KCE REPORT 341A

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

EVALUATIE VAN DE DUURZAAMHEID VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM OP BASIS VAN PROJECTIES

AANVULLING BIJ "DE PERFORMANTIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM – RAPPORT 2019"





KCE REPORT 341A
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

EVALUATIE VAN DE DUURZAAMHEID VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM OP BASIS VAN PROJECTIES

AANVULLING BIJ "DE PERFORMANTIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM – RAPPORT 2019"

MÉLANIE LEFÈVRE, SOPHIE GERKENS

2021 www.kce.fgov.be

COLOFON

Titel:	Evaluatie van de duurzaamheid van het Belgische gezondheidssysteem op basis van projecties – Aanvulling bij “De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019”
Auteurs:	Mélanie Lefèvre (KCE), Sophie Gerkens (KCE)
Project facilitator:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Externe experten:	Elise Boucq (Federal Planning Bureau), Nicole Fasquelle (Federal Planning Bureau), Joanna Geerts (Federal Planning Bureau), Pieter-Jan Miermans (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Johan Peetermans (RIZIV – INAMI), Peter Willemé (Federal Planning Bureau)
Stakeholders:	De volgende administraties en publieke instellingen werden in de loop van het project geraadpleegd. Op federaal niveau: • Vertegenwoordiger van de Minister van Volksgezondheid: Bernard Lange • RIZIV – INAMI: Mickaël Daubie, Marine Lutgen, Pascal Meeus • FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique: Lieven Deraedt, Pol Gerits, Peter Jouck, Annick Poncé, Pascale Steinberg, Timmy Van Dijck, Veerle Vivet, Harun Yaras • Sciensano: Brecht Devleesschauwer, Françoise Renard • FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité Sociale: Dirk Moens, Rudi Van Dam Op regionaal niveau: • Vlaamse Gemeenschap (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid): Erik Hendrickx • Région Wallonne (Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l’Action sociale et de la Santé et observatoire wallon de la santé): Anouck Billiet, Dominique Dubourg • Fédération Wallonie-Bruxelles (Direction générale de la Santé): Annalisa Tancredi • Communauté Germanophone (DGOV Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft): Karin Cormann • Région Bruxelles Capitale (Observatoire de la Santé et du Social): Olivier Gillis, Elise Mendes da Costa
Externe validatoren:	Jon Cylus (European Observatory on Health Systems and Policies), Gaetan Lafortune (OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development), Karel Van den Bosch (Federal Planning Bureau)

Acknowledgements:	Irina Cleemput (KCE), Christelle Durand (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Marijke Eyssen (KCE), Christophe Janssens (KCE), Karin Rondia (KCE), Sabine Stordeur (KCE), Carine Van de Voorde (KCE)
Gemelde belangen:	Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie, namelijk indicatoren gebaseerd op projecties en/of de evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict.
Layout:	Ine Verhulst

Disclaimer:

- **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport met algemene instemming goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum:	18 juni 2021
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Delivery of Health Care; Forecasting; Health Expenditure; Health Workforce
NLM Classificatie:	W84
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2021/10.273/12
ISSN:	2466-6459
Copyright:	De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties.





Hoe refereren naar dit document?

Lefèvre M, Gerkens S. Evaluatie van de duurzaamheid van het Belgische gezondheidssysteem op basis van projecties – Aanvulling bij “De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019”. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2021. KCE Reports 341A. D/2021/10.273/12

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

INHOUDSTAFEL

OVERZICHT FIGUREN **2**
OVERZICHT TABELLEN **2**
AFKORTINGENLIJST **3**
WETENSCHAPPELIJK RAPPORT **4**
1 INLEIDING **4**
2 CONCEPTUEEL KADER EN KEUZE VAN INDICATOREN **7**
2.1 CONCEPTUEEL KADER 7
2.2 SELECTIE VAN INDICATOREN 10
2.2.1 Dienstverlening 10
2.2.2 Personeelsbestand 11
2.2.3 Medische producten, vaccins en technologieën 14
2.2.4 Financiering 16
3 RESULTATEN **17**
3.1 PERSONEELSBESTAND 17
3.2 FINANCIERING 21
4 BEPERKINGEN **24**
5 CONCLUSIES **25**
REFERENTIES **28**

OVERZICHT FIGUREN

Figuur 1 – Aantal contacten (raadplegingen en bezoeken) met huisartsen in België (2011-2025) 17

Figuur 2 – Aantal actieve huisartsen in de gezondheidszorg, in personen en VTE's, in België en de Gemeenschappen, 2016-2036 19

Figuur 3 – Publieke uitgaven voor acute en langdurige zorg (% van BBP) in België (2000-2019 en projecties 2020-2070) 21

OVERZICHT TABELLEN

Tabel 1 – Matrix van mogelijke op projecties gebaseerde indicatoren 9

Tabel 2 – Op projecties gebaseerde indicatoren met betrekking tot het personeelsbestand van huisartsen ... 20

Tabel 3 – Op projecties gebaseerde indicatoren met betrekking tot financiering 22

AFKORTINGENLIJST

AFKORTING	DEFINITIE
AWG	Ageing Working Group
BBP	Bruto Binnenlands Product
ECOFIN	Raad Economische en Financiële Zaken
EPC	Comité voor de economische politiek
EPS	Permanente steekproef
EU	Europese Unie
FAGG	Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten
FOD	Federale Overheidsdienst
HSPA	Health System Performance Assessment (evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem)
MEA	Managed Entry Agreement
MORSE	Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PPP	Koopkrachtpariteit (Purchasing Power Parity)
PROMES	PROjecting Medical Spending
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
VTE	Voltijdsequivalent
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie

WETENSCHAPPELIJK RAPPORT

1 INLEIDING

Doel van het rapport

Dit rapport is een aanvulling op een eerder KCE-rapport dat in 2019 werd gepubliceerd en waarin de performantie van het Belgische gezondheidssysteem werd geëvalueerd.[1] Hoewel veel conclusies van dit vorige rapport toekomstgericht waren, werd er geen projectiemodel gebruikt om de performantie te evalueren. Met deze aanvulling willen we nagaan of en hoe men gebruik kan maken van projectiemodellen in de context van een *Health System Performance Assessment* (HSPA – evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem).

Het doel van dit rapport is tweeledig. Eerst ontwikkelen we een conceptueel kader om de relevante op projecties gebaseerde indicatoren te identificeren en te selecteren. Daarna passen we dit kader toe op de Belgische situatie om, binnen de bestaande projectiemodellen van de verschillende instellingen, die modellen te selecteren die relevante indicatoren kunnen opleveren om de performantie van het Belgische gezondheidssysteem te evalueren. Volgens de procedure van het vorige rapport worden de hier gebruikte gegevens ontleend aan bestaande gegevensbronnen en worden er geen nieuwe gegevens ingezameld.

Het rapport wordt opgebouwd als volgt. In de inleiding geven we algemene achtergrondinformatie over de evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem in België en hoe op projecties gebaseerde indicatoren in dit kader passen. In Hoofdstuk 2 tekenen we een conceptueel kader uit om relevante op projecties gebaseerde indicatoren te identificeren. Vervolgens worden enkel indicatoren die ook beschikbaar zijn in modellen die voor België ontwikkeld werden, in de performantie-evaluatie van het Belgische gezondheidssysteem opgenomen. Voor deze geselecteerde indicatoren worden de resultaten weergegeven in Hoofdstuk 3. In Hoofdstuk 4 bespreken we enkele beperkingen van deze aanpak. In Hoofdstuk 5 volgen de conclusies.

Health System Performance Assessment in België

Een *Health System Performance Assessment* (HSPA) is een proces waarbij het gezondheidssysteem in zijn geheel wordt beoordeeld, een "gezondheidscheck-up" op basis van meetbare indicatoren. Het concept HSPA wordt specifiek vermeld in het Handvest van Tallinn,[2] dat door alle Europese landen binnen de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) werd ondertekend. Elke HSPA wordt ontwikkeld volgens een conceptueel kader, dat specifiek is voor elk land. Een HSPA is een continu proces, waarbij door regelmatige updates de informatiebehoeften van het gezondheidsbeleid worden ingevuld.

De strategische doelstellingen van het Belgische HSPA-proces zijn:[3]

1. de gezondheidsautoriteiten informeren over de performantie van het gezondheidssysteem en de beleidsplanning ondersteunen;
2. een transparant en controleerbaar beeld geven van de performantie van het gezondheidssysteem, overeenkomstig het Handvest van Tallinn;
3. de performantie van het gezondheidssysteem volgen in de tijd.

In België werden tot op heden vier uitgebreide HSPA-rapporten – ook wel "Performantierapporten" genoemd – gepubliceerd (2009, 2012, 2015 en 2019).[1, 3-5] Het laatste rapport ging vergezeld van een bijbehorende website met downloadbare data van de geselecteerde indicatoren (www.healthybelgium.be). Het initiële conceptuele kader voor de Belgische HSPA groepeerde indicatoren in vier dimensies: kwaliteit, toegankelijkheid, efficiëntie en duurzaamheid. De kwaliteit van de zorg wordt op zijn beurt onderverdeeld in vijf subdimensies (doeltreffendheid, gepastheid, veiligheid, patiëntgerichtheid, continuïteit). De vijfde dimensie, billijkheid, is transversaal en wordt geëvalueerd sinds het rapport van 2012. Een recent rapport (2020)[6] concentreert zich op deze laatste dimensie en analyseert uitvoerig billijkheid in de toegang tot, het gebruik en de financiering van gezondheidszorg.

Opnemen van op projecties gebaseerde indicatoren in een HSPA

Hoewel veel conclusies van deze HSPA-rapporten toekomstgericht zijn, zijn alle meetbare indicatoren gebaseerd op de meest recente beschikbare nationale resultaten en de voorbije evolutie in de tijd. De waarde op nationaal niveau wordt vergeleken met streefdoelen, met resultaten van de landen van de EU-15 en/of met zorgnormen. Als deze niet bestonden, gebeurde de evaluatie op basis van consensus tussen de auteurs van het rapport. Hieruit worden waarschuwingssignalen afgeleid om beleidsmakers te informeren over gebieden die aandacht behoeven.

In wat volgt werken we een bijkomende visie uit die niet eerder werd uitgevoerd in Belgische HSPA-rapporten: we evalueren de duurzaamheid van het gezondheidssysteem aan de hand van statistische projecties voor de toekomstige evolutie van een beperkte set van indicatoren. Dergelijke projectiemodellen en gegevens bestaan in meerdere Belgische instellingen, maar werden nooit gezamenlijk geanalyseerd in het HSPA-rapport. De beweegreden om op projectiemodellen gebaseerde performantie-indicatoren (hierna "op projecties gebaseerde indicatoren" genoemd) op te nemen als onderdeel van de HSPA is om een toekomstig verwacht onevenwicht tussen vraag en aanbod te identificeren.

Deze visie strookt met het HSPA-kader, aangezien de in aanmerking genomen indicatoren meetbaar zijn en kunnen bijdragen tot de drie hierboven genoemde doelstellingen. Bovendien, zoals gesteld door de expertgroep van de Europese Commissie voor HSPA (2018)[7], *"heeft HSPA het potentieel om zowel voorspellend als prescriptief te zijn"* en *"zou er meer kunnen worden gedaan om een meer strategische rol voor HSPA te steunen om de verbetering van het systeem effectief te informeren, (...) de mogelijkheid te onderzoeken om meer strategisch voorspellende of modellerende benaderingen op te nemen om beleidsopties te helpen bepalen"*. Hoewel op projecties gebaseerde indicatoren niet eerder werden gebruikt in de Belgische HSPA-context, werden dergelijke indicatoren (projecties van gezondheidsuitgaven) wel gebruikt in de evaluatierapporten over de performantie van het gezondheidssysteem door de OESO (Health at a glance, 2018[8] en 2019[9]).

Op projecties gebaseerde indicatoren om de duurzaamheid van het gezondheidssysteem te evalueren

Duurzaamheid kan worden gedefinieerd als het vermogen van het systeem om:[3, 10]

- duurzaam gefinancierd te blijven door publieke middelen;
- infrastructuur, arbeidskrachten, voorzieningen en materiaal ter beschikking te stellen en te behouden;
- innoverend te zijn;
- in te spelen op nieuwe noden.

In het laatste Belgische HSPA-rapport (2019) werden 16 specifieke indicatoren geselecteerd voor de vier elementen uit de definitie. Dit panel van indicatoren combineert verscheidene subdimensies (financiële duurzaamheid, arbeidskrachten, voorzieningen en innovatie) die de heterogeniteit van het concept weerspiegelen.

Projecties passen in dit kader omdat ze inzicht verschaffen in de toekomstige evolutie van relevante indicatoren, om de duurzaamheid van het gezondheidssysteem in de nabije of verre toekomst te evalueren. Het evalueert of verwachte chronische schokken het evenwicht tussen vraag en aanbod zullen verstoren en aldus de duurzaamheid in gevaar zullen brengen. Aan de hand van deze informatie kan ook de paraatheid van het systeem bij acute schokken worden geëvalueerd: een gezondheidssysteem waarvan wordt aangenomen dat het al bij afwezigheid van acute schokken een onevenwicht tussen vraag en aanbod zal kennen, is a fortiori niet beschermd tegen een plotselinge ernstige verstoring van het evenwicht van de middelen die door een plotse schok kan worden veroorzaakt (voor meer details over het onderscheid tussen acute en chronische schokken, zie Tekstvak 1).

Tekstvak 1 – Typologie van schokken in het gezondheidssysteem

"Schokken (…) kunnen op tal van manieren worden ingedeeld, waaronder hun aard, ernst, duur en frequentie. Gezien de complexiteit van de gezondheidssystemen moeten deze dimensies worden beschouwd als continua, met (i) acute, plotse schokken die zich occasioneel voordoen en (ii) chronische, structurele spanningen die systematisch het functioneren van de gezondheidssystemen beïnvloeden als de twee tegengestelde uiteinden van het classificatiespectrum. Al naargelang hun aard moet een typologie minstens classificeren of schokken en spanningen vooral de aanbod- dan wel de vraagzijde van de gezondheidssystemen beïnvloeden. Een meer verfijnde typologie zou schokken en spanningen kunnen classificeren op basis van hun voornaamste aard – epidemiologisch, economisch, technologisch, milieugerelateerd, maatschappelijk en geopolitiek."[11]

Bron: EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (2020)[11]

2 CONCEPTUEEL KADER EN KEUZE VAN INDICATOREN

De methode van de HSPA-rapportreeks richt zich op het samenstellen van het conceptueel kader met de meest bruikbare indicatoren.[1] Eerst worden de relevante indicatoren vastgesteld, waarna zij worden geconfronteerd met de beschikbaarheid van gegevens. Alle gebruikte gegevens worden ontleend aan bestaande gegevensbronnen, zodat geen nieuwe gegevens worden verzameld. De uiteindelijke selectie van indicatoren is een compromis tussen de conceptuele relevantie en de haalbaarheid (beschikbaarheid van gegevens en hanteerbaar aantal indicatoren).

2.1 Conceptueel kader

Bouwstenen

De selectie van op projecties gebaseerde indicatoren die relevant kunnen zijn voor de evaluatie van de duurzaamheid van het gezondheidssysteem, werd opgebouwd rond het WGO-kader dat gezondheidssystemen beschrijft in termen van zes kerncomponenten of "bouwstenen": (1) gezondheidsdiensten, (2) gezondheidswerkers, (3) gezondheidsinformatiesysteem, (4) medische producten, vaccins en technologieën, (5) financiering, en (6) leiderschap/bestuur (zie Tekstvak 2).

Met behulp van deze bouwstenen worden de doelstellingen van de WGO om de gezondheidssystemen te versterken helder uiteengezet. In het WGO-kader voor gezondheidssystemen zijn de zes bouwstenen nodig om de resultaten te verbeteren.[12] Het spreekt vanzelf dat geen enkele indeling van een complex systeem volmaakt is. Er wordt immers geen rekening gehouden met de krachtige en dynamische interacties die tussen de verschillende componenten bestaan. Een focus op deze afzonderlijke componenten helpt niettemin om het complexe systeem af te bakenen en indicatoren vast te stellen om de vooruitgang te volgen.[13]

Tekstvak 2 – Bouwstenen uit het WGO-kader voor gezondheidssystemen

"Goede ***gezondheidsdiensten*** *zijn diensten die doeltreffende, veilige, kwalitatief hoogstaande persoonlijke en niet-persoonlijke gezondheidsinterventies leveren aan degenen die ze nodig hebben, wanneer en waar dat nodig is, met een minimale verspilling van middelen.*

Een goed presterend ***personeelsbestand*** *in de gezondheidszorg is een personeelsbestand dat op responsieve, billijke en efficiënte wijze werkt om de best mogelijke gezondheidsresultaten te bereiken, gelet op de beschikbare middelen en omstandigheden (d.w.z. er is voldoende personeel dat op een billijke manier verspreid is; het is competent, responsief en productief).*

Een goed functionerend ***gezondheidsinformatiesysteem*** *is een systeem dat zorgt voor de productie, de analyse, de verspreiding en het gebruik van betrouwbare en tijdige informatie over gezondheidsdeterminanten, de performantie van het gezondheidssysteem en de gezondheidsstatus.*

Een goed functionerend gezondheidssysteem zorgt voor een billijke toegang tot essentiële ***medische producten, vaccins en technologieën*** *van gegarandeerde kwaliteit, veiligheid, werkzaamheid en kosteneffectiviteit, en voor een wetenschappelijk verantwoord en kosteneffectief gebruik ervan.*

Een goed ***financieringssysteem voor de gezondheidszorg*** *zorgt voor voldoende middelen voor de gezondheidszorg, en wel op zodanige wijze dat mensen gebruik kunnen maken van de diensten die ze nodig hebben en beschermd zijn tegen financiële rampen of verarming als gevolg van het feit dat zij ervoor moeten betalen. Het biedt verstrekkers en gebruikers stimulansen voor efficiëntie.*

Leiderschap en bestuur *houden strategische beleidskaders in, gecombineerd met effectief toezicht, coalitievorming, regelgeving, aandacht voor systeemontwerp en verantwoordelijkheid."*

Bron: WHO (2007)[12]

Evenwicht tussen vraag en aanbod

Om de duurzaamheid van het gezondheidssysteem in de nabije of verre toekomst te evalueren, moet worden geanticipeerd op de gevolgen van structurele veranderingen die het gezondheidssysteem beïnvloeden (bv. vergrijzing van de bevolking, stijgende last van chronische ziekten). Doorgaans leiden deze veranderingen tot een onevenwicht tussen de vraag naar en het aanbod van gezondheidsdiensten, doordat de behoefte aan gezondheidszorg toeneemt, de middelen afnemen, of beide. Het doel van dit rapport is dan ook de bestaande gegevens over toekomstige projecties/scenario's voor zowel vraag als aanbod op consistente wijze te analyseren om rode vlaggen (d.w.z. risico's voor een toekomstig onevenwicht) op te sporen.

Een matrix van potentiële indicatoren

Door de bouwstenen uit het WGO-kader voor gezondheidssystemen te combineren met de noodzaak om toekomstige veranderingen in zowel vraag als aanbod te evalueren, kunnen we de matrix opstellen die wordt weergegeven in Tabel 1. In deze tabel worden voor vier van de zes bouwstenen voorbeelden gegeven van evaluatiedomeinen met betrekking tot vraag en aanbod. Dit mag niet als een exhaustieve lijst worden beschouwd, maar is eerder ter illustratie. De bouwstenen “gezondheidsinformatiesysteem” en “leiderschap en bestuur” zijn niet in deze matrix opgenomen omdat zij, in tegenstelling tot de andere bouwstenen, niet zijn gekenmerkt door een tweedeling tussen vraag en aanbod. Bovendien zou de evaluatie van “leiderschap en bestuur” eerder gebaseerd zijn op kwalitatieve methoden dan op kwantitatieve (meetbare) indicatoren.

Tabel 1 – Matrix van mogelijke op projecties gebaseerde indicatoren

Bouwstenen	Projectie vraagzijde	Projectie aanbodzijde
Dienstverlening*	Geprojecteerd benodigd aantal ziekenhuisbedden Geprojecteerde nood aan woonzorg voor ouderen Geprojecteerde nood aan laboratoriumcapaciteiten Enz.	Toekomstig aantal ziekenhuisbedden volgens verschillende beleidsscenario's Toekomstig aantal residentiële bedden voor ouderen volgens verschillende beleidsscenario's Toekomstig aantal labo's volgens verschillende beleidsscenario's Enz.
Gezondheidswerkers*	Geprojecteerd gebruik/verbruik van huisartsendiensten Geprojecteerd gebruik/verbruik van medisch specialistische diensten Geprojecteerd gebruik/verbruik van verpleegkundige diensten Geprojecteerd gebruik/verbruik van verpleegkundige diensten in ziekenhuizen Enz.	Projecties medisch personeel (huisartsen) Projecties medisch personeel (specialisten) Projecties verpleegkundig personeel Projecties verpleegkundig personeel ziekenhuizen Enz.
Medische producten, vaccins en technologieën	Geprojecteerde consumptie van geneesmiddelen Geprojecteerde uitgaven voor geneesmiddelen Enz.	Toekomstig aantal van geneesmiddelen volgens verschillende beleidsscenario's Projecties van overheidsuitgaven voor geneesmiddelen Enz.
Financiering	Geprojecteerde uitgaven voor gezondheid Geprojecteerde overheidsuitgaven voor gezondheid Enz.	Projecties van het Bruto Binnenlands Product Projecties van overheidsuitgaven Enz.

** Hoewel het vereiste aantal beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zou kunnen worden gecategoriseerd als een vraag naar dienstverlening, wordt een onderscheid gemaakt tussen indicatoren voor personeelsbestand en indicatoren voor andere aspecten van de dienstverlening.*

2.2 Selectie van indicatoren

2.2.1 Dienstverlening

De dienstverlening dekt een ruime waaier van onderwerpen zoals de capaciteit van ziekenhuizen en de beschikbaarheid van apparatuur, maar ook residentiële zorginstellingen, geestelijke gezondheidszorg of laboratoria en diagnostische capaciteit. Vooral ziekenhuizen staan voor steeds grotere uitdagingen: de ontwikkeling van nieuwe diagnose- en behandelingstechnologieën, een verouderende bevolking, een stijging van chronische ziekten die gepaard gaan met multimorbiditeit en veranderingen in attitudes met toenemende publieke verwachtingen.[14] Deze veranderende context zal gevolgen hebben voor het toekomstige aantal en het type van ziekenhuizen en de ziekenhuisinfrastructuren die we nodig zullen hebben. In een eerder KCE-rapport (2017)[14] werden prognoses gemaakt voor de benodigde **ziekenhuiscapaciteit** tot 2025. Het projectiemodel hield rekening met drie evoluties: de evolutie van de bevolkingsomvang en -samenstelling; de evolutie van de gemiddelde verblijfsduur per pathologiegroep; en de evolutie van het opnamepercentage, berekend per leeftijdsgroep en per pathologiegroep. Uit de analyse blijkt een algemene daling van de behoefte aan acute bedden in ziekenhuizen, met uitzondering van bedden voor chronische zorg en geriatrische zorg.

Men zou deze toekomstige benodigde capaciteit kunnen vergelijken met de evolutie van het aanbod. Internationaal krijgen ziekenhuizen te maken met twee belangrijke trends: de zorg wordt meer gespecialiseerd en geconcentreerd, maar wordt ook dichter bij huis geleverd. Daarnaast worden de diensten steeds meer geïntegreerd en zijn gemeenschaps-, primaire, secundaire en gespecialiseerde/tertiaire diensten steeds meer onderling verbonden. De laatste decennia is het aantal ziekenhuizen en ziekenhuisbedden in acute structuren in veel landen gestaag afgenomen, als gevolg van de politieke bereidheid om de overcapaciteit te verminderen en het zorgaanbod te reorganiseren in de richting van alternatieven voor een verblijf in een ziekenhuis.[14] In België is het moratorium van 1982 nog steeds van kracht: het aantal erkende ziekenhuisbedden voor algemene ziekenhuizen werd vastgezet op het aantal erkende bedden op 1 juli 1982 en elk nieuw bed moet leiden tot de sluiting van een ander bed ergens anders in het ziekenhuissysteem. In tegenstelling tot bijvoorbeeld Engeland, Frankrijk of de Scandinavische landen heeft België nog niet te maken gehad met een grote daling van het aantal bedden. Het zou nochtans zinvol zijn om erop toe te zien dat de ziekenhuiscapaciteit in overeenstemming blijft met de benodigde capaciteit.

Helaas is het rapport van 2017 over de benodigde ziekenhuiscapaciteit tot 2025 gebaseerd op verouderde gegevens (het laatste jaar in de historische gegevens is 2014), waardoor het minder relevant is voor de huidige HSPA-studie. Als de resultaten van dit rapport echter met recentere gegevens zouden worden geactualiseerd, zou het aangewezen zijn om het geprojecteerde benodigde aantal ziekenhuisbedden als indicator van duurzaamheid op te nemen in het volgende HSPA-rapport. Tenzij dit hele rapport daarna regelmatig wordt geactualiseerd, is het echter onwaarschijnlijk dat deze indicator deel kan uitmaken van de kernindicatoren van het HSPA-rapport, die in elk van de edities worden geëvalueerd.

In verband met de **residentiële ouderenzorg** in België werd in een vorig KCE-rapport (2011)[15] een stijging van het aantal ouderen in woonzorgcentra geprojecteerd van 125 500 in 2010 tot 166 000 in 2025, een stijging van 32%. In alternatieve scenario's varieerde dit geprojecteerde aantal benodigde bedden in 2025 van 149 000 tot 177 000 (van +19% tot +41%). In het projectiemodel zijn de belangrijkste variabelen die bepalend zijn voor het gebruik van langdurige zorg verwerkt: de geprojecteerde toekomstige verdeling van de bevolking volgens leeftijd en geslacht; de gezinssituatie (beschikbaarheid van informele zorgverleners) van ouderen; en hun mate van zorgbehoevendheid.

Aangezien het aantal bedden voor residentiële zorg in België in 2011 129 732 bedroeg, werd in het rapport geconcludeerd dat het aanbod aanzienlijk moest worden uitgebreid. Om de evolutie van het aantal bedden te volgen, werd in het laatste HSPA-rapport (2019) een nieuwe indicator (ELD-4) ingevoerd. Volgens de laatste beschikbare gegevens waren er in 2018 in totaal 144 399 bedden voor residentiële zorg, wat nog steeds een nood aan verdere groei aangeeft.[1] Monitoring van de mogelijkheid om dergelijke bedden te creëren volgens verschillende beleidsscenario's zou

daarom zinvol kunnen zijn om te anticiperen op een mogelijk toekomstig onevenwicht tussen vraag en aanbod.

Helaas is het rapport over het geprojecteerde aantal ouderen in de residentiële zorg gebaseerd op verouderde gegevens (het laatste jaar in de gebruikte historische gegevens is 2009) en wordt in de nabije toekomst geen verdere update gepland. Hoewel deze resultaten in het HSPA-rapport van 2019 werden besproken, kunnen deze projecties niet als een relevante kernindicator voor toekomstige HSPA-rapporten worden gebruikt (het volgende is gepland voor 2024).

Andere bestaande projectiemodellen met betrekking tot de dienstverlening in België werden niet geïdentificeerd. We kunnen daaruit besluiten dat er geen op projecties gebaseerde indicatoren met betrekking tot de dienstverlening kunnen worden opgenomen in de reeks HSPA-rapporten zolang de bovengenoemde analyses niet worden geactualiseerd.

2.2.2 Personeelsbestand

Zoals in de recente COVID-19-crisis opnieuw is aangetoond, is een voldoende groot (in aantal en vaardigheden), solide, flexibel en gemotiveerd personeelsbestand van cruciaal belang voor de performantie van het gezondheidssysteem (zie bijvoorbeeld Van de Voorde et al., 2020[16]). Uit een recent rapport van de expertgroep van de Europese Commissie voor HSPA[11] blijkt dat slechts een klein aantal landen indicatoren heeft gerapporteerd om de toereikendheid van het zorgpersoneel te evalueren, zowel wat betreft het aanbod als de kwalificaties. Het laatste HSPA-rapport[1] in België bevat verscheidene metingen met betrekking tot het personeelsbestand om zowel de toegankelijkheid als duurzaamheid te evalueren (zie Tekstvak 3). Vooral in de evaluatie van de duurzaamheid worden tien indicatoren met betrekking tot het personeelsbestand gemeten. Alle indicatoren voor het medisch personeel zijn echter alleen gericht op de aanbodzijde en gebaseerd op historische gegevens; op projecties gebaseerde indicatoren werden nog niet in aanmerking genomen.

Tekstvak 3 – Indicatoren voor personeelsbestand in het Belgische HSPA-rapport 2019

Medisch personeel:

Afgestudeerde artsen (/100 000 inwoners) (S-4)

Artsen opgeleid in het buitenland (% van artsen die erkend zijn om het beroep uit te oefenen) (S-14)

Afgestudeerde artsen die huisarts worden (% van alle medische specialismen) (S-5)

Gemiddelde leeftijd van praktiserende huisartsen (in VTE, jaren) (S-6)

Artsen van 55 jaar en ouder (% van alle praktiserende artsen) (S-7)

Huisartsen van 55 jaar en ouder (% van alle praktiserende huisartsen) (S-15)

Praktiserende artsen (/1 000 inwoners) (A-5)

Verpleegkundigen:

Afgestudeerde verpleegkundigen (/100 000 inwoners) (S-8)

Afgestudeerde verpleegkundigen met een bachelorsdiploma (% van de nieuw afgestudeerde verpleegkundigen) (S-9)

Verpleegkundigen van 50 jaar en ouder (% van alle professioneel actieve verpleegkundigen) (S-10)

Verpleegkundigen opgeleid in het buitenland (% van verpleegkundigen die erkend zijn om het beroep uit te oefenen) (S-16)

Praktiserende verpleegkundigen (/1 000 inwoners) (A-6)

Aantal vacatures voor verpleegkundigen (A-7)

Verhouding patiënt/verpleegkundige (A-8)

Bron: Devos et al. (2019)[1]

Wat betreft het **aanbod van gezondheidszorgbeoefenaars** zijn er projecties op korte en lange termijn beschikbaar in België. De Planningscommissie Medisch aanbod, ondersteund door de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen die onder de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu ressorteert, bepaalt de quota voor gezondheidszorgbeoefenaars en de toekomstige ontwikkelingen ervan. Deze in 1996 opgerichte commissie onderzoekt de evolutie van het aanbod van artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en logopedisten. Projecties bestaan doorgaans uit een basisscenario en één of meerdere alternatieve scenario's. Het basisscenario levert een uitgangspunt dat wordt besproken in een werkgroep met vertegenwoordigers van de beroepsgroep. In het (de) alternatieve scenario('s) worden andere hypothesen en/of benaderingen uitgewerkt om de uitdagingen aan te pakken die in het basisscenario naar voren komen. Er worden projecties gemaakt op 5, 10, 15 en 20 jaar.

De Cel Planning gebruikt een *stock-en-flow*-model om de evolutie van het personeelsbestand van gezondheidsprofessionals te kwantificeren (voor meer details, zie bijlage). Voor artsen wordt het geprojecteerde aantal studenten dat aan een specialisatieopleiding begint (aantal stagiairs), berekend voor alle medisch specialisten (inclusief huisartsen) samen, maar gescheiden per taalgemeenschap op basis van de taal waarin het diploma wordt uitgereikt (of de gekozen contacttaal voor buitenlandse diploma's). Aangezien er in de Duitstalige Gemeenschap geen medische faculteit is, worden alleen de Franse en Vlaamse Gemeenschap voorgesteld.

Op basis daarvan worden specifieke berekeningen gemaakt voor elk medisch specialisme. Het aantal personen per specialisatieopleiding wordt verkregen door een specialismegraad toe te passen op het aantal stagiairs. Het aandeel stagiairs dat kiest voor specialisatie in huisartsgeneeskunde is de laatste jaren gestegen en bedroeg in 2019 35,9% in de Vlaamse Gemeenschap en 41,9% in de Franse Gemeenschap.[17] De toegang tot specialisatie voor artsen (inclusief huisartsen) in België wordt beperkt door een quotasysteem, met totale quota die het maximumaantal artsen bepalen, alsook minimumquota voor bepaalde specialismen waar een mogelijk tekort werd vastgesteld (zoals voor huisartsen). Vóór de zesde staatshervorming werden beide quota bepaald door de federale minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (Koninklijk besluit van 12 juni 2008[18]). Bij de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid voor het bepalen van de minimumquota overgedragen aan de gefedereerde entiteiten. Terwijl het koninklijk besluit van 16 augustus 2020[19], tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008, de globale quota vaststelt, zijn de gefedereerde entiteiten nu verantwoordelijk voor de subquota per specialisme (met respect voor de globale quota). In antwoord daarop richten beide gemeenschappen hun eigen planningscommissie op.[20, 21] De minimale toegangsquota tot de specialisatie huisartsgeneeskunde werden verhoogd in 2018[22] en 2019[23] en in de Vlaamse Gemeenschap bestaat een politieke bereidheid om ze te verhogen vanaf 2021.[24] Op basis van de recente waargenomen evoluties en de beslissingen genomen in beide taalgemeenschappen, heeft de Cel Planning in het projectiemodel de specialismegraad voor huisartsgeneeskunde (het percentage stagiairs dat kiest voor een specialisatie als huisarts) voor de toekomst vastgelegd op 42% in de Franse Gemeenschap en 40% in de Vlaamse Gemeenschap.[17] De specialismegraad voor de andere specialismen worden dienovereenkomstig verlaagd.

Op basis van dit model wordt voor elk medisch specialisme het geprojecteerde aantal praktiserende artsen berekend (het aantal individuele artsen dat actief is in de gezondheidszorg). Aan de hand van een activiteitsgraad kan voor elk specialisme ook het geprojecteerde aantal in de gezondheidszorg actieve VTE's worden berekend.

De **vraag naar gezondheidszorgbeoefenaars** wordt in België niet als dusdanig geprojecteerd, maar een microsimulatiemodel (PROMES) dat door het Federaal Planbureau in samenwerking met het RIZIV werd ontwikkeld, levert projecties op tot 2025 voor het zorggebruik (voor meer details, zie bijlage). Het geprojecteerde gebruik wordt gemodelleerd met behulp van een tweestapsmodel waarin de kans op zorggebruik (stap 1) en het gemiddelde volume (stap 2) worden verklaard in functie van individuele demografische en socio-economische kenmerken, indicatoren van morbiditeit, eerder zorggebruik en omgevingsfactoren.[25, 26] Het model bestaat uit een 25-tal modules die overeenstemmen met verschillende uitgavengroepen, soms onderverdeeld in submodules. Aan de hand van projecties van vier van deze submodules (raadplegingen door de huisarts,

huisartsenbezoeken, contacten met specialisten en contacten met urgentieartsen) kan het geprojecteerde aantal contacten met artsen worden bepaald, wat als proxy kan dienen voor de vraag naar deze medische zorgverleners. Voor verpleegkundigen bestaan er alleen projecties voor thuiszorgdiensten, wat een kleine en niet-representatieve subset van de verpleegkundige activiteiten is. De andere beschikbare projecties betreffen kinesitherapeuten, tandartsen en logopedisten (er zijn geen projecties beschikbaar voor de zorgconsumptie voor vroedvrouwen).

Om het totale aantal indicatoren te beperken, beperken we de analyse van het gezondheidszorgpersoneel tot alleen artsen en verpleegkundigen, in navolging van de keuze gemaakt in het HSPA-rapport 2019 (zie Tekstvak 3). Maar aangezien slechts gedeeltelijke informatie beschikbaar is over de vraag naar verpleegkundigen, worden voor dit rapport uiteindelijk alleen indicatoren met betrekking tot **vraag en aanbod van artsen** geselecteerd.

We gebruiken met name het basisscenario van de projecties van de Planningscommissie Medisch aanbod voor het aanbod van **huisartsen** tot 2036 als indicator voor het aanbod.[17] Voor de vraag gebruiken we het geprojecteerde aantal contacten (raadplegingen en bezoeken) met **huisartsen** uit het PROMES-model. Aangezien het doel van deze analyse is de projecties van de toekomstige vraag te vergelijken met de projecties van het toekomstige aanbod, is het nodig dat beide indicatoren los van elkaar staan. Om dit te waarborgen, wijken de hier voorgelegde resultaten lichtjes af van de originele modellen (zie Tekstvak 4).

Tekstvak 4 – Aanpassingen om vraag en aanbod te scheiden

Vraag

In het PROMES-model wordt het zorggebruik op individueel niveau gekoppeld aan relevante individuele kenmerken zoals leeftijdscategorie, geslacht, gezondheidsstatus, tewerkstellingsstatus en verzekeringsstatus. Op basis van specifieke kenmerken van een individu kunnen dan de kans op zorggebruik en de hoeveelheid zorggebruik worden geschat. Vooral de kans op een contact met een arts (gemodelleerd met behulp van logistische regressies) hangt af van meerdere individuele kenmerken. Een van deze kenmerken is de artsendichtheid, voor elk individu gemeten als het aantal artsen per 10 000 inwoners in het arrondissement waar hij woont. Men zou verwachten dat de kans op zorggebruik groter is waar de artsendichtheid groter is, vanwege het zogenaamde “geïnduceerde vraag”-effect.

De resultaten van dit model worden vervolgens herwogen, zodat ze kunnen worden toegepast op de toekomstige bevolking. Met behulp van een afzonderlijk dynamisch microsimulatiemodel of van eventueel beschikbare externe gegevens worden aanpassingen uitgevoerd. Met name de artsendichtheid wordt geprojecteerd aan de hand van projecties voor het aanbod van gezondheidsbeoefenaars van de Planningscommissie Medisch aanbod.

De projecties van de toekomstige vraag uit het oorspronkelijke PROMES-model zijn afhankelijk van de projecties van het toekomstige aanbod. De twee indicatoren zijn bijgevolg niet onafhankelijk van elkaar. Om dit effect te neutraliseren, leggen wij in sectie 3.1 de resultaten voor van een alternatief scenario waarin de projecties voor de artsendichtheid vanaf 2020 kunstmatig constant worden gehouden. In de bijlage worden ook de resultaten van het oorspronkelijke model getoond. We kunnen hieruit afleiden dat het verschil tussen de resultaten van beide scenario’s klein is.

Aanbod

De Planningscommissie Medisch aanbod presenteert haar resultaten gewoonlijk in verschillende vormen: het geprojecteerde aantal personen (of VTE's) in het personeelsbestand, de “ruwe” dichtheid van personen (of VTE's) gedefinieerd als het aantal personen (of VTE's) dat in de gezondheidszorgactief is per 10 000 inwoners, en de “gewogen” dichtheid van personen (of VTE's) die het aantal personen (of VTE's) aangeeft dat in de gezondheidszorg actief is per 10 000 inwoners, gebruikmakend van bevolkingsgewichten die de samenstelling van een bevolkingsgroep weerspiegelen in termen van zorgconsumptie. Voor deze laatsten wordt de consumptie gemeten aan de hand van de uitgaven en wordt verondersteld dat ze in elk segment van de bevolking onveranderd blijven, hoewel rekening wordt gehouden met de bevolkingsevolutie. In deze manier van weergeven van de projecties van het medisch aanbod

is daarom een vraagcomponent opgenomen. Om ervoor te zorgen dat de in dit rapport geanalyseerde indicatoren van het aanbod onafhankelijk zijn van de vraag, tonen we in sectie 3.1 de resultaten alleen in termen van personen en VTE's in het personeelsbestand, maar niet in termen van (gewogen) dichtheden. De lezer die geïnteresseerd is in meer gedetailleerde resultaten kan het rapport van de Cel Planning raadplegen (2020).[17]

Naast de berekening voor huisartsen hebben we dezelfde analyse uitgevoerd voor **alle artsen** (inclusief huisartsen). Deze resultaten moeten echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Ten eerste kunnen door de samenvoeging van alle artsen belangrijke verschillen tussen de specialismen verborgen blijven. Zelfs als vraag en aanbod voor alle specialisten in evenwicht zouden zijn, is het mogelijk dat voor bepaalde specialismen de vraag groter is dan het aanbod (of omgekeerd). Ten tweede zijn voor specialisten niet alle contacten vergelijkbaar wat betreft de werklast (tijd) die ermee gemoeid is. Het totale aantal contacten is daardoor een minder goede proxy voor de uitgedrukte vraag. Ten derde is voor zelfstandige artsen de berekening van het aantal VTE's gebaseerd op het bedrag van de terugbetalingen door de ziekenfondsen aan zorgverleners voor de door hen verrichte verstrekkingen. Maar vooral voor specialisten is het bedrag voor de verstrekkingen niet evenredig met de tijd die nodig is om ze te verrichten.

2.2.3 Medische producten, vaccins en technologieën

Farmaceutische producten spelen een belangrijke rol in de gezondheidszorg en zijn voortdurend in ontwikkeling. Elk jaar komen er steeds meer nieuwe geneesmiddelen op de markt, waarvan de kostprijs hoog kan oplopen, met aanzienlijke gevolgen voor het budget van de ziekteverzekering. Beleidsmakers moeten het juiste evenwicht vinden tussen toegang tot nieuwe geneesmiddelen en prikkels voor farmaceutische bedrijven, zonder daarbij de budgettaire grenzen voor gezondheidszorg uit het oog te verliezen.[27] In Europa is de groei van uitgaven voor geneesmiddelen na de crisis van 2008 enkele jaren teruggeschroefd, deels als gevolg van een combinatie van kostenbeheersingsbeleid en marktdynamiek, waaronder concurrentie van generieke en biosimilaire geneesmiddelen.[28] Recentelijk zijn de groeipercentages echter weer op een hoger niveau gekomen door nieuwe, dure behandelingen, zoals voor hepatitis C en sommige geneesmiddelen tegen kanker.[29]

Aan de aanbodzijde zou een eerste indicator voor duurzaamheid het vermogen van het systeem om **innovatieve geneesmiddelen aan te trekken** kunnen zijn. In die zin werd de termijn tussen de Europese vergunning voor het in de handel brengen en de nationale toegankelijkheid van innovatieve geneesmiddelen (S-12) geselecteerd in het Belgische HSPA-rapport (maar om methodologische redenen tijdelijk uitgesloten in het rapport van 2019, zie de eerste bijlage van het rapport van 2019).[1] Voor deze indicator zijn echter geen projecties beschikbaar.

Een tweede indicator zou de evaluatie van **tekort aan geneesmiddelen** kunnen zijn. Elk tekort ("tijdelijke opschorting", wat betekent dat er geen levering mogelijk is binnen de drie werkdagen) of elke definitieve stopzetting moet worden gemeld aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG, art.6 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen) en de informatie is beschikbaar op een publieke website (www.pharmastatus.be).[30] Hoewel er geen langetermijnprojectiemodel over mogelijke tekorten beschikbaar is, zou het toch interessant zijn om een dergelijke indicator te onderzoeken in het volgende (2024) HSPA-rapport.

Er wordt ook gewerkt aan de ontwikkeling van een **horizonscanning**systeem, onder meer om nieuwe en opkomende geneesmiddelen op te sporen die binnen een vooraf bepaalde periode op de markt zouden kunnen komen, maar een langetermijnprojectiemodel is niet beschikbaar.[31]

Aan de vraagzijde houdt het RIZIV toezicht op de **uitgaven voor terugbetaalde geneesmiddelen**, het zogenaamde "*Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses*" (MORSE)-rapport.[32] Doel van het rapport is de waargenomen ontwikkelingen in de belangrijkste geneesmiddelenklassen toe te lichten, de financiële gevolgen van overheidsmaatregelen te evalueren en te trachten om toekomstige uitgaven te voorspellen. Deze laatste zijn echter beperkt tot ongeveer twee kwartalen.

Langetermijnprojecties van terugbetaalde geneesmiddelen zijn niet opgenomen in het MORSE-rapport, maar zijn beschikbaar via het microsimulatiemodel (PROMES) dat door het Federaal Planbureau in samenwerking met het RIZIV werd ontwikkeld (zie hoger). Op basis van deze projecties wordt verwacht dat de totale uitgaven voor geneesmiddelen elk jaar met 5-6% zullen stijgen, met een stijging van 35,6% voor de periode 2020-2025. Al naargelang het soort product worden er grote verschillen vastgesteld in het verwachte groeipad. De jaarlijkse groei van geneesmiddelen afgeleverd in publieke officina en van de uitgaven voor ziekenhuisgeneesmiddelen voor opgenomen patiënten zal tot 2025 naar verwachting onder de 2% blijven. Men verwacht daarentegen dat de uitgaven voor geneesmiddelen afgeleverd door ziekenhuisapotheken aan ambulante patiënten met meer dan 10% per jaar zullen stijgen, waardoor de totale uitgaven voor geneesmiddelen in ziekenhuizen met ongeveer 6% per jaar zullen stijgen (KCE-berekeningen op basis van ramingen van het PROMES-model van juni 2020). Dit opvallende verschil in groeicijfer tussen uitgaven voor geneesmiddelen afgeleverd in het ziekenhuis en afgeleverd via publieke officina wordt ook waargenomen in andere Europese landen (zie bijvoorbeeld OECD/EU, 2020).[29]

Maar de uitgaven van ziekenhuizengeneesmiddelen afgeleverd aan ambulante patiënten worden waarschijnlijk overschat. Sinds 2010 kunnen namelijk op verzoek van de aanvrager overeenkomsten ("*managed entry agreements*" – MEA's) worden afgesloten. Deze MEA's omvatten meestal financiële compensatiemechanismen die vertrouwelijk zijn. Ze worden steeds vaker gebruikt, vooral voor nieuwe innovatieve en dure geneesmiddelen.[33] Omdat de compensatiemechanismen vertrouwelijk zijn, zijn de werkelijke uitgaven niet bekend. In het MORSE-rapport[32] publiceert het RIZIV zowel de omzet van de bedrijven voor geneesmiddelen onder MEA's als de bedragen die deze bedrijven betalen in het kader van deze MEA's. Hierdoor kan een schatting worden gemaakt van het gemiddelde compensatiepercentage. Voor de periode 2014-2019 bedroeg dit gemiddelde compensatiepercentage ongeveer 23%. Door de jaren heen is ook een stijging van het compensatiepercentage te zien (van 18,4% in 2014 tot 38,5% in 2019). In het rapport wordt ook benadrukt dat de stijging van de publieke geneesmiddelenuitgaven in de periode 2014-2019 weliswaar 30,5% bedroeg, maar dat deze stijging, na aftrek van de waargenomen ontvangsten van de MEA's, zou worden teruggebracht tot 16,7%. De compensaties van de MEA's zijn afzonderlijk in het PROMES-model opgenomen, zodat de projecties van de geneesmiddelenuitgaven dienovereenkomstig kunnen worden verlaagd. Niettemin wordt ervan uitgegaan dat deze compensaties vanaf 2020 hetzelfde groeitempo zullen volgen als de totale uitgaven voor geneesmiddelen. Deze aanname impliceert dat de compensaties evenredig zijn met de totale geneesmiddelenuitgaven en weerspiegelt derhalve niet de in het MORSE-rapport waargenomen stijging van het compensatiepercentage. Op basis van deze aanname blijft het groeipercentage van de geneesmiddelenuitgaven voor 2020-2025 gelijk aan 35,6%. Om die reden zijn de projecties van de geneesmiddelenuitgaven niet geselecteerd als een relevante indicator voor dit rapport. In de volgende versie (1.14) van het PROMES-model heeft het Federaal Planbureau beslist om de aanname te wijzigen en zal het ervan uitgaan dat de vertrouwelijke compensaties evenredig zijn met de uitgaven voor in ziekenhuizen verstrekte specialiteiten in plaats van met de totale geneesmiddelenuitgaven. De geneesmiddelen die onder MEA vallen, worden immers hoofdzakelijk in ziekenhuizen afgeleverd. Het is aangewezen om in het volgende uitgebreide HSPA-rapport te onderzoeken of een dergelijke aanname de realiteit beter weerspiegelt en om de opname van de indicator in het rapport te overwegen.

Voor zover wij weten, bestaat er in België geen specifiek projectiemodel voor vaccins, medische hulpmiddelen en andere gezondheidstechnologieën.

2.2.4 *Financiering*

Een bijzonder aspect van de duurzaamheid van een gezondheidssysteem is de financiële duurzaamheid ervan, die zowel economische als fiscale duurzaamheid omvat. Economische duurzaamheid heeft betrekking op de groei van de gezondheidsuitgaven in verhouding tot het BBP, terwijl de fiscale duurzaamheid betrekking heeft op het vermogen om publieke inkomsten (belastingen en sociale bijdragen) te genereren om de publieke uitgaven te dekken. Indicatoren van de totale gezondheidsuitgaven en van de publieke gezondheidsuitgaven zijn dus complementair om de financiële duurzaamheid van het gezondheidssysteem te beoordelen. In het laatste Belgische HSPA-rapport[1] werden drie indicatoren van financiële duurzaamheid gemeten die zowel de economische als de fiscale duurzaamheid weerspiegelen (zie Tekstvak 5).

Tekstvak 5 – Financiële duurzaamheidsindicatoren in het Belgische HSPA-rapport 2019

Economische duurzaamheid:

Lopende gezondheidsuitgaven (% BBP) (S-1)

Lopende gezondheidsuitgaven per capita (in PPP US$) (S-2)

Fiscale duurzaamheid:

Lopende gezondheidsuitgaven (% financiering door publieke sector) (S-3)

Bron: Devos et al. (2019)[1]

Verwacht wordt dat de veroudering van de bevolking en de technologische vooruitgang de publieke gezondheidsuitgaven in de komende decennia verder onder druk zullen zetten.[34] Tegelijkertijd zal de omvang van de actieve bevolking, die deze uitgaven helpt te financieren, naar verwachting relatief stabiel blijven of zelfs afnemen, waardoor bezorgdheid ontstaat over de fiscale duurzaamheid van het gezondheidssysteem en de langdurige zorg.[35, 36] Projecties op lange termijn kunnen de beleidsmakers dan ook helpen om de mogelijke evolutie van de publieke uitgaven en het effect van de voornaamste onderliggende drivers van de kosten van de gezondheidszorg te bestuderen.[37]

Hieronder evalueren we de financiële duurzaamheid op lange termijn aan de hand van projecties van de publieke gezondheidsuitgaven (acute en langdurige zorg) als een percentage van het BBP, afkomstig van twee verschillende maar verwante bronnen: enerzijds, op Belgisch niveau, de Studiecommissie voor de Vergrijzing die is opgericht binnen de Hoge Raad van Financiën en die wordt ondersteund door het Federaal Planbureau, en anderzijds, op Europees niveau, de Ageing Working Group (AWG) van het Comité voor de economische politiek (EPC) van de Raad Economische en Financiële Zaken (ECOFIN). Beide geven projecties van de publieke gezondheidsuitgaven maar met kleine verschillen in de modellering, de onderliggende aannames en de gebruikte gegevens (zie bijlage voor meer details).

Het meten van de publieke gezondheidsuitgaven als een percentage van het BBP combineert zowel de economische als de fiscale duurzaamheid. Hoe hoger de indicator, hoe meer druk er op het systeem komt te staan, hetzij omdat de gezondheidssector een groter aandeel in de totale economie krijgt, hetzij omdat hij steeds meer door de publieke sector wordt gefinancierd, of beide.

3 RESULTATEN

3.1 Personeelsbestand

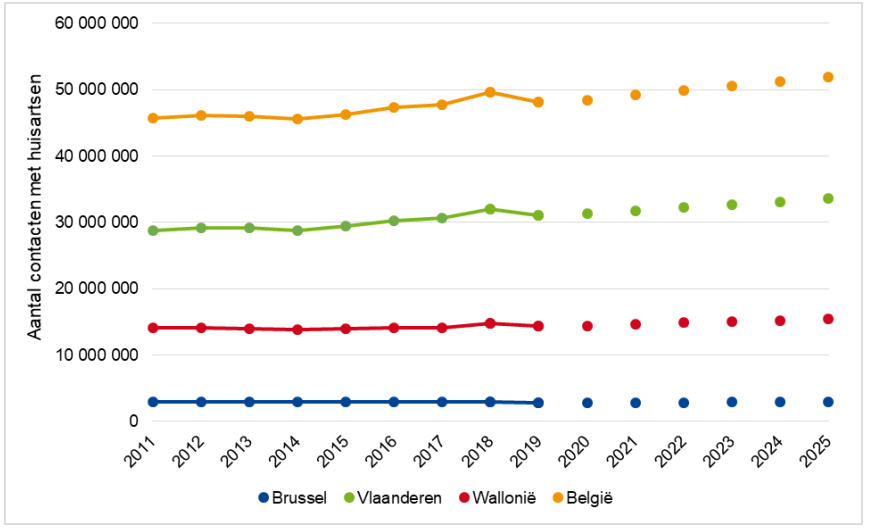
Indicatoren met betrekking tot het aantal huisartsen

De capaciteit om te voorzien in voldoende zorgpersoneel en die ook te behouden is een belangrijke component voor de duurzaamheid van het gezondheidssysteem. Om de evolutie van deze capaciteit in de toekomst te beoordelen, maken we gebruik van twee op projecties gebaseerde indicatoren. Het geprojecteerde aantal contacten (raadplegingen en bezoeken) met huisartsen wordt gebruikt om de evolutie van de vraag te beoordelen op basis van een microsimulatiemodel (PROMES) ontwikkeld door het Federaal Planbureau in samenwerking met het RIZIV. Het geprojecteerde aantal in de gezondheidszorg actieve huisartsen meet de evolutie van het aanbod. Het is ontleend aan het basisscenario voor de medische beroepsbevolking van de Planningscommissie Medisch aanbod.

Vraag

De resultaten van het PROMES-microsimulatiemodel tonen een verwachte stijging in het aantal contacten met huisartsen in België: van ongeveer 47,7 miljoen contacten in 2017 tot 51,9 miljoen in 2025, d.i. een gemiddelde jaarlijkse stijging van 1,1% (zie Figuur 1). Tussen 2020 en 2025 wordt een stijging van 7,1% verwacht in België (5,5% in Brussel, 7,0% in Wallonië en 7,4% in Vlaanderen).

Figuur 1 – Aantal contacten (raadplegingen en bezoeken) met huisartsen in België (2011-2025)



Bron: Federaal Planbureau, ramingen PROMES-model juni 2020 (EPS 13). In dit scenario worden de projecties van artsendichtheid kunstmatig constant gehouden. De regio wordt bepaald door de woonplaats van de patiënt. De piek in 2018 kan te wijten zijn aan verschillende factoren, zoals de invoering van het eAttest voor huisartsenraadplegingen (huisartsen dienen de financiële attesten rechtstreeks in bij het ziekenfonds in plaats van op papier aan de patiënt), waardoor de terugbetaling en de boeking sneller verliepen; een langere grieppiek in 2018; de geprojecteerde waarden van andere exogene variabelen.

Aanbod

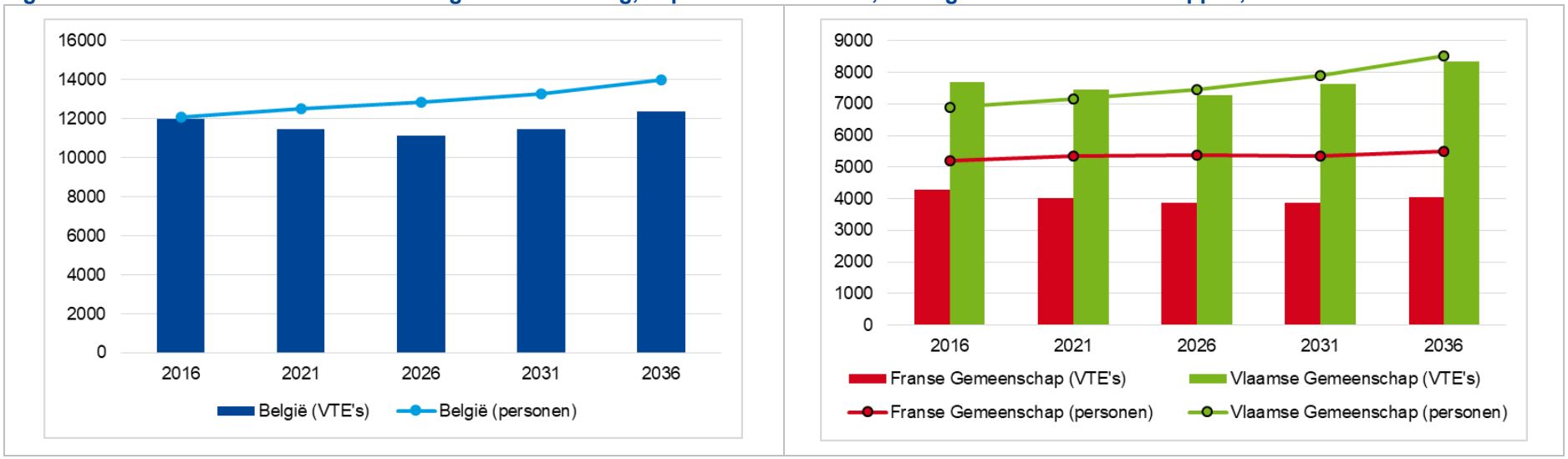
Voor het aanbod blijkt uit de projecties van de Planningscommissie Medisch aanbod dat het aantal praktiserende huisartsen (d.w.z. actief in de gezondheidszorg) in België naar verwachting zal stijgen van 12 099 in 2016 tot 12 525 in 2021, d.i. een stijging met 3,5%. Men verwacht dat dit aantal verder zal stijgen tot 12 844 in 2026, 13 269 in 2031 en 13 999 in 2036, wat overeenkomt met vijfjaarlijkse stijgingen van respectievelijk 2,6%, 3,3% en 5,5%. We merken op dat deze projecties, althans op korte termijn, waarschijnlijk een onderschatting zijn. Uit de meest recente beschikbare gegevens,[38, 39] weliswaar op verschillende maar gerelateerde berekeningen gebaseerd, blijkt dat de werkelijke stijging van het aantal praktiserende huisartsen tussen 2016 en 2021 groter zal zijn dan voorspeld.

Op Figuur 2 wordt het (geprojecteerde) aantal praktiserende huisartsen in België weergegeven door een lijn voor België (linkerpaneel) en een lijn voor beide gemeenschappen (rechterpaneel). Op dezelfde figuur geven de balken het aantal VTE's aan. In 2016 was het equivalent van 11 977 VTE's actief als huisarts in de gezondheidszorg in België (4 284 in de Franse Gemeenschap en 7 693 in de Vlaamse Gemeenschap). Verwacht wordt dat deze aantallen in 2021 en 2026 zullen dalen om in 2031 en 2036 opnieuw te stijgen.

Globaal genomen voorspelt het model dat het aantal praktiserende huisartsen in de Franse Gemeenschap tussen 2016 en 2036 licht zal stijgen (van 5 192 tot 5 489, d.i. een stijging met 297 personen). Deze stijging van het aantal actieve huisartsen (+5,7%) vertaalt zich niet in een stijging van het aantal VTE's, waarvoor een daling van 5,7% wordt verwacht tussen 2016 en 2036. Tussen 2021 en 2026 zal het aantal praktiserende huisartsen naar verwachting slechts met 0,4% stijgen, terwijl het aantal VTE's naar verwachting met 4,0% zal dalen.

In de Vlaamse Gemeenschap is de verwachte stijging van het aantal huisartsen groter: van 6 907 tot 8 510 tussen 2016 en 2036, d.i. een stijging met 1 603 personen. Deze belangrijke stijging (+23,2%) vertaalt zich slechts gedeeltelijk in een stijging van het aantal VTE's (+8,5%). Op korte termijn wordt echter een daling van het aantal VTE's verwacht (met 3,0% tussen 2016 en 2021 en met 2,4% tussen 2021 en 2026), hoewel het aantal praktiserende huisartsen zal stijgen (met respectievelijk 3,7% en 4,1%).

Figuur 2 – Aantal actieve huisartsen in de gezondheidszorg, in personen en VTE's, in België en de Gemeenschappen, 2016-2036



Bron: Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu), juli 2020

In het vorige HSPA-rapport werd gewezen op een stijgende gemiddelde leeftijd van de huisartsen in België als gevolg van de moeilijkheid om pas afgestudeerden als huisarts te oriënteren, wat "*zeer snel tot problemen kan leiden voor de werking van de eerstelijnszorg*".[1] In 2015 was 54,5% van de praktiserende huisartsen 55 jaar of ouder (51,1% in de Vlaamse Gemeenschap, 58,6% in de Franstalige Gemeenschap). In projecties van de Planningscommissie Medisch aanbod is te zien dat deze verhoudingen in de toekomst zullen afnemen. Volgens deze projecties zou het aandeel praktiserende huisartsen ouder dan 50 jaar (in 2016 57,9% in de Vlaamse Gemeenschap en 67,1% in de Franse Gemeenschap) dalen tot respectievelijk 53,1% en 60,2% in 2021, 42,8% en 49,3% in 2026, 30,7% en 37,7% in 2031 en tot 23,2% en 29,4% in 2036[17] dankzij een stijgend aantal jonge afgestudeerden die zich als huisarts willen specialiseren (zie ook sectie 2.2.2, in het bijzonder de aannames over quota voor huisartsen).

Vergelijking van de evolutie van vraag en aanbod

In de bovengenoemde resultaten is een verwachte stijging te zien in de vraag naar huisartsen op korte termijn (5 jaar) die groter is dan de verwachte stijging van het aanbod (zie ook Tabel 2). Dit geldt vooral voor de Franstalige kant van het land, waar het aanbod naar verwachting bijna constant zal blijven en de vraag zal stijgen. De aanzienlijke inspanningen om het aanbod aan huisartsen te verhogen, lijken onvoldoende om aan de verwachte stijging van de vraag te voldoen. Het meten van het aanbod aan huisartsen in VTE's levert nog meer verontrustende resultaten op, aangezien het aantal VTE's in beide gemeenschappen naar verwachting zal dalen.

Maar op lange termijn zal het aanbod sterker stijgen. Men verwacht namelijk dat het aanbod vanaf 2026 sterker zal stijgen, met een stijging van het aantal VTE's met bijna 8% tussen 2031 en 2036. De verwachte verandering in de evolutie van het aanbod is geruststellend. Dit lijkt erop te wijzen dat de

recente inspanningen om het aantal stagiairs dat zich tot huisarts specialiseert, te verhogen (zie sectie 2.2.2) uiteindelijk een niet te verwaarlozen impact zal hebben op het aanbod. Maar het is niet bekend of het voldoende zal zijn om de stijgende vraag te compenseren, aangezien we niet beschikken over langetermijnprognoses voor de vraagzijde. Het zou kunnen dat de vraag op lange termijn ook sterk stijgt, met name als gevolg van een forse stijging van de oudere bevolking.

Tabel 2 – Op projecties gebaseerde indicatoren met betrekking tot het personeelsbestand van huisartsen

Indicator		Score	Periode (5 jaar)	België	Vlaanderen	Brussel	Wallonië	Bron
S-18	**Vraag**: geprojecteerd aantal contacten met huisartsen	↗↗	2020-2025	+7,1%	+7,4%	+5,5%	+7,0%	Federaal Planbureau
S-19	**Aanbod**: geprojecteerd aantal huisartsen actief in de gezondheidszorg	↗	2016*-2021	+3,5%	+3,7%**	+3,3%**		Planningscommissie Medisch aanbod
		↗	2021-2026	+2,6%	+4,1%**	+0,4%**		Planningscommissie Medisch aanbod
	Geprojecteerd aantal voltijdsequivalente huisartsen actief in de gezondheidszorg	↘	2016*-2021	-4,1%	-3,0%**	-6,0%**		Planningscommissie Medisch aanbod
		↘	2021-2026	-3,0%	-2,4%**	-4,0%**		Planningscommissie Medisch aanbod
	Evaluatie	🟠						

** Laatste jaar van historische gegevens **Op basis van gemeenschappen, niet van gewesten.*

Andere artsen

Naast de berekening voor huisartsen hebben we dezelfde analyse uitgevoerd voor alle artsen (inclusief huisartsen). Deze resultaten zijn beschikbaar in bijlage. Maar zoals toegelicht in sectie 2.2.2, moeten deze resultaten echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Verwacht wordt dat het aantal artsen in België in de hele periode 2016-2036 zal toenemen, vooral door een grote stijging in de Vlaamse Gemeenschap. Men verwacht dat de stijging in de Franse Gemeenschap veel kleiner zal zijn, vooral voor de perioden 2026-2031 en 2031-2036. Wat VTE's betreft, wordt in de Vlaamse Gemeenschap een stijging verwacht tijdens alle beschouwde perioden. Maar in de Franse Gemeenschap zou het aantal dalen voor de periode 2016-2021, gevolgd door kleine stijgingen.

Aan de vraagzijde wordt een continue stijging van het aantal contacten verwacht tussen 2020 en 2025, zij het in Brussel iets minder dan in de twee andere gewesten.

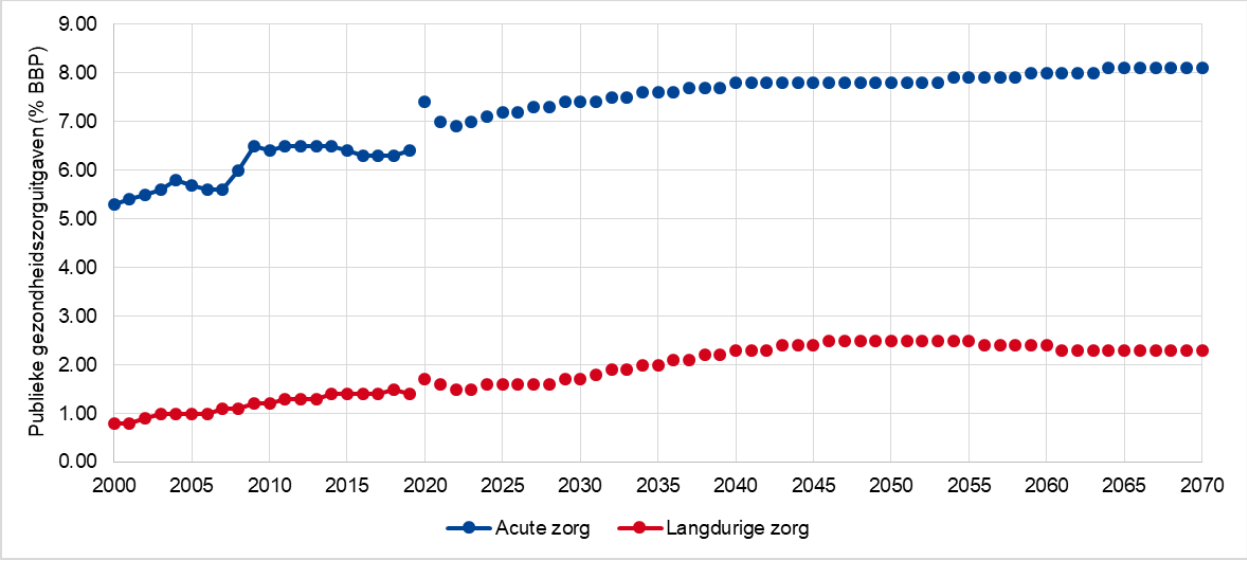
3.2 Financiering

Publieke gezondheidsuitgaven

In de meeste OESO-landen, waaronder België, groeien de uitgaven voor gezondheidszorg sneller dan het BBP.[35] De belangrijkste redenen voor de druk op de gezondheidsuitgaven zijn de ontwikkeling van nieuwe technologieën (die de omvang, het bereik en de kwaliteit van de gezondheidsdiensten uitbreiden); stijgende inkomens (die hogere verwachtingen wekken wat de kwaliteit en de omvang van de zorg betreft); en, in mindere mate, de veroudering van de bevolking.[35] Dit is van bijzonder belang voor de fiscale duurzaamheid, aangezien publieke financiering een groot deel van de totale gezondheidsuitgaven voor zijn rekening neemt (78,8% in 2016[1]).

In België maakt de Studiecommissie voor de Vergrijzing (die is opgericht binnen de Hoge Raad voor de Financiën en wordt ondersteund door het Federaal Planbureau) langetermijnprojecties van de sociale uitgaven (pensioen, gezondheidszorg, arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, kinderbijslag en andere sociale uitgaven) tot 2070. Hieronder richten we onze aandacht op de projecties van de gezondheidsuitgaven, d.w.z. de publieke uitgaven voor gezondheidszorg met een onderscheid tussen acute en langdurige zorg. We geven ook een gedetailleerd overzicht van de resultaten voor de projecties van de publieke gezondheidsuitgaven in verhouding tot het BBP.

Figuur 3 – Publieke uitgaven voor acute en langdurige zorg (% van BBP) in België (2000-2019 en projecties 2020-2070)



Bron: Studiecommissie voor de Vergrijzing (2020)[40]

In 2019 bedroegen de publieke gezondheidsuitgaven € 37,2 miljard, goed voor 7,9% van het BBP. Een groot deel van deze uitgaven (€ 30,3 miljard, 6,4% van het BBP) had betrekking op acute zorg, terwijl € 6,8 miljard (1,4% van het BBP) naar langdurige zorg ging. In projecties zien we dat de publieke gezondheidsuitgaven, bij ontstentenis van een efficiënt kostenbeheersingsbeleid, in 2030 naar verwachting 9,1% van het BBP zullen bedragen en 10% in 2040 (zie Figuur 3). De publieke uitgaven voor acute zorg (als percentage van het BBP) zullen tussen 2019 en 2040 naar verwachting met 22% stijgen (van 6,4% tot 7,8% van het BBP), terwijl de publieke uitgaven voor langdurige zorg met 64% zouden stijgen (van 1,4% van het BBP in 2019 tot 2,3% van het BBP in 2040). In een verdere toekomst in 2070 zouden de publieke gezondheidsuitgaven 10,4% van het BBP bedragen. We kunnen daaruit besluiten dat de stijgende publieke gezondheidsuitgaven op lange termijn waarschijnlijk een continue druk op de overheidsfinanciën zullen uitoefenen.

Hoewel de projecties van de Studiecommissie voor de Vergrijzing worden weergegeven als een percentage van het BBP is het mogelijk om de groei van de publieke uitgaven los te koppelen van de groei van het BBP, zoals in Tabel 3. Aangezien de publieke gezondheidsuitgaven naar men verwacht veel sneller zullen stijgen dan het BBP, zullen de publieke gezondheidsuitgaven dan ook een steeds groter deel van het BBP gaan uitmaken. Er wordt immers verwacht dat de publieke gezondheidsuitgaven binnen vijf jaar met meer dan 13% zullen stijgen (constante prijs van 2019), terwijl de groei van het BBP ongeveer 3% zal bedragen, hetgeen resulteert in een stijging met 0,79 procentpunten (+10%) van de publieke gezondheidsuitgaven als een percentage van het BBP. Deze stijging (die een onevenwicht tussen financiering en uitgaven weergeeft) zou het gevolg kunnen zijn van de politieke bereidheid om meer aan gezondheidszorg uit te geven. Het is echter onduidelijk hoe de recente COVID-19-crisis zal bijdragen tot het versterken van deze politieke bereidheid.[41]

Tabel 3 – Op projecties gebaseerde indicatoren met betrekking tot financiering

Indicator		Score	Periode (5 jaar)	België*	Bron
S-20	**Vraag*****: Projecties van publieke gezondheidsuitgaven	↗↗	2019**-2024	+13,3% (+2,5%)	Studiecommissie voor de Vergrijzing
	Aanbod***: BBP-projecties	↗	2019**-2024	+2,9% (+0,8%)	Studiecommissie voor de Vergrijzing
	Evaluatie: Projecties van publieke gezondheidsuitgaven als % van het BBP	🟠	2019**-2024	+0,79 procentpunten	Studiecommissie voor de Vergrijzing

**De gemiddelde jaarlijkse groeipercentages worden tussen haakjes weergegeven. ** Laatste jaar van historische gegevens. ***Hoewel het geëvalueerde (on)evenwicht tussen financiering en uitgaven ligt, wordt de terminologie vraag/aanbod behouden om de samenhang met de andere delen van het rapport te waarborgen.*

Impact van de COVID-19-crisis

We merken op dat de COVID-19-pandemie een aanzienlijke impact op deze indicator heeft gehad. Zo is het verwachte BBP-niveau over vijf jaar lager dan wat vóór de crisis werd verwacht: We verwachten dat het BBP tussen 2019 en 2024 met 2,9% zal stijgen, terwijl eerdere ramingen (uitgevoerd in juli 2019) een stijging van 6,6% vooropstelden.[42] Aangezien de verwachte groei van het BBP lager uitvalt, wordt verwacht dat de publieke gezondheidsuitgaven, uitgedrukt als een percentage van het BBP, zullen stijgen. In eerdere ramingen[42] werd immers verwacht dat de publieke uitgaven voor gezondheidszorg goed waren voor 8,3% van het BBP in 2020, terwijl ze in werkelijkheid 9,1% bedroegen volgens de laatste ramingen. Dit effect zal echter niet lang aanhouden: er wordt verwacht dat de publieke uitgaven in 2025 goed zullen zijn voor 8,8% van het BBP, zowel volgens de laatste ramingen als in de raming die uitgevoerd werd voor de COVID-19-crisis. Vanwege de grote onzekerheid die de COVID-19-crisis creëert, moeten deze resultaten echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Vooral het directe effect van COVID-19 op het bedrag van de publieke gezondheidsuitgaven is nog onbekend en werd niet in de bovenstaande resultaten verwerkt, aangezien de verwachte stijging voornamelijk het gevolg is van een daling van het BBP.

Internationale vergelijking

De internationale vergelijking is gebaseerd op projecties van de Ageing Working Group (AWG) van het Comité voor de economische politiek (EPC) van de Raad Economische en Financiële Zaken (ECOFIN), die niet rechtstreeks vergelijkbaar zijn met de projecties van de Studiecommissie voor de Vergrijzing, hoewel een vergelijkbaar patroon te zien is. De projecties werden vóór de COVID-19 crisis (in 2018) opgesteld en houden dus geen rekening met de impact van de pandemie. In 2016 lagen de publieke gezondheidsuitgaven in België, uitgedrukt als een percentage van het BBP, zeer dicht bij het EU-28-gemiddelde. Er wordt ook aangenomen dat de publieke gezondheidsuitgaven in België op korte en lange termijn een trend zullen volgen die vergelijkbaar is met het EU-28-gemiddelde. Toch liggen de publieke uitgaven voor langdurige zorg (als een percentage van het BBP) in België boven het EU-28-gemiddelde, gecompenseerd door lagere publieke uitgaven voor acute zorg dan het EU-28-gemiddelde. Men verwacht dat deze verschillen in de toekomst nog iets groter worden.

4 BEPERKINGEN

Alle in het rapport beschreven indicatoren hebben onvermijdelijk een aantal beperkingen. De geïnteresseerde lezer vindt een uitvoerige bespreking van deze beperkingen in de bijlage. Daarnaast vestigen wij hierna de aandacht op een aantal meer algemene beperkingen in verband met de in dit rapport uitgevoerde methoden en analyses.

Ten eerste worden alle bouwstenen in dit rapport los van elkaar geanalyseerd, waardoor mogelijke interacties ertussen verborgen blijven. Zo zijn de vraag naar gezondheidsdiensten en het zorgpersoneel intrinsiek met elkaar verbonden, aangezien de laatste minstens gedeeltelijk van de eerste is afgeleid. Daarom is het fundamenteel artificieel om bijvoorbeeld de vraag naar verpleegkundigen los te zien van de vraag naar ziekenhuisbedden. Een ander voorbeeld is de wisselwerking tussen het personeelsaanbod en de uitgaven voor gezondheidszorg. Aangezien het personeelsbestand een groot deel van de uitgaven voor haar rekening neemt, kunnen deze in theorie niet los van elkaar worden beschouwd. Nochtans hebben slechts weinige projectiemodellen in OESO-landen deze verbanden trachten te leggen.[43] Zelfs binnen eenzelfde bouwsteen staan de indicatoren niet los van elkaar. Zo zijn projecties voor het personeelsbestand van een bepaalde beroepsgroep niet onafhankelijk van andere beroepsgroepen, aangezien die groepen elkaar kunnen vervangen of aanvullen. De opkomst van nieuwe zorgmodellen kan deze wisselwerkingen nog versterken. Zoals aanbevolen in een vorig KCE-rapport moet de Belgische planning van de gezondheidszorgberoepen evolueren naar een meer transversale aanpak en een gelijktijdige planning overwegen van de gezondheidszorgberoepen die het meest voordeel hebben bij het delegeren van taken.[44] Dit rapport geeft de toestand weer van de ontwikkeling van projectie-oefeningen in België en omvat geen diepgaande analyse van deze potentiële interacties.

Ten tweede is deze studie gebaseerd op bestaande gegevens en projectiemodellen in de context van het Belgische gezondheidssysteem. Het was niet de bedoeling van dit rapport om de modellen te valideren, noch om deze modellen te willen verbeteren. Men mag echter niet uit het oog verliezen dat de resultaten van projecties onvermijdelijk gebaseerd zijn op aannames. Gezien de mate van onzekerheid van sommige hypotheses zijn sensitiviteitsanalyses van de resultaten voor bepaalde belangrijke parameters noodzakelijk. Daarom geven we, indien beschikbaar, alternatieve scenario's voor de geselecteerde indicatoren in de bijlage. Daarnaast moeten de projectiemodellen regelmatig worden geactualiseerd, niet alleen om recentere gegevens toe te voegen maar ook om rekening te houden met mogelijke disruptieve elementen die in het model kunnen beïnvloeden. Op dezelfde manier moeten projecties a posteriori worden gevalideerd met waargenomen gegevens, en moeten mogelijke verschillen worden verklaard met het oog op de verbetering van toekomstige modellen.

Ten derde, aangezien de huidige analyse is opgebouwd op bestaande projectieresultaten, is de geanalyseerde tijdsperiode niet consistent voor alle indicatoren. Hoewel wij eigenlijk de evolutie op 5 jaar voorleggen, is het laatste jaar van de waargenomen gegevens niet voor alle indicatoren hetzelfde. Bovendien leveren sommige modellen langetermijnprojecties, terwijl andere beperkt blijven tot projecties op korte tot middellange termijn. De meeste modellen leveren ook jaarlijkse ramingen, maar projecties van het aanbod van gezondheidszorgpersoneel zijn slechts per vijf jaar beschikbaar. Hoewel het voor beleidsdoeleinden nuttig kan zijn om de verantwoordelijke instanties aan te moedigen modellen met een gemeenschappelijke periodiciteit op te stellen, mag niet uit het oog worden verloren dat het beoordelen van de duurzaamheid van het gezondheidssysteem doorgaans niet het hoofddoel van deze projecties is. Aangezien deze modellen voor andere doeleinden worden ontwikkeld, kunnen andere aspecten belangrijk zijn voor de keuze van de periodiciteit.

Ten vierde wordt in de HSPA-rapporten aanbevolen om de nationale waarden voor een indicator te vergelijken met internationale resultaten (traditioneel EU-15-landen), ingeval die beschikbaar zijn. Op projecties gebaseerde indicatoren zijn echter zo afhankelijk van de constructie van de modellen dat internationale vergelijking moeilijk is. In het huidige rapport wordt meestal de internationale context beschreven, maar voor de meeste indicatoren kon de Belgische geraamde waarde niet met een internationale waarde worden vergeleken.

5 CONCLUSIES

Dit rapport is een aanvulling op de vierde evaluatie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem.[1] In deze aanvulling wordt de mogelijkheid bekeken om, naast de indicatoren die gebaseerd zijn op historische gegevens, ook indicatoren op basis van projecties toe te voegen om de duurzaamheid van het gezondheidssysteem te beoordelen. Om in deze context relevante indicatoren te selecteren, wordt een conceptueel kader gebruikt. Vervolgens worden op projecties gebaseerde indicatoren met betrekking tot het personeelsbestand en de financiering geanalyseerd als aanvulling op de evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem. Deze indicatoren zijn bedoeld als waarschuwingssignalen voor een toekomstig onevenwicht tussen vraag en aanbod binnen het Belgische gezondheidssysteem (zie Tekstvak 6).

Voorzichtigheid is geboden bij het trekken van conclusies. De analyse mag niet gezien worden als een instrument om het beleid te evalueren, maar heeft tot doel om een globaal beeld te geven van het gezondheidssysteem. De resultaten zijn niet afhankelijk van een enkele factor, maar hebben meerdere oorzaken, die extern kunnen zijn aan het gezondheidssysteem. De indicatoren met betrekking tot gezondheidszorg zijn intrinsiek complex. Ze zijn nooit het resultaat van een enkele actie, maar weerspiegelen de interactie van een hele reeks variabelen en parameters. Men mag ook niet uit het oog verliezen dat projecties gebaseerd zijn op aannames die een zekere mate van onzekerheid inhouden en altijd kunnen worden betwist. Daarom bieden projecties geen exacte cijfers voor de toekomst maar vormen zij een hulpmiddel bij de besluitvorming en een kader voor het beleidsdebat.

Tekstvak 6 – Waarschuwingssignalen uit de aanvulling bij het Performantierapport 2019

Personeelsbestand

Op korte termijn wordt verwacht dat de stijging van de vraag naar huisartsen groter zal zijn dan de verwachte stijging van het aanbod, uitgedrukt in het aantal huisartsen dat actief is binnen de gezondheidszorg. Wanneer we het aanbod meten in voltijdsequivalenten wordt zelfs een daling verwacht. Op lange termijn (10 jaar) zal het aanbod naar verwachting stijgen dankzij de aanzienlijke inspanningen om het aantal stagiairs in de huisartsenopleiding te verhogen.

Financiering

De stijgende publieke gezondheidsuitgaven zullen naar verwachting een toenemende druk op de begroting uitoefenen. Hoewel hogere uitgaven voor gezondheid het resultaat kunnen zijn van gerechtvaardigde politieke keuzes, zullen maatregelen nodig zijn (uit een ruime waaier van beleidsopties die zowel aan de uitgaven- als aan de ontvangstenzijde kunnen worden onderzocht) om de druk te verminderen en de duurzaamheid van het gezondheidssysteem te waarborgen.

AANBEVELINGEN[a]

Aan de beleidsmakers bevelen we aan om:

- de problemen die werden aangeduid met waarschuwingssignalen, verder aan te pakken. Een van de doelstellingen van het performatierapport is het informeren van de beleidsmakers over de domeinen die aandacht vragen. Aanbevolen wordt dat de betrokken instellingen en organen rekening blijven houden met de waarschuwingssignalen (beschreven in Tekstvak 6) bij het bepalen van hun agenda;
- in het bijzonder de aanzienlijke inspanningen voort te zetten om het aantal stagiairs in de huisartsenopleiding te verhogen.

Aan het onderzoeksteam dat betrokken is bij het (de) volgende Belgische *Health System Performance Assessment* (HSPA) rapport(en) bevelen we aan om:

- de in deze aanvulling geselecteerde indicatoren op te nemen in de evaluatie van de duurzaamheid van het gezondheidssysteem en ze te actualiseren op basis van recentere gegevens;
- te evalueren of op projecties gebaseerde indicatoren die uit deze aanvulling werden uitgesloten (vanwege een gebrek aan recente gegevens of door aannames die voor verbetering vatbaar zijn) in het volgende uitgebreide HSPA-rapport kunnen worden opgenomen.

Aan de Planningscommissie Medisch aanbod in overleg met het Federaal Planbureau en het RIZIV bevelen we aan om:

- te overwegen om het geprojecteerde aantal contacten met huisartsen uit het PROMES-microsimulatiemodel te gebruiken als proxy voor de toekomstige zorgvraag in een alternatief scenario voor de evolutie van het medisch (huisartsen)aanbod.

[a] Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

Aan het Federaal Planbureau in overleg met het RIZIV bevelen we aan om:

- de mogelijke opties om de evolutie van vertrouwelijke financiële compensaties uit *Managed Entry Agreements* op te nemen bij de projecties van de geneesmiddelenuitgaven, verder te bekijken.

Aan de onderzoeksgemeenschap bevelen we aan om:

- de trendanalyse met betrekking tot de vereiste ziekenhuiscapaciteit, uitgevoerd in KCE-rapport 289, te actualiseren met de meest recente beschikbare gegevens;
- de trendanalyse in verband met het aantal ouderen in de residentiële zorg, uitgevoerd in KCE-rapport 167, te actualiseren met de meest recente beschikbare gegevens;
- de mogelijkheid om projecties te maken in domeinen die momenteel slecht gedocumenteerd zijn, grondig te onderzoeken (in het bijzonder projecties van de vraag naar verplegend personeel, waaronder ziekenhuisverpleegkundigen).

REFERENTIES

1. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 04/2019. KCE Reports 313 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf
2. WHO Regional Office for Europe. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: World Health Organization; 2008. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf
3. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, et al. Performance of the Belgian Health System. Report 2012. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 196C (D/2012/10.273/112) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196C_Health_system_performance.pdf
4. Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, et al. A first step towards measuring the performance of the Belgian healthcare system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 05/07/2010. KCE Reports 128 Available from: https://kce.fgov.be/publication/report/a-first-step-towards-measuring-the-performance-of-the-belgian-healthcare-system
5. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. Performance of the Belgian Health System - Report 2015. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 12/1/2016. KCE Reports 259 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259C_performancereport2015.pdf

6. Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2020 12/2020. KCE Reports 334 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334_Equity_Belgian_health_system_Report.pdf
7. European Commission. A new drive for primary care in Europe: Rethinking the assessment tools and methodologies. Report of the Expert Group on Health Systems Performance Assessment. Luxembourg: European Union 2018.
8. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018.
9. OECD. Health at a Glance: OECD indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019.
10. National Health Performance Committee (NHPC). National Health Performance Framework Report. Brisbane: Queensland Health; 2001.
11. EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA). Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2020_resilience_en.pdf
12. World Health Organization. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. Available from: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
13. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. Available from: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1
14. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 06/2017. KCE Reports 289 (D/2017/10.273/45) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20the%20report%20in%20English%20%28550%20p.%29.pdf
15. Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van De Sande S, et al. Residential care for older persons in Belgium : Projections 2011 – 2025. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 167 Available from: https://kce.fgov.be/publication/report/residential-care-for-older-persons-in-belgium-projections-2011-%E2%80%93-2025
16. Van de Voorde C, Lefèvre M, Mistiaen P, Detollenaere J, Kohn L, Van den Heede K. Assessing the management of hospital surge capacity in the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium. Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2020 12/2020. KCE Reports 335 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_335_Surge_capacity_during_COVID-19_Belgium_Report.pdf
17. Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening. Basisscenario's van de evolutie van de workforce Artsen 2016-2036. Brussel: DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2020.

18. Koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod, B.S. 18 juni 2008.
19. Koninklijk besluit van 16 augustus 2020 tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod, B.S. 21 augustus 2020.
20. Vlaamse planningscommissie dit voorjaar van start [Web page].14 January 2021 [cited 26 March 2021]. Available from: https://www.domusmedica.be/actueel/vlaamse-planningscommissie-dit-voorjaar-van-start
21. Soins de santé : le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles approuve la création d'une Commission de planification de l'offre médicale. [Web page].17 December 2020 [cited 26 March 2021]. Available from: https://glatigny.cfwb.be/home/presse--actualites/publications/soins-de-sante--le-gouvernement-de-la-federation-wallonie-bruxelles-approuve-la-creation-dune-commission-de-planification-de-loffre-medicale.publicationfull.html
22. Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 2 mei 2018 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod, B.S. 28 mei 2018.
23. Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 5 juni 2019 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 12 juni 2008 betreffende de planning van medisch aanbod, B.S. 2 augustus 2019.
24. Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten begrijpt niet dat regering quota verhoogt [Web page].25 December 2019 [cited 26 March 2021]. Available from: https://www.demorgen.be/nieuws/beroepsverenigingen-van-artsen-specialisten-begrijpt-niet-dat-regering-quota-verhoogt~b835eb42/
25. Geerts J, Van den Bosch K, Willemé P. PROMES – Een nieuw instrument voor de projectie van de ZIV-uitgaven geneeskundige zorg. Brussel: Federaal Planbureau; 2018.
26. Geerts J, Van den Bosch K, Willemé P. Beschrijving en gebruik van het model PROMES. Brussel: Federaal Planbureau; 2018.
27. OECD. Health at a Glance: OECD indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017.
28. Belloni A, Morgan D, Paris V. Pharmaceutical Expenditure And Policies: Past Trends And Future Challenges. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016. OECD Health Working Papers 87
29. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020.
30. FAMHP. Unavailable medicines [Web page].Brussels: Federal Agency for Medicines and Health Products;2021 [cited 2 February 2021]. Available from: https://www.famhp.be/en/items-HOME/unavailability_of_medicinal_products
31. Lepage-Nefkens I, Douw K, Mantjes G, de Graaf G, Leroy R, Cleemput I. Horizon scanning for pharmaceuticals: proposal for the BeNeLuxA collaboration. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017. KCE Reports 283 (D/2017/10.273/15) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Horizon%20scanning_ScientificReport_.pdf
32. RIZIV. Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses (MORSE): report 2020 (2019 data). Brussels: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering; 2020. Available from: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/MORSE%20_apport_gegevens_tot_2019.pdf
33. Gerkens S, Neyt M, San Miguel L, Vinck I, Thiry N, Cleemput I. How to improve the Belgian process for Managed Entry Agreements? An analysis of the Belgian and international experience. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 05/2017. KCE Reports 288

(D/2017/10.273/41) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_288_Improve_Belgian_process_managed_entry_agreements_Report.pdf

34. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Belgium: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. Paris, Brussels: Organisation for Economic Co-operation and Development. European Observatory on Health Systems and Policies; 2019.

35. OECD. Fiscal Sustainability of Health Systems. Bridging Health and Finance Perspectives. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015.

36. Federal Planning Bureau. 2020 Annual Report of the Study Committee on Ageing [Web page].Brussels: Federal Planning Bureau;2020 [cited 21 December 2020]. Available from: https://www.plan.be/databases/data-33-en-2020_annual_report_of_the_study_committee_on_ageing

37. European Commission. The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070). Brussels: European Commission; 2018.

38. RIZIV. Aantal individuele zorgverleners. 2021. Available from: https://www.inami.fgov.be/nl/statistieken/geneesk-verzorging/2020/Paginas/aantal-individuele-zorgverleners.aspx

39. Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu,. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. 2021 https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2020_-_nl.pdf.

40. Hoge Raad van Financiën. Studiecommissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag. Brussel: Hoge Raad van Financiën; 2020.

41. Cylus J. Covid-19 Health System Response Monitor - Cross-country analysis: How does the covid-19 economic crisis affect health financing and what are the implications for future health budgets? [Web page].Geneva - Brussels: World Health Organization, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies;24 February 2021 [cited 26 February 2021]. Available from: https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2021/02/24/how-does-the-covid-19-economic-crisis-affect-health-financing-and-what-are-the-implications-for-future-health-budgets/

42. Hoge Raad van Financiën. Studiecommissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag. Brussel: Hoge Raad van Financiën; 2019.

43. Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health workforce planning in OECD countries: a review of 26 projection models from 18 countries. 2013. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-planning-in-oecd-countries_5k44t787zcwb-en

44. Vandenbroeck P, Ooms K, Benahmed N, Wickert R, Christiaens W, Stordeur S. Strategies for improving the medical workforce projection model: a stakeholder consultation. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 07/2017. KCE Reports 290 (D/2017/10.273/49) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20the%20synthesis%20in%20English%20%2828%20p.%29.pdf