



'Blind besparen' of een voorspelbaar zorginfarct?



KEY MESSAGES

Ook zonder de Europese begrotingsregels is een debat over ingrijpende zorghervormingen noodzakelijk;

- Met de Europese begrotingsregels wil Europa lidstaten aanzetten tot hervormingen en gerichte investeringen. Geen 'blinde' besparingen.
- Het zorgsysteem staat vandaag onder grote druk terwijl de zorgvraag blijft toenemen. Door de toenemende krapte op de arbeidsmarkt kan het zorgaanbod een lineaire toename van de zorgvraag nooit volgen.
- Bij een ongewijzigd beleid moet in 2060 in Nederland één op drie werknemers in de zorgsector werken om de stijgende zorgvraag te kunnen volgen.
- Bij het uitblijven van hervormingen laten we moeilijke keuzes over aan de markt waardoor de toegang tot belangrijke zorgsegmenten meer inkomensafhankelijk en minder universeel wordt. Vooral de jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg dreigen sterk getroffen te worden.

Johan Albrecht,

auteur van 'Een zorg minder. Hoe we de geestelijke gezondheid van jongeren kunnen versterken' (2024)

Inleiding

Ons land staat andermaal voor een budgettaire uitdaging. Met een groot begrotingstekort en een publieke schuldgraad van ongeveer 106% van het BBP hypothekeren we de capaciteit van de volgende generaties om dynamisch te reageren op toekomstige uitdagingen. Hoewel we abstracte concepten zoals duurzaamheid en intergenerationale solidariteit koesteren, is er weinig animo voor een ingrijpende, budgettaire consolidatie. Wie vreest of waarschuwt voor maatschappelijke ontwrichting als gevolg van hervormingen of besparingen, moet beseffen dat de overheidsuitgaven in ons land ongeveer 4,5 procentpunten van het BBP hoger uitvallen dan het gemiddelde van de belangrijkste buurlanden¹. Maar de kwaliteit van de publieke dienstverlening of van belangrijke publieke goederen is in België niet hoger dan in onze buurlanden. Hogere overheidsuitgaven worden niet omgezet in een opvallend hoge levenskwaliteit.

In 2001 lagen de overheidsuitgaven in ons land maar 2,1 procentpunten van het BBP hoger dan in de buurlanden. De huidige budgettaire uitdaging is vooral het gevolg van de sterke toename van de overheidsuitgaven na 2001. In de voorbije twee decennia werden noodzakelijke hervormingen afgewenteld door het uitdelen van extra geld. Uit een analyse van de Nationale Bank van België blijkt dat ons land vandaag relatief veel uitgeeft aan het algemene bestuur of de werking van de vele overheden, aan economisch beleid (loonsubsidies, dienstenscheques...) en aan onderwijs. Inzake onderwijs zijn vooral de uitgaven voor het basisonderwijs (kleuter- en lager onderwijs) en het secundair onderwijs in ons land relatief hoog. De hoge onderwijsuitgaven worden niet omgezet in betere leerprestaties of een opwaartse mobiliteit voor kinderen en jongeren uit achtergestelde milieus. In 2001 lagen de uitgaven voor sociale bescherming in België ongeveer 2 procentpunten van het BBP lager dan in de buurlanden. Sindsdien zijn deze uitgaven aanzienlijk toegenomen om op het niveau van onze buurlanden uit te komen.

Zorgexpansie of zorginfarct?

In de *framing* van de budgettaire uitdaging gaat momenteel veel aandacht naar de Europese begrotingsregels, alsof zonder Europese afspraken geen hervormingen nodig zouden zijn en het grote begrotingstekort vanzelf zal verdwijnen. Volgens de Studiecommissie voor de Vergrijzing zullen alleen al de sociale uitgaven van de overheid oplopen van 25,7% van het BBP in 2022 tot minimaal 29,6% in 2040². In dezelfde analyse stijgen de gezondheidszorguitgaven van 8% van het BBP in 2022 tot 10,3% van het BBP in 2040. De budgettaire uitdaging wordt er de eerstkomende 15 jaar met zekerheid niet eenvoudiger op. Bovendien stellen heel wat economen dat de groeivoorzichten van de Studiecommissie voor de Vergrijzing eerder optimistisch zijn. Bij een lagere economische groei stijgt de toename van het aandeel van de sociale uitgaven in het BBP nog sterker.

Deze vooruitzichten over de vergrijzingskost veronderstellen dat de zorgvraag sterk toeneemt en dat het zorgaanbod adequaat kan reageren. Tussen vandaag en 2040 moet de zorgcapaciteit dus aanzienlijk toenemen. Dit vereist dat alsmear meer mensen zullen werken in de ruime zorgsector. Maar het zorgsysteem krijgt de vacatures vandaag al moeilijk ingevuld. Als gevolg van personeelstekorten sluiten ziekenhuizen afdelingen en hanteren

1 Godefroid, H. / Van Parys, S. / Stinglhamber, P. (2021). Welke overheidsuitgaven in België zijn hoog? Een vergelijking met de buurlanden. Economisch Tijdschrift (september 2021), <https://www.nbb.be/nl/artikels/welke-overheidsuitgaven-belgie-zijn-hoog-een-vergelijking-met-de-buurlanden>

2 https://www.plan.be/publications/publication-2370-nl-studiecommissie_voor_de_vergrijzing_jaarlyks_verslag_2023



woonzorgcentra een opnamestop. Het aantal huisartsen en tandartsen met een patiëntenstop neemt toe. En de krapte op de arbeidsmarkt zal zeker tot 2035 alleen maar toenemen. Niet alleen de zorgsector heeft het moeilijk om personeel aan te trekken.

In Nederland domineert het begrip 'zorginfarct' al enkele jaren het maatschappelijk debat over de toekomst van het zorgsysteem en de modernisering van de verzorgingsstaat. Experts pleiten er voor 'scherpe' keuzes om het zorgsysteem overeind te houden (zie verder). Maar ook in Vlaanderen wordt gewaarschuwd voor een zorginfarct. Voor Margot Cloet van zorgkoepel Zorgnet-Icuro vormt het personeelstekort de grootste uitdaging; *'De grootste bekommernis van directies van ziekenhuizen, woonzorgcentra en thuisverplegingsdiensten is dat ze geen personeel vinden. Acht op de tien ziekenhuizen in Vlaanderen bouwen activiteiten af, omdat ze geen personeel vinden'*³.

Het moderne zorgsysteem kreeg vorm in de decennia na het einde van de Tweede Wereldoorlog. Vandaag leven we in een andere realiteit en botst het zorgsysteem op zijn organisatorische en functionele grenzen. Ingrijpende hervormingen en verbeteringen van het zorgsysteem zijn dan ook essentieel om zowel de kwaliteit als de toegankelijkheid van het zorgsysteem te vrijwaren. Werken in de zorg moet aantrekkelijk zijn maar tegelijkertijd moet de factuur van het arbeidsintensieve zorgsysteem beheersbaar blijven. Geen eenvoudige opgave...

De Europese begrotingsregels

In het debat over onze structurele begrotingsproblemen wordt Europa dikwijls opgevoerd als de afstandelijke boeman. Met de begrotingsregels wil Europa lidstaten vooral aanzetten tot hervormingen die zowel de economie als de maatschappij ten goede komen. Budgettaire discipline is essentieel om het vertrouwen in de Euro te bestendigen maar Europa kijkt niet als een onverschillige boekhouder naar de begrotingsregels. Zeker in een periode met onverwachte en zeer ingrijpende uitdagingen, is begrotingsdiscipline een basisvoorwaarde om de economie en maatschappij te versterken en weerbaarder te maken. Lidstaten moeten kunnen investeren in een inclusieve maatschappij en dit vraagt begrotingsruimte.

De Europese Commissie motiveert het nieuwe *economic governance framework* als volgt: *'The main objectives of the framework are to strengthen Member States' debt sustainability, and promote sustainable and inclusive growth in all Member States through growth-enhancing reforms and priority investments. The framework will help make the EU more competitive and better prepared for future challenges by supporting progress towards a green, digital, inclusive and resilient economy'*⁴. Europa mikt op duurzaam schuldbeheer en op duurzame en inclusieve groei. Hiertoe zijn groeibevorderende hervormingen en gerichte investeringen essentieel, zeker in een land zoals België.

Tijdens de pandemie en de daaropvolgende energiecrisis liet Europa de klassieke begrotingsdiscipline tijdelijk los maar vanaf 2025 krijgen landen met grote tekorten zoals België een specifiek referentietraject dat hervormingsplannen moet ondersteunen maar ook ruimte biedt voor gerichte investeringen in de groene en digitale transitie. Landen met een goed plan krijgen bovendien zeven in plaats van vier jaar de tijd om de

³ "Als er niets gebeurt, sterven we af op een zorginfarct": Zorgnet-Icuro waarschuwt voor vergrijzing, <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/04/25/zorginfarct-de-afspraak-zorgnet-icuro/>

⁴ EC (2024). Commission welcomes political agreement on a new economic governance framework fit for the future, 10 February 2024 (IP/24/711)



budgettaire doelstellingen te realiseren. Europa koppelt aan de geboden flexibiliteit wel een striktere handhaving. Blijft het begrotingstekort te hoog, dan kan de Excessive Debt Procedure (EDP) opgestart worden. Hierbij ontvangt een lidstaat concrete aanbevelingen om het begrotingstekort te verminderen. Indien gedurende zes maanden gepaste maatregelen uitblijven, kan de Raad op voorstel van de Europese Commissie verdere stappen zetten die uiteindelijk kunnen uitmonden in sancties. Het nieuwe Europese begrotingskader is een modernisering van de afspraken in het oorspronkelijke Verdrag van Maastricht, waarbij een antwoord moet geboden worden op het lakse begrotingsbeleid van enkele Eurolanden.

Hoewel Europa hervormingen vraagt die een duurzaam en inclusief groeitraject ondersteunen, heeft de socialistisch vakbond in maart 2024 al manifestaties opgezet tegen het 'blinde Europese bezuinigingsbeleid'⁵. Er is een groot verschil tussen gerichte hervormingen binnen een tijds kader van vier tot zeven jaar en drastische besparingen die overmorgen al een budgettaire impact zouden moeten hebben. Zowat alle Belgische regeringen van de laatste kwarteeuw kondigden bij hun aantrede hervormingen aan van de pensioenen, fiscaliteit of gezondheidszorg maar deze bleven uit terwijl de overheidsuitgaven bleven stijgen. De maatschappelijke return van de hogere overheidsuitgaven is onduidelijk zodat de term 'blind uitgeven' hier gepast is. Wel investeerden onze beleidsmakers in dezelfde periode veel energie in enkele staats hervormingen, zonder hierbij evenwel te anticiperen op maatschappelijke evoluties zoals de vergrijzing.

Het is bizar dat hervormingen dikwijls geassocieerd worden met een verlies aan welzijn, lagere inkomens of sociale afbraak⁶. Het tegendeel is waar. Echt succesvolle landen hervormen zowat continu om adequaat in te kunnen spelen op nieuwe prioriteiten en opportuniteiten. Landen die kiezen voor hervormingen willen de toekomst zelf vorm te geven in plaats van deze te ondergaan. Dit komt verder aan bod maar we staan eerst stil bij het zorginfarct in Nederland.

Het zorginfarct

Nederland is in de ban van een nakend zorginfarct⁷. De vraag naar zorg neemt altijd toe maar het Nederlandse zorgsysteem dreigt leeg te lopen. Ruim 40% van de net afgestudeerde zorgverleners verlaat er binnen de twee jaar de zorgsector. Jobs in andere sectoren bieden blijkbaar meer voldoening. Zonder bijsturing wordt het Nederlandse zorgsysteem disfunctioneel en zullen enkele zorgsegmenten sterk inkrimpen tot zelfs verdwijnen. Adviesorganen zoals de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) pleiten o.a. in het rapport 'Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak'⁸ uit 2021 voor *'weloverwogen, heldere en soms scherpe keuzes in het belang van toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg en van brede gezondheidswinst'*. Net zoals in België stijgt in Nederland de vraag naar zorg door de vergrijzing, de toename van het aantal zieken met chronische levensstijlaandoeningen – waarvan een groot deel met een performant preventiebeleid vermeden had kunnen worden –, de toename van de collectieve BMI, de opmars van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), het

5 <https://www.bruzz.be/actua/mobiliteit/dinsdag-hinder-verwacht-door-protest-tegen-eu-begrotingsregels-2024-03-11>

6 VRT (2024). Staan we met nieuwe Europese begrotingsregels voor drastische besparingen zoals in de jaren 80 en 90? "We gaan het voelen als burgers", <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/02/13/vergelijking-europese-begrotingsregels-globaal-plan/>

7 <https://www.nrc.nl/nieuws/2022/11/25/wachlijst-personeelstekort-opnamestops-het-gevreesde-zorginfarct-is-er-al-a4149361>

8 <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>



gebruik van nieuwe maar dure technologieën en de individualisering die leidt tot meer complexe zorgvragen. Bij een ongewijzigd beleid zal de zorgvraag in de komende decennia sneller stijgen dan de groei van de Nederlandse economie en de beroepsbevolking kan bijbenen. Wanneer zowel de zorgvraag als de zorgfactuur blijven stijgen, resten minder middelen voor andere beleidsdoeleinden zoals onderwijs, de energietransitie of een inclusief huisvestingsbeleid.

We kunnen één Euro nog steeds maar één keer uitgeven maar meer zorguitgaven leiden op zich natuurlijk niet tot een zorginfarct. Nederland is immers een rijk land. De WRR maakt in haar analyse een onderscheid tussen financiële houdbaarheid, personele houdbaarheid en maatschappelijke houdbaarheid. De personele houdbaarheid wordt geëvalueerd door de personeelsimplicaties van de toename van de zorgvraag door te rekenen. In haar analyse veronderstelt de WRR een verdere toename van de totale zorgvraag in Nederland met 2,9% per jaar. Momenteel werkt in Nederland één op zeven werknemers in de ruime zorgsector (inclusief ouderenzorg, thuisverpleging, mantelzorg,...). Bij een ongewijzigd beleid moet in 2060 één op drie werknemers in de zorgsector werken om de stijgende zorgvraag te kunnen volgen. Dit is natuurlijk niet mogelijk omdat hierdoor enkele andere sectoren van de Nederlandse economie stil dreigen te vallen bij gebrek aan personeel. Wanneer de totale - of beter potentiële zorgvraag - niet gevolgd kan worden door een gebrek aan personeel, moeten scherpe keuzes gemaakt. Een deel van de huidige zorgactiviteiten zal immers niet meer aangeboden kunnen worden.

De WRR stelt ook uitdrukkelijk dat de klassieke recepten van efficiëntiewinsten en de inzet van meer personeel geen oplossing kunnen bieden. Voor de WRR is het huidige Nederlandse zorgsysteem niet toekomstbestendig en dreigt bij de huidige structuren en processen vooral druk te ontstaan op delen van de jeugdzorg, de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor kwetsbare ouderen. Terwijl net het belang van een sterke geestelijke gezondheidszorg algemeen erkend wordt... Om te vermijden dat enkele zorgsegmenten arbitrair uit de publieke zorgmarkt verdrongen worden, ijvert de WRR terecht voor een ruim politiek en maatschappelijke debat over schaarste in de zorg en de toekomst van het zorgsysteem. Duidelijke prioriteiten moeten gesteld worden, met een focus op houdbare zorg. En het beleid moet zich zodanig organiseren dat deze keuzes ook uitgevoerd kunnen worden. De WRR benadrukt dat *'het maken van keuzes niet betekent dat er op de zorg bezuinigd moet worden, wel dat een maatschappelijk debat nodig is over de noodzaak om de zorg beter te begrenzen en groei en verdeling ervan te sturen.'*

De geestelijke gezondheidszorg of GGZ is in Nederland snel gegroeid, vooral wat betreft de lichtere vormen van zorg. De WRR stelt de vraag of deze lichte vormen van ondersteuning wel tot het collectieve zorgsysteem moeten behoren. Wie zich bijvoorbeeld vooral eenzaam voelt, heeft misschien meer aan investeringen in bruisende en inclusieve lokale gemeenschappen dan aan tien sessies bij een therapeut. Daarnaast pleit de WRR voor een structureel grotere inzet op brede preventie om de instroom in de zorg op termijn af te remmen. Deze preventie moet niet exclusief in 'het medische systeem' georganiseerd worden. Alle maatschappelijke actoren kunnen een verschillende rol opnemen in het preventiebeleid van de toekomst en een debat over de verplichting om te investeren in preventie zou voor de WRR geen taboe mogen zijn.



Wie selecteert; het beleid of de markt?

Het omvangrijke rapport van WRR haalde zowel de ruime media als het Nederlandse parlement. Het rapport kreeg ook kritiek omdat de interpretatie van een lineaire extrapolatie over veertig jaar behoorlijk speculatief is. Bij een krappe arbeidsmarkt verwachten we immers dat de toename van het personeelstekort in alle economische sectoren zal leiden tot hogere lonen. Maar een groot deel van het zorgsysteem werkt met gesubsidieerde en gereguleerde lonen ongeacht de marktevoluties. Hogere lonen in de rest van de economie zorgen voor hogere prijzen en inflatie, wat werknemers aanzet om te kiezen voor een sector met een vrije in plaats van een gereguleerde loonvorming. In de strijd om schaars personeel dreigt de gereguleerde zorgsector nog minder attractief te worden in vergelijking tot sectoren met een vrije loonvorming. Om een versnelling van de uitstroom uit de zorgsector te voorkomen, moeten de lonen er ook stijgen waardoor de zorgfactuur toeneemt. De budgettaire uitdaging wordt zo aangescherpt, evenals de inflatie. Maar zelfs met fors hogere lonen kan het aandeel van de zorgsector in de totale werkgelegenheid nooit toenemen zoals de WRR modelleert. Hiervoor zijn er gewoonweg niet genoeg mensen, ongeacht de mogelijke verloning. Het beschikbare personeel moet zo goed mogelijk ingezet worden en hiertoe zijn duidelijke keuzes onafwendbaar.

Een deel van het huidige publieke zorgsysteem zal ingrijpend transformeren, ofwel verdwijnen ofwel verdrongen worden door private initiatieven. Neemt het beleid deze keuzes zelf of laten we deze over aan de markt of aan de belangrijkste zorgspelers? Als we kiezen voor ingrijpende hervormingen, kan het beleid deze keuzes in principe aansturen en begeleiden. Blijven hervormingen echter uit, wordt de toegang tot zorg meer inkomensafhankelijk en minder universeel. Vooral dure, moeilijke en economisch niet-productieve patiënten dreigen hiervan de dupe te worden. Een dergelijke evolutie staat haaks op het streven naar een inclusieve maatschappij. In Nederland wordt geanticipeerd op de noodzaak om moeilijke keuzes te maken. Via burgerplatforms werd gepeild naar de houding van de bevolking tegenover het maken van dergelijke keuzes. Hieruit blijkt dat burgers best begrijpen en aanvaarden dat keuzes gemaakt moeten worden maar dat niemand zich geroepen voelt om deze keuzes te maken of om hiervoor criteria te bepalen⁹. Bij elke keuze worden immers mensen getroffen. Een mogelijke keuze of selectie zou bijvoorbeeld kunnen inhouden dat geen dure behandelingen meer opgestart worden voor mensen ouder dan 85 of 90 jaar. Hierdoor komen schaarse middelen vrij om behandelingen voor jongvolwassenen te financieren. Een dergelijke keuze oogt misschien rationeel maar in de praktijk willen we natuurlijk iedereen helpen, ongeacht de leeftijd of het economische potentieel. Eens we met moeilijke keuzes geconfronteerd worden, hechten we veel meer belang aan een inclusieve maatschappij dan we misschien beseffen.

Het nakende zorginfarct kwam in Nederland aan bod tijdens de recente verkiezingsdebatten. Maar Nederland heeft in het recente verleden net heel wat zorghervormingen doorgevoerd. Deze hervormingen hadden vooral operationele doeleinden waarbij de demografische context en de structurele impact op de zorgvraag verassend weinig aandacht kregen. Zo koos Nederland met de Zorgverzekeringswet van 2006 voor meer marktwerking op basis van gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit beleid had voordelen inzake betaalbaarheid voor eenvoudige zorgvragen – in de praktijk zijn dit patiënten met één aandoening – maar zorgde voor een forse toename van de administratieve lasten voor het zorgpersoneel, wat zeer demotiverend werkt omdat het de kerntaken verdringt¹⁰. Voorts is er vandaag in de praktijk veel minder concurrentie tussen zorginstellingen dan beoogd in 2006. Maar hoe kan meer marktwerking op zich een antwoord bieden op de grote

⁹ Berger, Lynn (2022). Zorg. Een betere kijk op de mens (De Correspondent)

¹⁰ <https://www.radboudumc.nl/nieuws/2021/15-jaar-marktwerking-in-de-gezondheidszorg>



vergrijzingsuitdaging? De focus op gereguleerde concurrentie tussen instellingen biedt vandaag geen antwoord op het nijpende tekort aan personeel voor zowat alle zorginstellingen. Het blijft zoeken naar hervormingen die alle pijnpunten simultaan kunnen aanpakken. Effectief hervormen is vooral een traject en niet zozeer een éénmalige herschikking van de kaarten.

Nederland hervormt het zorgsysteem vrijwillig en ligt niet wakker van de Europese begrotingsregels. Met een beperkt begrotingstekort en een publieke schuld van ongeveer 55% van het BBP zou Nederland probleemloos kunnen kiezen voor de Belgische aanpak om elke uitdaging te ontzenuwen door meer geld uit te geven. Dat doen ze niet. Nederlandse beleidsmakers houden blijkbaar van een uitdaging.

België is Nederland niet...

De analyse van WRR voor Nederland veronderstelt dat de ruime zorgvraag elk jaar met 2,9% toeneemt. Omwille van verschillen in de architectuur van zorgsystemen kunnen we dit percentage niet zomaar vergelijken met zorgvraagverwachtingen voor ons land. Wel blijkt uit cijfers van de FOD Sociale Zekerheid dat de publieke uitgaven aan 'geneeskundige verzorging' in ons land zijn toegenomen van € 28,7 miljard in 2020 tot € 37,8 miljard in 2024. De medische zorguitgaven stijgen in deze korte periode jaarlijks met maar liefst 7%. De reële toename van de zorguitgaven ligt lager omdat we rekening moeten houden met de inflatie. De zeer uitzonderlijke inflatie vanaf medio 2022 heeft een grote impact op de loonkost in 2023. In 2021 stegen de uitgaven aan geneeskundige verzorging wel met 6,4%.

België is Nederland niet maar de krapte op de arbeidsmarkt is een Europese realiteit. Zo wordt verwacht dat de bevolking op arbeidsleeftijd in ons land stabiel blijft tussen 2024 en 2050^{11 12}. Voor Vlaanderen wordt een lichte toename verwacht terwijl de bevolking op arbeidsleeftijd in Wallonië en Brussel wellicht zal dalen. Deze vooruitzichten zijn onderhevig aan heel wat veronderstellingen, waaronder de instroom van migranten. Maar als de bevolking op arbeidsleeftijd stabiel blijft, impliceert een sterke toename van de arbeidsintensieve zorgvraag dat het aandeel van het zorgsysteem in de totale tewerkstelling sterk toeneemt. Kan het zorgsysteem werknemers uit andere sectoren aantrekken? Voorts valt op dat het aantal eerstejaarsstudenten verpleegkunde daalde van 7 300 in 2014 naar 5 200 vandaag¹³. Net een omgekeerde evolutie is nodig om het zorgsysteem te laten groeien.

De zorguitdaging is zeer complex en niet te vatten in enkele cijfers. De verwachte evolutie van het aantal personen op beroepsactieve leeftijd (15 – 64 jaar) per oudere (+65 jaar) illustreert de uitdaging voor de komende decennia. In 1990 telde ons land 4,4 economisch actieven per oudere. Vandaag zijn er 3,1 economische actieven per oudere en deze verhouding zal dalen tot ongeveer 2,5 in 2040 en 2,4 in 2050¹⁴.

11 <https://www.steunpuntwerk.be/onderzoeksthemas/trends-en-toekomstbeeld/projecties-bevolking-op-arbeidsleeftijd>

12 <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/bevolkingsvooruitzichten>

13 <https://www.npdata.be/BuG/544-Verpleegstudenten/>

14 <https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/vanaf-2040-blijft-de-vergrijzing-van-de-belgische-bevolking-stabiel-door-de-geleidelijke>



In het rijke Denemarken

In het Europese gezondheidslandschap valt Denemarken op omdat het quasi continu het zorgsysteem aanpast en bijstuurt¹⁵. Het Deense systeem heeft vele fans, waaronder Bernie Sanders. Momenteel overweegt Denemarken bijvoorbeeld het invoeren van *health clusters* waarbij ziekenhuizen, huisartsen en gemeenten op een geïntegreerde manier samen gezondheidsdoelstellingen bepalen en hiertoe zelf een operationele strategie uitstippelen. Patiënten mogen immers niet verdwalen in een te versnipperd en te complex zorgsysteem. Het uitwerken van een relevant preventietraject krijgt hierbij aandacht vanaf dag één. Daarnaast investeert Denemarken sterk in een betere ICT-ondersteuning van de gezondheidszorg. Denemarken heeft ook een sterke traditie om hervormingen te evalueren. Het bijsturen van het zorgsysteem is altijd al een prioriteit geweest voor de opeenvolgende Deense regeringen. Maar Denemarken is ook bekend omwille van de befaamde flexicurity in het arbeidsmarktbeleid, de pioniersrol inzake hernieuwbaar energiebeleid of de fotogenieke fietsbruggen van Kopenhagen.

Denen houden er blijkbaar van om systemen te verbeteren. Mooi, maar renderen ook al deze hervormingen? Deze vraag laat zich niet eenvoudig beantwoorden maar als welvaartsstaat koppelt Denemarken een hoge werkzaamheidsgraad aan een hoge levenskwaliteit, een hoge score in happiness rankings en een ronduit uniek palmares inzake publieke financiën. Tussen 2014 en 2024 liet Denemarken slecht één jaar een begrotingstekort noteren (- 1,2 % van het BBP in 2015). In 2019 en 2021 liep het begrotingsoverschot op tot meer dan 4% van het BBP. Zelfs in het coronajaar 2020 was er een begrotingsoverschot. Het contrast met de begrotingscijfers van België is ronduit fascinerend. Op 8 februari 2024 kon de Deense Nationalbank trots aankondigen dat de Deense publieke schuld was gedaald tot 10,5%¹⁶ van het BBP: *'Measured in relation to the size of Denmark, the national debt was 10.5 per cent of GDP at the end of 2023, which is the lowest level in more than 40 years'*¹⁷. Dankzij begrotingsdiscipline en vooral succesvolle hervormingen heeft Denemarken de financiële ademruimte om te reageren op toekomstige uitdagen. Een mooi vooruitzicht voor Deense jongeren!

In Denemarken ligt niemand wakker van de Europese begrotingsregels – de keuze voor de Deense Kroon in plaats van de Euro blijkt te renderen – maar toch blijft het vrijwillig de belangrijke beleidsdomeinen hervormen. Deze hervormingen moeten niet zorgen voor besparingen maar willen belangrijke systemen verbeteren en voorbereiden op de toekomst.

Zorghervormingen breken de ban

Het uitstellen van een pensioenhervorming of een ingrijpende fiscale hervorming heeft budgettaire implicaties maar de bevolking merkt dit niet in het dagdagelijkse leven. Dit ligt anders wanneer huisartsen geen patiënten meer kunnen aanvaarden, afdelingen van ziekenhuizen sluiten of bejaarden (te) lang moeten wachten op thuisverzorging. Een deel van de bevolking ligt hiervan wakker en deze problematiek zal niet vanzelf verdwijnen. In ons land erkent zowat iedereen dat de huidige organisatie en financiering van het zorgsysteem niet geschikt is

¹⁵ Søren Rud Kristensen, Kim Rose Olsen (2021). Sustainable Health Care and Health Care Reforms in Denmark 2000–2020, in *The Sustainability of Health Care Systems in Europe* (ISBN: 978-1-83909-499-6)

¹⁶ Deze schuldratio is niet gebaseerd op de EMU-regels waarbij de schuldgraad oploopt tot 29% van BBP volgens Statistics Denmark.

¹⁷ <https://www.nationalbanken.dk/en/news-and-knowledge/publications-and-speeches/report/2024/central-government-borrowing-and-debt-2023#chapter>



om de grote zorguitdagingen van de toekomst te beantwoorden¹⁸. Los van de Europese begrotingsregels neemt de druk toe om het zorgsysteem ingrijpend te hervormen. Zonder hervormingen laten we op termijn scherpe keuzes over aan de markt of aan enkele belangrijke spelers. En de markt heeft geen hersenen maar richt zich noodgedwongen naar de capaciteit om te betalen voor goederen en diensten. Dit is geen wervend vooruitzicht.

Elke hervorming stimuleert tot innovatie en creativiteit. Zo moeten we de grenzen van het zorgsysteem durven verkennen. De recente aandacht voor mentaal welzijn ondersteunt de vraag naar geestelijke gezondheidszorgen. Ook heel wat jongeren kampen met depressieve en angstgevoelens. In deze context wordt er af en toe gepleit voor bijvoorbeeld 'een psycholoog op school'. Het doorverwijzen van jongeren met een tijdelijk dipje naar een psycholoog of psychiater is illustratief voor de klassieke aanpak alsof er geen financiële beperkingen zouden zijn. Als alternatief kan geïnvesteerd worden in een andere organisatie van onderwijstrajecten waarbij jongeren belangrijke emotionele, sociale en gedragsvaardigheden verwerven die hun weerbaarder maken. Wetenschappelijk onderzoek erkent het rendement van programma's die deze vaardigheden ondersteunen¹⁹. Deze vaardigheden zorgen niet alleen voor rendement in de onderwijscontext maar helpen jongeren later ook op de werkvloer, in relaties enzovoort. Ook de schoolomgeving en schoolcultuur zelf kunnen aangepast worden om het welzijn van jongeren te ondersteunen. Zorgen voor mensen beperkt zich niet tot de medische zorgcontext.

Conclusies

Het zorgsysteem staat vandaag al onder grote druk terwijl de zorgvraag blijft toenemen. Door de toenemende krapte op de arbeidsmarkt kan het zorgaanbod een lineaire toename van de zorgvraag nooit volgen. Scherpe keuzes zijn nodig om een nakend zorginfarct af te wenden. Zonder gerichte hervormingen dreigen vooral zorgsegmenten zoals de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg sterk getroffen te worden. Door te hervormen kunnen we als maatschappij de noodzakelijke keuzes zelf maken en optimaal omkaderen. Bij het uitblijven van hervormingen laten we moeilijke keuzes over aan de markt waardoor de toegang tot de zorgmarkten in toenemende mate koopkrachtafhankelijk zal worden. Er zijn gegronde redenen om het zorgsysteem ingrijpend te hervormen en deze staan los van de Europese begrotingsregels. Deze begrotingsregels beogen geen 'blinde besparingen' maar willen lidstaten net aanzetten tot hervormingen en gerichte investeringen zodat de economie duurzaam en inclusief kan groeien. Europa is bovendien flexibel. Mits een gericht actieplan krijgen lidstaten zelfs zeven jaar de tijd om budgettaire orde op zaken te stellen.

Ons land heeft geen 'hervormingstraditie' maar koos voor hogere overheidsuitgaven na 2001 om de sociale vrede en status quo te bewaren. Het maatschappelijke rendement van deze hogere overheidsuitgaven blijft onduidelijk terwijl landen met een 'hervormingscultuur' opvallend goed presteren. Denemarken hervormt quasi continu en kan ronduit spectaculaire begrotingsoverschot voorleggen. Door te hervormen geven we zelf vorm aan de toekomst in plaats van deze te ondergaan.

¹⁸ Schokkaert, Erik (2023). Decentralisatie van de zorg: waarom en hoe? *Samenleving & Politiek*, Jaargang 30, 2023, nr. 6 (juni), pagina 66 tot 72

¹⁹ Albrecht, J. (2024). Een zorg minder. Hoe we de geestelijke gezondheid van jongeren kunnen versterken (OWL Press)



Addendum;

Treft het zorginfarct Wallonië het hardst?

Een zorginfarct dreigt wanneer het zorgaanbod de toename van de arbeidsintensieve zorgvraag niet kan volgen. Het zorgaanbod is sterk afhankelijk van de evolutie van de bevolking op arbeidsleeftijd. Wanneer de totale beroepsbevolking stagneert, impliceert een expansie van het zorgaanbod dat minder arbeidskrachten voor andere economische sectoren beschikbaar zijn. Bij een daling van de bevolking op arbeidsleeftijd is een expansie van het zorgaanbod alleen mogelijk wanneer de tewerkstelling in andere sectoren sterk daalt. Dit laatste heeft een grote impact op de toekomstmogelijkheden van deze andere sectoren.

In principe dreigt vooral in Vlaanderen een mogelijk zorginfarct omdat het aandeel van ouderen (65+ en 85+) in de totale bevolking er hoger is dan in Wallonië en in het relatief jonge Brussel. Bijna 21% van de Vlamingen is ouder dan 65 jaar terwijl deze groep in Wallonië goed is voor 19,2% van de bevolking.

Aan de aanbodzijde valt echter op dat alleen Vlaanderen kan rekenen op een beperkte toename van de bevolking op arbeidsleeftijd. Tussen vandaag en 2040 kan de Vlaamse beroepsbevolking toenemen met 1,48% terwijl voor Wallonië een daling van de beroepsbevolking met 2,51% verwacht wordt. Tegen 2060 zou de bevolking op arbeidsleeftijd in Wallonië zelfs kunnen dalen met bijna 6% terwijl deze in Vlaanderen toeneemt met 5%. Zoals altijd zijn dergelijke prognoses onderhevig aan enkele onzekerheden, zoals de toekomstige evolutie van migratiestromen. Een sterke toename van het zorgaanbod is echter niet evident in ons land en zeker niet in Wallonië.

De vraag naar zorg hangt niet alleen af van de gemiddelde leeftijd van de bevolking maar ook van de zogenaamde comorbiditeiten. De vergrijzing van een relatief gezonde bevolking is makkelijker te beheersen dan dezelfde vergrijzing van een relatief ongezonde bevolking. Wie nooit ziek is, heeft geen behoefte aan (medische) zorgen terwijl de zorgvraag hoog is voor mensen met verschillende aandoeningen. Voor 65-plussers die tegelijkertijd lijden aan hart- en vaatproblemen, diabetes type 2, reumatische artritis en een lichte depressie is de zorgvraag complex en duur. En het aantal ouderen dat de chronische gezondheidsproblemen 'cumuleert' neemt toe.

Uit vergelijkend onderzoek blijkt dat ons land behoort tot de landen met de allerhoogste ziektelast in Europa¹. Alleen Griekenland heeft een iets hogere ziektelast (gemeten in DALYs per 100 000 inwoners)²; 20 200 DALYs voor Griekenland tegenover 20 170 DALYs voor België. Opvallend is dat Nederland het aanzienlijk beter doet dan het Europese gemiddelde (18 887 DALYs). Toch is het 'gezonde Nederland' in de ban van een mogelijk zorginfarct.

1 <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ziektelast/verloren-gezonde-levensjaren#def-daly>

2 DALY

De verloren gezonde levensjaren of DALY is een maatstaf voor de ziektelast in een specifieke populatie. DALYs worden berekend door rekening te houden met zowel de impact van een aandoening op levensverwachting als de impact op de kwaliteit van leven. De DALY is de som van de verloren levensjaren door vroegtijdige sterfte (Years of Life Lost, YLL) en de verloren levensjaren door het leven met een beperking (Years Lived with a Disability, YLD) voor een specifieke ziekte.

YLD

De levensjaren met een beperking of YLD is een maatstaf voor de niet-fatale ziektelast ten gevolge van een beperking in een specifieke populatie. YLDs worden berekend door het aantal personen met een specifieke aandoening te vermenigvuldigen met de (volgens ernst gewogen) graad van beperking. De YLD geeft hierdoor de proportionele verloren levenskwaliteit weer door het leven met een specifieke aandoening.



Uit de meeste gezondheidsindicatoren blijkt dat Vlamingen genieten van een betere gezondheid dan Walen. Zo is de levensverwachting bij de geboorte vandaag in Vlaanderen meer dan twee jaar hoger dan in Wallonië. Het verlies aan gezonde levensjaren door ziektelast is in Wallonië aanzienlijk hoger dan in Vlaanderen. Dit blijkt ook uit de regionale gezondheidsuitgaven per hoofd van de bevolking. Psychische stoornissen en het misbruik van middelen vormen de belangrijkste ziektegroep in Wallonië en Brussel. De consumptie van antidepressiva is hoger in Wallonië en Brussel dan in Vlaanderen. In Vlaanderen zorgen tumoren voor de hoogste ziektelast.

Het aandeel van de bevolking met een laag niveau van gezondheidsgelettertheid is in Wallonië en Brussel hoger dan in Vlaanderen, wat de kans op 'gezonde' keuzes vermindert. Walen roken relatief veel en de prevalentie van overgewicht, obesitas, diabetes type 2 en lage rugpijn is er hoger dan in Vlaanderen.

De gezondheidsverschillen tussen Vlaanderen en Wallonië zijn op zich niet spectaculair maar Wallonië combineert een dalende beroepsbevolking met een verwachte toename van vooral complexe zorgvragen. Het relanceplan van Wallonië erkent de gezondheidsuitdaging en omvat investeringen in de uitbreiding en modernisering van gezondheidsfaciliteiten zoals ziekenhuizen en gezondheidscentra. Het relanceplan ijvert voor bijkomende inspanningen in preventie en een versterking van het geestelijke gezondheidsbeleid. Deze logische ambities vragen de inzet van meer mensen terwijl de bevolking op arbeidsleeftijd niet zal toenemen. Maar met een werkgelegenheidsgraad van slechts 65,5% beschikt Wallonië over een grote arbeidsreserve. De echte relance van Wallonië zal afhangen van de capaciteit om de lage werkgelegenheidsgraad sterk te verhogen. Een hogere werkgelegenheidsgraad komt de economie ten goede en is een basisvoorwaarde om de nodige zorg aan te kunnen bieden.

EVOLUTIE ARBEIDSAANBOD	BELGIË	VLAANDEREN	WALLONIË	BRUSSEL
Bevolking op arbeidsleeftijd (20-64 jr), 2024	6 798 403	3 889 341	2 125 020	784 042
Werkgelegenheidsgraad (20-64 jr), 2023	72,1%	76,8%	65,5%	66,5%
Evolutie bevolking op arbeidsleeftijd, 2024-2040	+0,17%	+1,48%	-2,51%	+0,95%
Evolutie bevolking op arbeidsleeftijd, 2024-2060	+0,54%	+5,0%	-5,74%	-4,69%
Aandeel 65+ in regionale bevolking	19,5%	20,9%	19,2%	13%
Aandeel 85+ in regionale bevolking	2,9%	3,2%	2,1%	2,1%

bronnen:

<https://www.steunpuntwerk.be/onderzoeksthemas/trends-en-toekomstbeeld/projecties-bevolking-op-arbidsleeftijd>

<https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/bevolking/bevolking-naar-leeftijd-en-geslacht>

<https://statbel.fgov.be/nl/themas/werk-opleiding/arbeidsmarkt/werkgelegenheid-en-werkloosheid>

GEZONDHEIDSINDICATOREN	BELGIË	VLAANDEREN	WALLONIË	BRUSSEL
Levensverwachting bij geboorte (jaar)	81,7	82,6	80	81,6
Totale ziektelast (vroegtijdige sterfte + verminderde levenskwaliteit) als aantal verloren gezonde levensjaren (in DALY's, gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd en inwonersaantallen), per 100 000	21 807	19 016	26 224	25 013
Belangrijkste ziektegroep (in DALY's)	Mentale aandoeningen & middelengebr.	Tumoren	Mentale aandoeningen & middelengebr.	Mentale aandoeningen & middelengebr.
Verlies aan kwaliteitsvolle levensjaren door ziekte (YLD per 100 000)	9 312	8 073	11 182	10 703
Gebruik van antidepressiva door vrouwen (2018)	9,8%	8%	12,3%	11,6%
Prevalentie van lage niveaus van gezondheidsgeletterheid, mannen	32%	28,8%	36%	37,7%
Prevalentie van lage niveaus van gezondheidsgeletterheid, vrouwen	35,6%	33,3%	39,6%	35,4%
Prevalentie van overgewicht	54,4%	53%	57,3%	51,6%
Prevalentie van obesitas	16,4%	15,5%	18,6%	14,1%
Aandeel bevolking dat dagelijks rookt	15%	13%	18%	16%
Prevalentie diabetes type 2, per 1000 inwoners	68	61	82	60
Incidentie acuut myocardinfarct bij mannen, per 100 000 inwoners	269	251	284	227
Bruto kankerincidentie, per 100 000 inwoners	715	761	716	461
Zelf-gerapporteerde prevalentie van lage rugpijn bij volwassenen, mannen	11,3%	11,1%	12,2%	8,8%
Zelf-gerapporteerde prevalentie van lage rugpijn bij volwassenen, vrouwen	13,3%	12,9%	14,4%	12,1%

bron: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand>

