



# State of Health in the EU

# België

Landenprofiel gezondheid 2019

## De landenprofielreeks

De landenprofielen gezondheid van de *State of Health in the EU* (gezondheidstoestand in de EU) bieden een beknopt en beleidsrelevant overzicht van de gezondheid en gezondheidszorgstelsels in de EU/Europese Economische Ruimte. Hierin wordt met name ingegaan op de bijzondere kenmerken en uitdagingen in elk land tegen een achtergrond van vergelijkingen tussen landen. Het doel is beleidsmakers en mensen met invloed te ondersteunen met een middel voor wederzijds leren en vrijwillige uitwisseling.

De profielen worden gezamenlijk opgesteld door de OESO en het European Observatory on Health Systems and Policies, in samenwerking met de Europese Commissie. Het team is dankbaar voor de waardevolle opmerkingen en suggesties van het Health Systems and Policy Monitor network, het Gezondheidscomité van de OESO en de Deskundigengroep gezondheidsinformatie van de EU.

## Inhoudsopgave

1. HOOFDPUNTEN	3
2. GEZONDHEID IN BELGIË	4
3. RISICOFACTOREN	7
4. HET ZORGSTELSEL	9
5. PRESTATIES VAN HET ZORGSTELSEL	12
5.1. Doeltreffendheid	12
5.2. Toegankelijkheid	15
5.3. Aanpassingsvermogen	18
6. BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN	22

## Gegevens- en informatiebronnen

De gegevens en informatie in de landenprofielen gezondheid zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de aan Eurostat en de OESO verstrekte officiële nationale statistieken, die zijn gevalideerd om de hoogste normen voor de vergelijkbaarheid van gegevens te waarborgen. De bronnen en methoden die aan deze gegevens ten grondslag liggen, zijn beschikbaar in de Eurostat-databank en de gezondheidsdatabank van de OESO. Enkele aanvullende gegevens zijn afkomstig van het Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), de onderzoeken van Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), alsmede uit nationale bronnen.

De EU-gemiddelden betreffen gewogen gemiddelden van de 28 lidstaten, tenzij anders is vermeld. In deze EU-gemiddelden zijn IJsland en Noorwegen niet meegenomen.

Dit profiel is in augustus 2019 voltooid op basis van de gegevens die in juli 2019 beschikbaar waren.

U kunt het Excel-werkblad met alle tabellen en grafieken van dit profiel downloaden door de volgende StatLinks in uw internetbrowser te typen: <http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Belgium.xls>

## Demografische en sociaaleconomische context in België, 2017

### Demografische factoren

	België	EU
Bevolkingsgrootte (ramingen halverwege het jaar)	11 375 000	511 876 000
Aandeel van de bevolking ouder dan 65 (%)	18,5	19,4
Vruchtbaarheidscijfer <sup>1</sup>	1,7	1,6

### Sociaaleconomische factoren

Bbp per hoofd van de bevolking (EUR KKP <sup>2</sup> )	35 000	30 000
Relatieve armoede <sup>3</sup> (%)	15,9	16,9
Werkloosheid (%)	7,1	7,6

1. Aantal geboren kinderen per vrouw in de leeftijd van 15 tot 49 jaar. 2. In de koopkrachtpariteit (KKP) worden de geldeenheden zodanig omgezet dat de koopkracht van de verschillende geldeenheden gelijk is, doordat verschillen in prijsniveaus tussen de landen worden geëlimineerd. 3. Percentage van de bevolking met minder dan 60 % van het mediaan equivalent beschikbaar inkomen.  
Bron: Eurostat-databank.

Afwijzing van aansprakelijkheid: de standpunten en argumenten in dit document zijn voor rekening van de auteurs en komen niet noodzakelijk overeen met de officiële standpunten van de OESO of de OESO-landen, het European Observatory on Health Systems and Policies of de partners daarvan. De inhoud van dit document komt niet noodzakelijk overeen met het officiële standpunt van de Europese Unie.

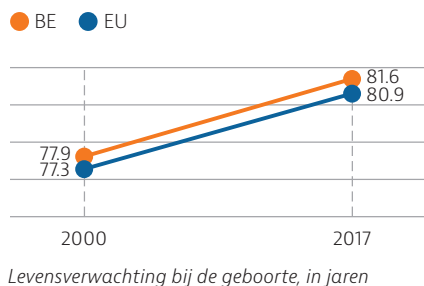
Met dit document en de daarin opgenomen gegevens en kaarten wordt geen standpunt ingenomen over de status of de soevereiniteit van enig gebied, noch over de afbakening van internationale grenzen of de naam van gebieden of steden.

Zie ook de disclaimers van de WHO op <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

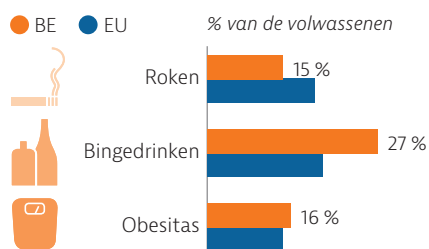
# 1 Hoofdpunten

De gezondheidstoestand van de Belgische bevolking is over het algemeen goed en de levensverwachting is hoger dan ooit, maar er zijn grote sociaaleconomische verschillen. Het Belgische gezondheidszorgstelsel presteert goed bij het verlenen van acute zorg in ziekenhuizen, maar veel aspecten van het bredere volksgezondheids- en preventiebeleid kunnen worden versterkt om de volksgezondheid te verbeteren en ongelijkheden op gezondheidsgebied te verminderen. Vanwege de vergrijzing van de bevolking zijn de belangrijkste uitdagingen het versterken van de eerstelijnszorg en het bevorderen van een betere coördinatie van de zorg voor het groeiende aantal mensen met chronische ziekten.



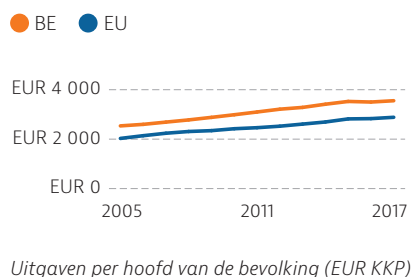
## Gezondheidstoestand

In 2017 bedroeg de levensverwachting bij de geboorte 81,6 jaar, bijna vier jaar meer dan in 2000. Hiermee blijft de levensverwachting iets boven het EU-gemiddelde, maar loopt deze nog achter op veel West-Europese landen. Voorts leven de laagst opgeleide mannen en vrouwen naar verwachting vijf jaar korter dan de hoogst opgeleide, een van de grootste verschillen in West-Europese landen. De kans is kleiner dat mensen met een lager inkomen aangeven in goede gezondheid te verkeren dan mensen met een hoger inkomen.



## Risicofactoren

In 2018 rookte slechts ongeveer een op de zeven volwassenen in België elke dag, een daling van meer dan een op de vijf in 2008. Dit is lager dan het EU-gemiddelde. Bijna drie op de tien volwassenen gaf aan te binge drinken, een percentage dat ver boven het EU-gemiddelde ligt. Een op de zes volwassenen was in 2018 obees, een stijging van een op de acht volwassenen in 2001.

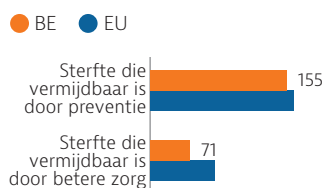


## Het zorgstelsel

De totale uitgaven voor gezondheidszorg zijn de afgelopen jaren langzaam toegenomen en blijven hoger dan het EU-gemiddelde. In 2017 besteedde België 3 554 EUR per hoofd van de bevolking aan gezondheidszorg, tegen 2 884 EUR in de EU als geheel. De uitgaven voor gezondheidszorg waren met 10,3 % van het bbp hoger dan in 2006 (8,9 %) en ook hoger dan het huidige EU-gemiddelde van 9,8 %. Van de totale uitgaven voor gezondheidszorg waren 77 % overheidsuitgaven (dicht bij het EU-gemiddelde van 79 %). De overige uitgaven worden gedragen door de vrijwillige ziekteverzekering en door de huishoudens.

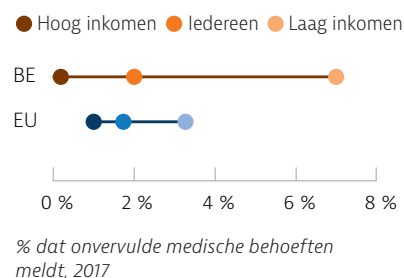
## Doeltreffendheid

De sterfte die vermijdbaar is door preventie, ligt iets lager dan het EU-gemiddelde, terwijl de sterfte die vermijdbaar is door betere gezondheidszorg, veel lager is. Dit wijst op mogelijkheden om de preventie te versterken, waarvoor nauwe samenwerking tussen federale en gefedereerde entiteiten vereist is.



## Toegankelijkheid

De toegang tot gezondheidszorg is relatief goed, omdat de dienstverlening ruim is, maar voor de meeste diensten gelden eigen bijdragen. Er zijn grote verschillen in de onvervulde zorgbehoeften per inkomensgroep.



## Aanpassingsvermogen

De vergrijzing van de bevolking zal druk blijven uitoefenen op de stelsels voor gezondheidszorg en langdurige zorg. Hoewel de efficiëntie in de ziekenhuizen is verhoogd, zou het bevorderen van een beter gebruik van diensten en farmaceutische producten kunnen bijdragen tot het vrijmaken van middelen om aan deze groeiende behoeften tegemoet te komen. Een andere uitdaging is het versterken van de eerstelijnszorg en het verbeteren van de coördinatie van de zorg, met name voor mensen met chronische aandoeningen.



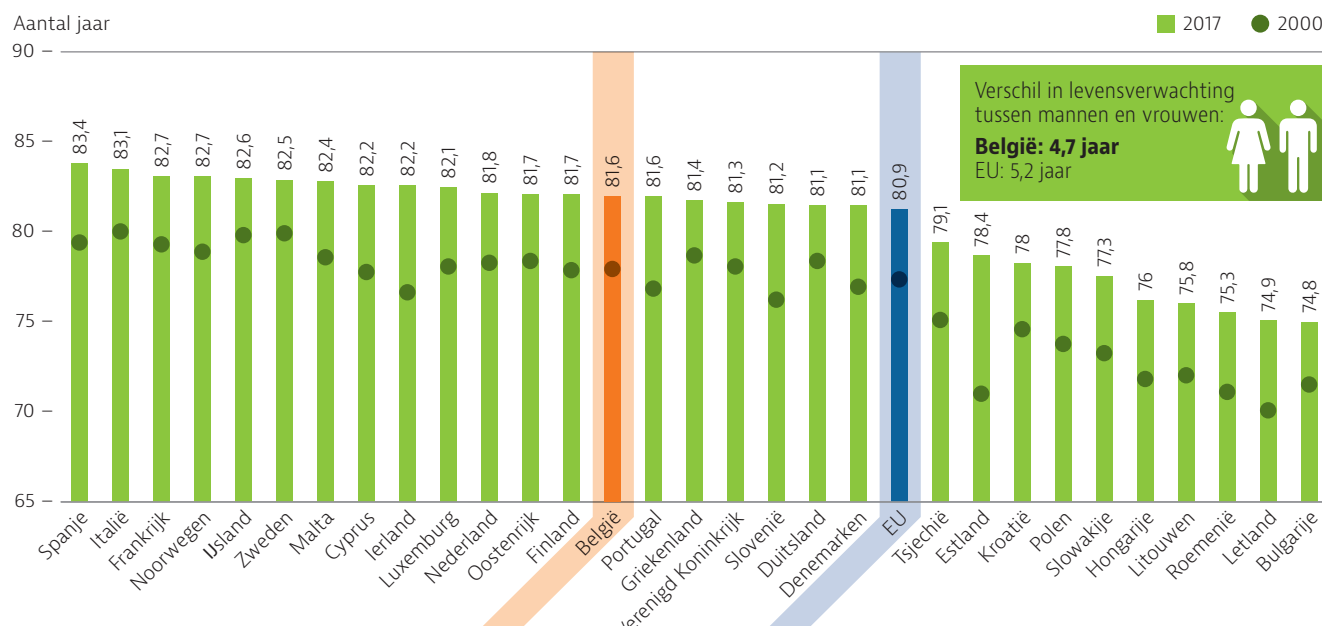
## 2 Gezondheid in België

### De levensverwachting is gestaag toegenomen en blijft boven het EU-gemiddelde

In 2017 bedroeg de levensverwachting bij de geboorte in België 81,6 jaar, waarmee zij boven het EU-gemiddelde

blijft, maar lager is dan in veel West-Europese landen (figuur 1). Sinds 2000 is de Belgische levensverwachting voor mannen iets sneller toegenomen dan voor vrouwen, hoewel in 2017 de genderkloof 4,7 jaar bedroeg (79,2 jaar voor mannen tegen 83,9 jaar voor vrouwen).

Figuur 1. De levensverwachting is geleidelijk gestegen en blijft hoger dan in de meeste EU-landen

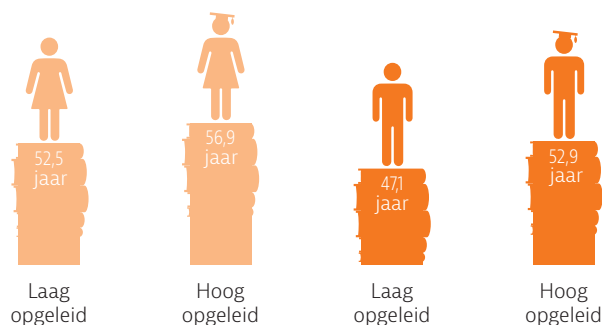


Bron: Eurostat-databank.

### Het effect van sociale ongelijkheden op de levensverwachting is groter bij mannen dan bij vrouwen

In België verschilt de levensverwachting niet alleen tussen de geslachten, maar tussen verschillende sociaaleconomische statussen. De levensverwachting voor dertigjarige mannen met het laagste onderwijsniveau was zo'n zes jaar korter dan voor mannen met het hoogste onderwijsniveau; het verschil was iets kleiner voor Belgische vrouwen, maar bedroeg nog steeds meer dan vier jaar (figuur 2). Deze kloof is kleiner dan het EU-gemiddelde voor mannen en is vergelijkbaar met het EU-gemiddelde voor vrouwen, maar is groter dan in de meeste andere West-Europese landen. Dit kan ten minste gedeeltelijk worden verklaard door verschillen in levensstandaard en blootstelling aan risicofactoren.

Figuur 2. Bij 30 jaar is de levensverwachting van Belgen met een hogere opleiding enkele jaren hoger



Opleidingskloof in levensverwachting op de leeftijd van 30 jaar:

België: 4,4 jaar  
EU21: 4,1 jaar

België: 5,8 jaar  
EU21: 7,6 jaar

Opmerking: de gegevens betreffen de levensverwachting op dertigjarige leeftijd. Hoog opgeleid wordt gedefinieerd als mensen die tertiair onderwijs hebben afgerond (ISCED 5-8), terwijl laag onderwijs wordt gedefinieerd als mensen die hun middelbaar onderwijs (ISCED 0-2) niet hebben afgerond.

Bron: Sciensano (2019), Health Status Report (gegevens voor 2011) en Eurostat-databank voor het EU-gemiddelde (gegevens voor 2016).

## De drie voornaamste doodsoorzaken zijn ischemische hartziekte, beroerte en longkanker

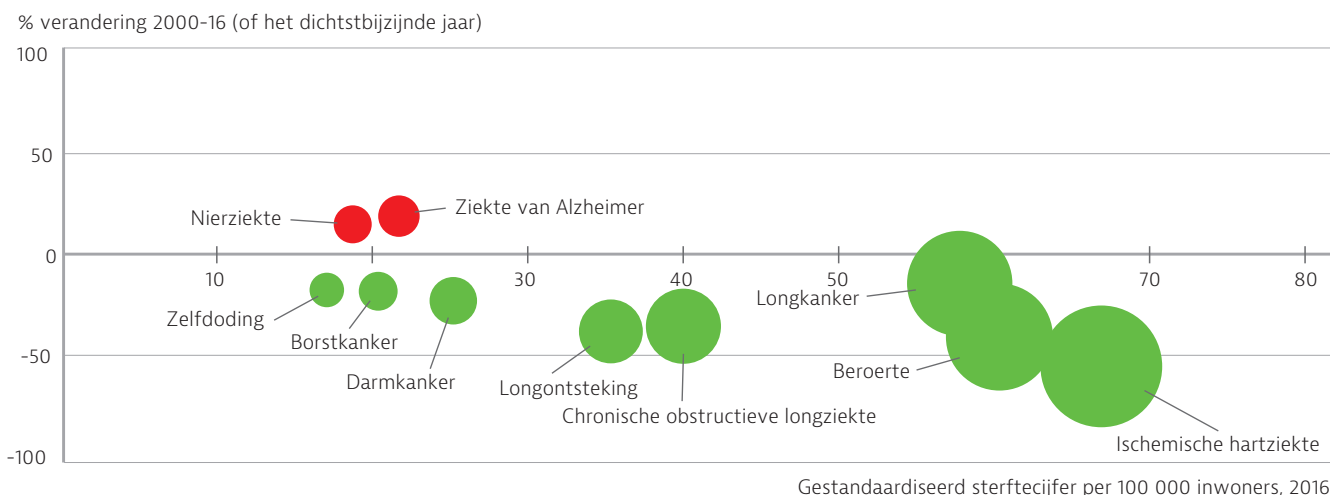
De stijging van de levensverwachting in België sinds 2003 is vooral te danken aan een daling van de sterftcijfers door hart- en vaatziekten — met name ischemische hartziekte en beroerten — en longkanker (figuur 3). De sterftcijfers door ademhalingsziekten, zoals chronische obstructieve longziekte en longontsteking, zijn ook aanzienlijk gedaald. Toch zijn deze ziekten nog steeds de voornaamste doodsoorzaken. Met name longkanker is nog steeds de meest voorkomende doodsoorzaak

in de vorm van kanker, veroorzaakt door het hoge tabaksgebruik.

Het sterftcijfer als gevolg van de ziekte van Alzheimer is sinds 2003 toegenomen en behoort nu tot de tien voornaamste doodsoorzaken. Deze stijging is deels toe te schrijven aan de veroudering van de bevolking en aan de verbetering van de diagnostiek.

België onderzoekt nieuwe manieren om de zorg voor het groeiende aantal mensen met de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie te verbeteren (zie hoofdstuk 5.3).

**Figuur 3. Ischemische hartziekte, beroerten en longkanker zijn nog steeds de voornaamste doodsoorzaken**

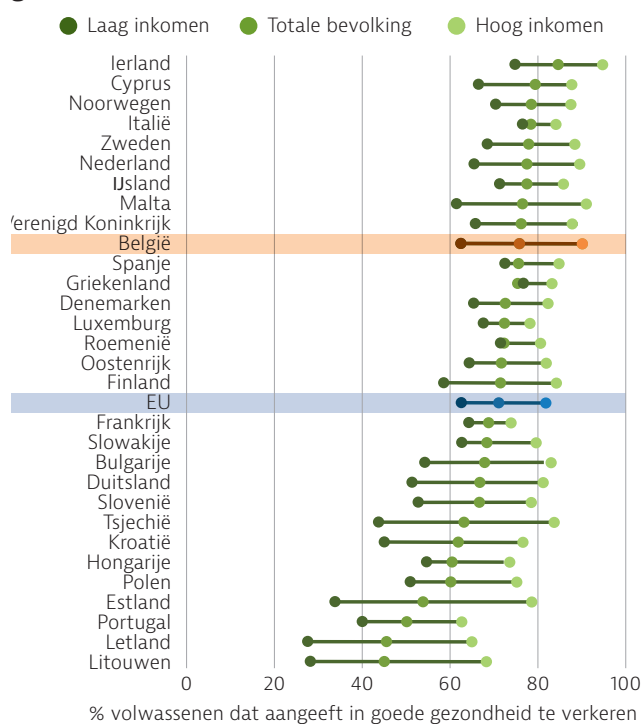


Opmerking: de grootte van de stippen is evenredig aan de sterftcijfers in 2016.  
Bron: Eurostat-databank.

## De meeste Belgen geven aan in goede gezondheid te verkeren, maar er bestaan grote verschillen

In 2017 gaf ongeveer driekwart (74 %) van de Belgen aan in goede gezondheid te verkeren, tegen ongeveer twee derde van de bevolking in de EU als geheel. Het is echter waarschijnlijker dat mensen met een hoger inkomen aangeven dat ze in goede gezondheid verkeren dan mensen met een lager inkomen. In 2017 gaf ongeveer 90 % van de Belgen in het hoogste inkomenskwintiel aan een goede gezondheid te hebben, tegen slechts ongeveer 60 % van de mensen in het laagste kwintiel (figuur 4). Dit verschil is groter dan in bijna alle andere West-Europese landen en dan het EU-gemiddelde. Dit heeft te maken met ongelijkheden in de blootstelling aan risicofactoren en toegang tot gezondheidszorg.

**Figuur 4. Er bestaan nog altijd grote verschillen in de gezondheidstoestand tussen inkomensniveaus**



Opmerking: 1. De percentages voor de totale bevolking en de bevolking met een laag inkomen zijn ongeveer gelijk.

Bron: Eurostat-databank, op basis van EU-SILC (gegevens voor 2017).

## Belgische mensen leven langer, maar blijven niet allemaal gezond als ze ouder worden

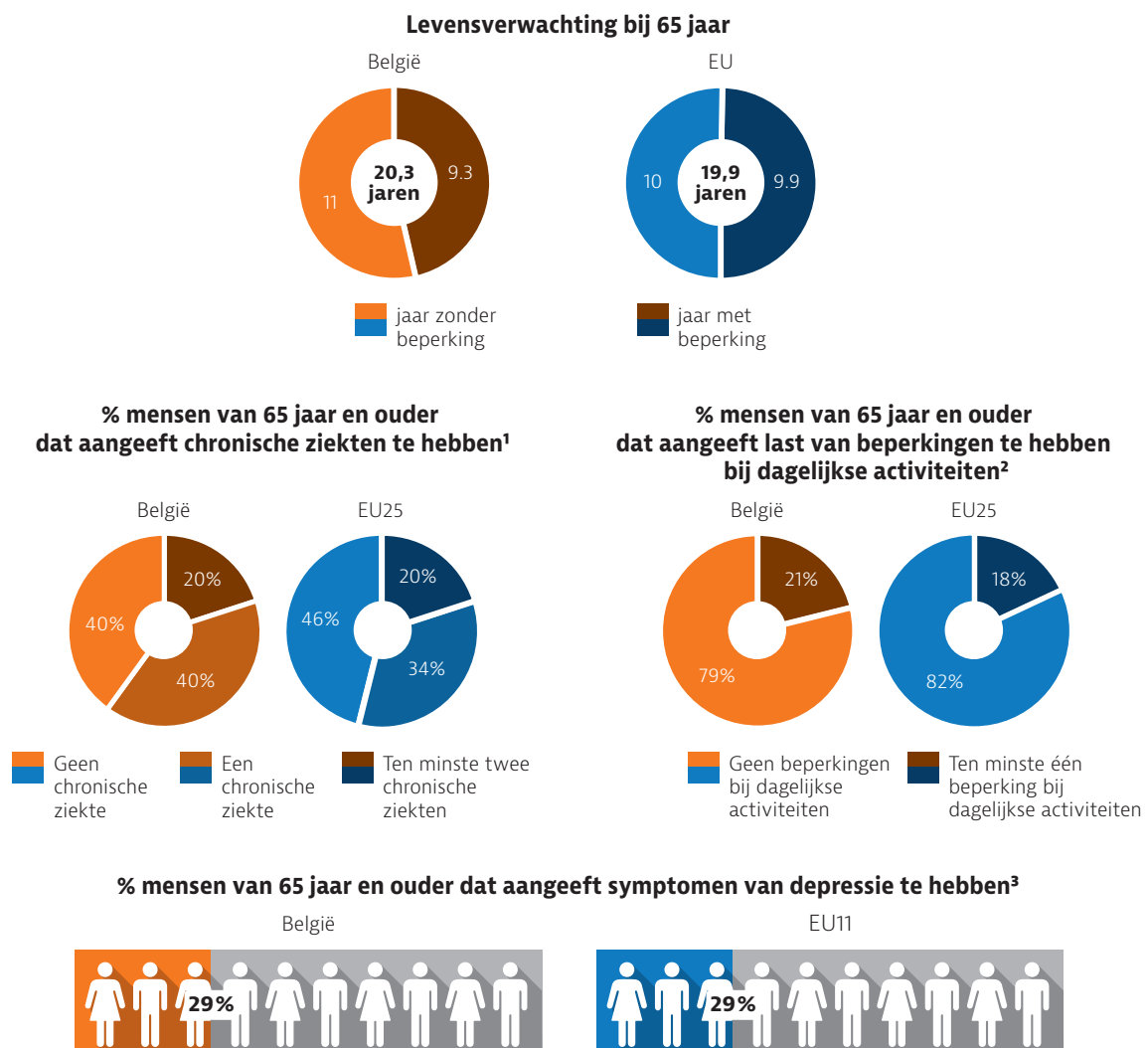
Door de stijgende levensverwachting en de afnemende vruchtbaarheidscijfers bedraagt het percentage mensen van 65 jaar en ouder nu 18 % van de bevolking in België, tegen 14 % in 1980, en dit zal naar verwachting stijgen tot 27 % in 2050.

In 2017 zouden Belgen die 65 jaar werden naar verwachting nog 20,3 jaar leven, iets meer dan het EU-gemiddelde van 19,9 (figuur 5). In ongeveer de helft van deze jaren hebben de mensen echter een aantal chronische ziekten en beperkingen. De grote ongelijkheid op gezondheidsgebied blijft ook voor

ouderen bestaan, omdat voor de laagst opgeleide mensen de levensverwachting en de gezonde levensverwachting aanzienlijk lager zijn (Sciensano, 2019).

Drie op de vijf Belgen van 65 jaar en ouder (60 %) gaven in 2017 aan ten minste één chronische ziekte te hebben, hoewel dit hen er niet noodzakelijkerwijs van weerhoudt een normaal leven te leiden. De meeste mensen zijn in staat om op oudere leeftijd zelfstandig te blijven wonen, maar ongeveer een op de vijf (21 %), een percentage dat iets hoger ligt dan het EU-gemiddelde, geeft aan te kampen met ernstige invaliditeit die een beperking vormt voor de basisactiviteiten van het dagelijks leven, zoals aankleden en douchen, waarvoor langdurige zorg nodig kan zijn.

Figuur 5. Veel Belgen van 65 jaar en ouder hebben een aantal chronische ziekten en beperkingen



Opmerking: 1. Tot chronische ziekten behoren hartinfarct, beroerte, diabetes, de ziekte van Parkinson, de ziekte van Alzheimer en reumatoïde artritis of osteoartritis. 2. Onder basisactiviteiten van het dagelijks leven wordt verstaan aankleden, door een kamer lopen, baden of douchen, eten, in of uit bed stappen en het toilet gebruiken. 3. Mensen worden geacht symptomen van depressie te hebben als zij meer dan drie symptomen van depressie (van 12 mogelijke variabelen) melden.

Bron: Eurostat-databank voor levensverwachting en gezonde levensjaren (gegevens voor 2017); SHARE-onderzoek voor andere indicatoren (gegevens voor 2017).

## 3 Risicofactoren

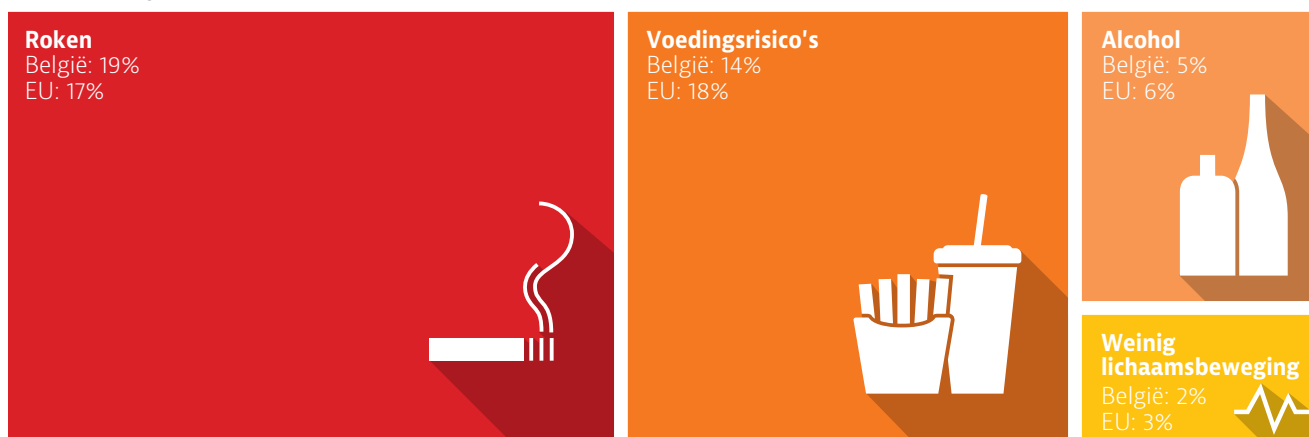
### Gedraggerelateerde risicofactoren hebben belangrijke gevolgen voor de mortaliteit

Naar schatting 40 % van alle sterfgevallen in België in 2017 kan worden toegeschreven aan gedraggerelateerde risicofactoren, waaronder roken, voedingsrisico's, alcoholgebruik en te weinig lichaamsbeweging (IHME, 2018; figuur 6).

Ongeveer 19 % van alle sterfgevallen kan worden toegeschreven aan roken (direct en passief roken),

een iets hoger percentage dan het EU-gemiddelde. Voedingsrisico's (waaronder de geringe consumptie van groenten en fruit en de hoge consumptie van suiker en zout) zijn goed voor ongeveer 14 % van alle sterfgevallen, een percentage dat onder het EU-gemiddelde ligt. Ongeveer 5 % van de sterfgevallen kan worden toegeschreven aan alcoholgebruik en 2 % aan te weinig lichaamsbeweging, dicht bij het EU-gemiddelde.

**Figuur 6. Ongeveer 40 % van alle sterfgevallen kan worden toegeschreven aan veranderbare risicofactoren van de levensstijl.**



Opmerking: het totale aantal sterfgevallen in verband met deze risicofactoren (40 000) is kleiner dan de som van elk van hen afzonderlijk (44 000), omdat hetzelfde sterfgeval kan worden toegeschreven aan meer dan één risicofactor. Voedingsrisico's omvatten 14 componenten, zoals de geringe consumptie van groenten en fruit en een hoge consumptie van gezoete dranken en zout.  
Bron: IHME (2018), Global Health Data Exchange (schattingen voor 2017).

### Roken blijft onder volwassenen een ernstig probleem voor de volksgezondheid

Een op de zeven volwassenen in België rookt dagelijks, een percentage dat lager is dan in veel andere EU-landen (figuur 7). Hoewel het tabaksgebruik onder mannen sterker is gedaald dan onder vrouwen, roken Belgische mannen nog altijd veel meer dan vrouwen. Het percentage rokers onder 15-jarige meisjes en jongens is sterk gedaald en behoort nu tot de laagste percentages in de EU-landen.

### Overgewicht en obesitas zijn toegenomen, deels als gevolg van te weinig lichaamsbeweging

Het obesitaspercentage onder volwassenen is in 2018 gestegen tot 16 %, tegen 12 % in 2001. Het percentage 15-jarigen met overgewicht en obesitas is ook gestaag toegenomen, van 11 % in 2001-02 tot 16 % in 2013-14, wat hoger is dan in veel andere EU-landen. Slechte voeding, zoals een geringe consumptie van groenten en fruit en een hoge consumptie van gezoete dranken, draagt bij tot de toename van overgewicht en obesitas. Terwijl het aantal volwassenen in België dat aangeeft elke dag ten

minste een stuk groente of fruit te eten, groter is dan in veel EU-landen, eet ongeveer 25 % niet dagelijks groenten en 45 % niet dagelijks fruit.

Te weinig lichaamsbeweging is ook een belangrijke risicofactor voor overgewicht en obesitas. Belgische volwassenen bewegen minder dan die in veel EU-landen. Lichaamsbeweging is ook minder gebruikelijk onder 15-jarigen in België dan in de meeste EU-landen, en dit is met name het geval voor meisjes: slechts 9 % van de 15-jarige meisjes gaf in 2013-14 aan elke dag ten minste gematigd te bewegen, tegen 17 % van de 15-jarige jongens.

### Alcoholgebruik blijft hoger dan het EU-gemiddelde

Het totale alcoholgebruik is in België sinds 2000 licht gedaald, maar ligt nog steeds boven het EU-gemiddelde. Net als in alle EU-landen is bingedrinken<sup>1</sup> gebruikelijker onder mannen dan bij vrouwen: in 2018 gaf 37 % van de mannen aan te bingedrinken, tegen 18 % van de vrouwen. Deze percentages zijn hoger dan in de meeste andere EU-landen.

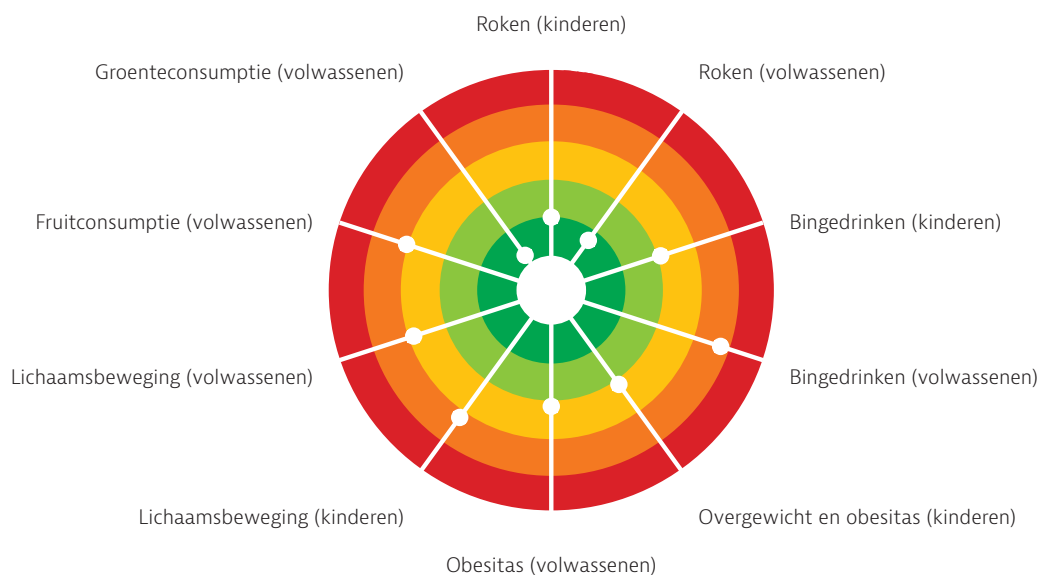
1: Bingedrinken wordt gedefinieerd als het consumeren van zes glazen alcoholische drank of meer op één gelegenheid voor volwassenen en vijf glazen alcoholische drank of meer voor adolescenten.



Terwijl regelmatig bingedrinken bij tieners in België minder gebruikelijk is dan in veel andere EU-landen, gebeurt het toch vaak. In 2015 gaf meer dan een derde van de 15- en 16-jarige jongens en meisjes aan zich in de

afgelopen maand te hebben bezondigd aan bingedrinken. In 2018 heeft België een wet aangenomen om het alcoholgebruik onder tieners te verlagen (zie deel 5.1).

**Figuur 7. Overmatig alcoholgebruik en obesitas zijn belangrijke volksgezondheidsproblemen**



*Opmerking: hoe dichter de stip zich bij het midden bevindt, hoe beter het land presteert in vergelijking met andere EU-landen. Er bevindt zich geen enkel land in het witte "streefgebied", aangezien er in alle landen op alle terreinen ruimte is voor verbetering.*

*Bron: OESO-berekeningen op basis van ESPAD-onderzoek uit 2015 en HBSC-onderzoek uit 2013-14 voor indicatoren voor kinderen; en België HIS 2018, EU-SILC 2017, EHIS 2014 en OESO-gezondheidsstatistieken 2019 voor indicatoren voor volwassenen*

## Sociale ongelijkheid draagt bij tot gezondheidsrisico's

Veel gedragsgerelateerde risicofactoren in België komen vaker voor bij mensen met lagere onderwijs- of inkomensniveaus. In 2018 rookte meer dan een vijfde (22 %) van de volwassenen met maximaal middelbaar onderwijs dagelijks, tegen slechts 10 % van de volwassenen met tertiair onderwijs. Ook was in datzelfde jaar 22 % van de mensen die niet meer dan middelbaar onderwijs hebben genoten, obees, tegen 12 % van de mensen met hoger onderwijs. Deze hogere prevalentie van risicofactoren bij sociaal achtergestelde groepen draagt in hoge mate bij aan de ongelijkheid op het gebied van gezondheid en levensverwachting.





# 4 Het zorgstelsel

## Federale autoriteiten en gefedereerde entiteiten hebben verschillende verantwoordelijkheden

De federale autoriteiten zijn verantwoordelijk voor het reguleren van de verplichte ziektekostenverzekering, de begroting voor extramurale zorg, de ziekenhuisbegroting en de programmeringsnormen, geneesmiddelen en de prijscontrole ervan en de beroepen in de gezondheidszorg. De gefedereerde entiteiten (gewesten en gemeenschappen) zijn verantwoordelijk voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie, de organisatie van eerstelijnszorg en palliatieve zorg, kraamzorg en gezondheidszorg voor kinderen, sociale diensten en gemeenschapszorg, de financiering van investeringen in ziekenhuizen (infrastructuur en zware medische apparatuur) en de vaststelling van normen voor ziekenhuisvergunningen. Er worden regelmatig interministeriële conferenties georganiseerd om de samenwerking tussen de federale autoriteiten, de gewesten en de gemeenschappen te vergemakkelijken.

## Nagenoeg universele dekking dankzij verplichte ziektekostenverzekering

Met 99 % van de bevolking is de dekking van de gezondheidszorg in België bijna universeel. De verplichte zorgverzekering in België wordt uitgevoerd door vijf particuliere landsbonden van ziekenfondsen zonder winstoogmerk, een fonds voor spoorwegpersoneel en een

openbare hulpkas. De resterende, onverzekerde mensen (ongeveer 1 % van de bevolking) hebben niet aan hun administratieve of financiële verplichtingen voldaan. Bovendien zijn irreguliere migranten en daklozen niet verzekerd en vallen zij niet onder de definitie van de verzekerde bevolking, omdat zij geen wettelijke verblijfsvergunning of geen vast adres hebben (kader 1).

De verplichte zorgverzekering wordt beheerd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, dat een voorziene hoeveelheid geld aan de ziekenfondsen uitkeert om de kosten van de gezondheidszorg van hun leden te financieren. De begroting wordt jaarlijks aangepast aan de inflatie en aan een wettelijke "reële groeinorm", die een stabiele financiering van het zorgstelsel waarborgt. Om de kosten te beperken is het wettelijk vastgelegde plafond voor de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg verlaagd van een groeipercentage (in reële termen) per jaar van 4,5 % in 2004-12 tot 3 % in 2013-14 en tot 1,5 % sinds 2015. Sinds 2015 zijn de overheidsuitgaven voor de gezondheid per hoofd van de bevolking in reële termen gestegen met 1 à 2 % per jaar.

### Kader 1. Toegang tot gezondheidszorg is moeilijker voor kwetsbare groepen

De toegang tot zorg in België kan voor kwetsbare groepen zoals migranten en daklozen moeilijker zijn, hetzij omdat zij niet gedekt worden door een sociale ziektekostenverzekering, hetzij omdat zij huiverig zijn om medische hulp te zoeken en op de spoeddienst van het ziekenhuis te belanden als ze ziek worden.

Irreguliere migranten en personen die om internationale bescherming verzoeken (asielzoekers) hebben verschillende soorten toegang tot gezondheidsdiensten:

- irreguliere migranten (personen zonder verblijfsvergunning om in België te verblijven) kunnen zich niet aansluiten bij een Belgisch ziekenfonds. Zij hebben recht op dringende medische hulp, maar slechts weinigen van hen doen een beroep op deze medische diensten. Naar schatting heeft slechts 10-20 % van de irreguliere migranten in 2013 ten minste één keer contact gehad met een medische dienst, tegen ongeveer 90 % van de mensen die zijn aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds;

Bron: Devos et al. (2019).

- personen die om internationale bescherming verzoeken (of asielzoekers) hebben recht op medische zorg om de menselijke waardigheid te behouden. Zij wonen in opvangcentra of daarbuiten, maar elk opvangcentrum waarbij zij zijn aangesloten, is verantwoordelijk voor het organiseren en betalen van eventuele noodzakelijke medische diensten. Er is echter weinig bekend over het daadwerkelijke gebruik van gezondheidsdiensten.

Daklozen hebben net als de rest van de bevolking recht op gezondheidszorg. Vanwege het ontbreken van een vast adres en de terughoudendheid om medische hulp te zoeken, hebben zij vaak toegang tot gezondheidszorg via de spoeddiensten van het ziekenhuis. In een onderzoek uit 2016-17 gaf 8 % van de daklozen aan nooit gebruik te maken van de gezondheidszorg, zelfs als ze dat nodig hebben.

## De uitgaven voor gezondheidszorg in België vertegenwoordigen 10 % van het bbp

In 2017 besteedde België 10,3 % van zijn bbp aan gezondheidszorg, een groter aandeel dan het EU-gemiddelde van 9,8 %. In 2017 bedroegen de uitgaven voor gezondheidszorg per hoofd van de bevolking in België 3 554 EUR (gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen), 20 % meer dan in de EU als geheel (2 884 EUR), maar minder dan in al zijn buurlanden (figuur 8).

Van alle uitgaven voor gezondheidszorg werd in 2017 77 % gefinancierd met overheidsmiddelen (onder meer de verplichte ziektekostenverzekering), een percentage dat dicht in de buurt van het EU-gemiddelde lag (79 %). De rechtstreekse eigen bijdragen waren goed voor 18 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg en de vrijwillige ziekteverzekering voor de resterende 5 %.

## De socialezekerheidsbijdragen aan de ziekenfondsen zijn een belangrijke financieringsbron.

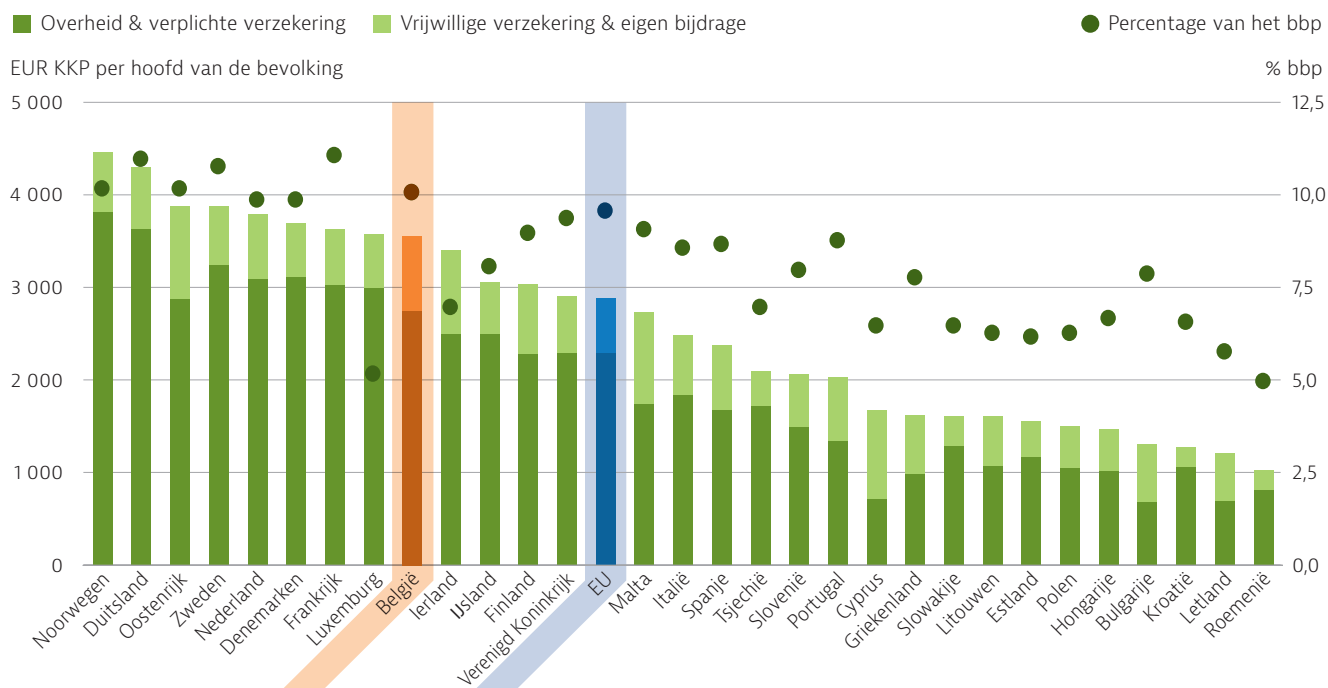
De financiële bijdragen aan het zorgstelsel worden meestal betaald door sociale bijdragen die worden betaald door werknemers, zelfstandigen en werkgevers. Sinds 1995 hebben hervormingen ervoor gezorgd dat er naast socialezekerheidsbijdragen ook andere inkomstenbronnen zijn, zoals belasting over de toegevoegde waarde en subsidies van de overheid, om minder afhankelijk te zijn van loonbelasting. Patiënten dragen ook bij door middel van hun persoonlijk aandeel. Dit varieert naar gelang van het statuut van de

persoon (recht op de verhoogde tegemoetkoming), het soort dienst en de hoogte van de reeds betaalde eigen bijdrage. Deze eigen bijdragen gelden voor de meeste diensten, met inbegrip van huisartsraadplegingen en huisbezoeken, specialistische raadplegingen, ambulante geneesmiddelen, kinesitherapie en ziekenhuisopnames (per dag).

## Intramurale en extramurale zorg zijn de belangrijkste categorieën uitgaven voor gezondheidszorg

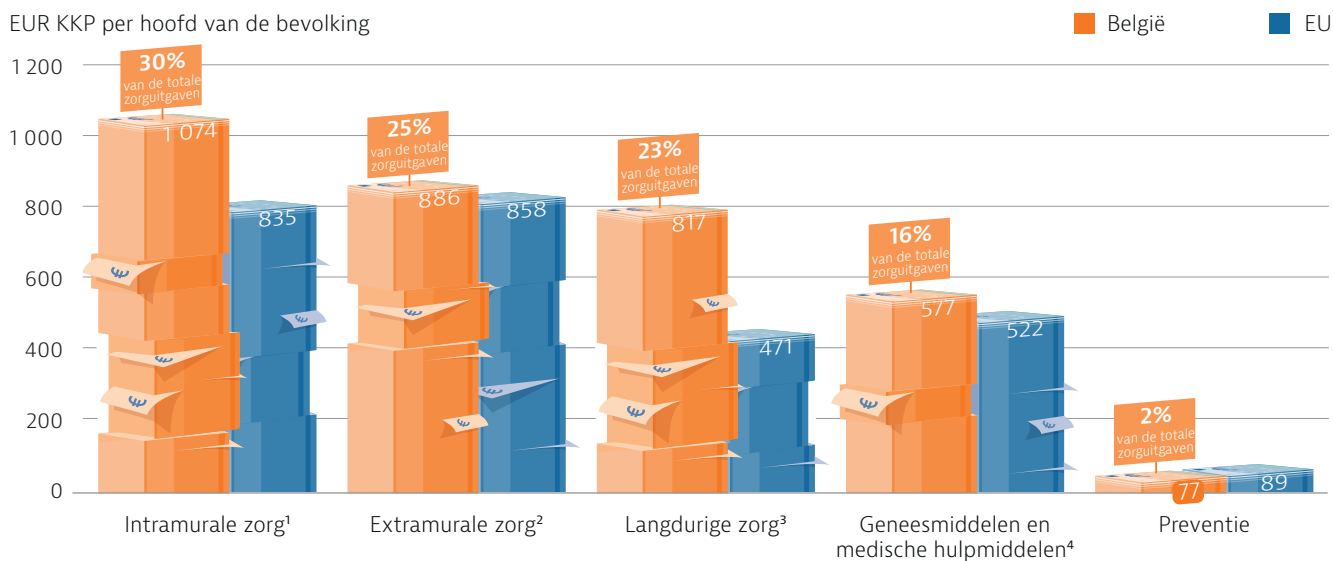
De grootste categorie uitgaven voor gezondheidszorg in België is intramurale zorg (meestal verleend in ziekenhuizen), die goed was voor bijna een derde van alle uitgaven voor gezondheidszorg in 2017 (1 074 EUR per hoofd van de bevolking), een iets hoger aandeel dan het EU-gemiddelde van 29 % (figuur 9). Ongeveer een kwart van de uitgaven voor gezondheidszorg werd toegewezen aan extramurale zorg (886 EUR per hoofd van de bevolking). De uitgaven voor langdurige zorg (de gezondheidscomponent) waren goed voor iets meer dan een vijfde van alle uitgaven voor gezondheidszorg (817 EUR per hoofd van de bevolking), terwijl een zesde van de uitgaven voor gezondheidszorg (577 EUR per hoofd van de bevolking) werd toegewezen aan geneesmiddelen en medische hulpmiddelen die buiten ziekenhuizen worden gebruikt. Onder deze laatste categorie vallen niet de uitgaven voor geneesmiddelen in ziekenhuizen, die worden gerapporteerd onder intramurale of extramurale zorg. Uitgaven voor preventie bedroegen iets meer dan 2 % van alle uitgaven voor gezondheidszorg (77 EUR per hoofd van de bevolking), een lager aandeel dan het EU-gemiddelde van 3,1 %, maar deze omvatten alleen uitgaven voor georganiseerde preventieprogramma's.

**Figuur 8. De uitgaven voor gezondheidszorg liggen boven het EU-gemiddelde, maar lager dan in de buurlanden.**



Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2019 (gegevens voor 2017).

**Figuur 9. De meeste uitgaven voor gezondheidszorg gaan naar intramurale en extramurale zorg, en maar weinig naar preventie**



Opmerking: Administratiekosten zijn niet inbegrepen. 1. Omvat curatieve-revalidatiezorg in het ziekenhuis en in andere instellingen. 2. Met inbegrip van thuiszorg. 3. Omvat alleen de gezondheidscomponent. 4. Omvat alleen de extramurale markt.  
Bronnen: OESO-gezondheidsstatistieken 2019, Eurostat-databank (gegevens voor 2017).

## Keuzevrijheid is een belangrijk kenmerk van het Belgische zorgstelsel

In België staat het patiënten vrij om een huisarts of specialist te raadplegen. Eerstelijnsartsen zijn voornamelijk zelfstandigen die werken in solo- of groepspraktijken; zij worden hoofdzakelijk betaald per geleverde prestatie. Patiënten hebben zonder doorverwijzing toegang tot specialistische en ziekenhuiszorg. In 2017 hadden Belgen gemiddeld zeven raadplegingen met een arts per jaar, een cijfer dat vergelijkbaar is met het EU-gemiddelde.

Er zijn in België recentelijk initiatieven geweest om huisartsen een belangrijker rol te geven, met name bij de behandeling van chronische ziekten. Sinds 2012 is het werken in multidisciplinaire teams in de eerstelijnszorg op verschillende manieren aangemoedigd, met name door het verzamelen van verschillende gezondheidswerkers (waaronder huisartsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten) in wijkgezondheidscentra met een per-capitabetaling, de organisatie van de continuïteit van de diensten van huisartsen buiten kantooruren en het bieden van vaste bedragen voor multidisciplinaire zorg. Specialistische zorg is vooral toegankelijk via de poliklinische afdelingen in het ziekenhuis, maar ook in particuliere praktijken.

Verpleegkundigen spelen ook een sleutelrol bij het verlenen van zorg in ziekenhuizen, in instellingen voor langdurige zorg en thuis. In 2019 werd er een juridisch kader opgesteld voor een nieuwe professionele rol, de verpleegkundig specialist, om een taakverdeling met artsen te ontwikkelen en de loopbaanperspectieven en de loopbaanontwikkeling van de verpleegkundigen

die hun werkgebied willen uitbreiden te verbeteren. Om verpleegkundig specialist te worden is een masterdiploma nodig.

## België heeft relatief weinig artsen, maar veel verpleegkundigen

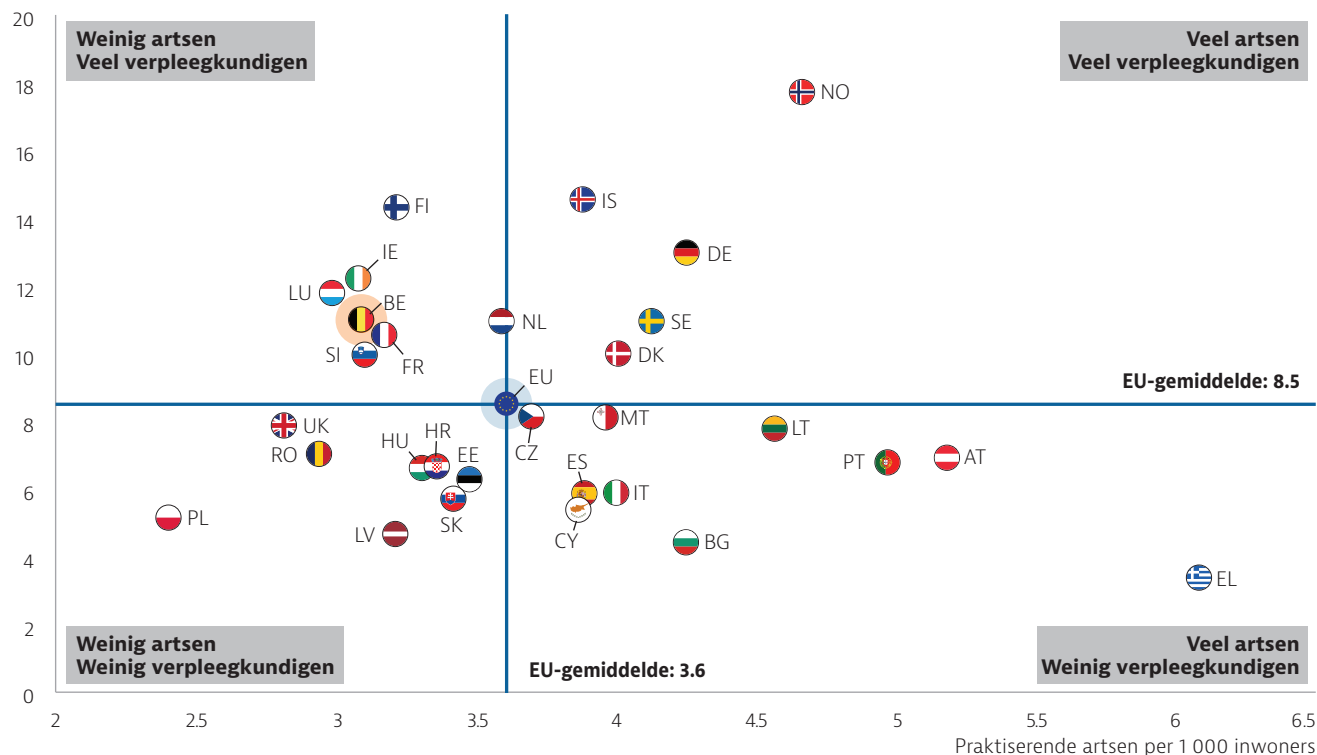
In 2017 bedroeg het aantal praktiserende artsen 3,1 per 1 000 inwoners (figuur 10), ruim onder het EU-gemiddelde (3,6 per 1 000 inwoners)<sup>2</sup>. Het afgelopen decennium is het aantal artsen per hoofd van de bevolking in België langzamer gestegen dan in de meeste EU-landen, maar de toename van het aantal studenten geneeskunde en afgestudeerden in de afgelopen jaren zou moeten bijdragen aan een toename van het aantal artsen in de toekomst (zie deel 5.3). In 2017 was ongeveer 37 % van de artsen huisarts, een groter aandeel dan het EU-gemiddelde (22 %). Maar net als in de meeste andere EU-landen is dit aandeel gedaald (ten opzichte van 42 % in 2000).

Het aantal verpleegkundigen is het afgelopen decennium, zowel in absolute cijfers als in verhouding tot de bevolking, vrij snel gestegen tot 11 verpleegkundigen per 1 000 inwoners in 2016, tegen 9 per 1 000 inwoners in 2005. Dit ligt ruim boven het EU-gemiddelde van 8,5 verpleegkundigen per 1 000 inwoners. Desalniettemin is er in sommige gebieden en ziekenhuizen sprake van een tekort aan verpleegkundigen en moeilijkheden om verplegend personeel aan te werven. Veel verpleegkundigen werken deeltijds, waardoor het daadwerkelijke aanbod van diensten lager ligt.

2: De schatting van het aantal artsen in België is echter enigszins te laag ten opzichte van andere landen, aangezien er een minimumdrempel voor de activiteiten is om als "praktiserend" huisarts te worden beschouwd (500 consulten per jaar), terwijl andere landen deze drempel niet gebruiken.

**Figuur 10. België heeft minder artsen, maar meer verpleegkundigen per hoofd van de bevolking dan het EU-gemiddelde**

Praktiserende verpleegkundigen per 1 000 inwoners



Opmerking: voor Portugal en Griekenland is een te groot aantal praktiserend artsen aangegeven, omdat alle artsen zijn meegeteld die bevoegd zijn een praktijk uit te oefenen (voor Portugal bv. ongeveer 30 % te hoog). Voor Oostenrijk en Griekenland is een te gering aantal verpleegkundigen aangegeven, aangezien alleen de verpleegkundigen die in ziekenhuizen werken, zijn meegeteld.  
Bron: Eurostat-databank (gegevens voor 2017 of het dichtstbijzijnde jaar).

## 5 Prestaties van het zorgstelsel

### 5.1. Doeltreffendheid

**Het sterftecijfer als gevolg van behandelbare oorzaken is laag, maar de sterfte die vermijdbaar is door preventie, ligt dicht bij het EU-gemiddelde**

België doet het goed wat betreft sterfte ten gevolge van behandelbare oorzaken: het behoort tot de 33 % EU-landen met de laagste cijfers. Dit wijst erop dat het zorgstelsel mensen met acute levensbedreigende aandoeningen waarschijnlijk doeltreffend behandelt. De voornaamste oorzaken zijn darmkanker, ischemische hartziekten, borstkanker, beroerte en longontsteking.

In België is de sterfte die vermijdbaar is door preventie, echter hoger dan in veel andere West-Europese landen (zij het onder het EU-gemiddelde), wat erop wijst dat er door middel van volksgezondheids- en preventiebeleid verdere vooruitgang kan worden geboekt bij het terugdringen van het aantal vroegtijdige sterfgevallen. De voornaamste oorzaken van sterfte die vermijdbaar is door preventie, zijn longkanker, zelfdoding, ongevallen (met inbegrip van verkeersongevallen en andere soorten sterfgevallen door ongevallen), chronische aandoeningen

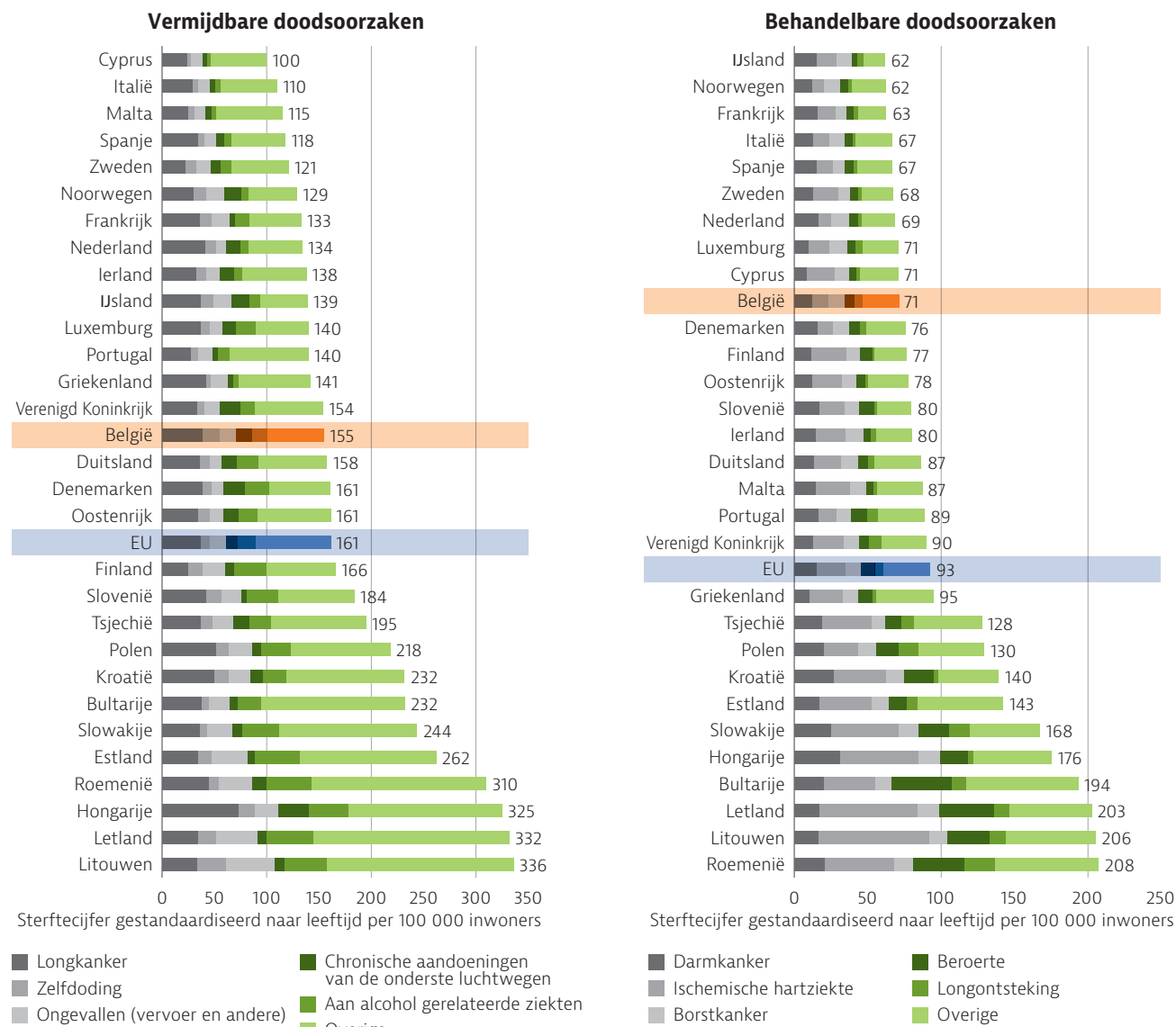
van de onderste luchtwegen en aan alcohol gerelateerde ziekten (figuur 11).

**Versterking van het volksgezondheidsbeleid zou kunnen leiden tot een verlaging van de sterfte die vermijdbaar is door preventie**

Zoals is vermeld in deel 4 besteedt België relatief weinig op het gebied van volksgezondheid en ziektepreventie, waarbij slechts 2,2 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg aan georganiseerde preventieprogramma's wordt toegewezen. Dit is minder dan het EU-gemiddelde van 3,1 %.

Voor het delen van de verantwoordelijkheden voor volksgezondheids- en preventieprogramma's is nauwe intergouvernementele samenwerking nodig (Europese Commissie, 2019). De afgelopen jaren zijn de Belgische gefedereerde entiteiten verschillende initiatieven gestart om het volksgezondheidsbeleid te versterken. Op federaal niveau zijn er enkele maatregelen getroffen om het tabaksgebruik terug te dringen en gezonde voeding te bevorderen. Het tabaksbestrijdingsbeleid omvatte met name een betere vergoeding voor behandelingen voor het stoppen met roken. In 2016 werd een belasting op gezoete dranken ingevoerd, die in 2018 werd verhoogd.

Figuur 11. In België is de sterfte die vermijdbaar is door preventie, hoger dan in veel West-Europese landen



In 2016 werd de belasting op alcohol verhoogd op basis van de hoeveelheid alcohol in dranken. Bovendien is de verkoop van sterke drank aan 16- en 17-jarigen sinds 2018 wettelijk verboden, hoewel ze nog wel bier en wijn kunnen kopen.

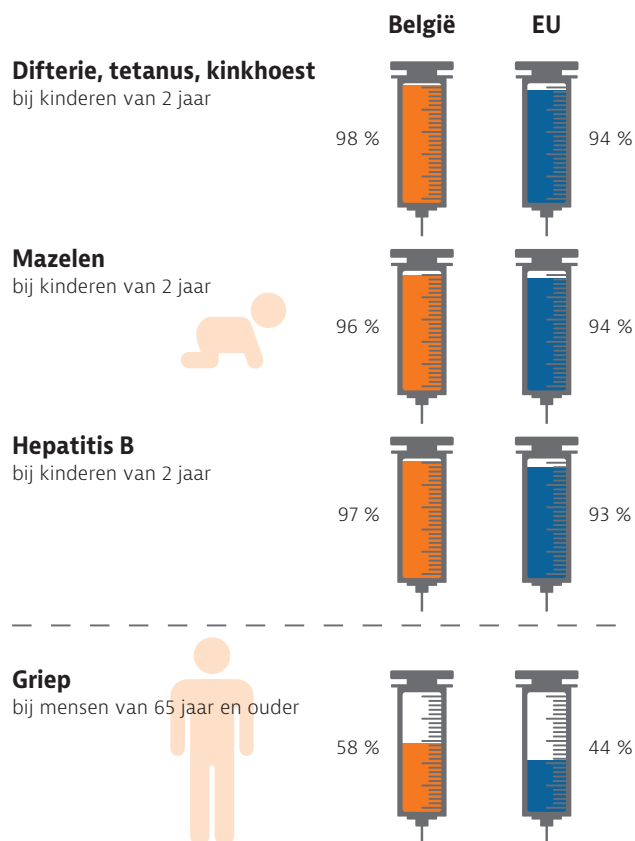
## De vaccinatiegraad is goed onder kinderen, maar lager onder ouderen

Vaccinatie is een van de meest kosteneffectieve volksgezondheidsmaatregelen. De Belgische vaccinatieprogramma's worden op gemeenschapsniveau georganiseerd. Over het algemeen is de vaccinatiegraad onder kinderen hoger dan de WHO-doelstelling van 95 % (figuur 12). De dekking onder de hele bevolking, met inbegrip van volwassenen, is echter niet volledig. Een recente uitbraak van mazelen in 2017 en begin 2018

(voornamelijk in Wallonië) was waarschijnlijk te wijten aan een cluster van kinderen en volwassenen die nooit of onvolledig waren ingeënt.

Onder ouderen is de vaccinatiegraad tegen griep veel lager: slechts 58 % van de mensen ouder dan 65 jaar is in 2018 gevaccineerd, ruim onder het WHO-streefcijfer van 75 %. Het aandeel van de Belgen boven de 65 jaar dat is gevaccineerd tegen griep, is de afgelopen tien jaar gedaald en bedroeg in 2004 64 %. Dit is deels te wijten aan verkeerde informatie en misvattingen over de veiligheid en doeltreffendheid van griepvaccinatie. Hoewel de vaccinatie nooit volledig doeltreffend is voor het voorkomen van alle soorten griep, kan hiermee nog steeds worden voorkomen dat veel ouderen ziek worden. In Vlaanderen werd in 2018-19 een campagne voor griepvaccinatie gehouden die was gericht op gezondheidswerkers.

**Figuur 12. De vaccinatiegraad is hoog onder kinderen, maar lager onder ouderen**



Opmerking: de gegevens hebben betrekking op de derde dosis voor difterie, tetanus, kinkhoest en hepatitis B, en de eerste dosis voor mazelen.  
Bron: WHO/UNICEF Global Health Observatory Data Repository for children (gegevens voor 2018); OESO-gezondheidsstatistieken 2019 en Eurostat-databank voor personen van 65 jaar en ouder (gegevens voor 2017 of het dichtstbijzijnde jaar).

## Meer mogelijk vermijdbare ziekenhuisopnamen dan in veel andere EU-landen

Het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen voor chronische ziekten zoals astma, chronische obstructieve longziekte (COPD), diabetes en congestief hartfalen is de afgelopen tien jaar afgenomen en bevindt zich momenteel over het algemeen op het gemiddelde van de EU (figuur 13). De opnamecijfers voor sommige aandoeningen, zoals astma en COPD, zijn in 2017 ruim boven het EU-gemiddelde gebleven, wat wijst op ruimte voor verbetering om deze aandoeningen beter te behandelen in de eerstelijnszorg. De afgelopen jaren zijn er nieuwe zorgtrajecten voor diabetici ontwikkeld, met multidisciplinaire teams waarbij huisartsen, specialisten en andere zorgverleners zijn betrokken (zie deel 5.3).

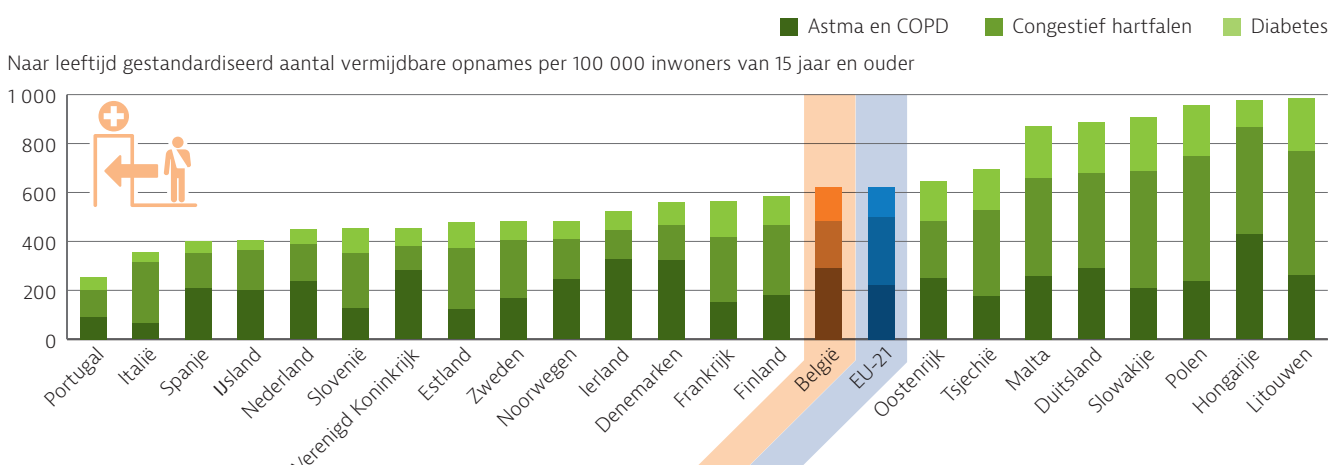
## De zorg en screeningspercentages voor kanker zijn verbeterd

De overleving na een diagnose voor veel voorkomende kankersoorten (borst-, baarmoederhals-, darm- en longkanker) is in België de afgelopen tien jaar toegenomen en ligt hoger dan het EU-gemiddelde, dankzij eerdere diagnoses en doeltreffende behandelingen (figuur 14).

Twee derde (67 %) van de vrouwen van 50-69 jaar gaf in 2018 aan dat zij de afgelopen twee jaar een mammografie hadden ondergaan, een toename ten opzichte van het percentage van ongeveer 60 % in 2001, maar een afname ten opzichte van 75 % in 2013. De regelmatige screening op darmkanker is niet zo wijdverbreid, maar 36 % van de mannen en vrouwen van 50-79 jaar gaf in 2018 aan de afgelopen twee jaar te zijn onderzocht, tegen 10 % in 2008 en 17 % in 2013.

De overlevingspercentages voor sommige zeldzame vormen van kanker kunnen echter aanzienlijk variëren tussen ziekenhuizen, wat ertoe heeft geleid dat België behandelingen voor deze zeldzame vormen van kanker in een beperkt aantal ziekenhuizen heeft gecentraliseerd.

**Figuur 13. Het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen voor chronische ziekten is groter dan in veel EU-landen**



Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2019 (gegevens voor 2017 of het dichtstbijzijnde jaar).



Figuur 14. De vijfjaarsoverleving is voor veel soorten kanker hoger dan het EU-gemiddelde



#### Prostaatkanker

België: 94 %  
EU26: 87 %



#### Borstkanker

België: 86 %  
EU26: 83 %



#### Darmkanker

België: 68 %  
EU26: 60 %



#### Longkanker

België: 18 %  
EU26: 15 %

Opmerking: de gegevens hebben betrekking op mensen die tussen 2010 en 2014 een diagnose hebben gekregen.  
Bron: CONCORD-programma, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

## 5.2. Toegankelijkheid

### De onvervulde medische en tandheelkundige zorgbehoefte is relatief laag, maar hoger bij mensen met een laag inkomen

Hoewel 99 % van de Belgische bevolking verzekerd is, is het voor sommige mensen om financiële of andere redenen moeilijker om medische zorg te krijgen. Ongeveer 7 % van de mensen in het laagste inkomenskwintiel gaf in 2017 aan onvervulde medische behoeften te hebben als gevolg van kosten, afstand of wachttijden, tegen bijna nul (0,1 %) in het hoogste inkomenskwintiel (figuur 15). Het verschil in onvervulde medische behoeften tussen het armste en het rijkste kwintiel is het grootste van alle westelijke EU-landen en ligt boven het EU-gemiddelde (Europese Commissie, 2019).

Voor tandheelkundige zorg zijn de onvervulde behoeften nog groter: 11 % van de mensen in het laagste inkomenskwintiel gaf in 2017 aan een onvervulde behoefte aan tandheelkundige zorg te hebben vanwege financiële redenen, afstand of wachttijden, tegen slechts 0,4 % van het hoogste kwintiel. Dit hoge percentage onder mensen met een laag inkomen is voornamelijk het gevolg van het feit dat tandheelkundige zorg minder wordt gedekt door de wettelijke ziekteverzekering. Deze kloof is ook groter dan het gemiddelde in de EU.

### De eigen bijdrage wordt vooral bepaald door de verkoop van geneesmiddelen en intramurale zorg

Zoals is vermeld in deel 4 wordt er in België een breed scala aan gezondheidsdiensten en goederen gedekt door de ziekenfondsverzekering, maar geldt voor de meeste daarvan een persoonlijk aandeel. Veel Belgen hebben ook een vrijwillige ziekteverzekering, maar het deel van de uitgaven voor de gezondheidszorg dat rechtstreeks door de huishoudens wordt betaald, bedraagt nog steeds 18 %, meer dan het EU-gemiddelde van 16 % (figuur 16).

Een groot deel van de eigen bijdragen vloeit voort uit intramurale zorg (5 %) en geneesmiddelen verstrekt in het ziekenhuis (4 %).

De eigen bijdragen voor tandheelkundige zorg vertegenwoordigen een relatief laag aandeel van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, niet omdat de tandheelkundige zorg goed wordt gedekt door de ziekteverzekering (alleen kinderen onder de 18 jaar worden volledig gedekt), maar omdat de uitgaven voor tandheelkundige zorg doorgaans lager zijn dan die voor de andere hoofdcategoryën.

### Bezorgdheid over het tekort aan artsen heeft geleid tot een toename van het aantal binnenlandse studenten geneeskunde

Zoals is vermeld in deel 4 is het aantal artsen per hoofd van de bevolking in België de afgelopen 15 jaar relatief langzaam toegenomen. De geografische spreiding van artsen is echter gelijkmatiger dan in de meeste andere Europese landen (kader 2).

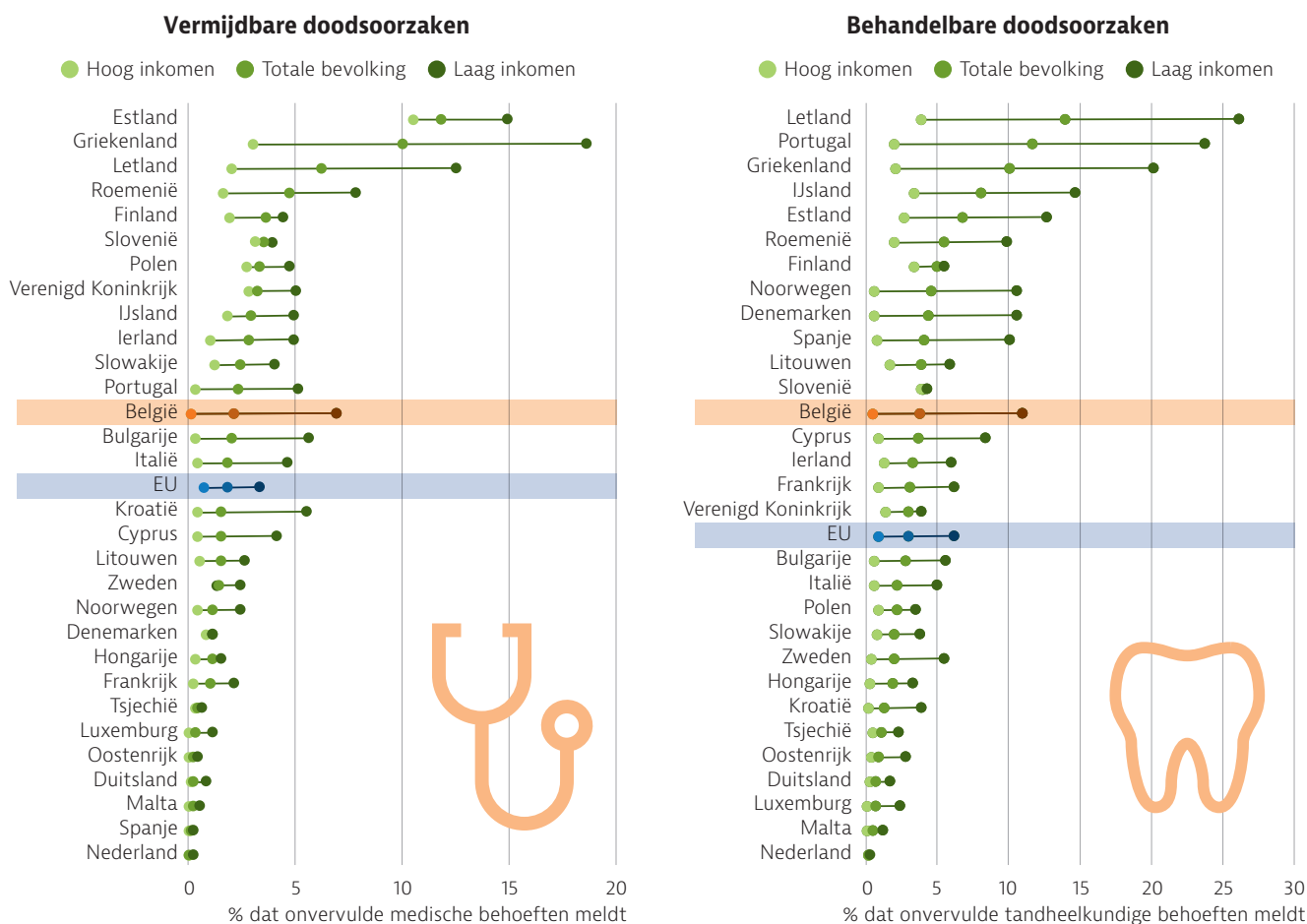
#### Kader 2. De geografische spreiding van huisartsen is gelijkmatiger dan in de meeste EU-landen

De geografische spreiding van huisartsen is in België minder ongelijkmatig dan in de meeste andere EU-landen, waar vaak sprake is van een grote concentratie artsen in de nationale hoofdstedelijke regio (OESO, 2019; figuur 17).

Sinds 2004 wordt in België financiële steun verleend voor de werving en het behoud van huisartsen in plattelandsgebieden. Gezien de verwachte pensioneringsgolf van veel huisartsen in de komende jaren is er in veel regio's een toenemende bezorgdheid over tekorten.

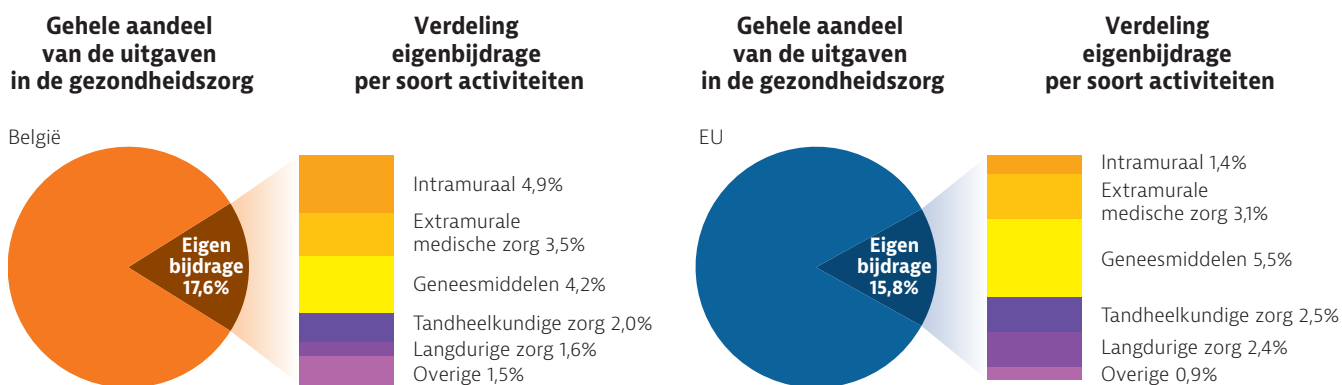


Figuur 15. Belgen met een laag inkomen geven veel vaker aan onvervulde zorgbehoeften te hebben.



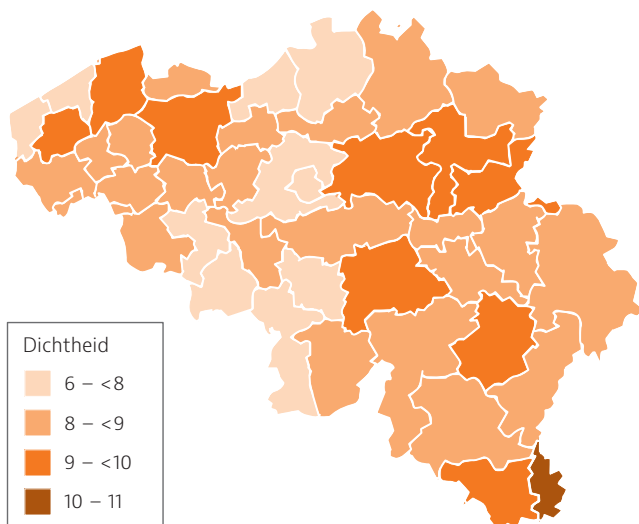
Opmerking: de gegevens hebben betrekking op onvervulde behoeften aan medische of tandheelkundige onderzoeken of behandelingen vanwege kosten, reisafstand of wachttijden. Bij de vergelijking van de gegevens tussen landen moet voorzichtigheid worden betracht, aangezien de gebruikte onderzoeksinstrumenten enigszins verschillen.  
Bron: Eurostat-databank, op basis van EU-SILC (gegevens voor 2017).

Figuur 16. De meeste eigen bijdragen hebben betrekking op geneesmiddelen en intramurale zorg



Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2019 (gegevens voor 2017).

**Figuur 17. De spreiding van huisartsen is in België relatief gelijkmatig**



Bron: RIZIV-INAMI (2019) (gegevens voor 2017): aantal huisartsen per 10 000 verzekerden, in voltijdequivalenten (FTE). Het aantal FTE wordt geschat op basis van de verhouding tussen het individuele inkomen en het mediane inkomen voor hetzelfde specialisme voor artsen tussen 45 en 55 jaar (met een maximum van 1).

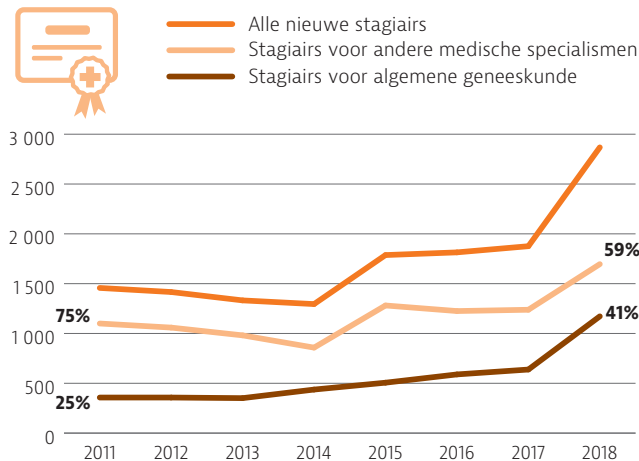
Ongeveer 45 % van de artsen is nu ouder dan 55 jaar, waardoor bezorgdheid ontstaat over groeiende tekorten in de toekomst. Er is in de afgelopen twee decennia in België een planningssysteem voor medische beroepen opgezet en ontwikkeld om het aanbod, de vraag en het potentiële tekort aan artsen in het oog te houden, waardoor de overheid de quota van geneeskundestudenten kan aanpassen (al zitten er verschillende jaren tussen het besluit om het aantal geneeskundestudenten te verhogen en het moment waarop zij beschikbaar zijn als volledig opgeleide artsen). Het aantal toegelaten geneeskundestudenten in België is de afgelopen tien jaar sterk toegenomen als reactie op de verwachte pensioneringsgolf onder de huidige artsen. Bovendien heeft de Franse Gemeenschap in België het aantal internationale studenten beperkt tot niet meer dan 30 % van het totale aantal geneeskundestudenten, op grond van het feit dat het minder waarschijnlijk is dat deze studenten na hun afstuderen in het land zullen blijven<sup>3</sup>.

Het aantal stageplaatsen is de afgelopen jaren ook aanzienlijk toegenomen, met name in de algemene geneeskunde. Het aantal afgestudeerde artsen die hun opleiding in de algemene geneeskunde volgen, is gestegen van ongeveer 350 per jaar tussen 2011 en 2013 tot meer dan 600 in 2017. Het aantal is in 2018 aanzienlijk gestegen tot meer dan 1 100, maar 2018 was een uitzonderlijk jaar, aangezien twee groepen studenten tegelijkertijd zijn afgestudeerd, nadat de studie geneeskunde een aantal jaar geleden met een jaar is ingekort. Het percentage stageplaatsen in de algemene geneeskunde bereikte in 2018 een recordhoogte van

3: De Europese Commissie heeft juridische stappen ondernomen tegen dit besluit wegens schending van het beginsel van het vrije verkeer van personen. De Belgische autoriteiten hebben dit quotum sindsdien kunnen handhaven, op voorwaarde dat zij jaarlijks een rechtvaardiging verstrekken voor de negatieve gevolgen die de schrapping van dit quotum voor hun zorgstelsel zou hebben.

41 %, tegen 25 % in 2011, wat betekent dat er in 2020 een grote golf nieuwe huisartsen beschikbaar moet komen (figuur 18). Dit is echter een eenmalige gebeurtenis en het aantal nieuw opgeleide huisartsen zal naar verwachting de komende jaren kleiner uitvallen.

**Figuur 18. Het aantal stagiairs dat een opleiding in de algemene geneeskunde volgt, is de afgelopen jaren toegenomen**



Bron: Ministerie van Volksgezondheid, Register gezondheidszorgberoepen.

Het aantal afgestudeerde verpleegkundigen is de afgelopen tien jaar ook sterk toegenomen om in te spelen op de toenemende vraag naar verpleegkundigen en zorgen over tekorten, met name in het licht van de vergrijzing onder verpleegkundigen, waarbij het aantal nieuwe afgestudeerden steeg van ongeveer 4 500 in 2010 tot meer dan 7 000 in 2018. Deze stijging viel samen met de uitvoering van een plan om het beroep aantrekkelijker te maken door de arbeidsomstandigheden, de loopbaanvooruitzichten en de maatschappelijke erkenning van verpleegkundigen te verbeteren.

In 2016 is in de Franse Gemeenschap de duur van een universitaire bachelorgraad in de verpleegkunde verhoogd van drie naar vier jaar en van een verpleegkundigdiploma van drie tot drieënhalve jaar om te voldoen aan de eis van de Europese richtlijn betreffende de erkenning van beroepskwalificaties. Dit zal in 2019 leiden tot een sterke daling van het aantal afgestudeerden in de Franse Gemeenschap.

Een grotere zorg is dat het aantal studenten dat zich inschrijft voor de scholen voor verpleegkunde, de afgelopen jaren is gedaald (met ongeveer 10 %), waarschijnlijk ten gevolge van de langere studie zonder een duidelijke verbetering van de arbeidsomstandigheden, waardoor deze programma's wellicht minder aantrekkelijk zijn geworden.

## 5.3. Aanpassingsvermogen<sup>4</sup>

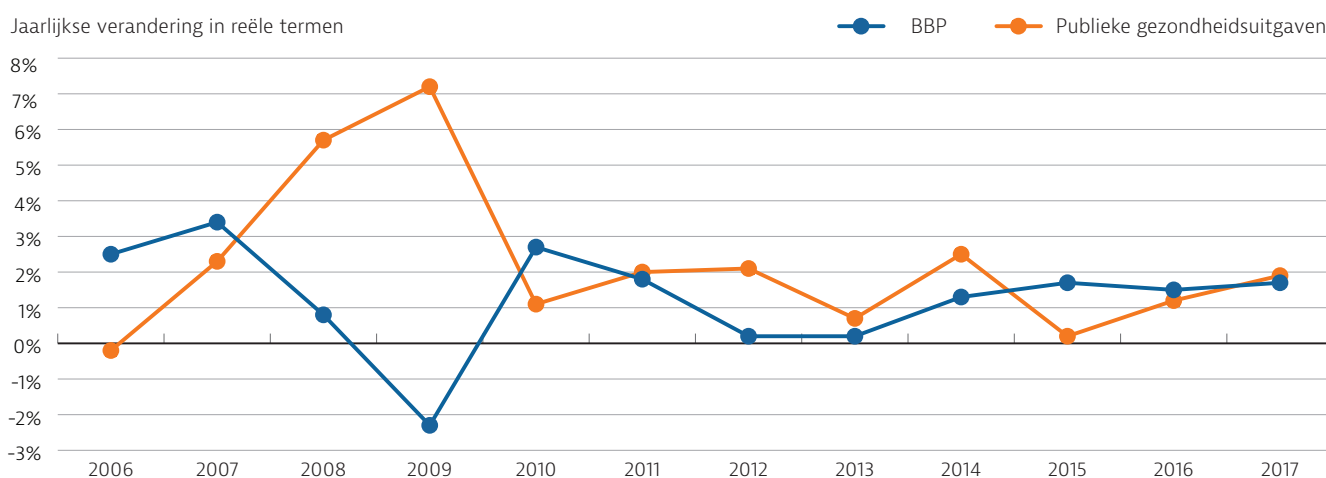
### De uitgaven voor gezondheidszorg zijn de afgelopen jaren gelijk opgegaan met de groei van het bbp

Na de economische crisis van 2008-09 stegen de totale uitgaven voor gezondheidszorg tussen 2009 en 2017 gemiddeld met 1,6 % per jaar, dicht bij het EU-gemiddelde. De overheidsuitgaven voor gezondheidszorg stegen ook in een gematigd tempo, in overeenstemming met de trage groei van de economie (figuur 19).

Vooruitblikkend wordt verwacht dat de vergrijzing en de technologische vooruitgang de komende decennia

de druk op de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg zullen vergroten. Volgens de laatste prognoses van de Europese Commissie zullen de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg tussen 2016 en 2070 naar verwachting echter met slechts 0,4 procentpunt van het bbp toenemen, ervan uitgaande dat de recente maatregelen voor kostenbeheersing worden gehandhaafd. Verwacht wordt dat de druk op de begroting groter zal zijn voor de uitgaven voor langdurige zorg, met een verwachte stijging van de overheidsuitgaven van 2,3 % van het bbp in 2016 tot 4,0 % in 2070, waardoor de bezorgdheid over de budgettaire houdbaarheid groter wordt (Europese Commissie-EPC, 2018).

Figuur 19. De uitgaven voor gezondheidszorg zijn sinds 2010 gelijk opgegaan met het BBP



Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2019; Eurostat-databank.

### De efficiëntie van ziekenhuizen is sinds 2000 verbeterd, maar er kan nog meer vooruitgang worden geboekt

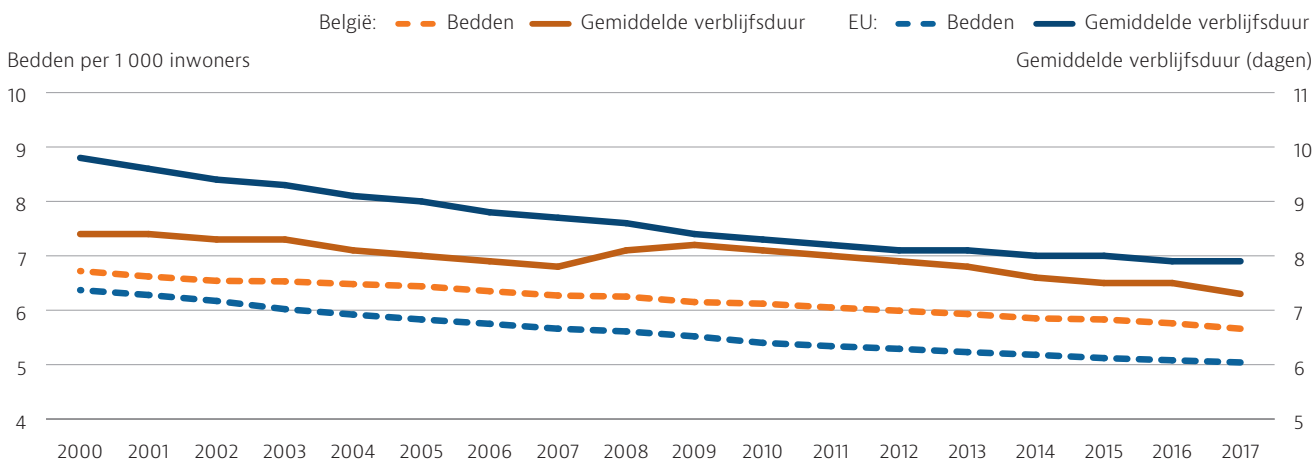
Sinds 2000 is de ziekenhuissector efficiënter geworden. De gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis is gedaald van ruim acht dagen tot zeven dagen in 2017, lager dan het EU-gemiddelde van acht dagen (figuur 20). Het aantal ziekenhuisbedden per hoofd van de bevolking is ook gestaag gedaald, hoewel het nog steeds boven het EU-gemiddelde ligt.

Het Belgische zorgstelsel is ook begonnen met een verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg en dagchirurgie. Hoewel de invoering van dagchirurgie voor sommige ingrepen en ziekenhuizen snel is verlopen, is dit voor andere niet het geval. Zo varieerde het percentage dagchirurgie voor laparoscopische cholecyctomie (verwijdering van de galblaas) in 2011-13 van 0 tot 60 %, afhankelijk van het ziekenhuis (Leroy et al., 2017).

### Recente initiatieven bevorderen passend gebruik van medische procedures en geneesmiddelen

In 2017 heeft de Cel Doelmatige Zorg van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een programma opgezet om onnodige of ongeschikte zorg aan te pakken door nauw samen te werken met medische verenigingen. In 2019 wordt in het kader van dit programma bekeken wat de verschillen in het gebruik van 40 verschillende diagnostische en chirurgische procedures zijn per geografisch gebied en ziekenhuis om na te gaan waar het gebruik bijzonder hoog lijkt. Zo worden er in het ene district bijna twee keer zoveel tonsillectomieën (de verwijdering van amandelen, een operatie die voornamelijk bij kinderen plaatsvindt) uitgevoerd als in het andere, zonder enig bewijs dat de behoeften in bepaalde districten groter zijn dan in andere (INAMI-RIZIV, 2019).

<sup>4</sup>: Met aanpassingsvermogen wordt bedoeld het vermogen van zorgstelsels om zich doeltreffend aan te passen aan veranderende omstandigheden, plotselinge gebeurtenissen of crisissen.

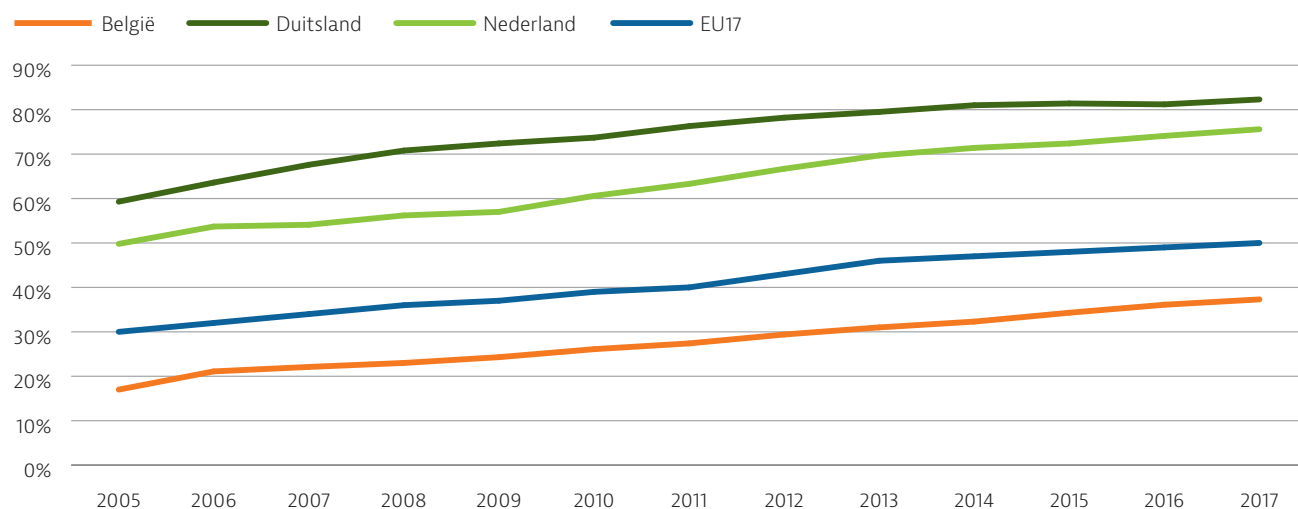
**Figuur 20. Het aantal ziekenhuisbedden en de gemiddelde verblijfsduur zijn sinds 2000 gedaald**

Opmerking: er ontbreken gegevens over de gemiddelde verblijfsduur in België in 2008.  
Bron: Eurostat-databank.

### Er worden initiatieven genomen om de toegang tot nieuwe geneesmiddelen tegen betaalbare kosten te verbeteren

Een groot deel van de eigen bijdragen heeft betrekking op geneesmiddelen. Omdat de toegang tot nieuwe geneesmiddelen zeer duur kan zijn, heeft België een aantal initiatieven genomen om de toegang tot nieuwe geneesmiddelen tegen betaalbare kosten te verbeteren. Het land is afhankelijk van de evaluatie van gezondheidstechnologie (EGT) om beslissingen omtrent de terugbetaling van geneesmiddelen te nemen en bewijsmateriaal te verstrekken omtrent bepaalde medische technologieën en ingrepen. België is één van de oprichters van het nieuwe BeNeLuxA-initiatief inzake gezamenlijke EGT, horizonverkenning, de informatie-uitwisseling en onderhandelingen over tarieven en vergoeding van nieuwe geneesmiddelen (kader 3).

Voor geneesmiddelen die al op de markt zijn, heeft België sinds 2002 een intern systeem van referentieprijzen opgezet, waarin de kostendeckering van geneesmiddelen die tegen een betaalbare prijs substitueerbaar zijn, wordt vastgesteld. Dit systeem omvat generische geneesmiddelen, originele merkproducten die worden verkocht tegen de prijs van generische geneesmiddelen en biosimilaire geneesmiddelen. Daarnaast heeft het land financiële stimulansen gegeven voor de aankoop van generische geneesmiddelen, heeft generische voorschriftenquota vastgesteld voor huisartsen en specialisten en onlangs verhoogd en heeft het verplichte substitutie door apothekers ingevoerd voor sommige categorieën geneesmiddelen, zoals antibiotica en antischimmelmiddelen. De markt voor generische geneesmiddelen is meer dan verdubbeld van 17 % in 2005 tot 37 % in 2017 (figuur 21). In dezelfde periode is de waarde van de markt voor generische geneesmiddelen gestegen van 8 % tot 13 %, maar blijft deze lager dan in andere EU-landen zoals Nederland en Duitsland.

**Figuur 21. Het aandeel van de markt voor generische geneesmiddelen blijft lager dan in andere EU-landen**

Opmerking: de gegevens hebben betrekking op het aandeel generische geneesmiddelen in volume.  
Bron: OESO-Gezondheidsstatistieken 2019.

### Kader 3. België probeert via het initiatief BeNeLuxA zijn capaciteit voor horizonverkenning te ontwikkelen

Het BeNeLuxA-initiatief is in 2015 van start gegaan en werd aanvankelijk gevormd door België, Nederland, Luxemburg en Oostenrijk. In 2018 heeft Ierland zich aangesloten. Het doel is de efficiëntie van de beoordeling te vergroten en de processen van de prijsstelling en vergoeding te versterken om de positie van de betaler op de markt te verbeteren.

In 2018 hebben de BeNeLuxA-landen het 'International Horizon Scanning Initiative' gelanceerd. Hiermee zouden nieuwe producten worden beoordeeld op basis van de voorspelde effecten ervan op de gezondheid van de patiënten, de organisatie van de zorgstelsels en de potentiële kosten voor de overheidsfinanciën.

Er hebben zich inmiddels meer dan tien landen (naast de BeNeLuxA-leden) bij dit project aangesloten. Gezien de potentiële impact van nieuwe dure geneesmiddelen op de toegang tot de gezondheidszorg op lange termijn en de budgettaire houdbaarheid ervan, wordt meer gedetailleerde voorspellende informatie steeds belangrijker.

### Betere integratie van eerstelijnszorg

De federale en gefedereerde entiteiten (gewesten en gemeenschappen) hebben erkend dat het in de context van de vergrijzing en het toenemende aantal chronische ziekten van belang is de eerstelijnszorg te versterken. In 2015 hebben de federale en gefedereerde entiteiten het nationale plan "Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid" goedgekeurd. Dit ging gepaard met de publicatie van een gids waarin de volgende "Triple Aim" van meer geïntegreerde zorg werd geschetst: a) de levenskwaliteit van patiënten met chronische ziekten verbeteren; b) de gezondheid van de bevolking verbeteren; en c) beter gebruikmaken van de middelen die besteed worden aan zorg door efficiënter te werken. De uitvoeringsstrategie volgt een bottom-upbenadering via regionale proefprojecten. Deze zullen vier jaar in beslag nemen en zullen enige overheidsfinanciering ontvangen.

In 2015 is de Vlaamse Gemeenschap ook begonnen met een hervorming van de eerstelijnszorg, met als doel een meer persoonsgerichte geïntegreerde zorg, mede op basis van een sterke participatieve en bottom-upaanpak. In 2017 werd een "hervormingstraject voor eerstelijnszorg" goedgekeurd en vervolgens uitgevoerd door middel van proefprojecten. Er zijn ook twee initiatieven gestart om de regelgeving met betrekking tot het verlenen van eerstelijnszorg en het verlenen van thuiszorg en zorg voor ouderen te herzien.

In de Franstalige Gemeenschap wordt daarnaast ook voorrang gegeven aan een betere integratie van de diensten en de bevordering van de toegang tot zorg, met name door de plaatsing van artsen in gebieden met weinig dekking te ondersteunen.

### België heeft een nieuw eGezondheidsplan voor 2019-21 goedgekeurd

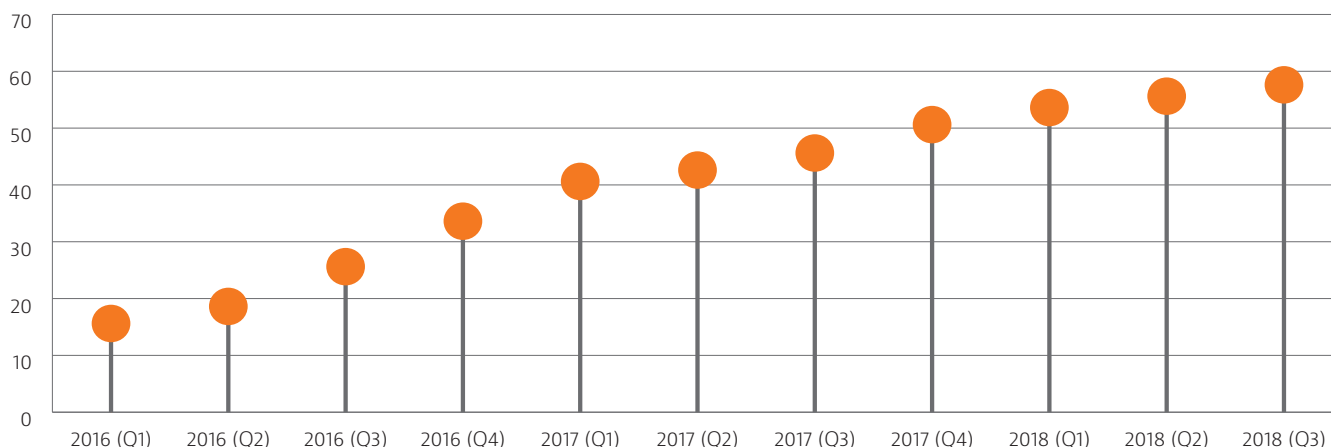
In februari 2019 heeft België een nieuw eGezondheidsplan voor de periode 2019-21 goedgekeurd, dat voortbouwt op het vorige plan uit 2013-18. De uitvoering van verschillende reeds lopende eGezondheidsprojecten gaat door en tegelijkertijd worden er nieuwe digitale instrumenten ontwikkeld die zijn gericht op zorgverleners en patiënten (eGezondheid, 2019).

Het nieuwe eGezondheidsplan zal de initiatieven voor het digitaliseren en uitwisselen van informatie in de eerstelijnszorg en in ziekenhuizen verder versterken. In 2018 gebruikte bijna 60 % van de huisartsen het elektronisch globaal medisch dossier dat via MyCareNet toegankelijk is, tegenover minder dan 20% begin 2016 (Figuur 22). Huisartsen maken ook steeds meer gebruik van elektronische voorschriften. In november 2018 werden meer dan 4 000 000 voorschriften (ongeveer de helft van het totaal) elektronisch voorgeschreven, en in 2020 worden elektronische voorschriften verplicht voor huisartsen.

Het nieuwe eGezondheidsplan voorziet in de verdere ontwikkeling van mobiele gezondheidszorg (medische praktijken die ondersteund worden door mobiele apparaten, "m-gezondheidszorg" of "mHealth"). Er werd een nieuw systeem opgezet voor de evaluatie en validering van mHealth-toepassingen, en er werden er in april 2019 zes gevalideerd, waaronder bijvoorbeeld de applicatie AirView om slaapstoornissen en ademstilstanden te monitoren. Het nieuwe eGezondheidsplan voorziet in de verdere ontwikkeling van de uitwisseling van informatie met patiënten via een nieuw beveiligd online platform, de "personal health viewer", dat de patiënt rechtstreeks relevante en veilige gezondheidsinformatie verstrekt. België ontwikkelt ook een nieuwe openbare website "Gezond België" om de beschikbaarheid en het gebruik van gezondheidsinformatie te verbeteren.

**Figuur 22. Het aandeel van huisartsen die een elektronisch medisch dossier gebruiken is sterk gestegen**

% huisartsen die een elektronisch globaal medisch dossier gebruiken door MyCareNet



Bron: Devos et al., 2019.

### Er wordt steeds meer door de patiënt verstrekte informatie verzameld en gebruikt

In 2013 is de Belgische Gezondheidsenquête begonnen met het volgen van de ervaringen van patiënten in de omgang met de aanbieders van eerstelijnszorg, om meer informatie te verstrekken over de kwaliteit van de verleende zorg. Daarnaast zal er in een nieuw pay-for-performanceprogramma voor ziekenhuizen door patiënten verstrekte informatie worden gebruikt als onderdeel van een bredere reeks indicatoren voor de toewijzing van extra betalingen op basis van de kwaliteit (kader 4).



#### Kader 4. Patiëntgerapporteerde metingen nemen toe, met inbegrip van de eerste ervaringen met het gebruik van pay-for-performance-stimulansen.

Het rapport over de prestaties van het Belgische gezondheidssysteem bevat indicatoren over door de patiënt gerapporteerde ervaringen als onderdeel van een bredere reeks indicatoren voor het toezicht op de toegankelijkheid, kwaliteit, efficiëntie en billijkheid van het zorgstelsel (Devos et al., 2019). Deze indicatoren komen grotendeels uit de nationale Gezondheidsenquête. Dit zijn vier indicatoren van de ervaringen van patiënten op het gebied van eerstelijnszorg, gebaseerd op de OESO-module.

In 2018 introduceerde de regering een pay-for-performanceprogramma voor ziekenhuizen, met vrijwillige deelname. Het programma is niet alleen gebaseerd

op de omvang van de verleende zorg, maar ook op de beoordeling van de ervaringen van patiënten. Van maximaal 80 punten kunnen de ziekenhuizen 10 punten halen door een enquête over de ervaringen van patiënten uit te voeren en nog eens 5 punten door positieve scores te krijgen in de twee vragen met betrekking tot de patiëntervaring. De totale begroting die via het programma wordt uitgekeerd, is relatief klein: in 2018 iets meer dan 6 miljoen EUR voor 102 ziekenhuizen. Bijna alle ziekenhuizen gebruikten een enquête om de patiëntgerapporteerde ervaringen in 2018 te beoordelen; er zullen meer van deze ervaringen en meer patiëntgerapporteerde uitkomsten in het programma worden opgenomen.



## 6 Belangrijkste bevindingen

- De levensverwachting in België is sinds 2000 met bijna vier jaar toegenomen, maar er zijn nog steeds grote verschillen op basis van geslacht en tussen sociaaleconomische groepen: de laagst opgeleide mannen leven ongeveer zes jaar korter dan de hoogst opgeleide mannen. Hoewel deze kloof iets kleiner is dan het EU-gemiddelde, is het één van de grootste van de West-Europese landen. Deze verschillen zijn voor een groot deel te wijten aan een grotere blootstelling aan milieu- en gedragsgerelateerde risicofactoren.
- Sommige gedragsgerelateerde risicofactoren, zoals roken, zijn doeltreffend aangepakt, maar overmatig alcoholgebruik blijft een groot probleem voor de volksgezondheid. De toename van overgewicht en obesitas onder adolescenten en volwassenen is ook een groeiende zorg. Er blijft ruimte voor verbetering van de coördinatie tussen de federale en gefedereerde entiteiten om de preventie te versterken en tegelijkertijd de aanbieders van eerstelijnszorg ertoe aan te zetten een grotere rol te spelen bij het bevorderen van een gezonde levensstijl voor de hele bevolking.
- België besteedt een relatief hoog aandeel van zijn bbp aan gezondheidszorg (10,3 % in 2017 tegen een EU-gemiddelde van 9,8 %) en bijna 80 % van de uitgaven voor gezondheidszorg wordt door de overheid gefinancierd. De verlaging van het plafond voor de groei van de overheidsuitgaven sinds 2013 heeft ertoe bijgedragen dat de groei gelijk is opgegaan met de groei van het bbp. Gezien de bestaande maatregelen wordt verwacht dat de druk op de begroting in de toekomst hoofdzakelijk zal voortvloeien uit de toenemende behoefte aan langdurige zorg als gevolg van de vergrijzing, wat een potentieel risico voor de budgettaire houdbaarheid met zich meebrengt.
- De toegang tot gezondheidszorg is over het algemeen goed, maar eigen bijdragen zijn gebruikelijk en 18 % van de uitgaven voor gezondheidszorg wordt rechtstreeks door de huishoudens gedragen, een groter aandeel dan het EU-gemiddelde van 16 %. Mensen met een laag inkomen melden relatief veel onvervulde behoeften aan medische zorg, en zelfs meer voor tandheelkundige zorg, voornamelijk om financiële redenen. Dit houdt vooral verband met de lagere dekking van tandheelkundige zorg door de wettelijke ziekteverzekering.
- Hoewel het aantal artsen in België de afgelopen 15 jaar langzaam is toegenomen, is ongeveer 45 % van de artsen nu ouder dan 55 jaar, wat zorgt voor bezorgdheid over toenemende tekorten in de toekomst. In reactie hierop is het aantal toegelaten geneeskundestudenten de afgelopen jaren sterk toegenomen en is een toenemend aantal stageplaatsen opengesteld voor algemene geneeskunde om het aanbod van huisartsen in de toekomst te vergroten.
- België heeft sinds 2015 verschillende stappen ondernomen om de eerstelijnszorg te versterken en een betere geïntegreerde zorg voor mensen met chronische aandoeningen te bevorderen. Er zijn een aantal proefprojecten opgezet om nieuwe verzorgings- en financieringsmodellen te testen, met name door multidisciplinair teamwork voor patiënten met chronische ziekten, zoals diabetes, aan te moedigen.
- De wettelijke ziekteverzekering is in 2017 gaan samenwerken met medische verenigingen om een beter gebruik van gezondheidsdiensten te bevorderen; in 2019 had dit programma betrekking op meer dan 40 diagnostische en chirurgische procedures. Uit dit werk komen signalen naar voren van het mogelijk verkeerde gebruik van bepaalde diensten in bepaalde geografische gebieden, en van mogelijkheden om bepaalde activiteiten te verschuiven van intramurale zorg naar dagzorg.
- De afgelopen jaren zijn tal van maatregelen getroffen om de digitale transformatie van het zorgstelsel te versnellen, met name om het gebruik van elektronische medische dossiers en elektronische recepten te ontwikkelen. Het eGezondheidsplan voor 2019-21 zal de digitale transformatie verder voortzetten en het scala van digitale instrumenten waarover gezondheidswerkers en patiënten beschikken, uitbreiden.



# Belangrijkste bronnen

OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Health Systems and Policy Monitor: Belgium*, <https://www.hspm.org/countries/belgium25062012/countrypage.aspx>.

## Referenties

Devos C et al. (2019), *Performance of the Belgian Health System – Report 2019*. KCE Report 313. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Brussels.

eHealth (2019), *Portail des services de l'eSanté [eHealth Services Portal] – Roadmap 3.0*, <https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/roadmap-30/roadmap-30>.

IHME (2018), *Global Health Data Exchange*, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

European Commission (2019), *Country Report Belgium 2019*. 2019 European Semester. Brussels.

European Commission (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)*, Institutional Paper 079. May 2018. Brussels.

INAMI-RIZIV (2019), *Medical practice variations – Respiratory system – Tonsillectomy-adenoidectomy*, <https://www.healthybelgium.be/en/medical-practice-variations/respiratory-system/tonsillectomy-adenoidectomy>

Leroy R et al. (2017), *Proposals for a Further Expansion of Day Surgery in Belgium*, KCE Report 282. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Brussels.

OECD (2019), *Health at a Glance: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Sciensano (2019), *Health Status Report 2019: the State of Health in Belgium*. Sciensano, Brussels.

## Landenafkortingen

België	BE	Finland	FI	Italië	IT	Nederland	NL	Slovenië	SI
Bulgarije	BG	Frankrijk	FR	Kroatië	HR	Noorwegen	NO	Slowakije	SK
Cyprus	CY	Griekenland	EL	Letland	LV	Oostenrijk	AT	Spanje	ES
Denemarken	DK	Hongarije	HU	Litouwen	LT	Polen	PL	Tsjechië	CZ
Duitsland	DE	Ierland	IE	Luxemburg	LU	Portugal	PT	Verenigd Koninkrijk	UK
Estland	EE	IJsland	IS	Malta	MT	Roemenië	RO	Zweden	SE

# State of Health in the EU

## Landenprofiel gezondheid 2019

De landenprofielen zijn een belangrijke stap voor kennisbemiddeling in de State of Health in the EU cyclus van de Europese Commissie, die tot stand is gekomen met financiële ondersteuning van de Europese Unie. De profielen zijn het resultaat van een samenwerking tussen de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en het European Observatory on Health Systems and Policies, in samenwerking met de Europese Commissie.

De beknopte beleidsgerelateerde profielen zijn gebaseerd op een transparante en consistente methode waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens worden gebruikt, die op flexibele wijze aan de context van elke EU-/EER-lidstaat is aangepast. Zij dienen als middel om van elkaar te leren en vrijwillig informatie uit te wisselen ten gunste van beleidsmakers en belangengroepen.

In elk landenprofiel wordt een korte samenvatting gegeven van:

- de gezondheidstoestand in het land;
- de gezondheidsdeterminanten, met bijzondere aandacht voor gedragsgerelateerde risicofactoren;
- de organisatie van het zorgstelsel;
- de doeltreffendheid, de toegankelijkheid en het aanpassingsvermogen van het zorgstelsel.

De Commissie licht de belangrijkste bevindingen van deze profielen toe in een begeleidend verslag.

Zie voor meer informatie: [ec.europa.eu/health/state](http://ec.europa.eu/health/state)

Gelieve deze publicatie te citeren als: OESO/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *België: Landenprofiel gezondheid 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264508873 (PDF)  
Series: State of Health in the EU  
SSN 25227041 (online)