0,264	0,000	620,045	
HP4	Retail sale and other providers of medical goods	2349,106	2349,106	2417,306	62,866	67,583	2286,845	0,013	4766,412	
HP4.1	Dispensing chemists = Pharmacies	2318,597	2318,597	2394,874	62,049	66,705	2266,107	0,013	4713,471	
HP4.2	Retail sale and other suppliers of optical glasses and other vision products	10,471	10,471	7,044	0,280	0,301	6,462	0,000	17,515	
HP4.3	Retail sale and other suppliers of hearing aids	20,037	20,037	15,388	0,536	0,577	14,275	0,000	35,425	
HP.4.4-HP4.9	Retail sale and other suppliers of medical appliances; All other miscellaneous sale and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods								0,000	
HP5	Provision and administration of public health programs	961,384	804,290	157,094	77,715	77,715	77,715	0,000	1039,099	
HP6	General health administration and insurance	2093,502	1289,478	804,024	182,813	123,236	59,577	0,000	2276,315	
HP7	Other industries (rest of the economy)	115,800	115,800						115,800	
HP9	Rest of the world									
HP0	n.e.c.									
	Current health care expenditure HC.1-HC.9	22410,669	4087,848	18322,821	7322,941	818,054	552,091	209,322	29733,611	

## 9.9 Bijlage 9: HCxHP 2005

Providers	Functions	Million of national currency	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.9
HC.1; HC.2	Services of curative and rehabilitative care									
HC.1	Services of curative care		8236,260	25,381	5620,915	0,000	0,000	0,000		13882,556
HC.2	Services of rehabilitative care		85,623	1,154	904,659	0,000	0,000	0,000		991,436
HC.3	Services of long-term nursing care		143,773	3118,997	1351,605	0,000	0,000	5,171	115,800	4735,346
HC.4	Ancillary services to health care		327,289		942,964	0,000	0,000	0,000		1270,253
HC.5	Medical goods dispensed to out-patients		482,565		164,180	4766,412	0,000	0,000		5413,157
HC.6	Prevention and public health services		0,000		41,177	0,000	883,829	179,200		1104,206
HC.7	Health administration and health insurance		80,545		8,882	0,000	77,555	2091,944		2258,925
HC.9	Not specified by kind						77,715			77,715
	Current health care expenditure HC.1-HC.9		9356,056	3145,532	9034,381	4766,412	1039,099	2276,315	115,800	29733,594

## 9.10 Bijlage 10: HCxHF2006

Financing agents/schemes	HF.1			HF.2			HF.3					
	Million of national currency	General government (excl. social security) = Territorial government	HF.1.1 General government	HF.1.2 Social security funds	Private sector	HF.2.1 Private social insurance	HF.2.2 Private insurance (other than social insurance)	HF.2.3 Private household exp.	HF.2.4 Non-profit institutions serving households	HF.2.5 Corporations (other than health insurance)	Rest of the world	Current expenditure HF.1-HF.3
HC.1		10166,565	21,895	10144,670	3652,934	372,199	296,543	2983,727	0,065	0,000	0,000	13819,499
HC.2	Services of curative care	746,711	60,621	686,090	397,212	11,640	20,230	365,338	0,004	0,000	0,000	1143,923
HC.2.1	Services of rehabilitative care	6451,268	1941,158	309,987	188,818	1442,312	0,041	0,000	0,000	0,000	0,000	8392,426
HC.2.1	In-patient curative care	116,357	17,975	1,987	3,454	12,533	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	134,332
HC.2.1	Day cases of curative care	248,433	11,732	4,212	7,320	0,199	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	260,166
HC.2.2	Day cases of rehabilitative care	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
HC.2.3	Out-patient curative care	3069,031	21,895	3047,136	1591,453	51,511	89,527	1450,396	0,020	0,000	0,000	4660,485
HC.1.3.1	Basic medical and diagnostic services	1577,218	21,895	1555,323	1206,052	26,184	45,509	1134,349	0,010	0,000	0,000	2783,270
HC.1.3.2	Out-patient dental care	413,785	413,785	203,115	7,073	12,293	183,746	0,003	0,000	0,000	0,000	616,900
HC.1.3.3	All other specialised health care	1043,520	1043,520	179,064	17,665	30,702	130,690	0,007	0,000	0,000	0,000	1222,583
HC.1.3.9	All other out-patient curative care	34,508	34,508	3,223	1,611	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	37,731
HC.2.3	Out-patient rehabilitative care	630,354	60,621	569,733	379,238	9,653	16,776	352,805	0,004	0,000	0,000	1009,592
HC.1.4	Services of curative home care	397,832	397,832	108,590	6,489	11,278	90,820	0,002	0,000	0,000	0,000	506,422
HC.2.4	Services of rehabilitative home care	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
HC.3	Services of long-term nursing care	4856,390	1892,090	2964,299	320,927	232,216	80,389	8,304	0,018	0,000	0,000	5177,317
HC.3.1	In-patient long-term nursing care	3439,342	1540,766	1898,576	77,975	28,074	48,792	1,098	0,011	0,000	0,000	3517,317
HC.3.2	Day cases of long-term nursing care	6,175	6,175	0,289	0,106	0,184	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	6,464
HC.3.3	Long-term nursing care: home care	1410,873	351,324	1059,549	242,663	204,037	31,413	7,205	0,007	0,000	0,000	1653,536
HC.4	Ancillary services to health care	988,675	7,777	980,899	359,875	56,511	28,834	77,422	197,102	0,006	0,000	1348,551
HC.4.1	Clinical laboratory	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
HC.4.2	Diagnostic imaging	928,266	928,266	106,344	15,692	27,272	63,374	0,006	0,000	0,000	0,000	1034,610
HC.4.3	Patient transport and emergency rescue	7,788	7,777	71,560	39,921	0,000	0,001	31,638	0,000	0,000	0,000	79,348
HC.4.9	All other miscellaneous ancillary services	52,621	0,000	52,621	181,971	0,899	1,562	14,047	165,464	0,000	0,000	234,592
HC.5	Medical goods dispensed to out-patients	3032,064	0,000	3032,064	2397,408	51,615	89,708	2256,066	0,020	0,000	0,000	5429,472
HC.5.1	Pharmaceutical and other medical non-durables	2767,090	2767,090	2283,845	47,164	81,971	2154,692	0,018	0,000	0,000	0,000	5050,935
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical durables	264,974	264,974	113,562	4,451	7,736	101,373	0,002	0,000	0,000	0,000	378,536
HC.6	Prevention and public health services	1109,598	922,722	186,876	0,502	0	0	0	0,000	0,000	0,000	1110,101
HC.7	Health administration and health insurance	2069,378	1485,607	583,772	184,136	127,839	56,297	0,000	0,000	0,000	0,000	2253,514
HC.7	Current health care expenditure HC.1-HC.9	22969,381	4390,712	18578,669	7312,995	852,203	572,720	5690,857	197,102	0,000	0,000	30282,376

## 9.11 Bijlage 11: HPxHF2006

Providers	Financing agents / schemes	HF1			HF2			HF3					
		Million of national currency	General government	General government (excl. social security) = Territorial government	HE1.1. Social security funds	HE1.2. Private sector	HE1.1. Private insurance	HE2.1. Private insurance (other than social insurance)	HE2.2. Private insurance (other than social insurance)	HE2.3. Private insurance (other than social insurance)	HE2.4. Non-profit institutions (other than health insurance)	HE2.5. Corporations (other than health insurance)	Rest of the world
HP1	Hospitals	7289,742	7289,742	2000,725	323,449	212,216	1465,013	0,046					9290,467
HP1.1	General hospitals	6964,982	6964,982	1864,863	317,918	202,602	1344,299	0,044					0,000
HP1.2	Mental health and substance abuse hospitals	152,170	152,170	114,239	2,593	4,506	107,139	0,001					266,409
HP1.3	Speciality (other than mental health and substance abuse hospitals)	172,590	172,590	21,623	2,959	5,108	13,576	0,001					194,213
HP2	Nursing and residential care facilities	3331,918	1562,661	73,299	25,879	44,979	2,430	0,010					3405,117
HP2.1	Nursing care facilities	1042,500	121,955	920,546	31,146	19,750	0,028	0,004					1073,647
HP2.2	Residential mental retardation, mental health and substance abuse facilities	41,527	5,430	36,097	1,961	1,073	0,270	0,000					43,488
HP2.3	Community care facilities for the elderly	778,863	778,863	36,575	13,323	23,155	0,092	0,005					815,438
HP2.9	All other residential care facilities	1468,927	1435,277	33,650	3,616	1,000	2,040	0,000					1472,543
HP3	Providers of ambulatory health care	6371,671	334,143	6037,528	2694,635	327,686	176,933	1992,876	197,102	0,039			9066,306
HP3.1	Offices of physicians	3376,168	556,006	252,905	9,336	16,226	227,339	0,004					4922,411
HP3.2	Offices of dentists	855,679	855,679	407,689	14,438	25,093	368,153	0,005					1263,368
HP3.3	Offices of other health practitioners	240,280	240,280	11,490	4,091	7,109	0,288	0,002					251,770
HP3.4	Out-patient care centres												
HP3.5	Medical and diagnostic laboratories												
HP3.6	Providers of home health care services	1009,183	1009,183	53,315	16,898	29,370	7,041	0,006					1062,498
HP3.9	Other providers of ambulatory health care	334,356	334,356	422,993	225,886	0,005	197,102	0,000					757,349
HP4	Ambulance services	40,378	40,374	71,559	39,921		31,638						111,937
	Blood and organ banks			137,181			137,181						137,181
	Providers of all other ambulatory health care services	293,979	293,769	214,253	185,966	0,005	28,283	0,000					508,231
HP4	Retail sale and other providers of medical goods	2781,022	2781,022	2360,200	47,350	82,295	2230,537	0,018					5141,222
HP4.1	Dispensing chemists = Pharmacies	2766,918	2766,918	2359,114	47,161	81,966	2229,969	0,018					5126,032
HP4.2	Retail sale and other suppliers of optical glasses and other vision products	11,189	11,189	1,086	0,189	0,329	0,568	0,000					12,275
HP4.3	Retail sale and other suppliers of hearing aids	0,007	0,007										0,007
HP4.4	Retail sale and other suppliers of medical appliances;	2,909	2,909										2,909
HP4.9	All other miscellaneous sale and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods												
HP5	Provision and administration of public health programs	1204,181	1009,288	194,893									1204,181
HP6	General health administration and insurance	1872,771	1366,443	506,328	184,136	56,297	0,000						2056,907
HP7	Other industries (rest of the economy)	118,176	118,176										118,176
HP9	Rest of the world												
	Current health care expenditure HC.1.HC.9	22969,381	4390,712	7312,995	852,203	572,720	5690,857	197,102	0,113	0,000			30282,376

## 9.12 Bijlage 12: HCxHP2006

Providers Functions	Million of national currency	HP1 Hospitals	HP2 Nursing and residential care facilities	HP3 Providers of ambulatory health care	HP4 Retail sale and other providers of medical goods	HP5 Provision and administration of public health programs	HP6 General health administration and insurance	HP7 Other industries (rest of the economy)	HP9 Rest of the world	Current expenditure HP1-HP9
HC.1	Services of curative care	8630,571	30,095	5141,480	0,000	0,000	0,000		13819,499	
HC.2	Services of rehabilitative care	283,895	38,058	821,970	0,000	0,000	0,000		1143,923	
HC.3	Services of long-term nursing care	7,346	3336,963	1714,831	0,000	0,000	118,176		5177,317	
HC.4	Ancillary services to health care	305,509		1043,042	0,000	0,000	0,000		1348,551	
HC.5	Medical goods dispensed to out-patients	0,793		287,456	5141,222	0,000	0,000		5429,472	
HC.6	Prevention and public health services	0,000		48,147	0,000	996,696	65,257		1110,101	
HC.7	Health administration and health insurance	62,352		9,380	0,000	190,133	1991,650		2253,514	
	Current health care expenditure HC.1-HC.9	9290,467	3405,117	9066,306	5141,222	1204,181	2056,907	118,176	30282,376	

## 9.13 Bijlage 13: HCxHF 2007

Financing agents/schemes	HF.1			HF.2			HF.3			
	HF.1.1	HF.1.2	HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5	HF.3	
Million of national currency	General government (excl. social security) = Territorial government	Social security funds	Private sector	Private social insurance	Private insurance (other than social insurance)	Private households out-of-pocket exp.	Non-profit institutions serving households	Corporations (other than health insurance)	Rest of the world	Current expenditure HF.1-HF.3
HC.1	11.076,25	11.083,24	4.159,90	389,33	334,59	3.435,93	0,00	0,04	0,00	15.236,14
HC.2	847,20	786,58	480,92	12,51	23,98	444,43	0,00	0,00	0,00	1.328,12
HC.1.1	6.860,79	6.860,79	2.142,50	323,15	207,72	1.611,61	0,00	0,02	0,00	9.003,30
HC.2.1	135,71	135,71	33,25	2,16	4,13	26,96	0,00	0,00	0,00	168,96
HC.1.2	183,36	183,36	8,74	2,92	5,59	0,23	0,00	0,00	0,00	192,09
HC.2.2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HC.1.3	3.638,40	3.638,40	1.903,07	57,19	109,63	1.736,24	0,00	0,01	0,00	5.541,46
HC.1.3.1	2.029,99	2.006,98	1.457,47	31,61	60,59	1.365,27	0,00	0,01	0,00	3.487,46
HC.1.3.2	451,26	451,26	235,95	7,18	13,76	215,01	0,00	0,00	0,00	687,21
HC.1.3.3	1.125,82	1.125,82	206,85	17,91	34,33	154,61	0,00	0,00	0,00	1.332,67
HC.1.3.9	31,34	31,34	2,80	0,50	0,96	1,34	0,00	0,00	0,00	34,13
HC.2.3	711,49	650,87	447,67	10,35	19,84	417,47	0,00	0,00	0,00	1.159,16
HC.1.4	393,70	393,70	105,59	6,08	11,66	87,86	0,00	0,00	0,00	499,29
HC.2.4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HC.3	5.000,94	3.259,41	553,92	452,76	91,32	9,83	0,00	0,01	0,00	5.554,86
HC.3.1	3.593,08	1.494,24	2.098,84	113,10	55,97	1,03	0,00	0,01	0,00	3.763,17
HC.3.2	7,82	0,18	7,65	0,11	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	8,15
HC.3.3	1.400,04	247,12	1.152,92	339,54	35,14	8,80	0,00	0,00	0,00	1.783,53
HC.4	590,96	1,98	588,98	50,44	17,70	28,05	89,80	0,00	0,00	776,95
HC.4.1	269,77	0,00	269,77	4,16	7,98	0,10	0,00	0,00	0,00	282,02
HC.4.2	263,27	0,00	263,27	4,19	8,03	13,34	0,00	0,00	0,00	288,83
HC.4.3	1,98	1,98	0,00	41,20	0,00	0,00	14,41	0,00	0,00	57,60
HC.4.9	55,94	0,00	55,94	0,88	1,69	14,61	75,39	0,00	0,00	148,50
HC.5	3.307,55	0,00	3.307,55	52,44	100,51	2.305,49	0,00	0,01	0,00	5.766,00
HC.5.1	3.016,18	0,00	3.016,18	47,85	91,72	2.201,13	0,00	0,01	0,00	5.356,88
HC.5.2	291,37	0,00	291,37	4,59	8,79	104,36	0,00	0,00	0,00	409,11
HC.6	1.324,42	1.020,06	304,36	3,37	0,19	3,08	0,00	0,00	0,00	1.327,79
HC.7	2.473,34	1.209,18	1.264,17	141,50	169,59	0,00	0,00	0,00	0,00	2.784,44
HC.9	24.620,66	4.056,37	20.564,29	8.153,64	737,89	6.226,81	89,80	0,07	0,00	32.774,29

## 9.14 Bijlage 14: HPxHF 2007

Providers	Financing agents / schemes	HF.1				HF.2				HF.3		
		Million of national currency	General government	HF.1.1. General government (excl. social security) = Territorial government	HF.1.2. Social security funds	Private sector	HF.2.1. Private social insurance	HF.2.2. Private insurance (other than social insurance)	HF.2.3. Private household exp.	HF.2.4. Non-profit institutions	HF.2.5. Corporations (other than health insurance)	Rest of the world
HP.1	Hospitals	7,591,80	0,00	7,591,80	2,208,33	334,26	1,645,03	0,00	0,00	0,00	0,00	9,800,13
HP.1.1	General hospitals	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HP.1.2	Mental health and substance abuse hospitals	173,61	0,00	173,61	127,50	2,72	119,56	0,00	0,00	0,00	0,00	301,11
HP.1.3	Speciality (other than mental health and substance abuse hospitals)	192,87	0,00	192,87	25,53	3,02	16,72	0,00	0,00	0,00	0,00	218,40
HP.2	Nursing and residential care facilities	3,471,73	1,517,42	1,954,32	164,87	110,87	2,31	0,00	0,00	0,00	0,00	3,636,60
HP.2.1	Nursing care facilities	1,924,78	43,47	1,881,30	159,17	109,71	49,46	0,00	0,00	0,00	0,00	2,083,95
HP.2.2	Residential mental retardation, mental health and substance abuse facilities	63,00	24,97	38,03	2,10	0,61	1,16	0,34	0,00	0,00	0,00	65,10
HP.2.3	Community care facilities for the elderly	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HP.2.9	All other residential care facilities	1,483,95	1,448,98	34,98	3,60	0,56	1,07	1,98	0,00	0,00	0,00	1,487,55
HP.3	Providers of ambulatory health care	6,711,63	224,01	6,487,63	3,051,00	464,58	2,300,76	89,80	0,00	0,00	0,00	9,762,64
HP.3.1	Offices of physicians	3,520,27	0,00	3,520,27	1,775,21	55,57	1,613,09	0,00	0,00	0,00	0,00	5,295,47
HP.3.2	Offices of dentists	594,23	0,00	594,23	289,02	9,29	17,81	261,91	0,00	0,00	0,00	883,25
HP.3.3	Offices of other health practitioners	826,91	0,00	826,91	456,66	13,03	24,97	418,66	0,00	0,00	0,00	1,283,56
HP.3.4	Out-patient care centres	235,69	0,00	235,69	11,15	3,75	7,19	0,22	0,00	0,00	0,00	246,85
HP.3.5	Medical and diagnostic laboratories	185,49	0,00	185,49	8,24	2,82	5,41	0,01	0,00	0,00	0,00	193,73
HP.3.6	Providers of home health care services	1,119,34	5,87	1,113,47	57,99	17,52	33,59	6,88	0,00	0,00	0,00	1,177,34
HP.3.9	Other providers of ambulatory health care	229,71	218,14	11,57	452,73	362,59	0,34	0,00	89,80	0,00	0,00	682,44
HP.4	Retail sale and other providers of medical goods	3,020,27	0,00	3,020,27	2,418,33	47,87	2,278,70	0,00	0,00	0,00	0,00	5,438,60
HP.4.1	Dispensing chemists = Pharmacies	3,001,07	0,00	3,001,07	2,416,78	47,61	2,277,90	0,00	0,00	0,00	0,00	5,417,85
HP.4.2	Retail sale and other suppliers of optical glasses and other vision products	11,71	0,00	11,71	1,12	0,19	0,36	0,58	0,00	0,00	0,00	12,84
HP.4.3	Retail sale and other suppliers of hearing aids	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
HP.4.4-HP.4.9	Retail sale and other suppliers of medical appliances; All other miscellaneous sale and other suppliers of pharmaceuticals and medical goods	7,48	0,00	7,48	0,43	0,07	0,14	0,22	0,00	0,00	0,00	7,91
HP.5	Provision and administration of public health programs	1,422,56	1,093,04	329,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,422,56
HP.6	General health administration and insurance	2,280,63	1,099,87	1,180,76	311,09	141,50	169,59	0,00	0,00	0,00	0,00	2,591,72
HP.7	Other industries (rest of the economy)	122,04	122,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	122,04
	Current health care expenditure HC.1-HC.9	24,620,66	4,056,37	20,564,29	8,153,64	1,099,07	737,89	6,226,81	89,80	0,00	0,00	32,774,29

## 9.15 Bijlage 15: HCxHP2007

Providers	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.9
Functions	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.9
Million of national currency	Hospitals	Nursing and residential care facilities	Providers of ambulatory health care	Retail sale and other providers of medical goods	Provision and administration of public health programs	General health administration and insurance	Other industries (rest of the economy)	Rest of the world
Current expenditure HP.1-HP.9								
HC.1	9,177,84	23,00	5,996,29		39,01			15,236,14
HC.2	384,44	40,31	903,37					1,328,12
HC.3	14,25	3,573,30	1,845,27				122,04	5,554,86
HC.4	156,05		620,90					776,95
HC.5	0,91		326,49	5,438,60				5,766,00
HC.6	0,97		60,38		1,193,91	72,53		1,327,79
HC.7	65,68		9,93		189,64	2,519,19		2,784,44
Current health care expenditure HC.1-HP.9	9,800,13	3,636,60	9,762,64	5,438,60	1,422,56	2,591,72	122,04	32,774,29

## 9.16 Bijlage 16: HFxFS 2007

Financing sources	FS.1			FS.2		FS.3		Total sources for current health care expenditure FS.1-FS.3*
	Million of national currency	General government units	Territorial governments	FS.1.1	FS.1.2	Private sector	Households	
HF.1		12.252,32	12.056,78		195,54	12.368,34	4.262,69	24.620,66
HF.1.1	General government (excl. social security) = Territorial government	4.056,37	4.056,37		0,00	0,00	0,00	4.056,37
HF.1.1.1	Central government	731,47	731,47		0,00	0,00	0,00	731,47
HF.1.1.1.1	Ministry of Health	164,39	164,39		0,00	0,00	0,00	164,39
HF.1.1.1.2	Other Ministries	567,08	567,08		0,00	0,00	0,00	567,08
HF.1.1.2	States / provincial governments	2.867,50	2.867,50		0,00	0,00	0,00	2.867,50
HF.1.1.3	Locals / municipal governments	457,40	457,40		0,00	0,00	0,00	457,40
HF.1.2	Social security funds	8.195,94	8.000,41	195,54	0,00	12.368,34	4.262,69	20.564,29
HF.2	Private sector	11,57	7,47	4,10	0,00	8.142,07	7.531,39	8.153,64
HF.2.1	Private social insurance	0,00	0,00	0,00	0,00	1.099,07	1.099,07	1.099,07
HF.2.2	Private insurance (other than social insurance)	0,00	0,00	0,00	0,00	737,89	147,58	737,89
HF.2.1 - HF.2.2	Private insurance	0,00	0,00	0,00	0,00	1.836,96	1.246,65	1.836,96
HF.2.3	Private households out-of-pocket exp.	0,00	0,00	0,00	0,00	6.226,81	6.226,81	6.226,81
HF.2.3.1	out-of-pocket excluding cost-sharing	0,00	0,00	0,00	0,00	6.226,81	6.226,81	6.226,81
HF.2.4	Non-profit institutions serving households	11,57	7,47	4,10	0,00	78,24	57,94	89,80
HF.2.5	Corporations (other than health insurance)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,07	0,07
HF.3	Rest of the world	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	current health care expenditure HF.1-HF.3 *	12.263,88	12.064,24	199,64	0,00	20.510,41	11.794,08	32.774,29

## 9.17 Bijlage 17 : Groeipercentages van het indexcijfer der consumptieprijsen

	2004		2005		2006		2007		2008	
	Index	Gezondheidsindex (1)	Index	Gezondheidsindex (1)	Index	Gezondheidsindex (1)	Index	Gezondheidsindex (1)	Index	Gezondheidsindex (1)
Gemiddelde	100	99,98	102,79	102,15	104,63	103,95	106,53	105,79	111,32	110,26
Toename %	in 2,09%	1,63%	2,79%	2,17%	1,79%	1,76%	1,82%	1,77%	4,50%	4,23%

(1) Ingevolge het K.B. van 24.12.1993 ter uitvoering van de wet van 06.01.1989 tot vrijwaring van 's lands concurrentievermogen wordt vanaf januari 1994 de zogenaamde gezondheidsindex gebruikt als basis voor de indexering van de sociale uitkeringen.

Bron: FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie

## 9.18 Bijlage 18: Bondige beschrijving van de gebruikte verdelingsmethode van de geregistreerde bestedingen

In principe bestaat de werkmethode erin dat alle uitgavenposten die beschreven worden drie codes meekrijgen, voor elke dimensie één. Opnieuw zullen we niet op een gedetailleerde manier ingaan op elke individuele toewijzing, maar eerder algemeen beschrijvend de mechanismen en basis weergeven waarop deze toewijzingen gebeuren. De eigenlijke manier, verschilt van bron tot bron:

*Sociale zekerheid:*

- ▶ Ziekteverzekering: een sleutelrol is weggelegd voor de boekhoudgegevens van het RIZIV, geneeskundige verzorging. Niet alleen biedt deze bron een mogelijkheid om de uitgaven van de ziekteverzekering te verdelen, zij maakt het ook mogelijk om de remgelden (wettelijke tarieven), die gekoppeld zijn aan de terugbetaalbare prestaties eveneens toe te wijzen.
- ▶ Ziekteverzekering nvkz: ook hier laten boekhoudgegevens toe om een toewijzing te doen van de verzekeringstussenkomsten.
- ▶ Arbeidsongevallen en Beroepsziekten: in het kader van deze beide sociale zekerheidstakken, gebeuren ook terugbetalingen van geneeskundige prestaties (naast de toekenning van vervangingsinkomens, maar zoals gezegd, dit aspect wordt niet beschouwd onder de gezondheidsrekeningen). De toewijzing aan specifieke verstrekkers en functies is echter moeilijker, omdat de beschikbare gegevens niet toelaten die onmiddellijk te doen. Daarom wordt gebruik gemaakt van een verdeelsleutel, die berekend wordt op basis van (een deel van) de RIZIV-boekhoudkundige informatie.
- ▶ Bijzonder geval: de Maximumfactuur: afhankelijk van hun inkomenssituatie, hebben de Belgische gezinnen vanaf een bepaald bedrag recht op volledige terugbetaling van de remgelden. Dit wordt de 'maximumfactuur' genoemd. In dit kader zijn evenwel geen gedetailleerde gegevens bekend, zodat eveneens gebruik gemaakt wordt van een verdeelsleutel, die berekend wordt op basis van de RIZIV-tussenkomsten geneeskundige verzorging. De Maximumfactuur moet enerzijds 'bijgeteld' worden bij de RIZIV-tussenkomsten, maar langs de andere kant in mindering gebracht worden van de remgelden.

*Overheden:* Voor de overheden wordt gebruik gemaakt van de begrotingsgegevens. De toewijzingen worden daarbij gedaan op basis van de individuele begrotingsposten en hun beschrijving. De overheden die hierbij betrokken zijn, zijn:

- ▶ Federaal: FOD Sociale Zekerheid, FOD Volksgezondheid, FOD Binnenlandse Zaken, FOD Justitie en FOD Landsverdediging;
- ▶ Regionaal: Vlaamse Gemeenschap, Waals gewest, Franse Gemeenschap, Duitstalige Gemeenschap en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, alsook de Gemeenschapscommissies (Vlaamse, Franse en Gemeenschappelijke).

*Aanvullende verzekeringen:* aangezien het hier hoofdzakelijk gaat om zgn. ‘Hospitalisatieverzekeringen’ en er geen detailinformatie beschikbaar is, is er ook voor geopteerd om te werken via een verdeelsleutel. Deze sleutel wordt berekend op basis van de RIZIV-gegevens, remgelden in het kader van hospitalisatie.

*Aanvullend extra-legaal fonds bij de Spoorwegen:* ook hier gebeurt de toewijzing op basis van een verdeelsleutel, berekend op basis van de RIZIV-gegevens.

*Bijzondere gevallen:* een aantal uitgaven kunnen onmiddellijk toegewezen worden.

- ▶ Uitkeringen voor Hulp van Derden en Uitkeringen voor Hulp aan bejaarden: onze sociale bijstandsregelingen voorzien in aanvullende uitkeringen waarop hulpbehoevenden, die over onvoldoende inkomsten beschikken, beroep kunnen doen om zich de nodige zorgen aan te kopen. Hoewel de SHA-methodologie eigenlijk niet voorziet dat ook uitkeringen worden opgenomen in de gezondheidsuitgaven, voorziet zij een bijzondere behandeling voor uitkeringen met deze zeer specifieke doelstelling dat zij moeten toelaten dat zorgbehoevenden zich met deze uitkering de benodigde zorg kunnen aanschaffen.
- ▶ Vlaamse Zorgverzekering: als een uitkering die ook specifiek is bestemd voor de vergoeding van ‘aangekochte’ zorgdiensten, wordt de uitbetaalde steun van de zorgverzekering toegewezen aan de functie van langdurige zorg, via de verstrekkers instellingen en thuiszorg, op basis van de gegevens van het Zorgfonds.
- ▶ Uitgaven gedaan door de Integratiefondsen voor gehandicapten en de Homes voor oorlogsinvaliden, worden ook rechtstreeks toegewezen.

