



## 5 DUURZAAMHEID VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM

Duurzaamheid kan worden gedefinieerd als het vermogen van het systeem om duurzaam gefinancierd te blijven uit openbare bronnen; om personeel (bv. door middel van onderwijs en opleiding), infrastructuur en apparatuur te leveren en te behouden; om innovatief te zijn; om in te spelen op nieuwe behoeften en om de milieu-impact ervan te verminderen (aangepast van NHPC 2001<sup>62</sup> en WGO 2017<sup>63</sup>). Duurzaamheid richt zich niet alleen op de huidige situatie, maar probeert ook te anticiperen op toekomstige evoluties (bv. door gebruik te maken van projecties). Duurzaamheid wordt geanalyseerd aan de hand van vijf subdimensies:

- Financiële duurzaamheid (of "genereren van financiële middelen");
- Beschikbaarheid van zorgpersoneel (of "genereren van menselijke middelen");
- Gezondheidstechnologieën en infrastructuur (of "genereren van fysieke middelen");
- Bestuur
- Milieuduurzaamheid (nog niet ontwikkeld)

### 5.1 Financiële duurzaamheid

Dit deel beschrijft in de eerste plaats contextuele elementen met betrekking tot gezondheidsuitgaven om een beter zicht te krijgen op het Belgische gezondheidssysteem.

Ten tweede wordt de budgettaire duurzaamheid geanalyseerd, verwijzend naar het vermogen om overheidsinkomsten (belastingen en sociale bijdragen) te genereren om de publieke gezondheidsuitgaven te dekken.<sup>64</sup> **De publieke gezondheidsuitgaven (S-3)** worden gebruikt om de budgettaire duurzaamheid van het systeem weer te geven.<sup>64</sup>

Om het belang van de gezondheidssector in de totale economie van het land te bepalen, worden ook de totale gezondheidsuitgaven als percentage

van het Belgische bruto binnenlands product (bbp) getoond, evenals **projectie van de publieke gezondheidsuitgaven (acute en langdurige zorg) als percentage van het bbp (S-20)** om de financiële duurzaamheid op lange termijn te beoordelen.

Voor deze laatste geldt dat hoe hoger de indicator is, hoe meer druk er op het systeem komt te staan, hetzij omdat de gezondheidssector een groter aandeel in de totale economie krijgt, hetzij omdat deze steeds meer door de publieke sector wordt gefinancierd, of beide.

Ten slotte wordt specifiek aandacht besteed aan de **publieke uitgaven voor terugbetaalde farmaceutische producten (S-21)**.

#### Context

De totale gezondheidsuitgaven in België blijven stijgen tot 55,5 miljard euro in 2021 (+49,8% ten opzichte van 2010). De stijging was vooral hoog in 2021 als gevolg van de COVID-19-pandemie. De totale gezondheidsuitgaven per hoofd van de bevolking, uitgedrukt in koopkrachtpariteit US\$, lagen in België en in de buurlanden iets hoger dan de gemiddelden voor de landen van de EU-14 en de EU-27 (US\$ 6.022 in België in 2021 in vergelijking met US\$ 5.557 (EU-14) en US\$ 4.410 (EU-27)).

#### Budgettaire duurzaamheid

Het aandeel van de totale gezondheidsuitgaven gefinancierd door de publieke sector (S-3) bleef stabiel (77,6% in 2021 vergeleken met 76,3% in 2010) en steeg slechts licht in 2020 en 2021 als gevolg van de COVID-19-pandemie (net als in andere landen) (zie ook punt 8.4).

Tussen 2010-2019 lag het aandeel van de publieke financiering in België dicht bij het EU-14-gemiddelde en hoger dan het EU-27-gemiddelde en ze volgden allemaal een vergelijkbaar stabiel patroon (met uitzondering van een kleine daling in 2019 in België). Tijdens de COVID-19-pandemie (2020-2021) werd de belangrijkste stijging waargenomen voor het gemiddelde van de EU-27 (+3,6 procentpunten tussen 2019 en 2021 tegenover +2,4 procentpunten in België en +1,8 procentpunten voor de EU-14 landen). Met deze grotere stijging bereikt de EU-27 een aandeel dat België in 2021



benadert. Het aandeel van de overheidsfinanciering in België was echter lager dan in de buurlanden (Luxemburg, Duitsland, Nederland en Frankrijk).

### **Belang van de gezondheidssector in de totale economie en duurzaamheid op lange termijn**

In 2021 vertegenwoordigden de totale gezondheidsuitgaven 11% van het bbp. (Zie sub-analyses van S-3).

Wat het publieke deel betreft (S-20), vertegenwoordigden de publieke gezondheidsuitgaven in België 8,0% van het bbp in 2022: de publieke uitgaven voor acute zorg vertegenwoordigden 6,5% van het bbp en de publieke uitgaven in verband met langdurige zorg vertegenwoordigden 1,5% van het bbp.

In de toekomst zullen de **publieke gezondheidsuitgaven als percentage van het bbp (S-20)** naar verwachting stijgen tot 8,9% (+0,9 procentpunten) in 2027, 10,7% (+ 2,7 pp) in 2050 en 10,8% (+2,8 pp) in 2070. De publieke gezondheidsuitgaven in België, als percentage van het bbp, zullen naar verwachting een vergelijkbare tendens volgen als het EU-gemiddelde, hoewel de publieke uitgaven voor langdurige zorg (als percentage van het bbp) in België boven het EU-gemiddelde zullen blijven. Anderzijds zullen de publieke uitgaven voor acute zorg in België lager blijven dan het EU-gemiddelde.

### **Publieke uitgaven voor terugbetaalde farmaceutische producten**

Farmaceutische producten spelen een belangrijke rol in de gezondheidszorg en zijn voortdurend in ontwikkeling. Elk jaar komen er steeds meer nieuwe farmaceutische producten op de markt, waarvan de kostprijs hoog kan oplopen, met aanzienlijke gevolgen voor het budget van

de gezondheidszorg. In 2022 bedroegen de farmaceutische uitgaven in België € 6,20 miljard (€ 2,92 miljard voor farmaceutische retailuitgaven, € 2,86 miljard voor ambulante farmaceutische ziekenhuisuitgaven en € 420 miljoen voor intramurale farmaceutische ziekenhuisuitgaven). Het gebruik van Managed Entry Agreements (MEA's) neemt echter toe, vooral voor nieuwe innovatieve en dure farmaceutische producten en omvat meestal financiële compensatiemechanismen die betrouwbaar zijn, zodat de werkelijke uitgaven voor individuele geneesmiddelen onbekend zijn. Er wordt geschat dat, na correctie voor de compensaties van de MEA's, de farmaceutische uitgaven in België € 4,94 miljard bedroegen in 2022. De totale **publieke uitgaven voor terugbetaalde farmaceutische producten (S-21)** zullen naar verwachting tussen 2022 en 2027 met 48,9% stijgen, wat overeenkomt met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 8,3%. Na correctie voor de compensaties van de MEA's zullen deze naar verwachting met 36,6% stijgen (wat overeenkomt met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 6,4%).

### **Besluit**

Het aandeel van de publieke financiering in België is in lijn met het Europese gemiddelde, maar voor de toekomst wordt budgettaire druk verwacht. Volgens de projecties voor de gezondheidsuitgaven zullen de publieke gezondheidsuitgaven als percentage van het bbp naar verwachting stijgen. Bovendien is de verwachte toekomstige stijging van de publieke uitgaven voor farmaceutische producten hoog en mag deze niet worden verwaarloosd. Dit moet worden gemonitord.



Tabel 10 – Duurzaamheid: indicatoren voor financiële duurzaamheid

(ID) Indicator	Score	België	Periode	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-14	EU-27
<b>S-3</b> Financiering van gezondheidsuitgaven door de publieke sector (% van de totale gezondheidsuitgaven)	<b>C</b>	77,6	2021	-	-	-	OESO	78,4	77,3
<b>S-20</b> Projectie van de publieke gezondheidsuitgaven (% van het BBP), evolutie in procentpunten		+0,9 pp	2022-2027	-	-	-	Studie-commissie voor de Vergrijzing		
<b>S-21</b> <b>NEW</b> Projectie van de publieke uitgaven voor terugbetaalde farmaceutische producten		+36,6% +33,4%	2022-2027 2027-2032	-	-	-	Federaal Planbureau		

Goede (●), gemiddelde (●) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg).  
Voor contextuele indicatoren (geen evaluatie): evolutie door de tijd die stijgt (↗), stabiel blijft (→), daalt (↘), of geen duidelijke evolutie toont (C).

## 5.2 Beschikbaarheid van zorgpersoneel

De beschikbaarheid van zorgpersoneel wordt gedefinieerd als het vermogen van het systeem om (in de toekomst) voldoende en gekwalificeerde gezondheidswerkers te leveren en te behouden. Dit omvat indicatoren voor:

- Instroom: het aantal pas afgestudeerden (S-4 voor artsen, S-8 voor verpleegkundigen), hun specialisatie (S-5 voor artsen en S-9 voor verpleegkundigen) en het aandeel buitenlandse werknemers (S-14 voor artsen, S-16 voor verpleegkundigen);
- Uitstroom: het aandeel van het personeel dat in de nabije toekomst met pensioen gaat (S-7 voor artsen, S-10 voor verpleegkundigen);
- Potentiële (toekomstige) tekorten: projecties van het aanbod en de vraag (S-18 en S-19 voor huisartsen, S-22 voor verpleegkundigen), proxy's van het welzijn en de tevredenheid van de werknemers (R-1), proxy's van ziekteverzuim (R-2) en het aantal vacatures voor verpleegkundigen in ziekenhuizen (R-3). Deze laatste drie worden momenteel uitgewerkt in het hoofdstuk veerkracht (zie punt 8.3).

## Artsen

In België werd in 1997 besloten om een quotasysteem in te voeren dat de toegang tot een specialisatie (dus na de medische basisopleiding) beperkt, waarvan het eerste effect werd vastgesteld in 2004. Om aan deze quota te voldoen, werden door de gefedereerde entiteiten ook specifieke maatregelen genomen om het aantal afgestudeerde artsen te beperken (zie de technische fiche voor meer details). Ondanks de invoering van dit systeem is het aantal **afgestudeerde artsen (S-4)** echter meer gestegen dan was voorzien in de quota. In 2021 was het aantal studenten dat afstudeerde aan Belgische medische faculteiten bijna verdubbeld ten opzichte van 2010 en overschreed het algemene quotum voor toegang tot een specialisatie met 674 studenten (1.904 afgestudeerde artsen tegenover een quotum van 1.230 voor 2021, met een groter overschot in de Franse Gemeenschap dan in de Vlaamse Gemeenschap). Onder deze afgestudeerde artsen verschilde het aandeel afgestudeerde artsen met een Belgisch diploma met een buitenlandse nationaliteit sterk van de ene gemeenschap tot de andere, met een aandeel van tussen de 4% en 7% in de Vlaamse Gemeenschap (78% van hen kwam uit Nederland in 2021) en een toenemend aandeel tot 20% in de Franse Gemeenschap in 2020 (de helft van hen kwam uit Frankrijk).