



State of Health in the EU

België

Landenprofiel Gezondheid 2017

De landenprofielreeks

De landenprofielen geven een beknopt en beleidsgerelateerd overzicht van de gezondheid en de zorgstelsels in de EU-lidstaten, waarbij met name wordt ingegaan op de bijzondere kenmerken en uitdagingen in elk land. Zij zijn bedoeld om de lidstaten te ondersteunen bij hun op feiten gebaseerde beleidsvorming.

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 dankt de lidstaten en het netwerk van de Health Systems and Policy Monitor (HSPM) voor hun waardevolle opmerkingen en suggesties.

Inhoud

| | |
|------------------------------------|----|
| 1 • HOOFDPUNTEN | 1 |
| 2 • GEZONDHEID IN BELGIË | 2 |
| 3 • RISICOFACTOREN | 4 |
| 4 • HET ZORGSTELSEL | 6 |
| 5 • PRESTATIES VAN HET ZORGSTELSEL | 9 |
| 5.1 Doeltreffendheid | 9 |
| 5.2 Toegankelijkheid | 11 |
| 5.3 Aanpassingsvermogen | 12 |
| 6 • BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN | 16 |

Gegevens- en informatiebronnen

Deze landenprofielen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de aan Eurostat en de OESO verstrekte officiële nationale statistieken, die in juni 2017 zijn gevalideerd om de vergelijkbaarheid van de gegevens te optimaliseren. 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 Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), de onderzoeken naar het gezondheidsgedrag bij schoolgaande kinderen (HBSC) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), alsmede uit nationale bronnen.

De EU-gemiddelden betreffen gewogen gemiddelden van de 28 EU-lidstaten, tenzij anders is vermeld.

U kunt het Excel-werkblad met alle tabellen en grafieken van dit profiel downloaden door de volgende StatLinks in uw internetbrowser te typen:

<http://dx.doi.org/10.1787/888933623704>

Demografische en sociaal-economische context in België, 2015

| | België | EU |
|------------------------------|---|---------|
| Demografische factoren | Bevolking (x 1 000) | 509 394 |
| | Aandeel van de bevolking boven 65 (%) | 18,9 |
| | Vruchtbaarheidscijfer ¹ | 1,6 |
| Sociaal-economische factoren | Bbp per inwoner (EUR PPP ²) | 28 900 |
| | Relatieve armoede ³ (%) | 10,8 |
| | Werkloosheid (%) | 9,4 |

1. Aantal geboren kinderen per vrouw in de leeftijd van 15 tot 50 jaar.

2. In de koopkrachtpariteit (Purchasing power parity, PPP) 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 50 % 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 mag niet als het officiële standpunt van de Europese Unie worden beschouwd.

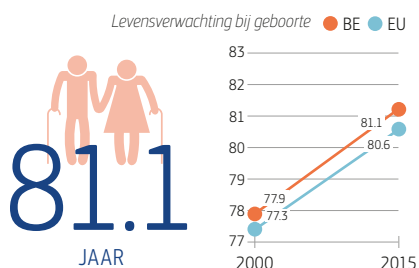
Met dit document en de daarin opgenomen gegevens en kaarten wordt geen standpunt ingenomen over de status of de soevereiniteit van enig gebied, noch over de afbakening van internationale grenzen of de naam van gebieden of steden.

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

1 Hoofdpunten

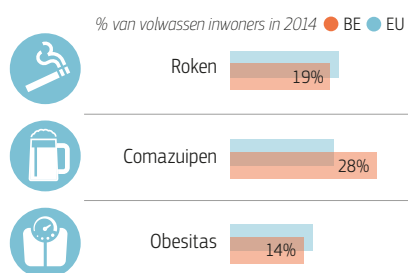
De gezondheidstoestand van de Belgische bevolking is sinds 2000 verbeterd. Mensen leven langer, hoewel er grote verschillen per geslacht en sociaaleconomische groep blijven bestaan. Het Belgische zorgstelsel presteert goed als het gaat om het redden van levens van personen die acute zorg behoeven. Een van de belangrijkste uitdagingen is het versterken van preventie en eerstelijnszorg waardoor de volksgezondheid kan verbeterd en ongelijkheden inzake gezondheid kunnen verminderd worden.

Gezondheidstoestand



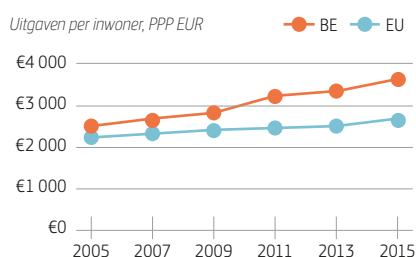
De levensverwachting bij de geboorte lag in 2015 op 81,1 jaar. Met een stijging ten opzichte van 2000 (77,9 jaar) blijft dit nog steeds boven het EU-gemiddelde. Het grootste deel van de toename in levensverwachting is het resultaat van een daling van het sterftecijfer na de leeftijd van 65. Weliswaar mogen Belgische vrouwen van 65 jaar verwachten dat zij slechts ongeveer de helft van hun resterende levensjaren zullen doorbrengen in goede gezondheid. Voor mannen is dat ongeveer 60 %.

Risicofactoren



In 2014 rookte bijna één op de vijf volwassenen in België dagelijks. Dit ligt dichtbij het EU-gemiddelde, maar ligt ver boven de best presterende landen (bv. 12 % in Zweden). Bijna drie op de tien volwassenen rapporteren regelmatig grote hoeveelheden alcohol te drinken, ver boven het EU-gemiddelde. Obesitas is gestegen in België: volgens zelf-gerapporteerde gegevens is één op de zeven volwassenen momenteel zwaarlijvig (en volgens werkelijke metingen van lengte en gewicht bijna één op de vijf, 19 %).

Gezondheidsuitgaven

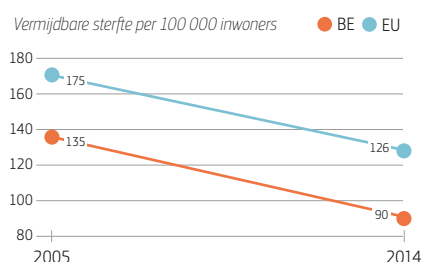


De gezondheidsuitgaven in België zijn in de laatste tien jaar gestaag gestegen en zijn hoger dan in de meeste EU-landen. In 2015 gaf België 3 568 euro per inwoner uit aan gezondheidszorg, bij een EU-gemiddelde van 2 797 euro. Dit komt overeen met 10,5 % van het Belgische bbp, wat een stijging ten opzichte van 2005 (9,0 %) inhoudt en boven het EU-gemiddelde van 9,9 % ligt. 77 % van de totale gezondheidsuitgaven worden gedaan door de overheid (dichtbij het EU-gemiddelde). Het merendeel van de overige uitgaven wordt rechtstreeks door de huishoudens betaald.

Prestaties van het zorgstelsel

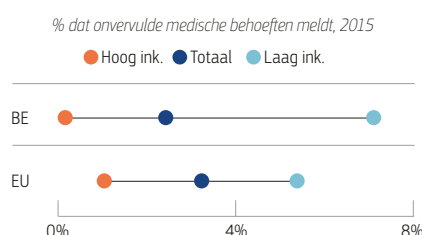
Doeltreffendheid

De vermijdbare sterfte ligt in België lager dan in de meeste EU-landen, wat aangeeft dat personen die acute zorg behoeven in het Belgische zorgstelsel doeltreffend worden behandeld.



Toegankelijkheid

De toegang tot gezondheidszorg is in België over het algemeen goed, maar er zijn belangrijke verschillen in onvervulde zorgbehoeften per inkomensgroep.



Aanpassingsvermogen

Efficiëntie in ziekenhuiszorg is verbeterd, maar betere preventie (waarvoor met name de drie deelstaten verantwoordelijk zijn) en eerstelijnszorg vormen een uitdaging. Het aanpakken van deze uitdagingen vereist een sterke coördinatie tussen verschillende overheidsniveaus, gebaseerd op gemeenschappelijke doelen.



2 Gezondheid in België

De Belgische bevolking heeft een relatief hoge levensverwachting

In België is de levensverwachting bij de geboorte sinds 2000 met meer dan drie jaar gestegen, naar 81,1 jaar in 2015. Dit ligt een half jaar boven het EU-gemiddelde, maar onder het niveau van de meeste West-Europese landen (figuur 1).

Als het gaat om de levensverwachting kent België nog altijd een aanzienlijke genderkloof: in 2015 leefden mannen gemiddeld bijna vijf jaar minder lang dan vrouwen. Er bestaat echter geen genderkloof in het aantal gezonde levensjaren, aangezien vrouwen een groter gedeelte van hun leven met een vorm van invaliditeit leven¹. Op hun 65e kunnen zowel vrouwen als mannen erop rekenen ongeveer elf jaar zonder ziekte te

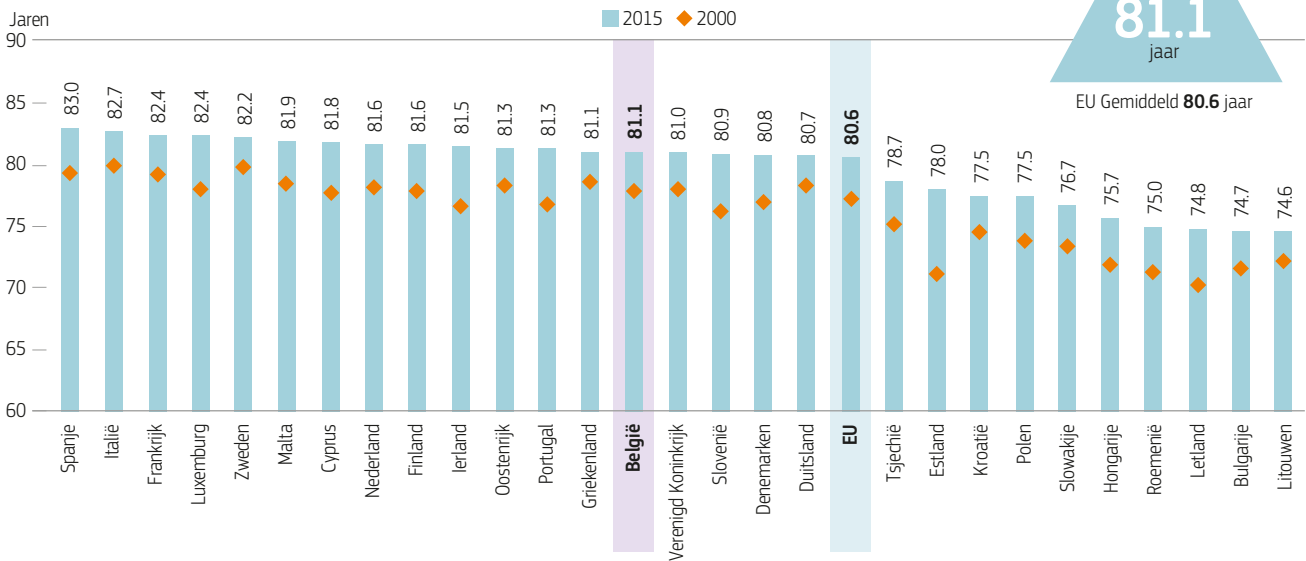
zullen leven, wat overeenkomt met respectievelijk 50 % en 60 % van hun resterende levensjaren.

Er bestaan ook grote sociaal-economische ongelijkheden in levensverwachting. Op 50-jarige leeftijd hebben Belgische mannen met het laagste onderwijsniveau ongeveer zes jaar minder te leven dan mannen met het hoogste onderwijsniveau. De kloof is bij vrouwen iets kleiner (ongeveer vijf jaar)².

1. Met de indicator "aantal gezonde levensjaren" wordt het te verwachten aantal jaren zonder ziekte op verschillende leeftijden gemeten.

2. Tot de laagopgeleiden worden mensen gerekend met minder dan lager onderwijs, met lager secundair onderwijs (ISCED-niveaus 0 t/m 2) en tot de hoogopgeleiden mensen met tertiair onderwijs (ISCED-niveaus 5 t/m 8). Deze gegevens zijn afkomstig van het Global Future Elderly Model.

Figuur 1. De levensverwachting is in België hoger dan het EU-gemiddelde, maar lager dan in buurlanden

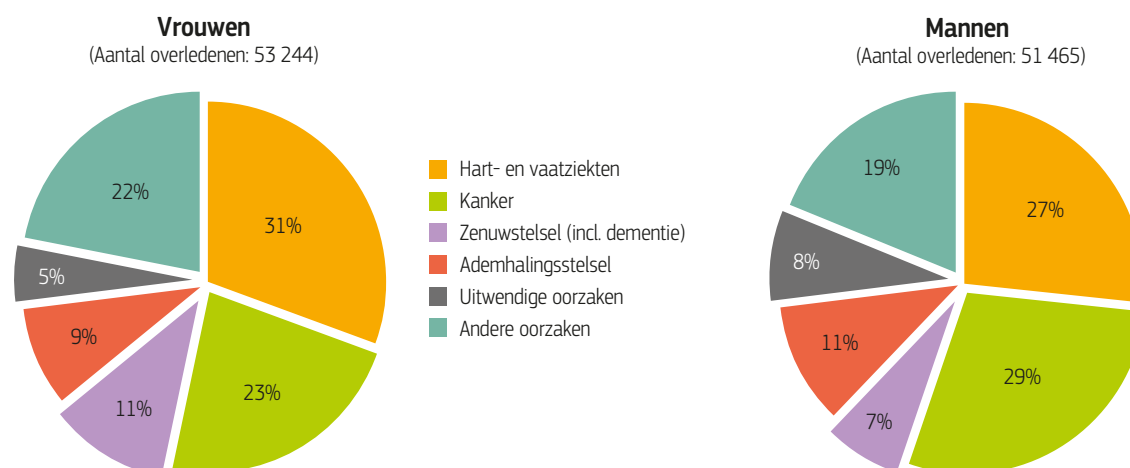


Bron: Eurostat-databank.

Hart- en vaatziekten en kanker zijn de voornaamste doodsoorzaken

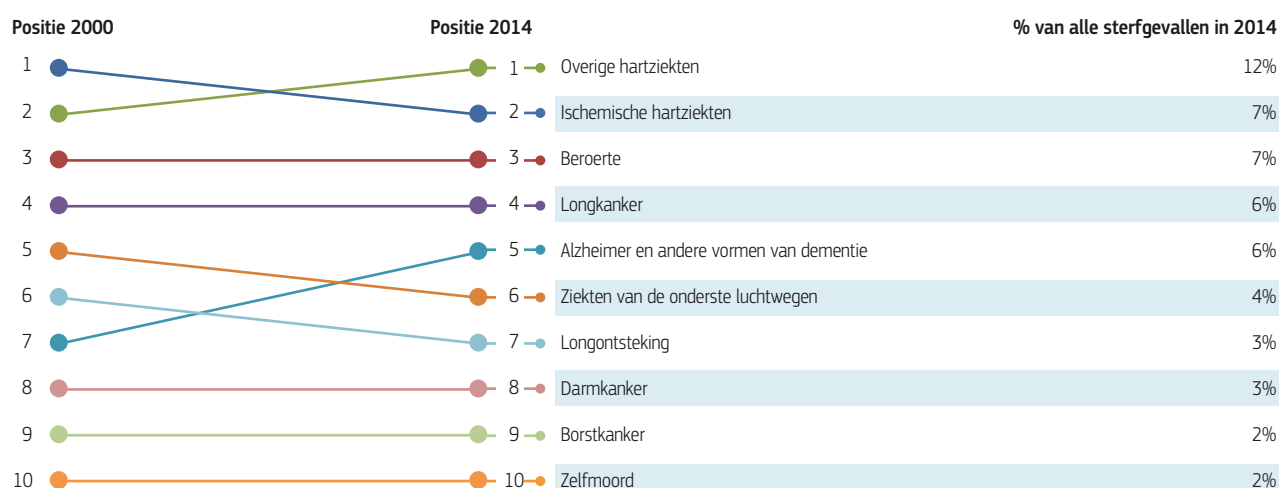
Hart- en vaatziekten blijven de voornaamste doodsoorzaak bij Belgische vrouwen en de tweede doodsoorzaak na kanker bij mannen (figuur 2). In 2014 stierven 30 260 personen aan hart- en vaatziekten (31 % van alle overleden vrouwen en 27 % van alle overleden mannen) en meer dan 27 200 personen aan kanker (23 % van alle overleden vrouwen en 29 % van alle overleden mannen).

Als we kijken naar de trends van de specifiekere doodsoorzaken, dan blijven (ischemische en andere) hartziekten en beroerten de voornaamste doodsoorzaken. Tegelijkertijd is het aantal mensen die stierven aan de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie gestegen, wat verklaard wordt door het effect van de vergrijzing, betere diagnoses en het gebrek aan doeltreffende behandelingen, alsook veranderingen in coderingspraktijken (figuur 3). Van de mensen die aan kanker sterven overlijden de meeste aan longkanker, gevolgd door darmkanker en borstkanker.

Figuur 2. Meeste mensen overlijden in België aan hart- en vaatziekten en kanker

Opmerking: De gegevens worden gepresenteerd volgens de algemene hoofdstukken van de ICD, waarbij dementie aan het hoofdstuk betreffende ziekten van het zenuwstelsel is toegevoegd om dementie en Alzheimer (de belangrijkste vorm van dementie) onder een noemer te brengen.

Bron: Eurostat-databank (gegevens over 2014).

Figuur 3. Hartziekten en beroerten blijven de voornaamste doodsoorzaken in België

Bron: Eurostat-databank.

Vooraf spier- en gewrichtsaandoeningen, diabetes en depressie zorgen voor een slechte gezondheid

Afgezien van de belangrijkste doodsoorzaken zijn ook spier- en gewrichtsaandoeningen (waaronder lage rug- en nekpijn), diabetes en ernstige depressieve stoornissen in België determinanten van disability adjusted life-years³ (DALY's) (IHME, 2016). Ook al zijn deze aandoeningen niet dodelijk, zij kunnen toch ernstige gevolgen hebben voor de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit en leiden tot verschillende functiebeperkingen.

Volgens zelfverklaarde gegevens in de Europese gezondheidsenquête (EHIS) in 2013, had ongeveer 1 op de 23 mensen in België astma, 1 op de 14 een chronische depressie (1 op de 12 vrouwen en 1 op de 20 mannen) en meer dan 1 op de 20 diabetes. Er bestaan grote verschillen in de prevalentie van deze chronische ziekten naar onderwijsniveau: mensen met het laagste onderwijsniveau hadden tweemaal zo vaak astma of andere ziekten van de luchtwegen als mensen met het hoogste onderwijsniveau⁴.

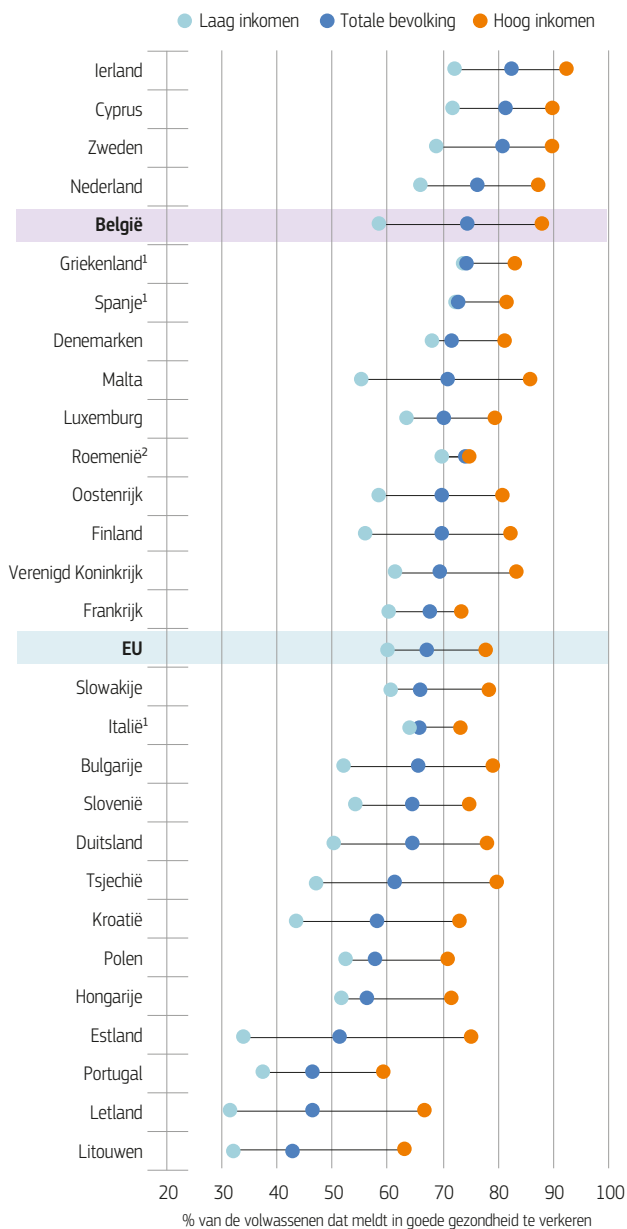
3. DALY staat voor "Disability Adjusted Life Years": een schatting van het aantal verloren jaren door specifieke ziekten en risicofactoren. Een DALY komt overeen met één verloren levensjaar in goede gezondheid (IHME).

4. De aan het onderwijsniveau gerelateerde ongelijkheden kunnen deels worden toegeschreven aan het grotere percentage ouderen met een laag opleidingsniveau; dit kan echter niet de enige verklaring zijn voor alle sociaaleconomische ongelijkheden.

De meeste Belgen rapporteren dat zij in goede gezondheid verkeren, maar de verschillen per inkomensgroep zijn groter dan in veel andere EU-landen

Bijna driekwart (74 %) van de Belgische bevolking meldt in goede gezondheid te verkeren, waarmee het EU-gemiddelde (67 %) wordt overtroffen. Er is daarbij echter een grote sociaal-economische kloof: 88 % van de mensen in het hoogste inkomenskwintiel meldt in goede gezondheid te verkeren, tegen minder dan 60 % van de mensen in het laagste inkomenskwintiel (figuur 4).

Figuur 4. De meeste mensen in België zeggen in goede gezondheid te verkeren, maar er zijn grote verschillen tussen de inkomensgroepen



1. De percentages van de totale bevolking en die van de bevolking met een laag inkomen zijn ongeveer gelijk.
2. De percentages van de totale bevolking en die van de bevolking met een hoog inkomen zijn ongeveer gelijk.

Bron: Eurostat-databank, op basis van EU-SILC (gegevens over 2015).

3 Risicofactoren

Meer dan een kwart van de totale ziektelast is het gevolg van een ongezonde levenswijze

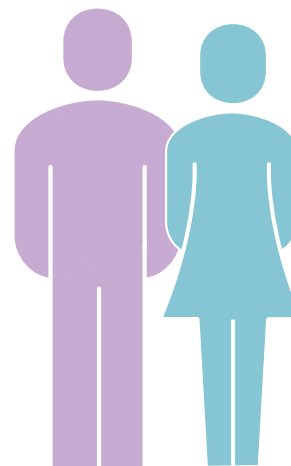
Uit schattingen van het Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) blijkt dat 28 % van de totale ziektelast in België in 2015 (gemeten in DALY's) kan worden toegeschreven aan gedragsgerelateerde risicofactoren, met roken, alcoholgebruik, voedingsrisico's en te weinig lichaamsbeweging als grootste boosdoeners (IHME, 2016).

Het percentage rokers onder volwassenen en jongeren is aanzienlijk gedaald

Enige vooruitgang werd geboekt in het terugdringen van roken in België, na een aantal beleidsmaatregelen tegen roken. Het aandeel van de volwassenen dat dagelijks rookt daalde van 24 % in 2001 naar 19 % in 2013, zodat het percentage rokers onder volwassenen in België nu lager is dan in de meeste EU-landen (figuur 5). Ook het aantal regelmatige rokers onder vijftienjarigen daalde in België sterk, van 23 % in 2001-2002 naar 10 % in 2013-2014, en ook dit cijfer ligt nu onder het EU-gemiddelde (14 % in 2013-2014).

Buitensporig alcoholgebruik treft bijna drie op de tien volwassenen

Alcoholgerelateerde schade vormt een ernstig probleem voor de volksgezondheid in België, en er zijn tot dusver slechts een beperkt aantal beleidsmaatregelen genomen om dit probleem aan te pakken (punt 5.1). In 2014 had België, met een gebruik van 12,6 liter per volwassene, na Litouwen het hoogste alcoholgebruik in de EU (EU-gemiddelde: 9,9 liter). Anders dan in de meeste EU-landen is het algemene alcoholgebruik sinds 2000 gestegen in België.



Een grote uitdaging is het verminderen van buitensporig alcoholgebruik door volwassenen: meer dan een kwart (28 %) van volwassenen meldde in 2013 regelmatig grote hoeveelheden alcohol te drinken (het zogeheten "comazuipen"⁵), een hoger percentage dan het EU-gemiddelde (20 %). Dergelijk buitensporig drankgebruik komt vaker voor bij Belgische mannen dan bij vrouwen (38 % tegenover 18 %). In 2013-2014 gaf ongeveer 20 % van vijftienjarigen aan in zijn leven ten minste twee keer dronken te zijn geweest; in 2001-2002 was dit nog ongeveer 30 %. Dit percentage ligt nu onder dat van de meeste andere EU-landen en onder het EU-gemiddelde (25 %).

Obesitas neemt toe onder jongeren en volwassenen, maar percentage ligt lager dan in de meeste EU-landen

Het percentage zwaarlijvige volwassenen is de afgelopen tien jaar gestegen in België. Volgens zelfverklaarde gegevens (waarin de werkelijke prevalentie van obesitas wordt onderschat) was in 2013 één op de zeven volwassenen (14 %) zwaarlijvig, tegen één op de acht (12 %) in 2001⁶. Dit percentage blijft desondanks lager dan in de meeste andere EU-landen (het EU-gemiddelde was 16 % in 2014). Volgens diezelfde informatie had in 2013-2014 één op de zes vijftienjarigen (16 %) te kampen met overgewicht of zwaarlijvigheid, tegen één op de negen

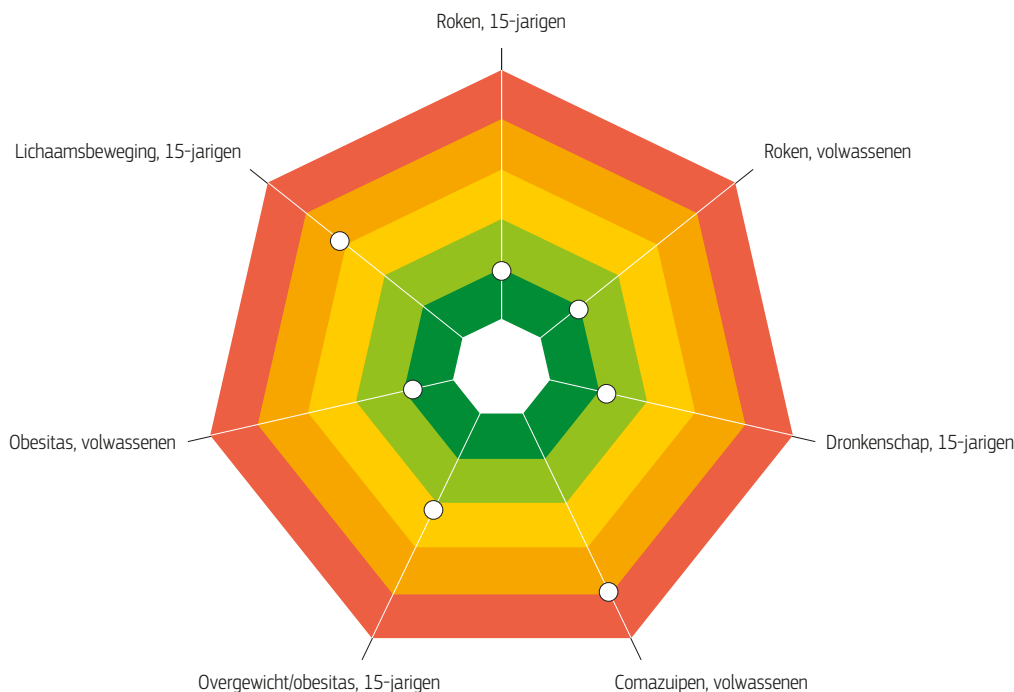
(11 %) in 2001-2002. Hoewel dit aandeel ook onder het EU-gemiddelde blijft, is deze stijging bijzonder zorgwekkend aangezien overgewicht of zwaarlijvigheid tijdens de kinderjaren of adolescentie de kans vergroot dat iemand als volwassene aan overgewicht of zwaarlijvigheid lijdt.

In 2013-2014 meldde slechts 13 % van vijftienjarigen in België elke dag ten minste aan matige lichaamsbeweging te doen, een lager percentage dan in de meeste andere EU-landen. Er bestaat een groot verschil tussen meisjes en jongens: slechts 9 % van de vijftienjarige meisjes zei elke dag aan lichaamsbeweging te doen, tegen 17 % van de jongens.

Sociale ongelijkheden in ongezonde levenswijze zijn groot in België

Veel soorten schadelijk gedrag komen in België meer voor bij groepen met een lagere opleiding of inkomen. In 2014 was bijna een kwart van de volwassenen (23 %) die hun secundair onderwijs niet hadden afgerond een dagelijkse roker, tegen slechts 10 % van de volwassenen met een opleiding in het hoger onderwijs. Ook was bijna 20 % van de personen zonder secundair diploma zwaarlijvig, tegen slechts 10 % van de personen die hoger onderwijs hadden genoten. Een hogere prevalentie van risicofactoren bij achtergestelde groepen draagt bij tot de verschillen in de gezondheidstoestand tussen sociaal-economische groepen.

Figuur 5. Alcoholgebruik en overgewicht en obesitas onder jongeren zijn belangrijke problemen voor de volksgezondheid in België



5. Er is sprake van "comazuipen" als men in het afgelopen jaar ten minste eenmaal per maand zes of meer glazen alcoholhoudende drank bij één gelegenheid heeft gedronken.

6. Op basis van metingen had in 2014 bijna één op de vijf volwassenen (18,6 %) obesitas.

Opmerking: Hoe dichterbij de bolletjes zich bij het midden bevinden, hoe beter het land presteert ten opzicht van andere EU-landen. Er bevindt zich geen enkel land in het witte "streefgebied", aangezien alle landen zich op alle terreinen kunnen verbeteren. *Er zijn voor België geen vergelijkbare gegevens over lichaamsbeweging bij volwassenen beschikbaar.

Bron: OESO-berekeningen op basis van Eurostat-databank (EHIS in of rond 2014), OESO-gezondheidsstatistiek en HBSC-onderzoek uit 2013-14. (ontwerp grafiek: Laboratorio MeS).

4 Het zorgstelsel

Verplichte ziektekostenverzekering is nagenoeg universeel

Het Belgische zorgstelsel wordt gekenmerkt door het beginsel van verplichte verzekering en heeft bijna een universele dekking van de bevolking bereikt (99 %). De verplichte ziektekostenverzekering wordt uitgevoerd door zes private nationale verenigingen van ziekenfondsen zonder winstoogmerk en één publieke kas.

De federale autoriteiten zijn verantwoordelijk voor het reguleren van de verplichte ziektekostenverzekering en ziekenhuizen, voor het vaststellen van minimumnormen, voor het maken van wetgeving inzake beroepskwalificaties en voor het registreren en het bepalen van de prijzen van geneesmiddelen. De gefedereerde entiteiten (drie gewesten en drie gemeenschappen)⁷ zijn verantwoordelijk voor: gezondheidsbevordering en ziektepreventie; het verstrekken van gezondheidszorg voor moeders en kinderen, sociale diensten, buurtzorg en coördinatie en samenwerking op het gebied van eerstelijnszorg en palliatieve zorg; en de financiering van investeringen in ziekenhuizen.

De verplichte ziektekostenverzekering wordt beheerd door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, dat een vast budget

7. Het Vlaams Gewest, het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest; en de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Duitstalige Gemeenschap.

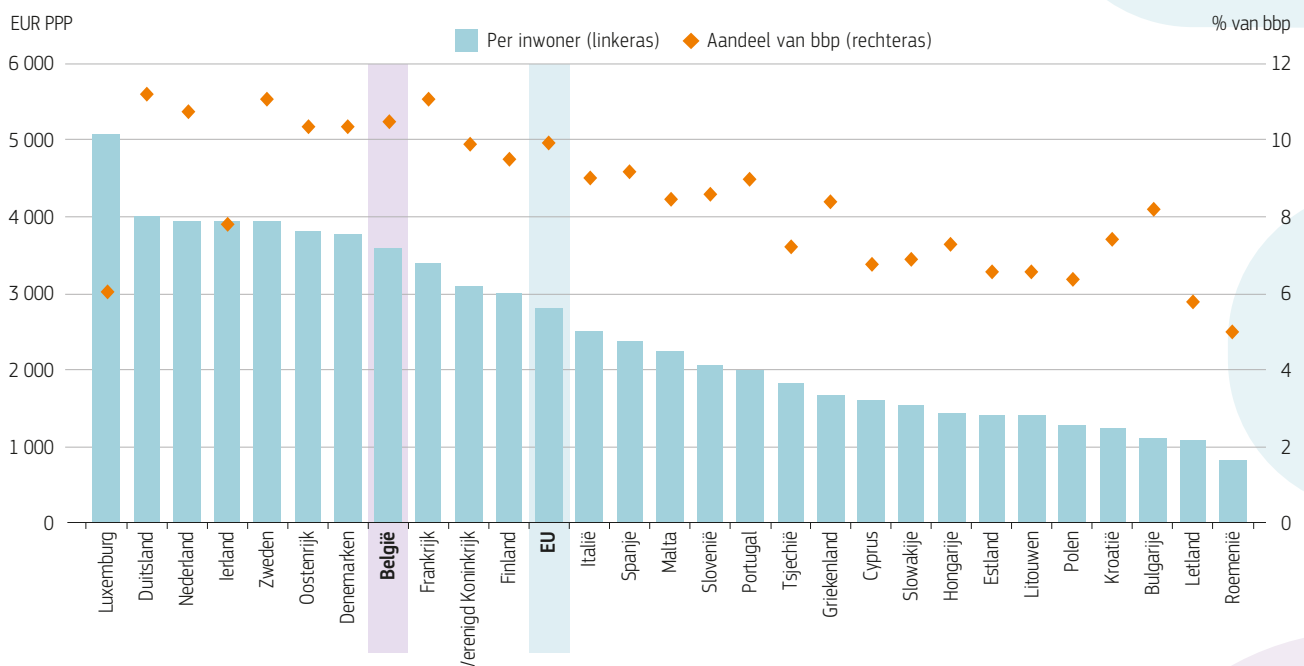
uitkeert aan de ziekenfondsen om de kosten van de gezondheidszorg van hun leden te financieren. Om de samenwerking en coördinatie tussen de federale autoriteiten en de gefedereerde entiteiten te vergemakkelijken worden regelmatig interministeriële conferenties georganiseerd (Gerkens en Merkur, 2010).

Jaarlijkse “groeinorm” garandeert de financiële duurzaamheid van de gezondheidszorgbegroting

België besteedt een relatief groot deel van zijn bbp aan gezondheidszorg: in 2015 was dit 10,5 % (bij een EU-gemiddelde van 9,9 %). Per hoofd van de bevolking is dit 3 568 euro (gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen), het op zeven na hoogste niveau van de EU-landen (figuur 6). 77 % van de totale gezondheidszorguitgaven worden door de overheid gefinancierd (ongeveer gelijk aan het EU-gemiddelde), terwijl de private uitgaven vooral bestaan uit eigen bijdragen (18 % van de totale gezondheidszorguitgaven) en voor een veel kleiner deel uit betalingen door privé-ziekteverzekering (5 % van het totaal).

De overheidsfinanciering is voornamelijk gebaseerd op socialezekerheidsbijdragen en in mindere mate op algemene overheidsmiddelen, afkomstig van progressieve personen- en vennootschapsbelasting en andere bronnen (“alternatieve financiering”), waaronder een percentage van de btw-ontvangsten.

Figuur 6. Gezondheidszorguitgaven in België zijn hoger dan het EU-gemiddelde



Bronnen: OESO-gezondheidsstatistieken; Eurostat-databank; WHO-databank over wereldwijde gezondheidsuitgaven (gegevens over 2015).

De gezondheidszorgbegroting wordt begrensd door een wettelijke reële groeinorm, die van 2004 tot 2012 4,5 % bedroeg, in 2012 2 %, in 2013 en 2014 3 %, en sinds 2015 omlaag is gebracht naar 1,5 %. In de praktijk betekent deze jaarlijkse groeinorm dat de begroting voor gezondheidszorg is gegarandeerd. Zij heeft het effect van de economische crisis helpen dempen omdat het toegewezen gezondheidszorgbudget vaak groter was dan de feitelijke uitgaven, waardoor vele jaren een overschot werd opgebouwd (behalve in 2012). Om kostenbeheersing te stimuleren moeten ziekenfondsen sinds 1995 bij budgetoverschrijding 25 % van het tekort uit hun eigen reserves financieren (tot maximaal 2 % van hun totale budget).

Eind maart 2017 heeft het Belgische parlement een hervorming van de financieringsmechanismen van de sociale zekerheid aangenomen, waaronder ook de gezondheidszorg valt. Naast een aanscherping van de kostenbeheersingsmechanismen wordt door deze hervorming tevens een deel van de belastingdruk verschoven van socialezekerheidsbijdragen naar andere inkomstenbronnen, zoals belasting over de toegevoegde waarde (btw) (kader 1).

KADER 1. RECENTE HERVORMING VAN DE FINANCIERING VAN DE SOCIALE ZEKERHEID EN GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË

In maart 2017 heeft het Belgische parlement onderdelen van een nieuwe hervorming van de financiering van de sociale zekerheid aangenomen, waaronder ook de gezondheidszorg valt. Deze hervorming is onder andere bedoeld om de groei van de gezondheidszorguitgaven van de overheid beter te beheersen door de sociale partners een grotere verantwoordingsplicht te geven en een deel van de belastingdruk van socialezekerheidsbijdragen te verschuiven naar andere vormen van belasting, zoals btw. De hervorming bestaat hoofdzakelijk uit de volgende elementen:

- btw-opbrengsten zijn de enige **alternatieve financieringsbron** voor de gezondheidszorg;
- de **Rijkstoelage** (ongeveer 17 % van de totale financiering) kan onder bepaalde voorwaarden toenemen door aanpassing aan een vergrijzingscoëfficiënt (onder meer moet de reële groei van het bbp dan meer dan 1,5 % bedragen en moet de gemiddelde pensioenleeftijd stijgen);
- de zogeheten "**evenwichtsdotatie**" (verstrekkt door de federale overheid om eventuele tekorten te dekken) is afhankelijk van een aantal responsabiliseringsfactoren op macroniveau.

België heeft weinig artsen, veel verpleegkundigen en quota voor de toelating van afgestudeerde geneeskundestudenten tot specialisatieopleidingen

Sinds 2000 is het aantal artsen per hoofd van de bevolking vrij stabiel gebleven, terwijl het in de meeste andere EU-landen is gestegen, en het aantal ligt onder het EU-gemiddelde; het aantal verpleegkundigen in België is gestegen en is relatief hoog (figuur 7).

Net als veel andere EU-landen past België een quotasysteem (numerus clausus) toe om het aantal afgestudeerden dat zich mag specialiseren als huisarts of als specialist, alsmede als tandarts, te beperken. De drie gemeenschappen zijn verantwoordelijk voor de subquota voor de toelating tot de beroepsopleiding voor specifieke medische specialismen en organiseren jaarlijks toelatingsexamens om de instroom van studenten in geneeskundige en tandheelkundige opleidingen te beperken. Voor andere gezondheidswerkers zijn er planningsregelingen, waarbij het aantal studenten dat jaarlijks wordt toegelaten echter niet strikt is gereguleerd.

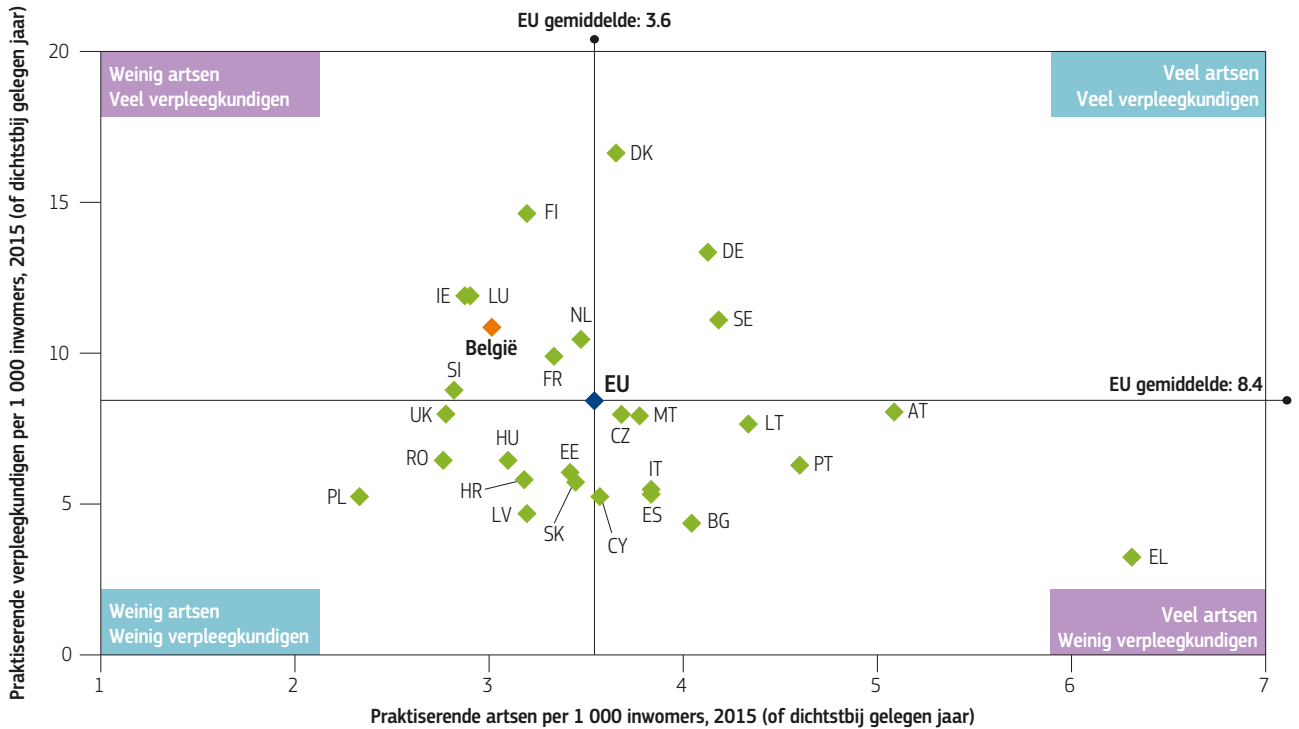
België heeft veel ziekenhuisbedden, maar het opnamecijfer en de gemiddelde verblijfsduur liggen dicht bij het EU-gemiddelde

Er bestaan veel verschillende soorten ziekenhuizen in België, waaronder algemene ziekenhuizen voor acute zorg (115), gespecialiseerde ziekenhuizen (20), geriatrische ziekenhuizen (8) en psychiatrische ziekenhuizen (68). Het totale ziekenhuisopnamecijfer ligt dicht bij het EU-gemiddelde, en dat geldt ook voor de gemiddelde verblijfsduur (7,8 dagen in België tegenover 8,0 dagen voor het EU-gemiddelde). Het aantal ziekenhuisbedden is gestaag afgenomen in België, maar het blijft hoger dan het EU-gemiddelde. In 2015 waren er per 100 000 inwoners in totaal 619 ziekenhuisbedden (EU-gemiddelde: 515), waarvan 565 voor curatieve zorg (EU-gemiddelde: 418).

Patiënten hebben keuzevrijheid, en eerstelijnszorg wordt voornamelijk verleend door zelfstandige artsen

De gezondheidszorg wordt gekenmerkt door het beginsel van keuzevrijheid voor patiënten en de artsen voor eerstelijnszorg zijn voornamelijk zelfstandigen die werken in een solopraktijk en worden betaald per geleverde prestatie. Aangezien huisartsen niet stelselmatig functioneren als poortwachter, is er vrije toegang tot medisch specialisten en ziekenhuiszorg. Desondanks ligt het gemiddelde aantal bezoeken aan artsen per persoon niet hoger dan het EU-gemiddelde.

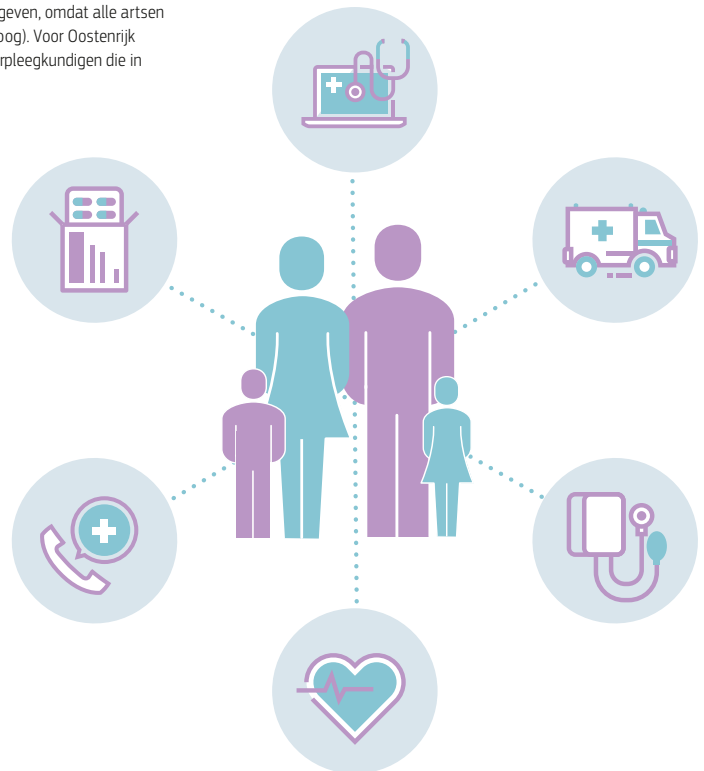
Figuur 7. België heeft minder artsen per inwoner dan het EU-gemiddelde, maar meer verpleegkundigen



Opmerking: Voor Portugal en Griekenland is een te hoog aantal praktiserend artsen aangegeven, omdat alle artsen zijn meegeteld die bevoegd zijn een praktijk uit te oefenen (voor Portugal bv. zo'n 30 % te hoog). Voor Oostenrijk en Griekenland is een te laag aantal verpleegkundigen aangegeven, aangezien alleen de verpleegkundigen die in ziekenhuizen werken zijn meegeteld.

Bron: Eurostat-databank.

Het gezondheidszorgstelsel heeft diverse eigenschappen waardoor de beschikbaarheid van de diensten in België wordt vergroot. Huisartsen verrichten bijvoorbeeld regelmatig huisbezoeken aan patiënten en patiënten hoeven gewoonlijk niet lang te wachten om terecht te kunnen bij huisartsen, hoewel de wachttijden voor meer gespecialiseerde diensten (bv. specialisten in de geestelijke gezondheidszorg, oogartsen, dermatologen) langer kunnen zijn. Verpleegkundigen spelen ook een belangrijke rol bij het verstrekken van thuiszorgdiensten aan mensen getroffen door chronische ziekte of invaliditeit.



5 Prestaties van het zorgstelsel

5.1. DOELTREFFENDHEID

De relatief lage vermijdbare sterfte in België duidt op een doeltreffend zorgstelsel

België heeft voor zowel mannen als vrouwen een relatief lage vermijdbare sterfte⁸, waaruit blijkt dat het zorgstelsel mensen met acute levensbedreigende aandoeningen doeltreffend behandelt (figuur 8).

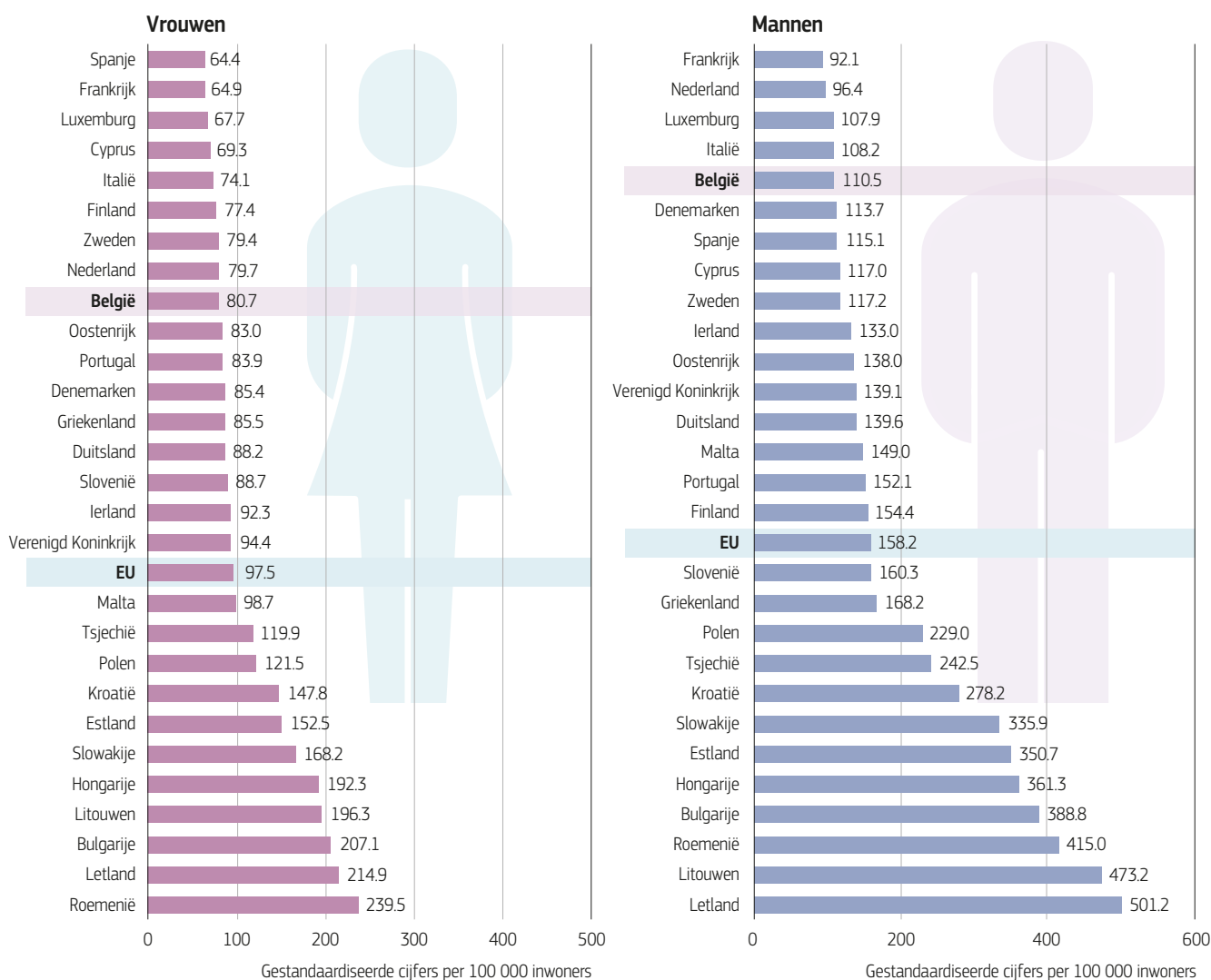
Deze goede prestatie komt voornamelijk door de lage sterftecijfers voor ischemische hartziekten en beroerte.

8. Onder "vermijdbare sterfte" wordt verstaan voortijdig overlijden dat met tijdige en doeltreffende gezondheidszorg had kunnen worden voorkomen.

De kwaliteit van de acute zorg voor hart- en vaatziekten is beter dan het EU-gemiddelde

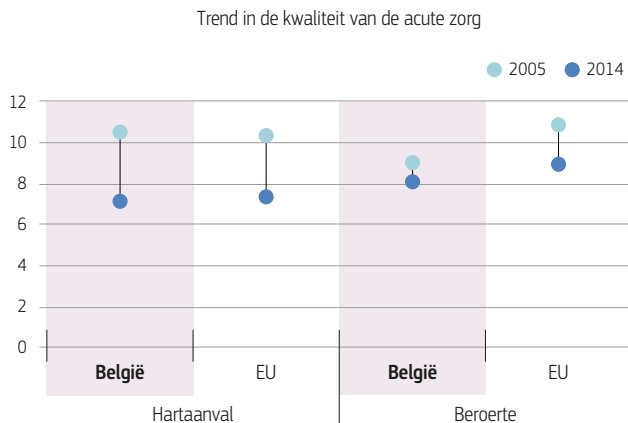
Er is in België de afgelopen tien jaar aanzienlijke vooruitgang geboekt bij het redden van de levens van mensen die in een ziekenhuis worden opgenomen met een acuut myocardinfarct (AMI) en, in mindere mate, met een beroerte. Het percentage patiënten dat sterft na opname vanwege een AMI is gedaald van 10,4 % in 2005 naar 7,0 % in 2014. Voor mensen die vanwege een beroerte werden opgenomen daalde het percentage van 9,3 % naar 8,4 % (figuur 9). Deze verbeteringen zijn het gevolg van een aantal veranderingen, zoals de betere toegang tot hoogwaardige acute zorg voor AMI en beroertes, sneller vervoer van patiënten naar het ziekenhuis en de ontwikkeling van gespecialiseerde eenheden om deze ernstige aandoeningen te behandelen (OESO, 2015).

Figuur 8. Vermijdbaresterftecijfers zijn in België lager dan in andere EU-landen



Bron: Eurostat-databank (gegevens over 2014).

Figuur 9. Sterftecijfers na ziekenhuisopname wegens hartaanval en beroerte zijn gedaald in België



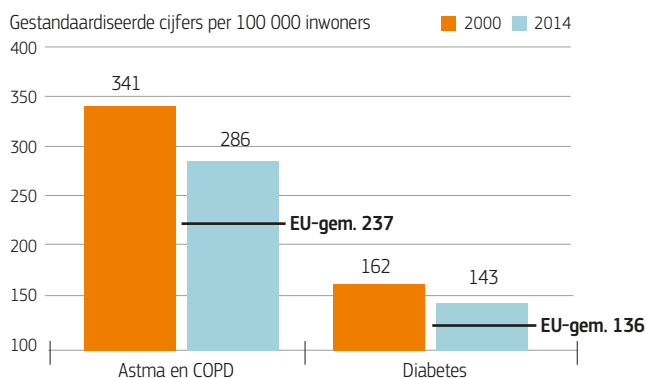
Opmerking: Deze gegevens hebben betrekking op de mortaliteit binnen 30 dagen in het ziekenhuis waar de patiënt werd opgenomen. Zij werden naar leeftijd en geslacht gestandaardiseerd met de OESO-bevolking van 2010 met een leeftijd van 45 jaar en ouder en die was opgenomen in een ziekenhuis vanwege een AMI (hartaanval) en een ischemische beroerte. Het EU-gemiddelde is gebaseerd op het ongewogen gemiddelde van 22 landen waarvoor gegevens beschikbaar waren over 2005 en 2014 (of het dichtstbijzijnde jaar).

Bron: OESO-gezondheidsstatistieken, 2017.

Mogelijk vermijdbare ziekenhuisopnames voor chronische aandoeningen liggen boven het EU-gemiddelde, waaruit blijkt dat er tekortkomingen zijn in de eerstelijnszorg

De vermijdbare ziekenhuisopnames voor chronische aandoeningen, zoals astma, chronische obstructieve longziekte (COPD) en diabetes, zijn de afgelopen tien jaar afgenomen in België, maar liggen nog steeds boven het EU-gemiddelde (figuur 10). Dit wijst op enkele tekortkomingen in de doeltreffendheid van eerstelijnszorg. Er worden nieuwe zorgtrajecten ontwikkeld voor personen met diabetes en met nierfalen in het laatste stadium, waarbij huisartsen, specialisten en andere zorgverleners worden betrokken.

Figuur 10. Vermijdbare ziekenhuisopnames voor chronische aandoeningen zijn gedaald in België, maar blijven hoger dan het EU-gemiddelde



Opmerking: De EU-gemiddelden zijn gebaseerd op 24 landen (ongewogen gemiddelden).

Bron: OESO-gezondheidsstatistieken, 2017.

Kankersterfte kan verder worden teruggedrongen door middel van betere preventie en vroegtijdige detectie

De kwaliteit van de kankerzorg in België, gemeten aan de hand van de overlevingscijfers na vijf jaar voor behandelbare kankersoorten zoals borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker, is beter dan het EU-gemiddelde (OESO/EU, 2016).

De kankersterfte zou echter nog verder kunnen worden teruggedrongen door betere preventie en vroegtijdige diagnose. Aan het begin van de 21e eeuw heeft België een strategie voor de screening op borstkanker en programma's voor kankerzorg ingevoerd om de organisatie en verlening van kankerzorg te verbeteren. In 2008 werd het beleid inzake kankerzorg versterkt door de introductie van een nationaal kankerplan waarin aandacht werd besteed aan preventie, vroege diagnose en behandeling, en waarin specifieke doelen op deze gebieden werden vastgesteld en aanvullende financiering werd toegewezen om deze doelen te bereiken.

De beschikbare gegevens omtrent de deelnamegraad aan kankerscreeningsprogramma's zijn behoorlijk verouderd. Uit deze gegevens blijkt dat in 2010 slechts zo'n 60 % van de vrouwen in de leeftijdsdoelgroep (50-69 jaar) in de twee voorafgaande jaren had deelgenomen aan een screening op borstkanker en dat in 2012 slechts 54 % van de vrouwen in de leeftijd van 20-69 jaar in de drie voorafgaande jaren was gescreend op baarmoederhalskanker⁹. Een positief aspect is dat de coördinatie van de ziekenhuiszorg voor kankerpatiënten is verbeterd door een betere uitvoering van multidisciplinaire teamvergaderingen om de continuïteit tussen verschillende zorgverleners te waarborgen (Vrijens e.a., 2016).

Recente preventiemaatregelen zijn gericht op gezondere voeding, maar het alcoholbeleid kan worden versterkt

In België berust de verantwoordelijkheid voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie vooral bij de drie Gemeenschappen. In 2014 bedroegen de totale uitgaven voor volksgezondheid en ziektepreventie in België slechts 2,1 % van de totale gezondheidsuitgaven, lager dan het EU-gemiddelde van 3,0 %. Zoals ook in andere landen is de verbetering van de levensstijl van de meest kansarme groepen in België een belangrijk beleidsvraagstuk. Voor gezondheidsvaardigheden gelden dezelfde sociaal-economische verschillen als voor veel belangrijke risicofactoren.

9. Zelfgerapporteerde gegevens van de Belgische gezondheidsenquête uit 2013 laten hogere percentages zien: 76 % voor borstkankeronderzoek en 69 % voor baarmoederhalskankeronderzoek in 2013.

Recente gezondheidsbevorderingscampagnes waren gericht op het verder terugdringen van roken, op bevordering van gezonde voeding en op het bereiken van een hogere vaccinatiegraad bij bepaalde doelgroepen. België heeft een omvattende dienstverlening ten behoeve van het stoppen met roken ingevoerd, en tevens een "rookvrij"-beleid uitgevoerd (WHO, 2015). Net als in veel andere landen werden er massamediacampagnes gehouden om het doel van "vijf porties per dag" voor groente en fruit te bevorderen. België heeft in 2016 net als Frankrijk en Finland een belasting op suikerhoudende frisdranken ingevoerd, maar zag af van een suikertaks op andere levensmiddelen.

Alcoholgebruik vormt in België een ernstig volksgezondheidsprobleem (met meer dan 1 400 personen overleden door aan alcohol gerelateerde ziekten in 2014, letsels en gewelddadige sterfgevallen als gevolg van alcoholgebruik niet inbegrepen). Bier, wijn en sterke drank worden in België hoger belast dan in buurlanden zoals Frankrijk en Luxemburg, hoewel andere EU-landen nog hogere accijnzen heffen. Bovendien stuitte diverse pogingen om een uitgebreid plan te ontwikkelen om het hoge alcoholgebruik aan te pakken, op verzet vanuit de sector. Er gelden geen juridisch bindende regelingen omtrent het adverteren of het bevorderen van de verkoop van alcohol, terwijl dat in vele andere landen wel het geval is (OESO, 2015).

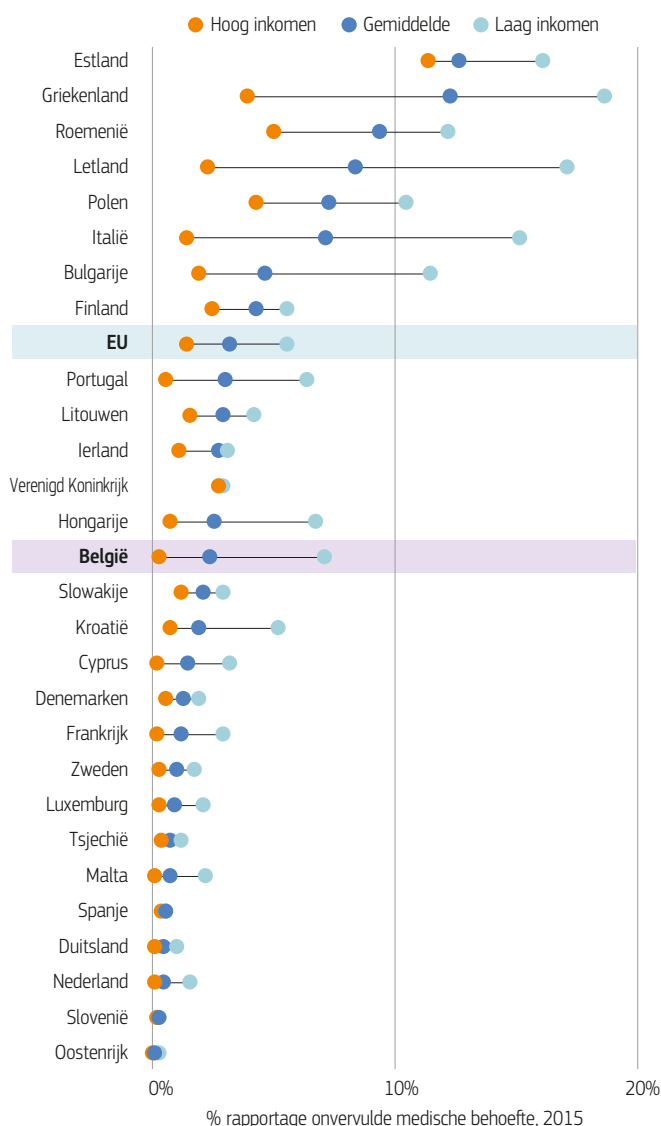
België staat ook voor de uitdaging om het publieke vertrouwen in de voordelen van verschillende soorten vaccinaties, waaronder de vaccinatie tegen influenza (griep), te herstellen. Het percentage van de personen boven de 65 dat is gevaccineerd tegen influenza, daalde de afgelopen tien jaar van 64 % in 2004 naar 58 % in 2013. Door deze afname raakte België verder verwijderd van de vaccinatiegraad van 75 %, die zowel door de WHO als in een aanbeveling van de Raad van de Europese Unie uit 2009 voor deze bevolkingsgroep werd aangeraden. Een lagere vaccinatiegraad vergroot het risico voor ouderen om influenza en gerelateerde complicaties te krijgen, wat kan leiden tot meer ziekenhuisopnames of zelfs sterfgevallen.

5.2. TOEGANKELIJKHEID

Onvervulde zorgbehoeften variëren sterk per inkomensgroep

Zoals reeds is opgemerkt zorgt het Belgische wettelijke ziekteverzekeringssysteem voor een bijna universele dekking (in 2015 was 99 % van de bevolking verzekerd). In de EU-SILC-enquête meldde in 2015 slechts 2,4 % van de Belgische bevolking enige onvervulde zorgbehoeften vanwege financiële, geografische of wachttijdredenen (figuur 11). Dit percentage is lager dan het EU-gemiddelde (3,6 %), maar er bestaan grote verschillen per inkomensgroep: 7,2 % van de mensen in laagste inkomensgroep gaf aan af te zien van noodzakelijke medische verzorging, terwijl dit percentage nagenoeg nihil (0,2 %) was bij mensen in de hoogste inkomensgroep.

Figuur 11. Weinig Belgen melden onvervulde zorgbehoeften, maar er zijn grote verschillen naar inkomensgroep



Opmerking: De gegevens betreffen de onvervulde behoeften aan medisch onderzoek of behandeling 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 over 2015).

Uit de gegevens van de EU-SILC blijkt dat er sinds 2011 met name bij de lage inkomens een stijgende tendens is bij de onvervulde zorgbehoeften. Het percentage van de mensen in de laagste inkomensgroep die aangeven om financiële, geografische of wachttijdredenen af te zien van medische zorg is gestegen van ongeveer 4 % in 2011 naar 7 % in 2015. In de meeste gevallen was dit om financiële redenen.

KADER 2. VERZEKERDEN MET VERHOOGDE TERUGBETALING IN BELGIË

Mensen die een sociale uitkering ontvangen, gelden automatisch als preferentieel verzekerden voor gezondheidsdiensten. Anderen hebben recht op verhoogde terugbetaling op basis van hun belastbare brutojaarinkomen (minder dan 16 965 euro + 3 140 euro per persoon in 2013) en nadat de ziekenfondsen hebben gecontroleerd dat hun inkomen lager is dan deze drempel. Ook voor chronisch zieken geldt de preferentiële vergoedingsstatus en een vrijstelling van remgeld.

Voor preferentieel verzekerden wordt tot 90 % van de medische kosten gedekt. Sinds januari 2015 stellen de ziekenfondsen proactief het statuut van preferentieel verzekerde voor, omdat niet iedereen zijn rechten kent. Deze maatregel is bedoeld om toegankelijkheidsbelemmeringen voor de gezondheidszorg weg te nemen.

Maatregelen om de invloed van eigen bijdragen voor de kwetsbare groepen te verminderen zijn vereenvoudigd

Patiënten in België dragen bij tot de financiering van de gezondheidszorg door middel van officiële eigen bijdragen (remgeld) en diverse supplementen. De vergoeding aan patiënten van de kosten van dienstverlening is afhankelijk van het soort verleende dienst, het inkomen en de sociale status van de patiënt en het gecumuleerde bedrag aan reeds betaalde eigen bijdragen in een bepaald jaar (met een plafond voor het totale bedrag aan remgeld per jaar). Voor verzekerden met verhoogde terugbetaling gelden lagere eigen bijdragen (kader 2).

In januari 2015 werd het systeem van eigen bijdragen voor raadplegingen bij een medisch specialist vereenvoudigd: het remgeld werd vastgesteld op 3 euro voor preferentieel verzekerden en 12 euro voor gewoon verzekerden (voorheen werd een percentage berekend).

Voor poliklinische (of ambulante) zorg betalen patiënten meestal eerst zelf het volledige bedrag, waarna zij een verzoek om terugbetaling indienen bij hun ziekenfonds. De derdebetalersregeling wordt geleidelijk uitgebreid om, met name voor kwetsbare personen, de toegang tot de ambulante zorg te verbeteren. Sinds juli 2015 betalen preferentieel verzekerden bij huisartsconsulten enkel nog de eigen bijdragen.

Wachttijden kort voor huisartsenzorg, maar langer voor andere diensten

Hoewel België over het algemeen korte wachttijden voor huisartsenzorg en niet-spoedeisende chirurgische ingrepen heeft, kunnen de wachttijden voor een afspraak bij een specialist langer zijn. In 2013 meldde bijvoorbeeld 38 % van de bevolking twee of meer weken op een afspraak bij een specialist te hebben moeten wachten, en hoewel dit kort is in vergelijking met andere EU-landen, werd deze wachttijd door 10 % van deze personen als problematisch beschouwd. De wachttijden voor een eerste persoonlijk gesprek bij een ambulant centrum voor geestelijke gezondheidszorg kunnen ook behoorlijk lang zijn. In 2013 moest 37 % van de patiënten één maand of langer wachten op een eerste gesprek bij zo'n centrum (Vrijens e.a., 2016).

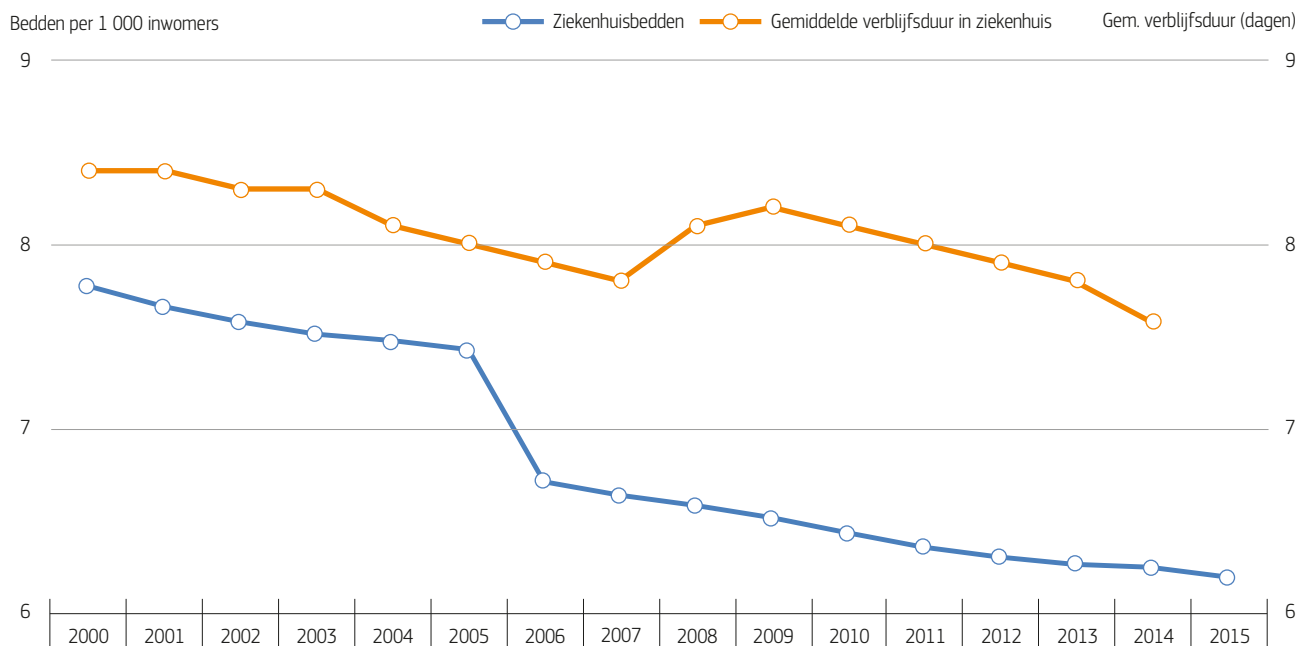
5.3. AANPASSINGSVERMOGEN¹⁰

De groei van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg is de laatste jaren meer dan gehalveerd

De duidelijke afname in de laatste jaren van de groei van de overheidsuitgaven in België voor gezondheidszorg vond plaats in een kader van bredere inspanningen om de verhoging van de socialezekerheidsbijdragen en andere belastingen te beperken. Zoals opgemerkt in punt 4 werd de wettelijke groeionorm voor overheidsuitgaven voor gezondheidszorg verlaagd van 4,5 % per jaar tussen 2004 en 2012 naar 3 % in 2013 en 2014, en 1,5 % sinds 2015. Dit verlaagde groeipercentage werd bereikt door middel van het uitvoeren van een reeks kostenbeheersingsmaatregelen die invloed hadden op alle uitgavencategorieën, waaronder ziekenhuizen en geneesmiddelen.

De Werkgroep vergrijzing van het Comité voor de economische politiek (EPC) voorspelde in 2015 op grond van een aantal aannames over de toekomstige stijging van het aantal levensjaren in goede gezondheid en de economische groei dat de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg als percentage van het bbp tussen 2013 en 2060 mogelijk slechts marginaal zullen stijgen. Daarbij werd echter voorspeld dat de overheidsuitgaven voor langdurige zorg, met name als gevolg van de vergrijzing, veel sneller zullen stijgen, namelijk tussen 2013 en 2060 met 1,6 % als deel van het bbp (Europese Commissie en Comité voor de economische politiek, 2015). Het zal dan ook één van de grootste uitdagingen worden om ervoor te zorgen dat er voldoende overheidsfinanciering beschikbaar is om te voorzien in de toenemende behoeften aan langdurige zorg en tegelijkertijd op efficiënte en rechtvaardige wijze te voldoen aan de toenemende gezondheidszorgbehoeften.

10. Met aanpassingsvermogen wordt bedoeld het vermogen van de zorgstelsels om zich doeltreffend aan te passen aan veranderende omstandigheden, plotselinge gebeurtenissen of crisissen.

Figuur 12. Aantal ziekenhuisbedden en gemiddelde verblijfsduur zijn de afgelopen tien jaar gedaald in België

Opmerking: De grote afname van het aantal ziekenhuisbedden in 2006 is het gevolg van een breuk in de gegevensreeks (vanaf dat jaar werden bedden in psychiatrische zorginstellingen niet meer meegeteld).

Bron: Eurostat-databank.

Doelmatigheid van ziekenhuizen is vergroot, maar er blijft ruimte voor verbetering

De daling van het aantal ziekenhuisbedden in België is sinds 2000 gepaard gegaan met een daling van de gemiddelde verblijfsduur (figuur 12). Toch ligt het totale aantal ziekenhuisbedden per hoofd van de bevolking in België nog steeds aanzienlijk hoger dan het EU-gemiddelde (619, respectievelijk 515 per 100 000 inwoners in 2015), waaruit blijkt dat een verdere daling mogelijk is als meer dagbehandelingen worden verricht, het aantal vermijdbare opnames wordt teruggebracht en de verblijfsduur voor bepaalde aandoeningen wordt beperkt.

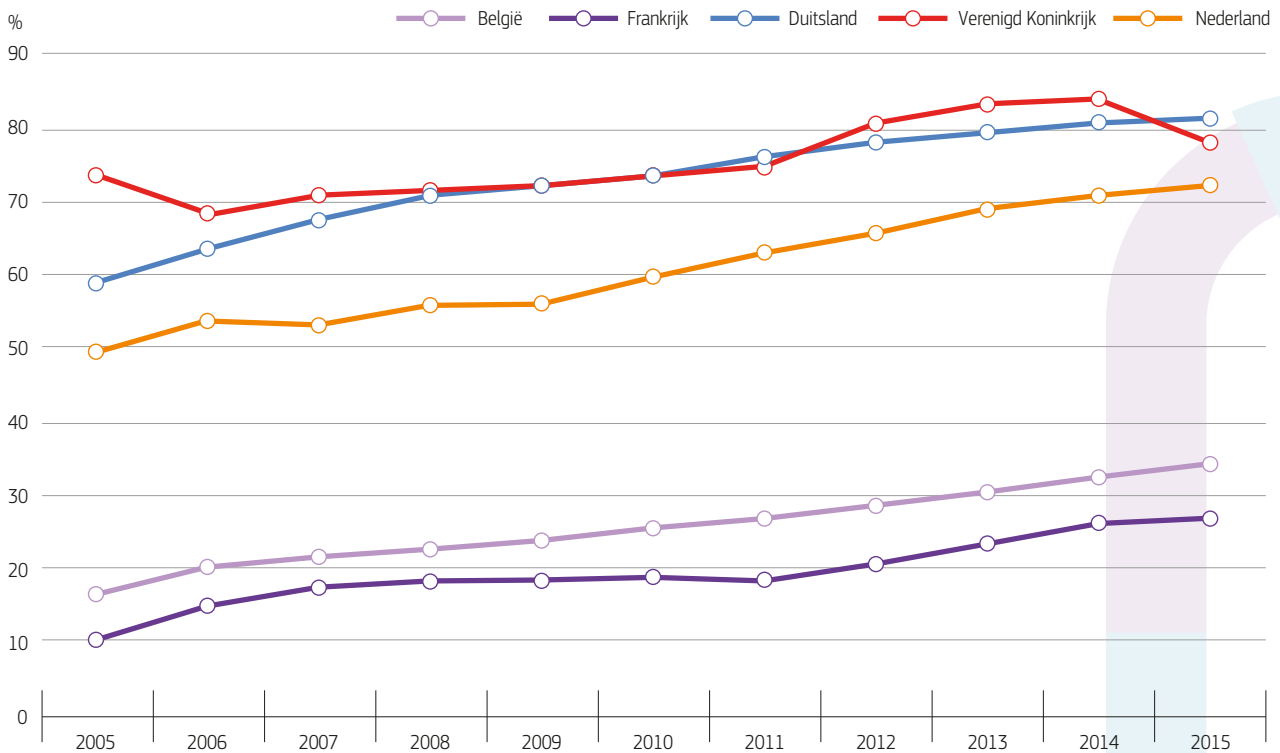
Hoewel dagbehandelingen in België voor bepaalde operaties (bv. cataract) op vrij grote schaal worden toegepast, is er voor veel andere ingrepen nog een achterstand op andere landen. Ook zijn er binnen België grote verschillen in de toepassing van dagbehandelingen tussen verschillende regio's en ziekenhuizen, waaruit blijkt dat er nog veel ruimte is voor verdere ontwikkeling. Zo bedroeg het landelijke gemiddelde percentage dagbehandelingen voor laparoscopische cholecystectomie in de periode 2011–2013 slechts zo'n 6 %, maar dit percentage varieerde van 0 % in veel ziekenhuizen tot 50 % of meer in sommige toonaangevende ziekenhuizen. Uit een recent Belgisch verslag blijkt dat het mogelijk moet zijn om een niveau van ten minste 40–50 % dagbehandelingen voor laparoscopische cholecystectomie te bereiken. De verdere ontwikkeling van dagbehandelingen in België vereist adequate financiële stimulansen, naast meer klinisch leiderschap (Leroy e.a., 2017).

Geneesmiddelengebruik is efficiënter geworden

België heeft de afgelopen jaren een aantal maatregelen genomen om geneesmiddelen toegankelijker te maken en tegelijkertijd te zorgen voor een efficiënt geneesmiddelengebruik. De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft in 2015 een "Toekomstpact" met de Belgische farmaceutische industrie gesloten dat gericht is op zowel het verbeteren van de toegang tot innovatieve therapieën als het beheersen van de geneesmiddelen uitgaven. Het pact zorgt voor een kader waarin kostenbeheersing wordt gecombineerd met maatregelen ter ondersteuning van innovatie (Europese Commissie, 2016).

België maakt ook meer gebruik van evaluatie van gezondheidstechnologie (HTA) bij het nemen van beslissingen over de terugbetaling van geneesmiddelen. Bovendien neemt België deel aan de nieuwe samenwerking BeNeLuxA (met Nederland, Luxemburg en Oostenrijk) op het gebied van gezamenlijke HTA, horizon scanning, informatie-uitwisseling en onderhandelingen over de tarieven en de terugbetaling van nieuwe geneesmiddelen.

De nieuwe investeringen die nodig zijn voor de vergoeding van nieuwe innovatieve geneesmiddelen worden ten minste gedeeltelijk gefinancierd door het promoten van het gebruik van generische geneesmiddelen en biosimilars alsook met concurrentie in de periode na het verstrijken van het octrooi. De afgelopen tien jaar heeft België zijn pogingen om het gebruik van generische geneesmiddelen te stimuleren uitgebreid door de invoering

Figuur 13. Marktaandeel van generische geneesmiddelen is in België gegroeid, maar blijft lager dan in andere EU-landen

Opmerking: Deze gegevens betreffen het aandeel van generieke geneesmiddelen naar gebruiksvolume (niet naar waarde).

Bron: OESO-gezondheidsstatistieken, 2017.

van financiële stimulansen voor patiënten (in de vorm van een financiële sanctie voor personen die een merkgeneesmiddel kopen in plaats van een beschikbaar generisch alternatief), de invoering van voorschrijfquota voor dokters, de invoering van een verplichte substitutie door apothekers van bepaalde categorieën geneesmiddelen en voorlichtingscampagnes voor patiënten. Tussen 2005 en 2015 is het marktaandeel van generische geneesmiddelen verdubbeld in omvang, van 17 % naar 35 %. Toch is het gebruik van generische geneesmiddelen in België, zoals blijkt uit figuur 13, nog steeds laag vergeleken met vele andere EU-landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en Nederland. Meer marktconcurrentie in de periode na het verstrijken van het octrooi kan ook leiden tot een verlaging van de prijzen van generische geneesmiddelen, die hoog blijven in vergelijking tot de prijzen in buurlanden.

Een andere belangrijke uitdaging is het bevorderen van een rationeler gebruik van geneesmiddelen. Dit geldt met name voor antibiotica. In 2015 kende België van de EU-landen het op twee na hoogste antibioticagebruik per hoofd van de bevolking (na Griekenland en Frankrijk), waarbij het gebruik bijna drie keer zo hoog lag als in Nederland. Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering heeft enkele voorlichtingscampagnes gevoerd en feedback aan artsen gegeven om het overmatige gebruik van antibiotica te reduceren. Sinds mei 2017 heeft het ook, als onderdeel van een brede strategie om antimicrobiële resistentie tegen te gaan, de eigen bijdragen van patiënten voor bepaalde soorten antibiotica verhoogd (zie kader 3).

Personeelstekorten in de gezondheidszorg kunnen worden aangepakt door middel van betere opleidingen, innovatie en samenwerking

Er is in België een groeiende bezorgdheid over tekorten aan artsen en andere gezondheidswerkers. De bezorgdheid over de instroom van artsen komt nadat tussen 2004 en 2011 de numerus clausus (een jaarlijks quotum) voor de specialisatie van afgestudeerde geneeskundestudenten tot huisarts of specialist, op een vrij laag niveau was vastgesteld. In 2014 was 44 % van alle artsen ouder dan 55 jaar (tegen 24 % in 2000) en het valt te verwachten dat zij binnen de komende tien jaar met pensioen zullen gaan.

Naar aanleiding van deze bezorgdheid heeft de federale overheid de numerus clausus sinds 2011 geleidelijk verhoogd van 757 voor de jaren 2008–2011, naar 890 voor 2012, 975 voor 2013, 1 025 voor 2014 en 1 230 voor de jaren 2015–2018. Dit is een stijging van meer dan 60 % tussen 2008–2011 en 2015–2018. Deze plaatsen voor een master-na-masteropleiding worden verdeeld over de Vlaamse Gemeenschap (60 %) en de Franse Gemeenschap (40 %). Bovendien werd het aantal huisartsen in opleiding verhoogd van een minimum van 300 in de jaren 2008–2014, naar 360 in de jaren 2015–2018 om beter in te kunnen spelen op de groeiende behoeften aan eerstelijnszorg.

Daarnaast werden diverse innovatieve maatregelen genomen om de rol van andere zorgverleners, zoals verpleegkundigen en apothekers, te vergroten om de toegang tot de dienstverlening voor de bevolking te verbeteren. Sinds april 2016 mogen verpleegkundigen bijvoorbeeld zonder de aanwezigheid van een arts vaccinaties toedienen, hoewel dit reeds lange tijd het geval is in vele andere landen. De Belgische minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft in september 2016 tevens de eerste stappen naar een bredere herziening van de wetgeving inzake de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen gepresenteerd (gecoördineerde wet van 5 oktober 2015). Deze hervorming is gericht op de bevordering van betere samenwerking tussen zorgactoren en een grotere erkenning van zorgbeoefenaars op basis van verworven en onderhouden bekwaamheden.

België heeft stappen gezet om zijn informatiesysteem over gezondheid te verbeteren

België heeft de afgelopen jaren zijn informatiestructuur versterkt om het beheer van het gezondheidszorgstelsel te verbeteren. Er is een nieuw geïntegreerd systeem voor gezondheidsgegevens ontwikkeld om de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en onderzoekers te vergemakkelijken (www.healthdata.be). Sinds 2008 wordt er regelmatig een uitgebreid verslag over de prestaties van het Belgische gezondheidszorgstelsel gepubliceerd, waarbij nuttige vergelijkingen worden gemaakt met andere EU-landen, maar ook tussen de verschillende gewesten in België (Vrijens e.a., 2016).

België heeft de afgelopen tien jaar aanzienlijke vooruitgang geboekt in de richting van e-gezondheid. In 2008 werd een openbare instelling voor e-gezondheid (het *eHealth-platform*) opgericht om een veilige informatie-uitwisseling tussen patiënten, zorgverleners en administratieve diensten mogelijk te maken. Van alle verleners en patiënten wordt verwacht dat zij gegevens over diagnoses, gezondheidsdiensten en behandelingen delen. Op lange termijn is de verwachting dat dit eHealth-platform de kwaliteit van de gezondheidszorg en de patiëntveiligheid in het hele land zal doen toenemen, met name door een beter controle van de veiligheidsrisico's van medicatie en een vermindering van de duplicatie van diagnostische onderzoeken.

KADER 3. NATIONALE STRATEGIE TER BESTRIJDING VAN ANTIMICROBIËLE RESISTENTIE

Antimicrobiële resistentie (AMR) wordt in België al jaren als een belangrijk volksgezondheidsprobleem beschouwd. De in 1999 opgerichte Belgische commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid is verantwoordelijk voor het bevorderen van een verantwoord antibioticagebruik bij mensen en dieren en van een betere beheersing van infecties en ziekenhuishygiëne, met als algemeen doel AMR te bestrijden. Desondanks ligt het antibioticagebruik in België nog steeds te hoog (in 2015 was het in slechts twee EU-lidstaten hoger). Recente maatregelen om het antibioticagebruik te beperken waren gericht op patiënten (bv. voorlichtingscampagnes en verhoogde eigen bijdragen voor bepaalde soorten antibiotica) en artsen (bv. georganiseerde feedback). Hoewel België relatief goed presteert wat betreft resistentie van de meeste bacteriën waarop het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding toezicht houdt (ECDC, 2017), is het incidentiecijfer van in het ziekenhuis opgelopen antibioticaresistente stafylokokkeninfecties relatief hoog (Vrijens e.a., 2016).

6 Belangrijkste bevindingen

- Het Belgische zorgstelsel levert een grote bijdrage aan de verbetering van de volksgezondheid. De Belgische cijfers inzake vermijdbare sterfte behoren tot de laagste in de EU, deels dankzij lage en afnemende mortaliteit door hart- en vaatziekten. De relatief hoge en stijgende overlevingscijfers na opname in een ziekenhuis vanwege een hartaanval of beroerte en voor personen die zijn gediagnosticeerd met verschillende soorten kanker wijzen erop dat het zorgstelsel doeltreffend is in de behandeling van mensen met levensbedreigende aandoeningen.
- Er blijven in België grote gezondheidsverschillen bestaan naar sociaal-economische status. Deze ongelijkheden zijn grotendeels te wijten aan een grotere prevalentie van risicofactoren bij mensen met een lage opleiding of laag inkomen waaronder een hoger percentage aan rokers, buitensporig alcoholgebruik en obesitas. Een belangrijke uitdaging voor het volksgezondheidsbeleid is het vinden van innovatieve manieren om deze achtergestelde groepen doeltreffend te bereiken. Een aanpak van deze risicofactoren vereist niet alleen alomvattende strategieën maar ook een sterke samenwerking zowel tussen de verschillende sectoren als tussen de regeringen van de drie Gemeenschappen.
- De behandeling van het groeiende aantal chronisch zieken in de eerstelijnszorg is verbeterd, zo blijkt uit het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames. Toch ligt het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames voor aandoeningen als astma en diabetes nog steeds boven het EU-gemiddelde. Er zijn de afgelopen jaren nieuwe zorgmodellen geïntroduceerd om de zorgcoördinatie voor mensen met diabetes en andere chronische aandoeningen te verbeteren. Het is belangrijk dat wordt geëvalueerd hoe doeltreffend deze nieuwe zorgmodellen zijn en dat ze worden uitgebreid indien ze kosteneffectief blijken te zijn.
- België besteedt een relatief groot deel van zijn bbp aan gezondheid (10,5 % in 2015) en meer dan driekwart van deze uitgaven wordt gefinancierd uit publieke middelen. De recente hervorming van de financieringsmechanismen van de sociale zekerheid (waaronder gezondheidszorg) is gericht op het bevorderen van een grotere verantwoordingsplicht en efficiëntie in de besteding van overheidsmiddelen. Hoewel alle partijen het erover eens zijn dat verspilling en inefficiënte uitgaven moeten worden voorkomen, bestaat er ook bezorgdheid dat het recent verlaagde plafond van de overheidsuitgaven kan leiden tot een verschuiving van publieke naar private financiering, en bijgevolg tot een stijging van de directe bijdragen van mensen die geen preferentieel verzekerd zijn.
- Een andere zorg over de toegang tot zorg in België heeft betrekking op het tekort aan zorgverleners, in het bijzonder artsen. Vanwege deze bezorgdheid heeft de federale overheid de numerus clausus voor afgestudeerde geneeskundestudenten die een master-na-masteropleiding tot huisarts of specialist willen volgen, aanzienlijk verhoogd. Er zijn tevens enkele innovatieve maatregelen genomen om andere zorgverleners, zoals verpleegkundigen, een grotere rol te geven en zo de toegang tot gezondheidsdiensten te verbeteren.
- Hoewel antimicrobiële resistentie in België al jaren als een belangrijk volksgezondheidsprobleem wordt beschouwd, blijft het antibioticagebruik te hoog (na Griekenland en Frankrijk het hoogste in de EU en bijna drie keer zo hoog als in Nederland). Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering heeft onlangs maatregelen genomen om het antibioticagebruik terug te dringen door feedback aan artsen te geven, voorlichtingscampagnes te voeren en de eigen bijdragen van patiënten voor bepaalde soorten antibiotica te verhogen.



Belangrijkste bronnen

S. Gerkens en S. Merkur (2010), "Belgium: Health System Review", *Health Systems in Transition*, Vol. 12(5), blz. 1-266.

OESO/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Parijs, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Referenties

ECDC (2017), *Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe 2015*, Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net).

Europese Commissie (2016), "Joint Report on Health Care and Long-term Care Systems and Fiscal Sustainability", *Institutional Papers 37*, Europese Commissie, Brussel.

Europese Commissie (DG ECFIN) en Comité voor de economische politiek (AWG) (2015), "The 2015 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)", *European Economy 3*, Brussel, mei.

IHME (2016), "Global Health Data Exchange", Institute for Health Metrics and Evaluation, beschikbaar op <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

R. Leroy e.a. (2017), "Proposals for a Further Expansion of Day Surgery in Belgium", *KCE rapport 282*, maart.

OESO (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Publishing, Parijs, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>.

F. Vrijens e.a. (2016), "Performance of the Belgian Health System – Report 2015", *KCE rapport 259c*.

WHO (2015), *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2015 – Raising Taxes on Tobacco*, Genève.

Lijst van landenafkortingen

| | | | | | | | | | |
|------------|----|-------------|----|-----------|----|------------|----|---------------------|----|
| België | BE | Finland | FI | Kroatië | HR | Oostenrijk | AT | Spanje | ES |
| Bulgarije | BG | Frankrijk | FR | Letland | LV | Polen | PL | Tsjechië | CZ |
| Cyprus | CY | Griekenland | EL | Litouwen | LT | Portugal | PT | Verenigd Koninkrijk | UK |
| Denemarken | DK | Hongarije | HU | Luxemburg | LU | Roemenië | RO | Zweden | SE |
| Duitsland | DE | Ierland | IE | Malta | MT | Slovenië | SI | | |
| Estland | EE | Italië | IT | Nederland | NL | Slowakije | SK | | |

State of Health in the EU

Landenprofiel Gezondheid 2017

De landenprofielen zijn een belangrijke stap in de tweejaarlijkse cyclus van de Europese Commissie De gezondheidstoestand in de EU en zijn het resultaat van samenwerking tussen de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en het European Observatory on Health Systems and Policies. De reeks is gecoördineerd door de Commissie en tot stand gekomen met financiële ondersteuning van de Europese Unie.

De beknopte beleidsgerelateerde landenprofielen 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-lidstaat is aangepast. Zij dienen als middel om van elkaar te leren en vrijwillig informatie uit te wisselen en zo de lidstaten te ondersteunen bij hun op feiten gebaseerde beleidsvorming.

Elk landenprofiel bevat een korte samenvatting 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.

Deze eerste reeks tweejaarlijkse landenprofielen is gepubliceerd in november 2017. De Commissie licht de belangrijkste bevindingen van deze landenprofielen toe in een begeleidend verslag.

Zie voor meer informatie: ec.europa.eu/health/state/summary

Gelieve deze publicatie te citeren als:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *België: Landenprofiel Gezondheid 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285064-nl>

ISBN 9789264285064 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.