

## Inleiding tot het themadossier “de budgettaire aspecten van de Belgische gezondheidszorg”

Luc BUFFEL

Adviseur-generaal van Financiën

bij de Studie- en Documentatiedienst van de FOD Financiën



De gezondheidszorg (gz) en de pensioenen worden meestal samen in één adem genoemd als de twee grote sectoren van de Sociale Zekerheid die door de demografische veroudering (vergrijzing) financieel sterk onder druk komen te staan, wat aldus vragen doet rijzen over de budgettaire houdbaarheid van die stelsels. In feite wordt, zoals in één van de bijdragen wordt aangegeven, de gevoelige groei van de uitgaven voor gz meer door andere factoren dan de vergrijzing bepaald, maar zal de groei ervan in de nabije en verre toekomst inderdaad zoals die van de pensioenuitgaven fors zijn en ceteris paribus een toenemend beslag leggen op de overheidsmiddelen.

Onderhavige artikelenreeks bekijkt het complexe stelsel van de gezondheidszorg vanuit verschillende invalshoeken die gehanteerd worden door auteurs werkzaam op verscheiden werkterreinen. Zowel algemene statistische, organisatorische en strikt budgettaire aspecten komen aan bod als specifieke thema's zoals de rol van één van de hoofdspelers, de ziekenfondsen. Verschillende teksten zijn erg beleidsrelevant; aldus worden ook denksporen aangereikt voor toekomstige oriëntaties.

De methodologische en statistische tekst van **D. Moens** “**Bestedingen voor gezondheidszorg in België gezien in een internationaal perspectief**” biedt inzicht in de inhoud van de gezondheidsuitgaven. Dankzij een eenvormige methodologie kunnen vergelijkingen gemaakt worden tussen Europese landen over de consumptie van gezondheidszorg en langdurige zorg en wordt een globaal beeld gebracht van een complexe sector. De in België door de *rod* Sociale Zekerheid berekende gezondheidsrekeningen betreffen gepresteerde activiteiten en verleende diensten en goederen en niet het genieten van inkomens of vervangingsinkomens (uitkeringen). De gezondheidsrekeningen voor 2007, het laatste jaar waarvoor officiële cijfers beschikbaar zijn, leren ons dat één vierde van die consumptie privaat wordt ten laste genomen en dat de totale lopende gezondheidsuitgaven iets minder dan 10% van het bbp bedroegen. Hierbij valt op te merken dat de openbare financiering van de gezondheidsuitgaven ruimer is dan de geneeskundige verzorging van het *riziv*. Bijzondere mechanismen (met name de maximumfactuur en tussenkomsten uit aanvullende verzekeringen) zorgen ervoor dat de gezinsuitgaven minder snel toenemen dan de totale uitgaven en dragen er aldus toe bij dat sociale uitsluiting wordt tegengegaan.

De prospectieve tekst van **N. Fasquelle, S Weemaes, P. Willemé**: **De gezondheidszorguitgaven: determinanten en projecties** steunt op de langetermijnprojecties van het Federaal Planbureau van de sociale zekerheidsuitgaven in de ruime zin in het kader van de raming van de budgettaire kosten van de demografische vergrijzing. Uit een inleidende oriënterende literatuurstudie blijkt dat de verhoging van de gezondheidszorguitgaven duidelijk meer bepaald werd door de groeiende welvaart en de medische technologische vooruitgang dan door de vergrijzing van de bevolking. In de tekst wordt bij wijze van conclusie aangegeven dat men zich wellicht kan verwachten aan een verderzetting in de toekomst van de duidelijke trendmatige verschuiving van het aandeel in de totale zorguitgaven van de acute naar de langdurige zorg, die ook reeds uit de literatuurstudie tot uiting kwam.

In de tekst van **D. De Graeve en A. Lecluyse** “**Eigen bijdragen en remgeld als instrument om uitgaven te beheersen**” wordt aangegeven hoe de verschillende doelstellingen inzake overheidsfinanciën onderling tegenstrijdig

kunnen zijn. Een verhoging van de eigen bijdragen van de patiënten/consumenten is weliswaar doelmatig vanuit het loutere algemene gezichtspunt van de budgettaire houdbaarheid, maar treft verhoudingsgewijs het meest de zwakere socio-economische groepen en chronische patiënten; het botst aldus met de doelstelling van sociale rechtvaardigheid. Met het oog op het verzekeren van de toegankelijkheid van het stelsel van gezondheidszorg zou een eventuele differentiëring van de eigen bijdragen in functie van de waarde van de zorg en van de gevoeligheid van de zorg en het individu voor de prijs, een louter budgettaire aanpak kunnen aanvullen door tevens rekening te houden met doelstellingen van het ruimere gezondheidsbeleid.

In **“Rollen, opdrachten & initiatieven van de ziekenfondsen in de gezondheidszorg”** van H. Avalosse e.a. wordt aangegeven hoe een ziekenfonds bijdraagt aan de actieve implementatie van het gezondheidsbeleid en aldus een ruimere functie vervult (en nog meer kan vervullen) dan een loutere administratieve uitvoerder van het beleid. Informatie aan het publiek en zorgverleners kunnen de patiënten en zorgverleners door de geboden vergelijkingmogelijkheden aanzetten tot rationeler gedrag, wat de kwaliteit van de zorgverlening verbetert en hier en daar de kostprijs drukt. Naast de eigenlijke wettelijk voorziene opdrachten op het vlak van de ziekteverzekering bieden de ziekenfondsen ook aanvullende verzekeringen en hospitalisatieverzekeringen aan. Voor dat laatste is onlangs door de nieuwe Belgische wetgeving een ‘level playing field’ gecreëerd ten opzichte van de verzekeringsmaatschappijen.

De tekst van M. De Vos en B. Van Damme: **The rise of healthcare economy, challenges, opportunities and options for reform** (De opgang van de gezondheidszorgeconomie, uitdagingen, kansen en opties voor hervorming) tenslotte is eerder een reflectiepaper over strategische hervormingen niet *binnen* maar *van* het stelsel. Er wordt geen opsomming geboden van mogelijke punctuele maatregelen voor de verzekering van de budgettaire houdbaarheid van het bestaande stelsel van gezondheidszorg, maar er worden denksporen verkend tot hervorming van de functionering van het stelsel en de organisatie ervan. In de tekst worden nieuwe rollen bepleit voor alle actoren van het gezondheidssysteem; daarbij worden nieuwe financiële en niet-financiële stimulansen aanbevolen voor verstrekkers en organisaties om die nieuwe rollen te aanvaarden en uit te breiden en wordt tevens een bredere (horizontale) reorganisatie van het systeem bepleit waarbij de patiënt en de pathologie centraal staan. Aldus wordt gepleit voor de totstandkoming van een gezondheidseconomie die wordt aangedreven door meer kostbewuste en goed geïnformeerde kopers en consumenten op zoek naar de beste kwaliteit en die nieuwe economische mogelijkheden biedt. Daarbij is de verhoging van de responsabilisering van alle betrokkenen en van de efficiëntie en de doeltreffendheid van een intern competitieve gezondheidszorg onontbeerlijk. Dit zou volgens de auteurs moeten gepaard gaan met de ontwikkeling van alternatieve financiering gebaseerd op de organisatie van een tweede peiler van bijkomende verzekering of op de ontwikkeling van gezondheidsdiensten voor buitenlandse patiënten. In de bijdrage wordt tevens gepleit voor meer samenwerking en coördinatie tussen alle belangrijke actoren van de gezondheidszorg.

Uit de diverse bijdragen zal de lezer hopelijk een totaalbeeld van de sector van de gezondheidszorg kunnen distilleren en zal die onthouden dat het een sector in volle evolutie is, waarbij het overheidsbeleid op een passende en doelmatige wijze moet inspelen om een kwaliteitsvol stelsel tegen een redelijke kostprijs voor de ganse bevolking te kunnen blijven verzekeren.