

De gezondheidszorguitgaven: determinanten en projecties

Nicole Fasquelle, Saskia Weemaes, Peter Willemé

nf@plan.be, sw@plan.be, pw@plan.be

ABSTRACT

Health care expenditures have risen considerably relative to GDP over the past decades in most industrialized countries, and Belgium is no exception to that rule. In this article we present a short overview of the models that are proposed in the scientific literature to explain this trend. The main conclusion from this literature study is that income and technology are the main drivers of increased health care spending, and to a lesser extent demographic ageing. We also present the models currently used at the Belgian Federal Planning Bureau to project future acute and long-term care expenditures. These models indicate a further increase of health care spending as a percentage of GDP over the coming decades, together with a rising share of long-term care spending in the total health care bill. This growing importance of long-term care can be attributed to the ageing of the population, which is expected to lead to growing numbers of (very) old people with functional limitations. The combination of the epidemiological/demographic and technological factors which could drive this evolution is explored in the final section of the paper.

Jel Classification – H51, H55, I18, J11

Keywords – Health care spending, demographic ageing, medical technological progress, epidemiology

Inhoudsopgave

1	De Belgische gezondheidszorguitgaven in historisch perspectief	191
2	Modellen ter verklaring van de evolutie van de gezondheidszorguitgaven: een kort overzicht van de literatuur	195
2.1	Het inkomen als determinant van de gezondheidszorguitgaven	195
2.2	De vergrijzing als determinant van de gezondheidszorguitgaven	196
2.3	De technologische vooruitgang als determinant van de gezondheidszorguitgaven	198
2.4	Het effect van de prijsevolutie van de medische verstrekkingen	199
2.5	Aanbod-geïnduceerde vraag als determinant van de gezondheidszorguitgaven	200
3	Projecties van de gezondheidszorguitgaven op lange termijn door het Federaal Planbureau	201
3.1	De gezondheidszorguitgaven in het kader van de budgettaire kosten van de vergrijzing	201
3.1.1	Inleiding	201
3.1.2	De budgettaire kosten van de vergrijzing	201
3.2	Projecties van uitgaven voor acute en langdurige zorg op lange termijn	204
3.2.1	Methodologie	204
3.2.2	Resultaten	209
4	Onzekerheden over de toekomstige uitgaven: epidemiologie, technologie en hun interactie.	212
5	Bibliografie	215

1

De Belgische gezondheidszorguitgaven in historisch perspectief

Tijdens de laatste 40 jaar zijn de uitgaven voor gezondheidszorg sneller gestegen dan de economische groei. De totale gezondheidszorguitgaven zijn gestegen van 4,3 % van het bbp in 1970 naar 9,2 % in 2008⁽¹⁾ (zie figuur 1). Die toename is toe te schrijven aan de groeiende welvaart en aan de vooruitgang van de medische technieken. Die ontwikkelingen hebben een invloed gehad op en worden beïnvloed door het beleid voor de ontwikkeling van de sociale verzekering voor geneeskundige verzorging. De besluitwet van 28 december 1944 voerde de maatschappelijke zekerheid voor alle arbeiders in en vormde tegelijk de ziekteverzekering om van een gesubsidieerde vrijwillige ziekenfondsverzekering tot een verplichte verzekering. Sindsdien is die verzekering uitgebreid met talrijke andere categorieën van gerechtigden (zelfstandigen, werknemers van de openbare sector, gehandicapten), en dekt zij nieuwe medische handelingen.

Het geheel van de uitgaven of de totale consumptie van gezondheidszorg omvat de uitgaven voor rekening van de patiënt (remgeld) en de uitgaven die terugbetaald worden door de ziekenfondsen, via het rıziv. Die laatste uitgaven vormen het grootste deel van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg en zijn onderworpen aan de evolutie van de terugbetalingstarieven. Ook al lag tijdens de geobserveerde 40 jaar de groei van de overheidsuitgaven lichtjes hoger dan die van de totale uitgaven (een gemiddelde jaarlijkse groei van 5,1 % ten opzichte van 4,5%), toch is een analyse per subperiode noodzakelijk (zie figuur 1).

Tijdens de jaren 70 stijgen de overheidsuitgaven voor geneeskundige zorgen met 1,4 procentpunten van het bbp als gevolg van de toename van het aantal speciale verstrekkingen (door toepassing van de nieuwe technische ontwikkelingen), de verschuiving van farmaceutische bereidingen naar duurder maar ook efficiëntere geneesmiddelen en de toename van meer gespecialiseerde ziekenhuisbedden.

Aan het eind van de jaren 70, wanneer de overheid geconfronteerd wordt met toenemende tekorten en een aangroeiende overheidschuld worden ook besparingsmaatregelen ingevoerd in de sector gezondheidszorg:

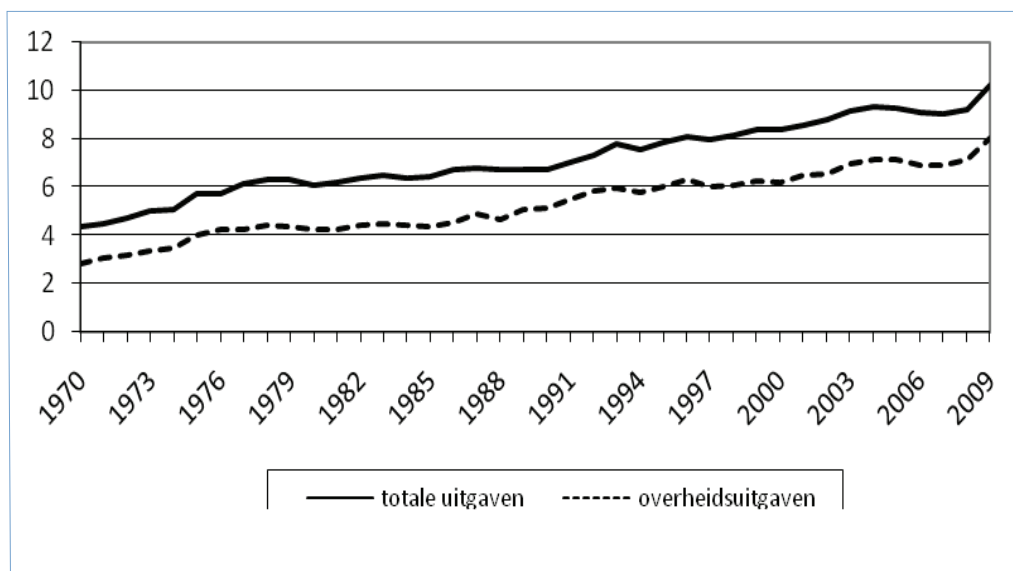
- ▶ niet-indexering van de erelonen en in sommige gevallen daling van de erelonen (klinische biologie, in vitro geneeskunde) of herleiding tot een forfait;
- ▶ omzetting van acute ziekenhuisbedden in verzorgingsbedden;
- ▶ programmering van het aantal bedden;

¹ In 2009 zouden ze door de sterke daling van het bbp zelfs uitkomen op 10,2% van het bbp.

- ▶ behandelingen in eendagsziekenhuizen of mini-verpleegdagen;
- ▶ drukken van de prijs van geneesmiddelen toegediend in ziekenhuizen (economische verpakking en prijs per eenheid medicijn);
- ▶ instellen van begrotingsenvelopes voor gespecialiseerde verstrekkingen;
- ▶ controle van het aantal verstrekkingen per geneesheer en per patient, aan de hand van medische profielen;
- ▶ strengere voorwaarden om in aanmerking te komen voor het “voorkeurtarief” en verhoging van het remgeld voor de andere patiënten.

Het gevolg daarvan is dat er tussen 1980 en 1988 nagenoeg een stabilisering is van de overheidsuitgaven uitgedrukt in procent van het bbp⁽²⁾. Die stijgen minder snel dan de totale uitgaven (een gemiddelde jaarlijkse groei van 2,6% ten opzichte van 2,8%). Vanaf 1993 tot het eind van de jaren negentig zijn de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg opnieuw vrij stabiel in procent van het bbp. Het aandeel van de overheidsuitgaven ten opzichte van de totale uitgaven daalt tijdens dat decennium. Tussen 2000 en 2008 stijgt het aandeel van de overheidsuitgaven opnieuw licht.

Figuur 1 : Evolutie van de totale uitgaven en van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg in % van het bbp

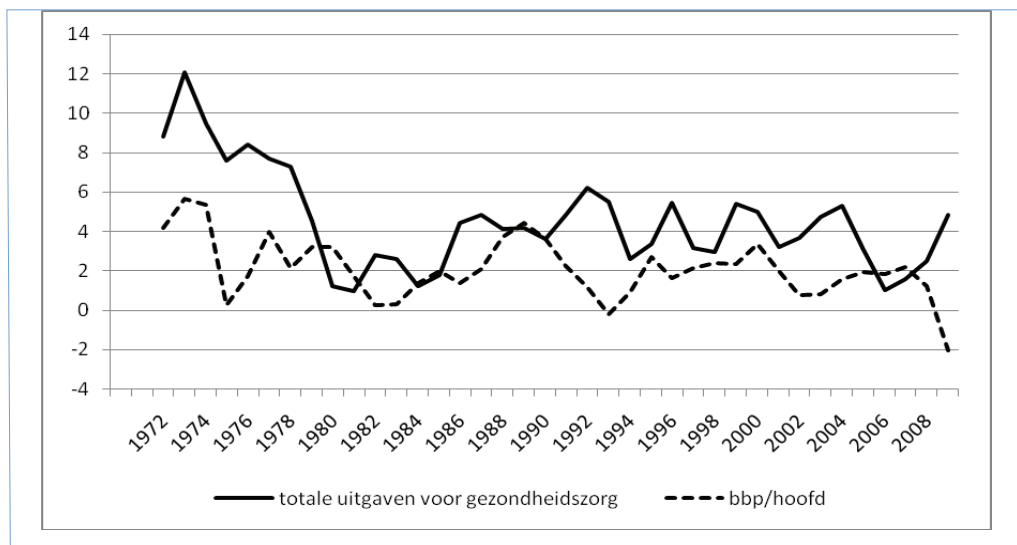


2 Sommige maatregelen die in de tweede helft van de jaren 80 genomen werden, zoals de forfaitarisering van de klinische biologie in de ziekenhuizen en de reconversie van ziekenhuisbedden naar RVT-bedden, hebben wellicht pas effect gehad op het einde van de jaren tachtig en in het begin van de jaren negentig.

Het saneringsbeleid van de begroting in de jaren 80 en 90 heeft duidelijk de groei van het aandeel van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg mee afgeremd, maar de impact ervan op de totale consumptie van de gezondheidszorg is minder duidelijk. Het blijkt dat de restrictieve maatregelen in de meeste gevallen op korte termijn geen effect hebben op de totale uitgaven aangezien de kortetermijnschommelingen van de overheidsuitgaven in omgekeerde zin gecompenseerd worden door schommelingen in de particuliere uitgaven. Op middellange-lange termijn vormt dat besparingsbeleid daarentegen ongetwijfeld een van de kanalen waarlangs de schommelingen in de economische groei invloed uitoefenen op de dynamiek van de totale consumptie.

Voor de oESO-lidstaten wijzen de internationale gegevens op een sterke correlatie tussen de algemene levensstandaard (grotendeels bepaald door de economische groei) en de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Om voor België dat verband beter te kunnen duiden, toont figuur 2 de groeivoeten van de uitgaven en van het bbp per hoofd in voortschrijdend gemiddelde over twee jaar (in %) tussen 1972 en 2009.

Figuur 2 : Groei van de totale uitgaven voor gezondheidszorg en van het bbp per hoofd – evolutie in voortschrijdend gemiddelde over twee jaar (in %) tussen 1972 en 2009



De jaren 70 vormen een atypische periode met tijdens de beginjaren een enorme vooruitgang van de medische technieken (apparatuur, geneesmiddelen), die uitmondt in een forse groei van de uitgaven voor gezondheidszorg. Midden de jaren 70, als gevolg van de crisis die voortvloeit uit de eerste aardolieschok, moet de overheid noodgedwongen die uitgaven terugschroeven via de invoering van een budgettaire enveloppe. Dit verklaart de geringere groei van de uitgaven voor gezondheidszorg.

Wanneer men na die periode de groei van het bbp per hoofd vergelijkt met de totale gezondheidszorguitgaven, vertonen de curven dezelfde groei, maar met een vertraagd effect op de uitgaven voor gezondheidszorg : de schommelingen

van de stijging van de levensstandaard hebben met enige vertraging een weer-slag op de groei van de totale gezondheidszorguitgaven. De vertraagde groei tussen 1981 en 1983 (0,3 %) komt bijvoorbeeld pas in 1984 en 1985 tot uiting in de totale consumptie van gezondheidszorg met een gemiddelde groei van 1,8 %. Zo ook heeft de periode van laagconjunctuur tussen 1992 en 1994 pas vanaf 1994 een impact op de totale gezondheidszorguitgaven. Omgekeerd heeft de sterke stijging van de levensstandaard van eind de jaren 80 (groei van gemiddeld 3,9 % tussen 1988 en 1990) een invloed op de consumptie van gezondheidszorg van 1991 tot 1993 (gemiddelde groei van 5,8 %). Met dit vertragingseffect wordt rekening gehouden in de empirische specificatie van het projectiemodel van het Federaal Planbureau, dat in sectie 3.1.2 wordt besproken. Er dient echter opgemerkt te worden dat de vastgestelde schommelingen in de groei van de uitgaven ook deels het gevolg zijn van specifieke maatregelen, en dus niet geheel aan de evolutie van het inkomen kunnen toegeschreven worden. Enkele interventies met een belangrijke (hoofdzakelijk kortetermijn) impact op de uitgaven zijn:

- ▶ de verhoging van de remgelden met 50% voor de raadplegingen en bezoeken bij artsen in 1993;
- ▶ de aankondiging van sancties bij excessief voorschrijfgedrag in de ambulante klinische biologie in 1993;
- ▶ de verschuiving van de facturatie door de ziekenhuizen als gevolg van de nieuwe lay-out van de facturen in 1994;
- ▶ de integratie van de Gezondheidskas van de NMBS vanaf 1991 in het RIZIV⁽³⁾.

3 De auteurs bedanken Joeri Guillaume van de Studiedienst van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten voor het wijzen op het belang van deze maatregelen.

2 Modellen ter verklaring van de evolutie van de gezondheidszorguitgaven: een kort overzicht van de literatuur

De aanzienlijke stijging van de gezondheidszorguitgaven over de voorbije 40 jaar, zowel in reële per capita termen als in procent van het inkomen, heeft België gemeen met de andere geïndustrialiseerde landen. Deze evolutie heeft aanleiding gegeven tot een aanzienlijke wetenschappelijke output, waarin onderzoekers getracht hebben de determinanten te identificeren en kwantificeren die de geobserveerde stijging kunnen verklaren en die hopelijk ook een licht kunnen werpen op de mogelijke toekomstige evolutie. Uit de resultaten van dit onderzoek kunnen minstens drie fundamentele verklarende variabelen gedistilleerd worden: het inkomen, de demografische evolutie, en de medische technologische vooruitgang. Daarnaast worden, afhankelijk van de studie, ook de relatieve prijs van de gezondheidszorg, de aanbod-geïnduceerde vraag ('Supply-induced demand', of *SID*), en een aantal institutionele variabelen (die informatie bevatten over de organisatie van de medische zorg) naar voor geschoven als potentiële drijvers van de uitgaven. In de volgende paragrafen bespreken we de belangrijkste inzichten die het onderzoek van de voorbije jaren heeft opgeleverd over het relatieve belang van deze factoren. Een uitgebreider literatuuroverzicht vindt men in Schokkaert et al. (2005).

2.1 Het inkomen als determinant van de gezondheidszorguitgaven

Het inkomen is zonder twijfel de vaakst gebruikte variabele ter verklaring van de uitgaven. Over haar kwantitatieve impact bestaat echter veel minder eensgezindheid omdat het geschatte effect erg gevoelig is voor de precieze formulering van het statistische model en voor het land en de periode die men bestudeert. De aftrap voor de econometrische schattingen van de inkomenselasticiteit van de uitgaven werd gegeven door Newhouse (1977), die op basis van de geschatte inkomenselasticiteit voor een doorsnede van 13 landen concludeerde dat gezondheidszorg een 'luxegoed' is. Latere schattingen op basis van nationale tijdreeksmodellen (zie bv. Blomqvist & Carter, 1997) leveren zeer uiteenlopende schattingen op voor de beschouwde landen, en tonen aan dat het al dan niet opnemen van een trendvariabele in het model een zeer grote weerslag heeft op de geschatte inkomenselasticiteit. Wat de heterogeniteit tussen de landen betreft, kunnen minstens twee verklaringen aangehaald worden. Ten eerste verschillen de landen aanzienlijk van elkaar in termen van de organisatie van hun gezondheidszorgsysteem (onder meer wat betreft het aandeel van de publieke en de private uitgaven, het vergoedingssysteem van de zorgverstrekkers, de rol van de eerstelijns-hulpverleners, en zo meer). Ten tweede speelt ook het startpunt een rol: landen die in het begin van de observatieperiode relatief weinig uitgaven aan gezondheidszorg in procent van het inkomen vertonen in het algemeen een snellere groei dan landen die initieel al meer besteedden. Er speelt met an-

dere woorden vermoedelijk een inhaaleffect dat er voor zorgt dat de geschatte (gemiddelde) inkomenselasticiteit hoger is dan één in landen met een lage beginwaarde. Deze hypothese werd expliciet onderzocht door Barros (1998), in een model waarin de gemiddelde groei van de reële gezondheidszorguitgaven per capita over drie perioden van 10 jaar in 24 landen werd onderzocht. De uitgaven in de startperiode (het decennium 1960-1970) bleken het verwachte negatieve effect te hebben op de gemiddelde groei in de volgende perioden. Narayan (2007) gaat zelfs nog een stap verder wanneer hij concludeert dat de uitgaven per capita (uitgedrukt in koopkracht-gecorrigeerde dollars) van het Verenigd Koninkrijk, Canada, Japan, Zwitserland en Spanje convergeren naar de waarden geobserveerd in de Verenigde Staten.

Het effect van het al dan niet opnemen van een trendvariabele in geaggregeerde tijdreeksmodellen op de geschatte waarde van de inkomenselasticiteit is opmerkelijk en zorgwekkend. De trend wordt traditioneel opgenomen als benadering ('proxy') voor de medische technologische vooruitgang (zie ook sectie 2.3.). Het is echter duidelijk dat hij allerlei effecten van andere niet-stationaire variabelen kan capteren, en dus niet noodzakelijk en zeker niet uitsluitend technologische vooruitgang meet. Bovendien zorgt de sterke correlatie met de inkomensvariabele in tijdreeksmodellen voor een verwarring van effecten, waardoor het niet duidelijk is welke variabele welk effect capteert.

Met het ter beschikking komen van vergelijkbare tijdreeksen voor geïndustrialiseerde landen, en gebruik makend van nieuwe methodologische ontwikkelingen, is het econometrisch onderzoek geëvolueerd naar het schatten van zogenaamde panel-modellen, waarin nationale tijdreeksgegevens worden gecombineerd in één model. Deze modellen hebben het voordeel dat de geschatte effecten niet enkel gebaseerd zijn op tijdreeksinformatie, maar ook op doorsnede-informatie (als gevolg van verschillen tussen de landen). De keerzijde van de medaille is dat de heterogeniteit tussen landen niet steeds op adequate wijze kan gemodelleerd worden. De belangrijkste conclusie met betrekking tot het effect van het inkomen op de gezondheids-zorguitgaven is dat de (gemiddelde) inkomenselasticiteit mogelijk iets kleiner is dan één, maar niet significant. Ook dit resultaat is echter gevoelig voor de precieze modelspecificatie, en met name voor de beslissing om een trend in het model op te nemen of niet.

2.2 De vergrijzing als determinant van de gezondheidszorguitgaven

De intuïtie achter de veronderstelling dat de vergrijzing van de bevolking, die zich in alle geïndustrialiseerde landen voordoet, zal leiden tot een toename van de gezondheids-zorguitgaven, ligt voor de hand: de uitgaven per leeftijdsgroep vertonen immers een uitgesproken stijgend verloop, met als gevolg dat het toenemend aantal ouderen moet leiden tot toenemende uitgaven. Dit intuïtieve resultaat wordt echter niet bevestigd door het overgrote deel van de geaggre-

geerde econometrische modellen. In deze modellen wordt de vergrijzing gewoonlijk gemeten door variabelen die de leeftijdssamenstelling van de bevolking uitdrukken, zoals het aandeel van de ouderen (65+, 80+) in procent van de bevolking. De geschatte effecten van dergelijke variabelen zijn echter bijna steeds klein, en zelden statistisch significant verschillend van nul (Gerdtham, 2000)⁴. Dit paradoxale resultaat heeft aanleiding gegeven tot een debat over de vraag of de leeftijd zelf, dan wel de kosten voor het overlijden (de 'cost of dying', gemaakt in de laatste levensmaanden), aan de basis liggen van de geobserveerde leeftijdsprofielen. Deze vraag kan echter moeilijk met geaggregeerde gegevens onderzocht worden, maar leent zich eerder voor micro-econometrisch onderzoek. De aanzet hiertoe werd gegeven in een baanbrekend artikel van Zweifel, Felder en Meiers (1999), waarin de auteurs beschikken over micro-data die hen toelaten behalve de leeftijd van de subjecten ook de nabijheid van het overlijden (de 'proximity to death') als determinant van de uitgaven op te nemen. Deze variabele blijkt niet enkel een belangrijke determinant van de uitgaven te zijn, maar heeft ook als gevolg dat de leeftijd van de patiënten niet langer een significante invloed heeft. Met andere woorden, niet de leeftijd zelf maar wel de slechte gezondheid die aan het overlijden voorafgaat, veroorzaakt de hoge gezondheidszorguitgaven.

Hoewel het onderzoek van Zweifel en zijn co-auteurs is bekritiseerd op methodologische gronden (zie onder meer Seshamani & Gray, 2004), blijken de resultaten erg robuust te zijn. De fundamentele conclusies zijn steeds bevestigd, ook in een recente paper (Werblow, Felder en Zweifel, 2007) waarin de uitgaven worden gesplitst in zeven componenten (ambulante zorg, hospitaalzorg voor opgenomen en niet-opgenomen patiënten, geneesmiddelen op voorschrift, andere diensten, rusthuiszorg en thuiszorg). Op basis van deze meer gedetailleerde analyse concluderen de auteurs dat leeftijd op zich geen belangrijke determinant is van de uitgaven als men rekening houdt met de nabijheid van de dood, althans voor wat acute zorg betreft. Bij patiënten die langdurige zorg gebruiken (rusthuis- of thuiszorg) is er wel een duidelijk positief effect van de leeftijd, ongeacht hoe lang ze nog leven. Het hoeft geen betoog dat dit een belangrijk resultaat is, omdat het impliceert dat de veroudering van de bevolking wellicht geen groot effect zal hebben op de acute zorg, maar wel op het gebruik van langdurige zorg. Het verklaart meteen ook waarom demografische variabelen zo weinig effect blijken te hebben in geaggregeerde modellen, aangezien de langdurige zorg 'slechts' ongeveer 10 procent van de totale gezondheidszorguitgaven uitmaken. Uit deze conclusies volgt meteen ook dat zelfs als de vergrijzing geen grote opwaartse druk op de totale uitgaven uitoefent, ze vermoedelijk wel zal aanleiding geven tot een verschuiving van de uitgaven van acute naar langdurige zorg.

4 Ook de OESO komt tot een gelijkaardig besluit. In een recente studie (OESO, 2006) schat men dat het leeftijdseffect slechts ongeveer één tiende van de groei van de gezondheidszorguitgaven in de OESO-landen tussen 1970 en 2002 verklaart.

2.3 De technologische vooruitgang als determinant van de gezondheidszorguitgaven

In sectie 2.1 werd al opgemerkt dat het erg moeilijk is de afzonderlijke effecten van toenemende welvaart (gemeten als het BBP per capita) en de medische technologische vooruitgang op de gezondheidszorguitgaven te meten. Dit komt omdat proxies voor technologische vooruitgang in het algemeen sterk gecorreleerd zijn met de evolutie van het inkomen, maar vooral ook omdat technologische vooruitgang zelf moeilijk te meten valt. Dit laatste probleem is vooral ernstig op geaggregeerd niveau, aangezien dan een synthetische maatstaf moet gevonden worden die niet gebonden is aan technologie met betrekking tot een medische sector (zoals de medische beeldvorming) of een pathologiegroep (zoals technieken om hart- en vaatziekten te behandelen). Zoals hoger al werd vermeld, kiezen vele onderzoekers voor een trendvariabele als proxy voor technologische vooruitgang, maar dit heeft het voor de hand liggende nadeel dat deze trend allerlei effecten kan capteren. Dit probleem heeft Okunade en Murthy (2002) er toe gebracht de uitgaven voor Onderzoek en Ontwikkeling (R&D) te gebruiken als maatstaf. De auteurs beschouwen totale en 'medische' R&D-uitgaven als alternatieve maatstaven, en vinden in beide gevallen een stabiele lange-termijn positieve relatie tussen de gezondheidszorguitgaven, het inkomen en de proxies voor technologische vooruitgang voor de Verenigde Staten over de periode 1960-1997 (alle variabelen uitgedrukt in reële termen per capita). Hoewel hun benadering het voordeel biedt dat de R&D-uitgaven beter aansluiten bij het concept van technologische vooruitgang dan een eenvoudige trendvariabele, stellen zich toch twee problemen met deze aanpak. Ten eerste zijn de uitgaven voor R&D een bruto inputmaatstaf, terwijl men eigenlijk de netto output (het bruikbare resultaat van het onderzoek) zou willen meten. Ten tweede stelt zich het probleem van de timing: er zit een lange periode tussen het moment waarop de R&D uitgaven worden gemaakt en het uiteindelijke gebruik van de nieuwe medische technologie die eruit voortspuit. De auteurs houden geen rekening met dit vertragingseffect.

De moeilijkheden om technologische vooruitgang te meten beperken zich niet tot medische toepassingen, maar zijn een welbekend probleem bij de studie van economische groei. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat gezondheidseconomen hebben getracht de methoden die in dat onderzoeksdomein worden gebruikt, toe te passen op de groei van de gezondheidszorguitgaven. De methode van 'growth accounting', zoals ze wordt genoemd, vertrekt van een decompositie van de totale groei. Van dit totaal wordt de bijdrage van diverse drijvende factoren afgetrokken. Het resultaat van deze berekening is een residuele component die wordt toegeschreven aan het effect van de technologische vooruitgang. In werkelijkheid is het residu natuurlijk gewoon het deel van de groei dat niet door de andere factoren wordt 'verklaard', en het werd daarom door Solow, de geestelijke vader van deze methode, een maatstaf van onze onwetendheid genoemd ('a measure of our ignorance'). De methode werd voor het eerst toegepast in het domein van de gezondheidszorguitgaven door Newhouse (1992). Hij berekent de historische bijdrage van de groei van het inkomen, de leeftijdssamenstelling van de bevolking, de dekkingsgraad van de

ziekteverzekering, de toename van het aanbod, en de relatieve prijsevolutie van medische zorgen ten opzichte van het algemeen prijspeil, en concludeert dat al deze factoren ten hoogste de helft van de geobserveerde groei in de naoorlogse Amerikaanse gezondheidszorguitgaven verklaren, en vermoedelijk minder. Per implicatie is de medische technologische vooruitgang (het residu) verantwoordelijk voor minstens de helft van de historische uitgavengroei.

De OESO (2006) heeft de oefening van Newhouse recent toegepast op de 30 lidstaten en komt tot volgende decompositie van de gemiddelde groei van de reële per capita gezondheidszorguitgaven: van de totale gemiddelde groei van 3,6% over de periode 1981-2002 neemt het leeftijdseffect 0,3% voor zijn rekening en het inkomen 2,3%. Het effect van de technologische vooruitgang wordt dus geraamd op 1% jaarlijkse groei van de uitgaven. De resultaten van de individuele landen vertonen echter een zeer sterke variatie: de residuele groei varieert van -1,5% per jaar voor Hongarije tot 8,3% voor Turkije, wat meteen de zwakte van deze methode illustreert. Het residu is immers erg gevoelig voor de manier waarop de demografische en andere effecten in rekening worden gebracht, en voor het feit of wel met alle relevante determinanten werd rekening gehouden.

2.4 Het effect van de prijsevolutie van de medische verstrekkingen

Bij de studie van prijseffecten is het belangrijk onderscheid te maken tussen macro- en microstudies: op macro-niveau is de relatieve prijs van de medische diensten ten opzichte van het algemene prijsverloop relevant, terwijl op micro-niveau, als gevolg van het feit dat de ziekteverzekering het grootste deel van de kosten draagt, het remgeld de relevante prijsvariabele is. Vaak wordt in macrostudies geen relatieve prijsvariabele opgenomen, en wanneer dat wel het geval is, is de geschatte prijselasticiteit gewoonlijk laag (begrepen tussen 0 en -1). Ook in microstudies vindt men gewoonlijk lage prijselasticiteiten. Voor België rapporteren Van de Voorde et al. (2001) een elasticiteit van -0,3 voor de huisbezoeken bij primaire uitkeringsgerechtigden in reactie op remgeldverhogingen. Andere schattingen liggen nog lager (zie ook Cockx & Brasseur, 2003). Een argument ter verklaring van de prijsstijgingen in de medische sector dat vaak wordt aangehaald is gebaseerd op het zogenaamde Baumol-effect. Hierin wordt uitgegaan van de veronderstelling dat de productiviteit in de medische sector, net als in de dienstensector in het algemeen, minder snel toeneemt dan in de industriële sector. Als tegelijk de lonen in de zorgsector gelijke tred houden met de lonen in de rest van de economie, dan zorgt dit voor een opwaartse druk op de prijzen. Dit argument lijkt vooral relevant in de verpleegzorg, een erg arbeidsintensieve activiteit waarin relatief weinig productiviteitswinst kan worden gerealiseerd. Het is minder van toepassing in de acute zorg, waar medische technologische vooruitgang wel degelijk voor productiviteitswinst kan zorgen. Betere diagnostische en therapeutische technieken zijn echter gewoonlijk duur, en dit manifesteert zich als een prijseffect van de medische verstrekkingen. Dit vormt op zich ook een ernstig probleem bij de meting van prijseffecten, om-

dat de kwaliteitsverbetering die gepaard gaat met nieuwe technieken niet (voldoende) in rekening wordt gebracht. Prijsindexen van medische verstrekkingen worden daardoor vermoedelijk bijna steeds overschat omdat ze ook volume-effecten bevatten als gevolg van verbeterde behandelingsmethoden (zie Berndt et al., 2000, voor een uitgebreide bespreking van deze problematiek).

2.5 Aanbod-geïnduceerde vraag als determinant van de gezondheidszorguitgaven

Medische consumptie heeft een kenmerk dat in de economische theorie wordt omschreven als het 'principal-agent'-probleem. Algemeen gesteld komt dit er op neer dat de agent, die geacht wordt te werken voor rekening of ten gunste van de principal, in werkelijkheid zijn eigen nut (winst) nastreeft in plaats van dat van de principal. In bedrijfseconomische context doet dit probleem zich potentieel voor wanneer managers hun eigen doelstellingen nastreven in plaats van die van de eigenaars (aandeelhouders) van het bedrijf waarvoor ze werken. In de medische sfeer stelt dit probleem zich wanneer de arts beslissingen neemt in zijn voordeel in plaats van dat van de patiënt. Dit wordt mogelijk gemaakt omdat de arts een informatie-voordeel heeft ten opzichte van de patiënt, en daarvan gebruik kan maken om behandelingen voor te schrijven waar hij of zij meer baat bij heeft dan de patiënt. Dit is in het bijzonder een potentieel gevaar wanneer de zorgverstrekkers per prestatie worden vergoed. Ondanks deze theoretische inzichten blijkt uit de empirische literatuur geen duidelijk effect van 'aanbod-geïnduceerde vraag' (in het Engels 'supply-induced demand', afgekort als *SID*). Overigens bewijst het vinden van een positieve correlatie tussen de historische uitgaven en typische aanbodvariabelen zoals het aantal artsen per hoofd van de bevolking de causaliteit van het verband niet: het is immers mogelijk dat het medisch aanbod zich heeft aangepast aan een stijgende vraag. De meeste auteurs zijn hoe dan ook van mening dat aanbodfactoren geen erg belangrijke factor zijn geweest ter verklaring van de historische groei van de gezondheidszorguitgaven (zie ook Schokkaert et al., 2005). Deze conclusie gaat echter alleen op wanneer het aanbod wordt gemeten zoals hoger aangegeven (het aantal artsen of specialisten per capita). Wanneer ook de toenemende beschikbaarheid van dure diagnostische en therapeutische middelen als een aanbodfactor wordt beschouwd, dan heeft die zonder twijfel wel een belangrijke rol gespeeld (zie 2.3). Het is in die context niet zozeer het aantal artsen dat de medische consumptie induceert, maar wel de steeds geavanceerdere medische technologie die zij ter beschikking hebben.

Uit dit korte overzicht van de literatuur kan geconcludeerd worden dat de evolutie van de gezondheidszorguitgaven in de industrielanden die zich heeft voorgedaan in de voorbije decennia hoofdzakelijk kan toegeschreven worden aan de toenemende welvaart, de (medische) technologische vooruitgang, en in beperkte mate door de vergrijzing van de bevolking. Het is echter erg moeilijk om de relatieve bijdrage van deze determinanten met enige precisie te becijferen. Wat de demografische factor betreft, is de belangrijkste conclusie dat die niet zozeer een invloed heeft gehad op het totaal van de uitgaven, maar vooral op de verschuiving van de acute naar de langdurige zorg.

3 Projecties van de gezondheidszorguitgaven op lange termijn door het Federaal Planbureau

3.1 De gezondheidszorguitgaven in het kader van de budgettaire kosten van de vergrijzing

3.1.1 Inleiding

Sinds het einde van de jaren 80 dook de vergrijzingsproblematiek in het sociaal-politieke debat op. Het Federaal Planbureau (FPB) werd sindsdien - in het kader van zijn wettelijke opdracht om bij te dragen tot de economische besluitvorming - verschillende keren gevraagd om de langetermijnontwikkeling van de vergrijzingskosten in het algemeen en van de pensioenuitgaven in het bijzonder, te onderzoeken. Die studies kwamen tot stand met behulp van het modelstelsel MALTESE⁽⁵⁾, dat daartoe werd ontwikkeld.

In 2000 hebben de Ecofin-Raad van de Europese Unie en de OESO een studie opgestart over de budgettaire gevolgen van de vergrijzing, waarbij voor het eerst een beroep werd gedaan op de verschillende nationale modellen (voor België was dit het model van het FPB) die gebruik maakten van gemeenschappelijke hypothesen om een internationale vergelijking mogelijk te maken (Economic Policy Committee, 2001). Die studie werd door de Ecofin-Raad herhaald en uitgebreid in 2006 (Economic Policy Committee and European Commission, 2006) en in 2009 (Economic Policy Committee and European Commission, 2009) en zal wellicht om de drie jaar opnieuw uitgevoerd worden.

De Studiecommissie voor de vergrijzing (scvv) in België, opgericht door de Wet van 5 september 2001 tot waarborging van een voortdurende vermindering van de overheidsschuld en tot oprichting van een Zilverfonds, baseert zich voor zijn jaarlijks verslag eveneens op de projecties van het FPB.

3.1.2 De budgettaire kosten van de vergrijzing

Het langetermijnmodel MALTESE waarmee die projecties tot stand komen, raamt onder meer de "budgettaire kosten van de vergrijzing" (die overeenkomen met de toename van de sociale uitgaven tussen twee tijdstippen, uitgedrukt in % van het bbp) op basis van de structurele parameters uitgaande van de be-

5 Model for Analysis of Long Term Evolution of Social Expenditure

staande wettelijke regelgeving. De projecties van de gemiddelde uitkeringen en rechthebbenden in de verschillende takken van de sociale zekerheid, vertrekkend logischerwijze van de veronderstelling van een “constant beleid”: huidige wetgeving gecombineerd met economische en sociale langetermijntendenzen laten toe de toegankelijkheid van de rechthebbenden en de groeivoet van de uitkeringen te berekenen, zowel voor nieuwe rechthebbenden als voor de anderen, waarbij de evolutie van de demografische structuur van de rechthebbenden in de verschillende takken in rekening wordt gebracht.

Een ‘constant beleid’ scenario komt echter niet noodzakelijk overeen met ‘constante wetgeving’: de hypothese van constante wetgeving wordt op lange termijn niet behouden wanneer ze duidelijk tegenstrijdig is met de koers van het algemene beleid dat de laatste decennia werd gevoerd: immers, in bepaalde gevallen impliceert die koers precies een permanente wijziging van de wetgeving. In dat geval wordt dan ook, in afwijking van de actuele wetgeving, de voortzetting van het algemene beleid gesimuleerd. Zo is dat ook het geval bij de simulatie van de gezondheidszorguitgaven.

Ten eerste volstaat het niet om enkel de mechanische impact van de veroudering te berekenen van de gemiddelde uitgaven voor gezondheidszorg per leeftijd en geslacht. Uit het verleden blijkt immers dat, in het geval van de OESO-lidstaten, een sterke correlatie bestaat tussen de algemene levensstandaard (gemeten via het bbp/hoofd) en de totale uitgaven voor gezondheidszorg – van de overheid en de particulieren – per hoofd, en dit ondanks de verschillende graad van overheidstussenkomst in die uitgaven in de verschillende landen. Die correlatie lijkt te bevestigen dat er een zeer sterk verband is tussen een hogere levensstandaard en de plaats van de gezondheidszorg in de consumptie-uitgaven (van de overheid en de particulieren) : door de economische ontwikkeling wordt gezondheidszorg geleidelijk een ‘basisgoed’ (of basisdienstverlening). De correlatie vastgesteld op basis van een internationale vergelijking, wordt over het algemeen bevestigd als de evolutie in de tijd van dezelfde variabelen binnen elke economie afzonderlijk wordt onderzocht. Dit is ook het geval voor België. De schommelingen van de economische groei hebben evenwel een *vertraagde* impact op de toename van de totale uitgaven voor gezondheidszorg (zie Figuur 2 en Figuur 1).

Ten tweede zou het doortrekken van de huidige regelgeving, nl. het blijven hanteren van de reële groeïnorm van 4,5% op lange termijn, indruisen tegen de historisch vastgestelde voortdurende aanpassingen van het beleid naargelang een gunstige of minder gunstige economische groei genoteerd werd. De impact van de schommelingen doorheen de tijd, in de vergrijzingsfactor en in de economische groei op de gezondheidszorguitgaven, zouden bij een voortzetting van de groeïnorm volledig genegeerd worden, terwijl de historische analyse die impact juist in het oog doet springen.

Tabel 1 presenteert de budgettaire kosten van de vergrijzing op lange termijn, tot 2060, volgens de FPB-projecties van juni 2009 (die tevens gebruikt werden voor het jaarverslag van de scv), op basis van een jaarlijkse groei van de arbeidsproductiviteit met 1,5 % vanaf 2018 (voor meer details omtrent de achterliggende macro-economische hypothesen, verwijzen we naar het Jaarverslag van de scv, juni 2009).

Tabel 1 : De budgettaire kosten van de vergrijzing op lange termijn volgens de FPB-projecties van juni 2009, in % van het bbp

Componenten van de budgettaire kosten van de vergrijzing	2008	2014	2030	2050	2060	2008-2060
Pensioenen	9,1	10,3	13,3	14,4	14,4	5,3
- werknemersregeling	5,0	5,7	7,5	8,2	8,2	3,2
- zelfstandigenregeling	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	0,1
- overheidssector a	3,3	3,8	4,9	5,3	5,3	2,0
Gezondheidszorg b	7,3	8,6	9,5	11,2	11,5	4,2
'acute' gezondheidszorg c	6,1	7,2	7,9	8,6	8,8	2,6
Langdurige gezondheidszorg c	1,2	1,4	1,6	2,5	2,8	1,6
Arbeidsongeschiktheid	1,3	1,5	1,4	1,3	1,3	0,0
Werkloosheid	1,9	2,3	1,5	1,2	1,2	-0,7
Brugpensioen	0,4	0,5	0,3	0,3	0,3	-0,1
Kinderbijslag	1,6	1,6	1,4	1,3	1,2	-0,4
Overige sociale uitgaven d	1,6	1,7	1,6	1,5	1,4	-0,2
Totaal	23,2	26,4	29,0	31,1	31,3	8,2
p.m. lonen onderwijzend personeel	3,9	4,0	3,9	3,8	3,8	-0,1

a. Inclusief de pensioenen van de overheidsbedrijven ten laste van de staat en de IGO.

b. Overheidsuitgaven voor gezondheidszorg en langdurige zorg.

c. De langdurige zorg omvat de thuiszorg, het verblijf in rustoorden voor bejaarden, in rust- en verzorgingstehuizen, in psychiatrische verzorgingsinstellingen en in initiatieven voor beschut wonen en sommige uitgaven voor bijstand in het dagelijks leven voor afhankelijke bejaarden. De 'acute' zorg omvat de overige gezondheidszorg.

d. Vooral de uitgaven voor arbeidsongevallen, beroepsziekten, Fonds voor Bestaanszekerheid en leefloon.

Over de gehele simulatieperiode, namelijk van 2008 tot 2060, bereiken de budgettaire kosten van de vergrijzing 8,2 % van het bbp.

Naast de pensioenuitgaven (+5,3% van het bbp tussen 2008 en 2060) zijn het de uitgaven voor gezondheidszorg die bepalend zijn voor de budgettaire kosten van de vergrijzing op lange termijn (+4,2% van het bbp), terwijl de uitgaven in de andere takken van de sociale prestaties (arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, brugpensioen, kinderbijslag en overige sociale uitgaven) dalen tussen 2014 en 2060 met 1,3 % van het bbp.

De gezondheidszorguitgaven worden opgesplitst tussen acute en langdurige zorg (zie sectie 3.2). Ook al is de absolute toename van de uitgaven voor acute zorgen hoger tussen 2008 en 2060 dan de langdurige zorg (respectievelijk +2,6 en +1,6 % van het bbp), is het van belang te beklemtonen dat het aandeel van de

uitgaven voor langdurige zorg in de totale gezondheidszorguitgaven stijgt van 16 % in 2008 naar 24 % in 2060. Die uitgaven worden immers direct beïnvloed door de veroudering, in het bijzonder door de toename van het aandeel van ouderen boven de 80 jaar in de totale bevolking.

3.2 Projecties van uitgaven voor acute en langdurige zorg op lange termijn

3.2.1 Methodologie

Uit het literatuuroverzicht over de modellen ter verklaring van de evolutie van de gezondheidszorguitgaven (zie sectie 2) blijkt dat het niet gemakkelijk is om hierover projecties te maken. Verschillende factoren, al dan niet aan de vergrijzing gerelateerd, hebben een invloed op de consumptie van gezondheidszorg en bijgevolg op de uitgaven. Het FPB maakt sinds geruime tijd projecties van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg. Hierbij wordt op lange termijn tevens een onderscheid gemaakt tussen acute en langdurige gezondheidszorg. Alvoorens van beide types uitgaven de langetermijnmethodologie wordt besproken, is het nuttig om de methode die gebruikt wordt op korte en middellange termijn (2008-2014) kort toe te lichten. Daarin wordt geen onderscheid gemaakt tussen langdurige en acute gezondheidszorguitgaven. De verdeling tussen beiden gebeurt naderhand met behulp van een verdeelsleutel.

In tegenstelling tot de langetermijnmethodologie voor gezondheidszorguitgaven wordt op korte en middellange termijn rekening gehouden met de reële groeicnorm van 4,5%. Die is immers in de wetgeving voorzien⁽⁶⁾. Bovendien is een Toekomstfonds in het leven geroepen dat gespijst wordt indien de reële uitgaven lager blijken uit te vallen dan de vooropgestelde begrotingsnorm van 4,5% wat – met uitzondering van het jaar 2004, het jaar waarin de norm werd uitgevaardigd – altijd het geval is geweest. Bij de opmaak van de begroting werd voor 2010 en 2011 reeds een bedrag toegekend aan het Toekomstfonds. Het resterend bedrag - bepaald als het verschil tussen de uitgaven volgens de reële groeicnorm en de geraamde werkelijke uitgaven (gebaseerd op de evolutie van de voorbije 14 jaren) inclusief de toegekende bedragen aan het Toekomstfonds - wordt per hypothese toegewezen aan de reserves van het RIZIV. Na 2011, gedurende de overblijvende jaren van de middellangetermijnprojecties⁽⁷⁾ (in dit geval tot 2014) wordt het verschil tussen de uitgaven volgens de reële groeicnorm en de geraamde werkelijke uitgaven volledig toegewezen aan de reserves van het RIZIV. De bedragen die zullen toegekend worden aan het Toekomstfonds zijn immers nog niet vastgesteld, en kunnen eventueel nihil zijn. Op lange termijn wordt de reële groeicnorm van 4,5% niet als hypothese gehanteerd (zie sectie 3.1.2).

6 De groeicnorm van 4,5% van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling zonder index is van toepassing sinds 2005 krachtens de programmawet van 22 december 2003 (Belgisch Staatsblad van 31 december 2003).

7 In de projecties die verder worden gepresenteerd, nl. de projecties van 2009, gaan de middellangetermijnhypothese tot het jaar t+5, in dit geval dus tot 2014.

3.2.1.1 De langdurige zorg

De uitgaven voor langdurige zorg aan afhankelijke bejaarden zijn in het recente verleden aanzienlijk toegenomen, vooral als gevolg van een toename van het aantal patiënten die verblijven in rust- en verzorgingsinstellingen (RVT's). Die toename is te wijten aan een hogere institutionaliseringsgraad bij de oudste ouderen, en aan de reconversie van bedden in rustoorden voor bejaarden (ROB's) naar RVT-bedden. Tegelijk stelt men een verschuiving vast in de graad van zorgafhankelijkheid, waarbij het aandeel van zwaar zorgafhankelijke patiënten aanzienlijk toeneemt. Aangezien dergelijke patiënten meer en beter worden omkaderd, wordt het volume-effect nog versterkt door een prijseffect (hogere dagforfaits per patiënt). Bepaalde determinanten van die uitgaven zijn erg verschillend van die van de acute zorg. Het is dan ook van groot belang dat de uitgaven voor langdurige zorg aan afhankelijke bejaarden apart worden gemodelleerd. Dit gebeurt op basis van het model 'Ouderenzorg' binnen het langetermijnmodel MALTESE.

Het model voor de uitgaven aan langdurige zorg, is een hiërarchisch model waarin de bevolking per leeftijd en geslacht wordt verdeeld over zorggebruikers en niet-zorggebruikers. De kans op het gebruik van formele zorg stijgt vanzelfsprekend met de leeftijd. De toenemende zorgbehoefte neemt echter niet evenredig toe met gebruik van formele zorg: de (informele) opvang door partners, familieleden of aanverwanten komen deels tegemoet aan de toenemende zorgbehoefte (zie ook Charles en Sevak, 2005). Nochtans is de informele zorg moeilijk meetbaar op macroniveau. Als ruwe benadering voor de al dan niet beschikbaarheid van informele zorg werd daarom gekozen voor een sociodemografische variabele, nl. de kans dat een getrouwd persoon zijn of haar partner verliest en dus niet kan instaan voor de zorgbehoevende overblijver. Dit is slechts een ruwe benadering van de werkelijke beschikbaarheid van informele zorg omdat ze zich baseert op de burgerlijke stand van de personen, en vooral omdat ze zich beperkt tot partners als zorgverstrekkers. Volwassen kinderen zijn minstens even belangrijk als zorgverleners, en in België vermoedelijk zelfs belangrijker⁸. Hun beschikbaarheid is echter nog moeilijker te meten op macroniveau. Zij wordt vaak benaderd door middel van de arbeidsmarktparticipatiegraad van vrouwen, maar deze benadering werd niet gevolgd in het FPB-model.

De zorggebruikers worden verder gesplitst in gebruikers van thuiszorg en residentiële zorg (in ROB of RVT), waarbij naast de leeftijd en de beschikbaarheid van informele zorg, de relatieve kost van een verblijf in een rusthuis ten opzichte van thuis wonen de keuze beïnvloedt. Deze groepen worden verder verdeeld over categorieën met een verschillende graad van zorgafhankelijkheid, waarbij opnieuw de leeftijd de belangrijkste determinant is. De patiëntenaantallen per zorgcategorie worden vervolgens gekoppeld aan het aantal uitbetaalde forfaiten wat, na vermenigvuldiging met de eenheidsprijs (het dagforfait), de uitgaven per zorgcategorie, leeftijd en geslacht oplevert. Die dagforfaits worden veronder-

8 Volgens de SHARE-enquête maken kinderen zelfs 45% uit van de informele zorgverstrekkers, en partners slechts 17%. Voor een overzicht van de SHARE-resultaten, zie Börsch-Supan et al., 2005 en 2008.

steld de evolutie van de lonen te volgen. Die evolutie zou de werkelijke evolutie van de dagforfaits moeten benaderen die veranderen als gevolg van indexaanpassingen, welvaartsaanpassingen, veranderingen in de omkaderingsnormen, en budgettaire maatregelen.

De totale uitgaven per zorgcategorie, geslacht en leeftijdscategorie worden vervolgens gesommeerd.

De extra levensjaren als gevolg van de stijgende levensverwachting worden verondersteld gepaard te gaan met fysieke of psychische beperkingen, wat de kosten opdrijft. Een langere levensverwachting beïnvloedt echter wel in positieve zin de beschikbaarheid van informele hulp, wat de kans op het gebruik van formele zorg enigszins doet afnemen en bijgevolg de kosten lichtjes drukt.

3.2.1.2 De acute gezondheidszorg

In vergelijking met de uitgaven voor langdurige zorg, zijn de uitgaven voor acute gezondheidszorg, uitgedrukt in bbp-termen, veel belangrijker. Tabel 1 toont immers dat in 2008 de uitgaven voor acute gezondheidszorg 6,1% van het bbp bedraagt, terwijl de uitgaven voor langdurige zorg 'slechts' 1,2% van het bbp.

Het effect van het bevolkingsvolume en van de vergrijzing

De gezondheidstoestand van de bevolking is een belangrijke factor die de vraag naar acute gezondheidszorg beïnvloedt. In dat opzicht vormt de vergrijzing een element waarmee alle projecties over de toekomstige gezondheidszorguitgaven rekening zullen moeten houden.

De Belgische bevolking zou toenemen tijdens de komende decennia ten gevolge van de verlenging van de levensduur en het vooruitzicht dat het positief migratiesaldo belangrijk blijft. De gemiddelde jaarlijkse groei van de bevolking zou volgens de huidige vooruitzichten (FPB-AD SEL, 2008) 0,3% bedragen tussen 2008 en 2060, wat iets lager is dan de gemiddelde groei geobserveerd gedurende de laatste decennia. Tussen 1988 en 2008 bedroeg die immers 0,4%; gedurende de periode 1998-2008 zelfs 0,5%, maar dit heeft alles te maken met de sterke immigratiegolf tussen 2004 en 2008. Zonder rekening te houden met die recente immigratiegolf komt de verwachte gemiddelde groeivoet overeen met die uit het verleden.

Naast het bevolkingsvolume heeft de vergrijzing een invloed op de acute gezondheidszorguitgaven. De vergrijzing is een samenspel van drie welbekende

factoren: de verwachte levensduurverlenging, de veroudering van de naorlogse babyboomgeneratie en de daling van het geboortecijfer. De afhankelijkheidsgraad van de ouderen (65+/15-64 jaar) bedraagt in 2008 25,9% maar wordt verwacht op te lopen tot 45,4% in 2060, wat een stijging van 75 % is. De intensiteit van de vergrijzing (80+/65+) zou oplopen met 42% (van 27,8% in 2008 tot 39,6% in 2060).

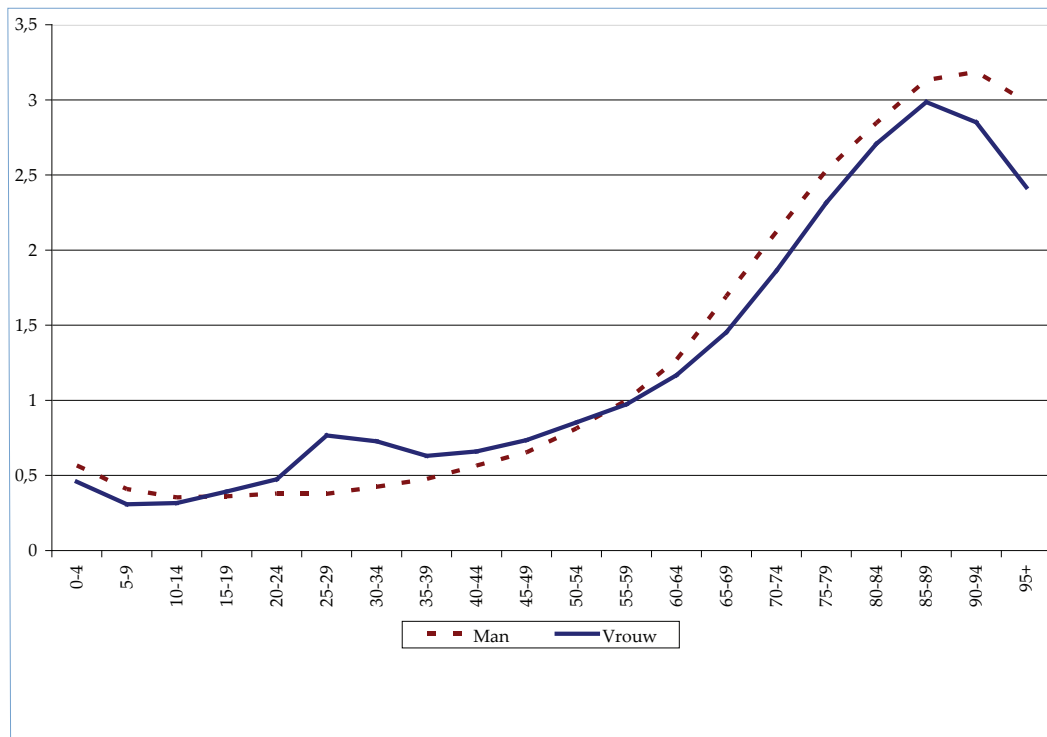
De impact van beide demografische componenten op de acute gezondheidszorguitgaven, wordt geschat op basis van steekproefgegevens (scvv, 2005) omtrent de terugbetaling van prestaties (rekening houdend met de voorkeursregeling wat betreft terugbetaling voor de ouderen) per leeftijd en geslacht. De gemiddelde uitgaven voor gezondheidszorg van de oudere leeftijdscategorieën blijken zoals verwacht relatief hoger te zijn dan de gemiddelde uitgaven van de overige leeftijdscategorieën. De profielen die uit die steekproef voortvloeien voor het basisjaar worden in genormaliseerde vorm voorgesteld, in verhouding tot een gemiddelde uitgave van één, voor alle leeftijden, geslachten en zorgtypes. Vervolgens worden ze geëxtrapoleerd naar het totaal van de bevolking. Op basis van die genormaliseerde profielen wordt een indicator berekend voor elk jaar van de projectie, zodanig dat haar groeivoet overeenkomt met de stijging van de uitgaven voor acute gezondheidszorg te wijten aan veranderingen in de demografische structuur. De vraag is evenwel in welke mate de evolutie van de levensverwachting gepaard zal gaan met een verlenging van de levensduur 'in goede gezondheid'. Aangezien die vraag zeer moeilijk te beantwoorden is, is het niet eenvoudig hypothesen hieromtrent te formuleren. De langetermijnprojecties gaan er bijgevolg van uit dat het uitgavenprofiel volgens leeftijd en geslacht ongewijzigd blijft⁽⁹⁾.

Onderstaande figuur toont de uitgavenprofielen voor acute gezondheidszorg per leeftijdsklasse en geslacht berekend op basis van steekproefgegevens voor het jaar 1997⁽¹⁰⁾.

9 Die hypothese van vaste profielen is een sterke hypothese. De profielen kunnen immers evolueren, bijvoorbeeld door technisch-medische ontwikkelingen die op specifieke leeftijdsgroepen gericht zijn. Bovendien kunnen ze gevoelig zijn aan de verhoogde levensverwachting, in de mate dat bepaalde uitgaven in het bijzonder gelinkt zijn aan het levens-einde of aan de laatste levensjaren voor het overlijden.

10 Sinds enige tijd worden systematisch steekproefgegevens verzameld door het Internu-tualistisch Agentschap (IMA) met betrekking tot de medische consumptie van 1/40 van de bevolking. Deze gegevens zullen kunnen gebruikt worden om de verandering in de uitgavenprofielen te bestuderen.

Figuur 3: Uitgavenprofielen voor acute gezondheidszorg per leeftijdsklasse en geslacht in 1997 (genormaliseerde profielen met betrekking tot een gemiddelde uitgave van 1 voor alle leeftijden en geslachten)



Het constant houden van deze leeftijdsprofielen gecombineerd met de verlenging van de levensverwachting is een benadering voor de gezondheidszorguitgaven die eerder pessimistisch is in vergelijking met de methodologie die in vele andere landen wordt toegepast. Die andere methodologie laat immers de leeftijdsprofielen verschuiven naargelang de levensverwachting toeneemt: dan worden de kosten voor oudere leeftijdsklassen eerder met de nabijheid van het overlijden gerelateerd dan met de leeftijd, wat tevens een verlenging van de levensduur 'in goede gezondheid' impliceert. Die methodologie mondt uit in een gunstigere evolutie van de gezondheidszorguitgaven dan de methodologie die gebruikt wordt door het Federaal Planbureau bij het opmaken van de projecties voor de SCvV.

De historisch trendmatige evolutie

De historische vaststellingen (nl. dat er een sterke correlatie bestaat tussen de algemene levensstandaard en de uitgaven voor gezondheidszorg per hoofd; zie sectie 1) hebben ertoe geleid dat de projecties van het gedeelte van de gezondheidszorguitgaven, dat niet voortvloeit uit demografische factoren, rekening houden met de groei van de verhouding 'uitgaven per hoofd/ bbp per hoofd' bij constante leeftijdsstructuur met behulp van econometrische methoden. Die niet aan de bevolking verbonden uitgaven voor gezondheidszorg wordt als 'historisch trendmatige evolutie' aangeduid. Die historische tendens is het resul-

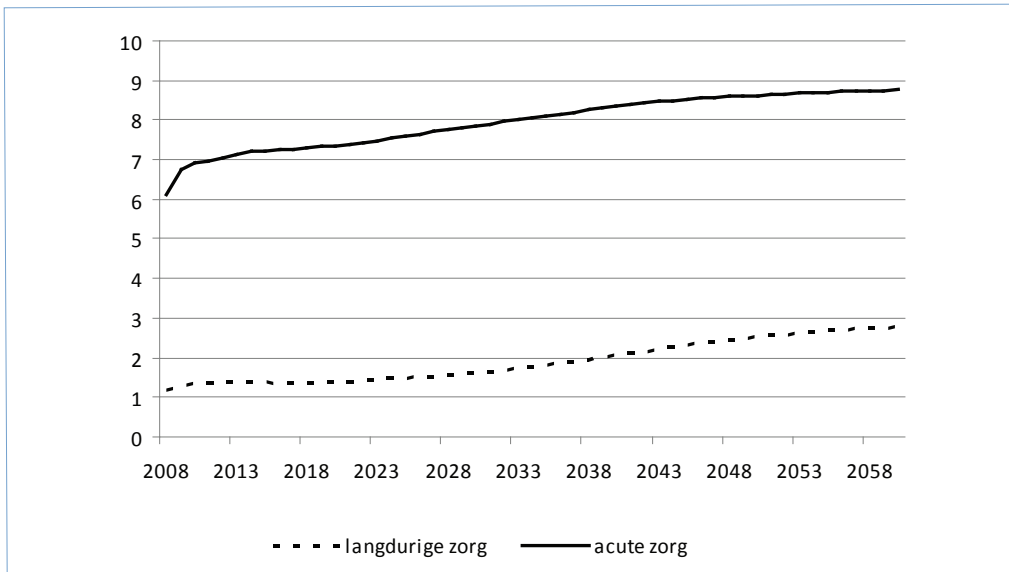
taat van een dynamiek die zowel aanbod- (namelijk degene die voortvloeien uit technologische vooruitgang: nieuwe diagnose- en zorgtoestellen, gebruik van hoogtechnologische apparatuur, nieuwe pathologieën, uitbreiding van de therapeutische uitrusting,...) en vraagfactoren als politieke doelstellingen (zoals bvb. de begrotingsdoelstelling of 'norm' voor de gezondheidszorguitgaven) met betrekking tot gezondheidszorg combineert. Bovendien bevat die term ook volume- en prijseffecten: de nationale rekeningen tonen dat de prijsstijging van de consumptie van gezondheidszorg gemiddeld hoger ligt dan de stijging van de bbp-deflator. Dit weerspiegelt ongetwijfeld de kosten van belangrijke technologische ontwikkelingen in de sector en de zwakke productiviteitsstijging in de zorgsector. Voor de nationale boekhouding is het immers geen sinecure om de volume- en prijseffecten van elkaar te scheiden binnen de gezondheidssector, een sector die gekenmerkt wordt door snelle technologische ontwikkelingen en een bijgevolg weinig homogene output van goederen en diensten doorheen de tijd.

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

3.2.2 Resultaten

Figuur 4 presenteert de uitgaven op lange termijn voor acute zorg en voor langdurige zorg aan afhankelijke bejaarden, bekomen aan de hand van de hierboven beschreven methodologieën.

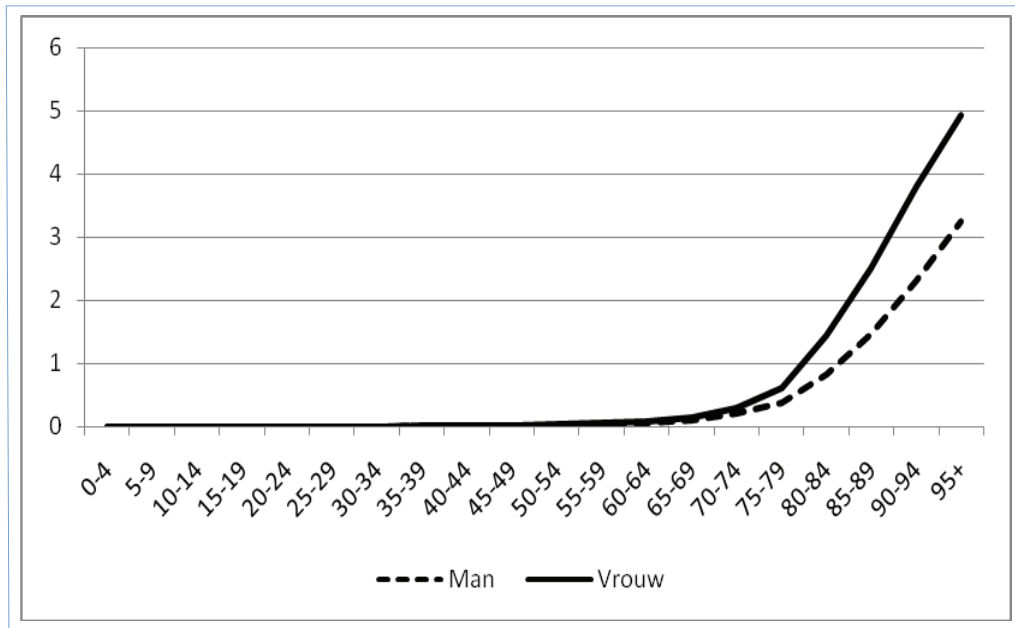
Figuur 4: Projecties van de uitgaven voor acute zorg en langdurige ouderenzorg in % van het bbp



De toename van de totale gezondheidszorguitgaven (zie sectie 3.1.2) zou 4,2% van het bbp bedragen tussen 2008 en 2060, waarvan 2,6% voor acute en 1,6% van het bbp voor langdurige zorg. De uitgaven voor langdurige zorg nemen een steeds groter aandeel voor hun rekening in de totale uitgaven: terwijl ze in 2008 nog 16% van de totale uitgaven bedragen, zou dat aandeel oplopen tot 24% in 2060.

De toename van de uitgaven voor langdurige zorg in de komende 22 jaar (2008-2030) zou gematigd zijn, nl. +0,4% van het bbp, de volgende 30 jaar (2030-2060) daarentegen zouden ze in een versneld tempo toenemen, nl. +1,1% van het bbp. Over de volledige projectieperiode (2008-2060) zou die toename 1,6% van het bbp bedragen. De verlenging van de levensduur zal immers gepaard gaan met een grotere zorgafhankelijkheid en bijgevolg met uitgaven die toenemen met de leeftijd. Figuur 5 toont het uitgavenprofiel van de langdurige zorg waaruit blijkt dat – in tegenstelling tot het kostenprofiel voor acute zorg – de uitgaven blijven toenemen met de leeftijd. Figuur 3 vertoonde daarentegen immers afnemende kosten van acute gezondheidszorg voor de oudste ouderen in vergelijking met de jongere ouderen.

Figuur 5: Uitgavenprofielen voor langdurige gezondheidszorg per leeftijdsklasse en geslacht in 1997 (genormaliseerde profielen met betrekking tot een gemiddelde uitgave van 1 voor alle leeftijden en geslachten)



Het feit dat aan de oudere vrouwelijke bevolking een hoger kostenprofiel vasthangt heeft te maken met het feit dat zij vlugger beroep moet doen op formele zorg omdat de kans dat zij hun partner overleven groter is omwille van hun hogere levensverwachting.

4

Onzekerheden over de toekomstige uitgaven: epidemiologie, technologie en hun interactie.

In hoofdstuk 2 werd betoogd dat de veranderende leeftijdssamenstelling van de bevolking een beperkt effect heeft gehad op de historische evolutie van de gezondheidszorguitgaven. Of deze conclusie ook mag geëxtrapoleerd worden naar de toekomst hangt onder meer af van de vraag in welke mate de stijgende levensverwachting die men verwacht in de komende decennia zich zal vertalen in extra gezonde levensjaren respectievelijk extra jaren met ziekte en/of zorgbehoefte. Eén manier om hierover iets te weten te komen is het rechtstreeks schatten van de levensverwachting in verschillende gezondheidstoestanden (de zgn. 'multi-state life tables') op basis van zelf-gerapporteerde of objectief vastgestelde gegevens. Voor België is deze oefening gedaan door Van Oyen et al. (2008) met betrekking tot vier indicatoren: de gepercipieerde gezondheid, chronische aandoeningen, meervoudige aandoeningen en functionele beperkingen ('disability') op basis van de drie beschikbare gezondheidsenquêtes (1997, 2001 en 2004). De auteurs stellen een verbetering vast van de gepercipieerde gezonde levensverwachting bij jongere ouderen (60-jarigen), en vooral bij mannen. Bij oudere ouderen (80-jarigen) en in het bijzonder bij vrouwen wordt er eerder een expansie van ongezone levensjaren vastgesteld. Hoewel de periode waarop deze trends zijn gebaseerd erg kort is, zijn de resultaten vergelijkbaar met die van andere studies (zie bv. het overzichtsartikel van Christensen et al., 2009).

Langere tijdreeksen (1950-1990) zijn wel beschikbaar voor de statistiek van de doodsoorzaken, en deze gegevens zijn gebruikt om projecties te maken van doodsoorzaken en 'disability-adjusted life years' (DALYs) (Murray & Lopez, 1997) voor 47 landen. De auteurs concluderen dat hart- en vaatziekten, respiratoire aandoeningen en kanker de belangrijkste doodsoorzaken zullen blijven, maar ook dat neuropsychiatrische aandoeningen (depressie en dementie) de grootste tol zullen eisen in termen van DALYs. Dit is een belangrijk resultaat, want het houdt verband met de vraag welke aandoeningen kunnen behandeld worden als gevolg van medische technologische vooruitgang, en met de relatie tussen het terugdringen van mortaliteit als gevolg van acute aandoeningen en het verlengen van de levensverwachting met functionele beperkingen.

Een ander uitgangspunt om de toekomstige levensverwachting te bestuderen, bestaat er in de effecten te schatten van 'risicofactoren' op de extra levensjaren in totaal, in goede gezondheid en met functionele beperkingen. Risicofactoren die in dergelijk onderzoek worden gebruikt zijn 'lifestyle' variabelen (hoofdzakelijk overgewicht, gemeten door middel van de 'Body Mass Index' (BMI), en rookgedrag) en socio-economische variabelen (hoofdzakelijk het onderwijsniveau). Wat de effecten betreft, moet een onderscheid gemaakt worden tussen actieve (gezonde) levensjaren en jaren met ADL-beperkingen⁽¹¹⁾. Rokers, bijvoorbeeld, leven gemiddeld ongeveer 7 jaar minder lang dan niet-rokers, maar ze leven ook ruim een jaar minder met functionele beperkingen dan niet-rokers. Wat

11 ADL is een letterwoord afgeleid uit het Engelse 'Activities of Daily Living'. De dagelijkse activiteiten waarnaar verwezen wordt, zijn: eten, zich aan- en uitkleden, zich wassen, zich binnenshuis verplaatsen, zich verzorgen en continëntie.

het onderwijsniveau betreft: laag opgeleiden leven gemiddeld ongeveer 3 jaar korter dan hooggeschoolden, en dit verschil komt bijna volledig op rekening van gezonde levensjaren. Het effect van overgewicht vertaalt zich dan weer in een verschuiving van levensjaren: mensen met ernstig overgewicht (BMI >30) brengen meer jaren door met functionele beperkingen ten koste van gezonde levensjaren, terwijl hun totale levensverwachting niet statistisch verschilt van de referentiegroep (BMI 23-25) (Reuser et al., 2009). De toekomstige evolutie van deze risicofactoren zal voor een deel de gezonde levensverwachting bepalen. Wat de scholingsgraad betreft is er reden tot voorzichtig optimisme: de trendmatige toename ervan zou een positief effect moeten hebben (zie ook Deboosere et al. 2009). Wat de evolutie van het overgewicht betreft merken we zorgwekkende evoluties in sommige Westerse landen, waar nu reeds sprake is van een obesitas-epidemie (zie ook de website van de International Obesity Taskforce: [www.who.int/iotf.org](http://www.who.int/iotf)). Het is niet duidelijk of deze tendens zich ook in België zal voordoen: hoewel er sprake is van overvoeding en gebrek aan lichaamsbeweging bij jongeren, is er (nog) geen duidelijke trend merkbaar op basis van de gezondheidsenquête. Wat het rookgedrag betreft ten slotte, is er een sterke afname geweest bij de mannen over de voorbije 50 jaar. Het is echter niet duidelijk of de huidige fractie rokers - ongeveer 25 procent van de bevolking - nog substantieel zal afnemen.

De vooruitgang van de medische technologie in de voorbije 50 jaar, onder meer als gevolg van de diepere inzichten die wetenschappers hebben opgebouwd in het ontstaan van ziekten op basis van fundamenteel onderzoek in de genetica en de biochemie, heeft een enorme impact gehad op de uitoefening van de geneeskunde. Intuïtief lijkt het aannemelijk dat deze evolutie gepaard is gegaan met steeds toenemende kosten, hoewel niet elke nieuwe behandelingswijze globaal kostenverhogend is. In hoofdstuk 2 werd reeds uitgelegd waarom het moeilijk is om het effect van de medische technologische vooruitgang op de gezondheidszorguitgaven empirisch te meten. Wat ook de precieze bijdrage aan de groei van de uitgaven is geweest, het is interessant om te bekijken op welke manier de medische ontwikkelingen de uitgaven beïnvloeden. Het meest voor de hand liggen de hoge kosten voor gesofisticeerde apparaten (bijvoorbeeld scanners in de medische beeldvorming) die steeds vaker gebruikt worden, en die het mogelijk maken om betere diagnoses te stellen en aandoeningen te behandelen die voorheen niet behandelbaar waren. Ook nieuwe gesofisticeerde maar dure geneesmiddelen behoren tot deze 'cost-drivers'. Men zou deze factoren kunnen beschouwen als een 'verdieping' van het geneeskundige arsenaal. Tegelijk doet zich ook een 'verbreding' voor, met name door het steeds vaker toepassen van ingrijpende en soms hoogtechnologische therapieën op steeds oudere patiënten (Dozet et al., 2002). Enerzijds veroorzaakt de toenemende levensverwachting een toenemend aantal potentiële patiënten, en anderzijds is de technologische vooruitgang ook mee de oorzaak van de stijgende levensverwachting. Hart- en vaatziekten kunnen bijvoorbeeld steeds beter behandeld worden, met een dalende mortaliteit van de jongere ouderen tot gevolg. De patiënten, die vroeger relatief jong zouden gestorven zijn, worden nu chronische patiënten die zorg blijven gebruiken. Ze moeten vaak doorlopend medicatie blijven gebruiken en worden ook steeds zorgafhankelijker naarmate ze ouder worden als gevolg van degeneratieve processen. Hier stuiten we op een belangrijk interactie-effect tussen vergrijzing, medische technologie en langdurige zorg: als gevolg van betere

medische behandeling van acute aandoeningen neemt de sterfte bij jongere ouderen af. Onder meer als gevolg hiervan neemt de levensverwachting bij ouderen toe, en daarmee ook het aantal ouderen die chronisch geneesmiddelen gebruikt, die in aanmerking komen voor de behandeling van fysieke degeneratieve aandoeningen (zoals heupvervangende chirurgie en cataract-operaties), die langdurige hulp nodig hebben als gevolg van functionele beperkingen, of die het slachtoffer worden van neuro-degeneratieve aandoeningen zoals dementie.

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat de toekomstige evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg (inclusief de langdurige zorg) in belangrijke mate zal bepaald worden door het samenspel van epidemiologische trends die gerelateerd zijn aan gedrag ('lifestyle') met de verdieping en verbreding van technologie-intensieve acute zorg. Zelfs als risicofactoren zoals rookgedrag en zwaarlijvigheid onder controle kunnen gehouden worden, zal het succes van medische technologische vooruitgang in combinatie met een vergrijzende bevolking wellicht een opwaartse druk op de uitgaven blijven uitoefenen door het feit dat steeds meer ouderen die succesvol behandeld worden voor acute aandoeningen chronische patiënten worden, die uiteindelijk net als de 'gezonde' ouderen langdurige zorg nodig zullen hebben als gevolg van degeneratieve processen waarvoor (nog) geen behandeling bestaat (zoals dementie). Zelfs als de stijging van de totale gezondheidszorguitgaven in procent van het BNP zal afnemen, is het erg waarschijnlijk dat er zich in de toekomst een verschuiving zal voordoen van acute naar langdurige zorg.

5

Bibliografie

Barros, P.P., The black box of health care expenditure growth determinants. *Health Economics*, 1998, Vol. 7, pp. 533-544.

Berndt, E.R., Cutler, D.M., Frank, R.G., Griliches Z., Newhouse J.P. en J. Triplett, Medical care prices and output, in : Culyer, A.J. en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, Amsterdam, Elsevier, 2000, pp. 119-180.

Blomqvist, A.G. en R.A.L. Carter, Is health care really a luxury? *Journal of Health Economics*, 1997, Vol. 16, pp. 207-229.

Börsch-Supan A. e.a., *Health, Ageing and retirement in Europe*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, 2005, 370 pp.

Börsch-Supan A. e.a., *Health, Ageing and retirement in Europe (2004-2007)*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, 2008, 364 pp.

Charles, K.K. en P. Sevak, Can family caregiving substitute for nursing home care? *Journal of Health Economics*, 2005, Vol. 24, pp. 1174-1190.

Christensen, K., G. Doblhammer, R. Rau en J.W. Vaupel, Ageing populations: the challenges ahead. *The Lancet*, 2009, Vol. 374, Oct 3, pp. 1196-1208.

Cockx, B. en C. Brasseur, The demand for physician services. Evidence from a natural experiment. *Journal of Health Economics*, 2003, Vol. 22, pp. 881-913.

Deboosere, P., S. Gadeyne en H. Van Oyen, The 1991-2004 evolution in life expectancy by educational level in Belgium based on linked census and population register data. *European Journal of Population*, 2009, Vol. 25, pp. 175-196.

Economic Policy Committee (2001), *Budgetary challenges posed by ageing populations*, EPC/ECFIN/655/01-EN, 24/10/2001.

Economic Policy Committee and European commission (2006), *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU-25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*, *European Economy, Special Report*, N° 1/2006.

Economic Policy Committee and European commission (2009), *The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*, *European Economy, Special Report*, N° 2/2009.

Federaal Planbureau (FPB) – Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (AD SEI), *Bevolkingsvoorzichten 2007-2060*, Planning Paper 105, mei 2008.

Gerdtham, U.-G. en B. Jönsson, International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis, in: Culyer, A.J. en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, Amsterdam, Elsevier, 2000, pp. 11-53.

Goldman, D. e.a., Consequences of health trends and medical innovation for the future elderly. *Health Affairs*, September 2005, pp. 5-17.

Murray, C.J.L. en A.D. Lopez, Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 1997, Vol. 349, May 24, pp. 1498-1504.

Narayan, P.K., Do health expenditures 'catch-up'? Evidence from OECD countries, *Health Economics*, 2007, Vol. 16, pp. 993-1008.

Newhouse, J.P., Medical care expenditure: a cross-national survey. *Journal of Human Resources*, 1977, Vol. 12, pp. 115-125.

OECD, Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?, OECD, 2006, Economics Department Working Papers, nr. 477, 81 pp.

Okunade, A.A. en V.N.R. Murthy, Technology as a 'major driver' of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture, *Journal of Health Economics*, 2002, Vol. 21, pp. 147-159.

Reuser, M., L. Bonneux en F.J. Willekens, Smoking kills, obesity disables: A multi-state approach of the us Health and Retirement Study. *Obesity*, 2009, Vol. 17, nr. 4, pp. 783-789.

Schokkaert et al., De groei van de uitgaven in de gezondheidszorg: een overzicht van de literatuur. Federale Overheidsdienst Financiën, Documentatieblad, 2005, Vol. 65, nr. 4, pp. 185-238.

Seshamani, M. en A. Gray, Ageing and health-care expenditure: the red herring argument revisited. *Health Economics*, 2004, Vol. 13, pp. 303-314.

Studiecommissie voor de Vergrijzing, Jaarlijks verslag, mei 2005.

Studiecommissie voor de Vergrijzing, Jaarlijks verslag, juni 2009.

Van de Voorde, C., Van Doorslaer, E., en E. Schokkaert, Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand. *Health Economics*, 2001, Vol. 10, pp. 457-471.

Van Oyen, H. e.a., Trends in health expectancy indicators in the older adult population in Belgium between 1997-2004. *European Journal of Ageing*, 2008, Vol. 5, pp. 137-146.

Werblow, A., S. Felder en P. Zweifel, Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'? *Health Economics*, 2007, Vol. 16, pp. 1109-1126.

Zweifel, P., Felder, S., en M. Meiers, Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Economics*, 1999, Vol. 8, pp. 485-496.