



State of Health in the EU

België

Landenprofiel gezondheid 2021

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 de gezondheidszorgstelsels in de EU/Europese Economische Ruimte. In de profielen 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 door het European Observatory on Health Systems and Policies, in samenwerking met de Europese Commissie. Het team dankt het Health Systems and Policy Monitor network, het Gezondheidscomité van de OESO en de deskundigengroep inzake de prestatiebeoordeling van gezondheidszorgstelsels (HSPA) van de EU voor hun waardevolle opmerkingen en suggesties.

Inhoudsopgave

1. HOOFDPUNTEN	3
2. GEZONDHEID IN BELGIË	4
3. RISICOFACTOREN	6
4. HET ZORGSTELSEL	8
5. PRESTATIES VAN HET ZORGSTELSEL	12
5.1 Doeltreffendheid	12
5.2 Toegankelijkheid	15
5.3 Aanpassingsvermogen	17
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 in 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 van Health Behaviour in School-Aged Children

(HBSC) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), alsmede uit nationale bronnen.

De EU-gemiddelden betreffen gewogen gemiddelden van de 27 lidstaten, tenzij anders is vermeld. In deze EU-gemiddelden zijn IJsland en Noorwegen niet meegenomen.

Dit profiel is in september 2021 voltooid op basis van de gegevens die eind augustus 2021 beschikbaar waren.

Demografische en sociaaleconomische context in België, 2020

Demografische factoren

	België	EU
Bevolkingsgrootte	11 522 440	447 319 916
Aandeel van de bevolking ouder dan 65 (%)	19,1	20,6
Vruchtbaarheidscijfer ¹ (2019)	1,6	1,5

Sociaaleconomische factoren

Bbp per hoofd van de bevolking (EUR KKP ²)	34 783	29 801
Relatieve armoede ³ (% , 2019)	14,8	16,5
Werkloosheidspercentage (%)	5,6	7,1

1. Aantal geboren kinderen per vrouw in de leeftijd van 15 tot 49 jaar. 2. In de koopkrachtpariteit (KKP) worden de valuta zodanig omgerekend dat de koopkracht van de verschillende valuta 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, de 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.

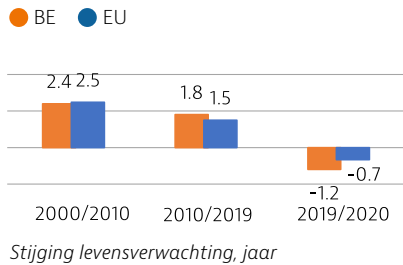
Met dit document en de daarin opgenomen gegevens en kaarten wordt geen standpunt ingenomen over de status of de soevereiniteit van enig gebied, noch over de afbakening van internationale grenzen of de naam van gebieden of steden.

Er zijn aanvullende disclaimers voor de WHO van toepassing.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

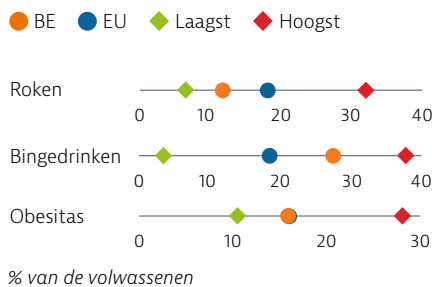
1 Hoofdpunten

De levensverwachting in België ligt nog steeds iets boven het EU-gemiddelde, maar is in 2020 tijdelijk sterk gedaald door de sterfgevallen als gevolg van COVID-19. Hoewel het Belgische zorgstelsel een goede toegang tot hoogwaardige zorg biedt, heeft de COVID-19-pandemie belangrijke uitdagingen aan het licht gebracht op het gebied van preventie en volksgezondheid, gezondheidswerkers en de kwaliteit van de ouderenzorg in instellingen voor langdurige zorg. Vanwege de pandemie zijn in België veel innovatieve praktijken gestimuleerd die kunnen worden uitgebreid om een veerkrachtiger zorgstelsel uit te bouwen.



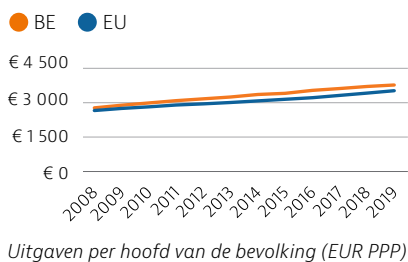
Gezondheidstoestand

De levensverwachting in België is tussen 2010 en 2019 sterker gestegen dan het EU-gemiddelde, maar is in 2020 met meer dan een jaar gedaald door de sterfgevallen als gevolg van COVID-19. Ongeveer 60 % van de COVID-19 sterfgevallen in 2020 betrof bewoners van instellingen voor langdurige zorg. Net als in veel andere landen is de geestelijke gezondheid van veel jongeren en volwassenen in België tijdens de pandemie aanzienlijk verslechterd. Er werden veel meer angst en depressie gemeld dan in voorgaande jaren.



Risicofactoren

Risicofactoren voor de gezondheid zijn belangrijke oorzaken van gezondheidsproblemen en sterfte in België. Hoewel het tabaksgebruik de afgelopen twee decennia aanzienlijk is gedaald, rookte in 2018 nog 15 % van de volwassenen dagelijks. Bijna 30 % van de volwassenen meldde in 2018 regelmatige zware alcoholconsumptie, een percentage dat ver boven het EU-gemiddelde ligt. Ongeveer 16 % van de volwassenen leed in 2018 aan obesitas. Dat ligt dicht bij het EU-gemiddelde, maar is een stijging ten opzichte van de 12 % in 2001. Ook overgewicht en obesitas onder 15-jarige adolescenten zijn in 2018 toegenomen tot 17 %, tegenover 11 % in 2002.

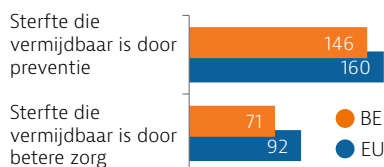


Het zorgstelsel

De uitgaven voor gezondheidszorg per hoofd van de bevolking zijn tussen 2008 en 2019 langzaam toegenomen en blijven hoger dan het EU-gemiddelde. In 2019 waren de uitgaven voor gezondheidszorg met 10,7 % van het bbp hoger dan in 2008 (9,6 %) en ook hoger dan het huidige EU-gemiddelde (9,9 %). Van de totale uitgaven voor gezondheidszorg waren 77 % overheidsuitgaven — iets minder dan het EU-gemiddelde van 80 %.

Doeltreffendheid

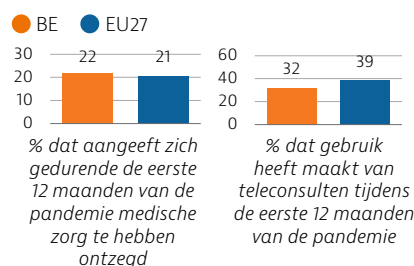
De vermijdbare sterfte lag vóór de pandemie iets lager dan het EU-gemiddelde, maar hoger dan in veel andere westelijke EU-landen. Dit wijst erop dat er mogelijk meer kan worden gedaan om mensenlevens te redden door gezondheidsbevordering, beperking van de risicofactoren en betere gezondheidszorg.



Sterftecijfer gestandaardiseerd naar leeftijd per 100 000 inwoners, 2018

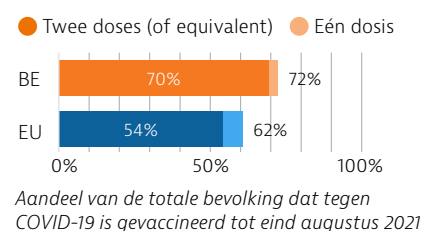
Toegankelijkheid

Hoewel de toegang tot gezondheidszorg in België over het algemeen goed is, heeft de COVID-19-pandemie de toegang tot zorg in 2020 aanzienlijk getroffen: 22 % gaf aan gedurende de eerste 12 maanden van de pandemie zorg te hebben gemeden, wat dicht bij het EU-gemiddelde van 21 % ligt. Door het toenemende gebruik van teleconsulten bleef de toegang tot zorg tijdens de pandemie gehandhaafd.



Aanpassingsvermogen

België behoorde tijdens de COVID-19-pandemie tot de zwaarst getroffen EU-landen wat betreft het aantal gevallen en sterfgevallen in verhouding tot de bevolkingsgrootte, vooral tijdens de eerste golf. België heeft in de eerste helft van 2021 zijn vaccinatiecampagne versneld. Tegen eind augustus 2021 had 70 % van de bevolking twee doses (of een equivalent daarvan) van een COVID-19-vaccin ontvangen.



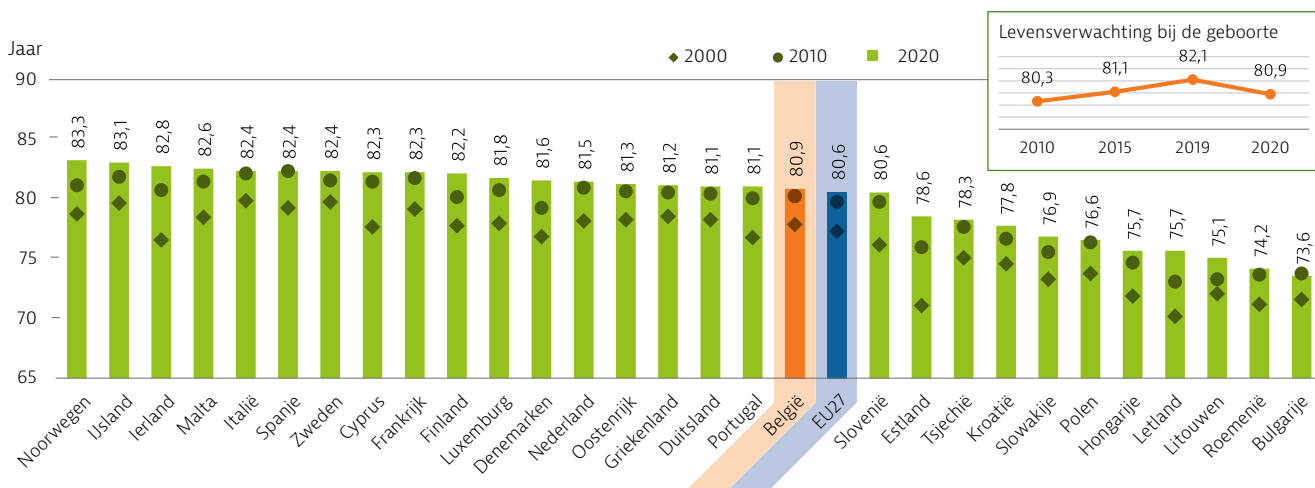
2 Gezondheid in België

De levensverwachting in België blijft iets boven het EU-gemiddelde, ondanks een sterke daling in 2020

In 2019 bedroeg de levensverwachting bij de geboorte in België 80,9 jaar, waarmee zij iets boven het EU-gemiddelde blijft (figuur 1), hoewel zij in 2020 tijdelijk met 1,2 jaar

daalde als gevolg van de sterfgevallen door COVID-19. Dit was de grootste daling sinds de Tweede Wereldoorlog en een van de grootste dalingen onder de EU-landen. Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen bedroeg 4,5 jaar in 2019 (78,6 jaar voor mannen en 83,1 jaar voor vrouwen) — ongeveer een jaar minder dan het EU-gemiddelde.

Figuur 1. De levensverwachting in België ligt iets boven het EU-gemiddelde, ondanks een sterke daling in 2020



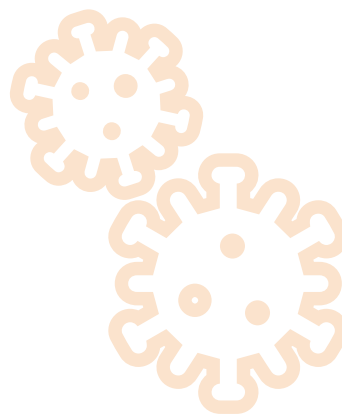
Opmerking: het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde. De gegevens voor Ierland hebben betrekking op 2019.
Bron: Eurostat-databank.

Vóór de pandemie waren ischemische hartziekten, beroerten en longkanker de belangrijkste doodsoorzaken, maar in 2020 was dat COVID-19

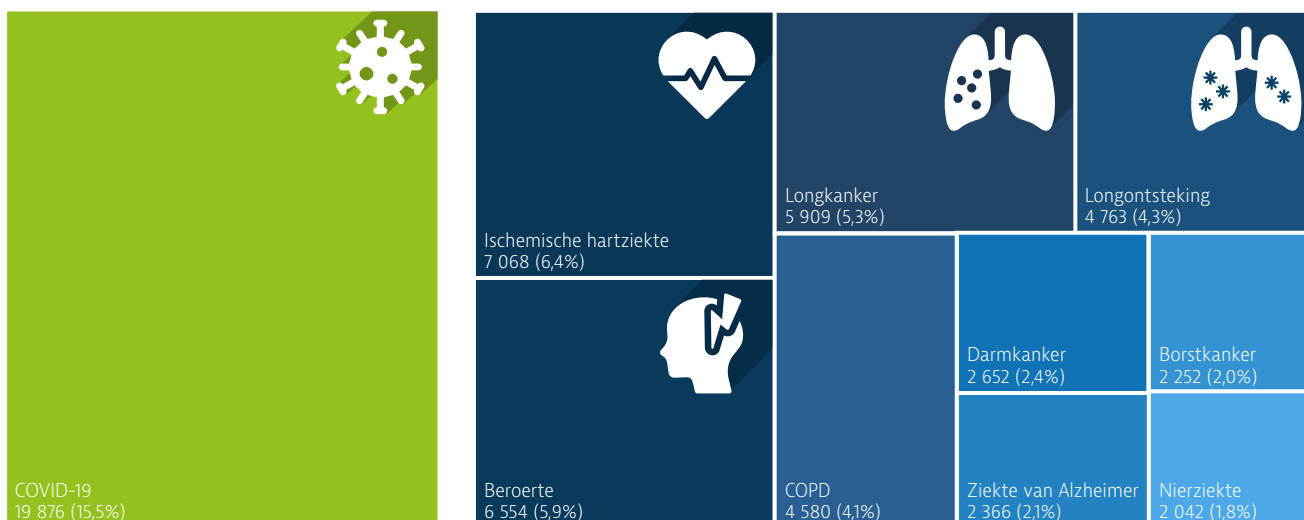
In 2018 waren vaatziekten goed voor 26 % van alle sterfgevallen in België, gevolgd door kanker (24 %). Wat meer specifieke ziekten betreft, waren ischemische hartziekten (6 % van alle sterfgevallen) en beroerten (6 %) de belangrijkste doodsoorzaken, gevolgd door longkanker, dat de meest voorkomende oorzaak van kankersterfte bleef (figuur 2).

In 2020 was COVID-19 verantwoordelijk voor bijna 20 000 sterfgevallen in België (15 % van alle sterfgevallen). De overgrote meerderheid van de sterfgevallen betrof ouderen: ongeveer 94 % van de sterfgevallen betrof personen van 65 jaar en ouder, en meer dan 50 % waren personen van 85 jaar en ouder. Het aantal COVID-19-doden was ongeveer gelijk tijdens de eerste golf in het voorjaar van 2020 en de tweede golf in het najaar van 2020 (ongeveer 9 300 sterfgevallen), hoewel de sterfgevallen tijdens de eerste golf in minder weken waren geconcentreerd dan die tijdens de tweede golf. Tussen januari en augustus 2021 zijn nog eens 5 500 mensen overleden aan de gevolgen van COVID-19.

Het sterftcijfer door COVID-19 tot eind augustus 2021 lag bijna 40 % hoger dan het EU-gemiddelde (2 200 per miljoen inwoners tegenover 1 590), voornamelijk als gevolg van de hogere sterftcijfers tijdens de eerste golf. Terwijl België het aantal sterfgevallen als gevolg van COVID-19 vrij nauwkeurig registreerde, hebben verscheidene andere EU-landen hun percentages waarschijnlijk onderschat vanwege een beperkter testbeleid en problemen in verband met de toewijzing van de doodsoorzaak (kader 1).



Figuur 2. Ischemische hartziekten, beroerten en longkanker waren de afgelopen jaren de belangrijkste doodsoorzaken, maar in 2020 lag COVID-19 aan de basis van een groot aantal sterfgevallen



Opmerking: het aantal en het aandeel van de sterfgevallen als gevolg van COVID-19 hebben betrekking op 2020, terwijl het aantal en het aandeel van andere oorzaken betrekking hebben op 2018. De grootte van het vlak van COVID-19 staat in verhouding tot de grootte van de andere belangrijke doodsoorzaken uit 2018.

Bron: Eurostat (voor doodsoorzaken in 2018); ECDC (voor sterfgevallen door COVID-19 in 2020, tot en met week 53).

Kader 1. België hanteerde een ruimere definitie voor de registratie van sterfgevallen door COVID-19 dan veel andere EU-landen

Het aantal gemelde sterfgevallen als gevolg van COVID-19 dat door een land werd gerapporteerd, hangt af van de testactiviteiten en van de vraag of het alleen bevestigde gevallen telt of ook vermoedelijke gevallen. In België bevatten de gerapporteerde sterfgevallen door COVID-19 zowel bevestigde als vermoedelijke gevallen in elke omgeving. Aangezien in veel andere EU-landen alleen bevestigde gevallen worden geteld, zijn de percentages moeilijk met elkaar te vergelijken.

De indicator voor oversterfte (gedefinieerd als het totale aantal sterfgevallen boven het verwachte aantal op basis van de ervaring uit vorige jaren) kan een maatstaf

zijn voor het effect van COVID-19 op de totale sterfte die minder wordt beïnvloed door verschillen tussen de landen wat betreft de teststrategie en de registratie van de doodsoorzaak. Het aantal sterfgevallen als gevolg van COVID-19 dat België in 2020 heeft gemeld, ligt zeer dicht bij het aantal extra sterfgevallen, wat een validatie van de gebruikte registratieaanpak betekent. Ter vergelijking: in verschillende andere EU-landen ligt het aantal veel lager, wat wijst op een zekere onderschatting van het aantal sterfgevallen door COVID-19. Hoewel België in 2020 het hoogste sterftcijfer voor COVID-19 in de EU had, stond het op de achtste plaats van landen met de hoogste oversterfte.

De meeste Belgen zeggen in goede gezondheid te verkeren, maar meer dan een op vier volwassenen heeft een chronische aandoening

In 2019 gaf ongeveer driekwart (74 %) van de Belgische volwassenen aan in goede gezondheid te verkeren — een percentage dat hoger ligt dan het EU-gemiddelde (69 %). Net als in andere landen is er echter een kloof tussen de inkomensniveaus: 87 % van de Belgische volwassenen in het hoogste inkomenskintiel gaf aan een goede gezondheid te hebben, tegenover 59 % in het laagste kintiel. Dit verschil is groter dan in bijna alle andere West-Europese landen en heeft te maken met ongelijkheden in de blootstelling aan risicofactoren en toegang tot gezondheidszorg (zie hoofdstuk 3 en hoofdstuk 5.2).

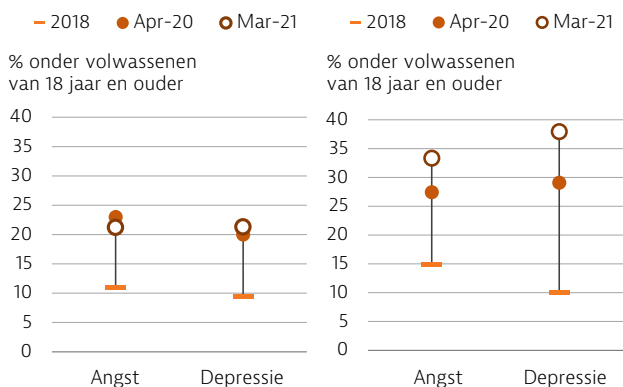
Meer dan een op vier Belgische volwassenen (26 %) gaf in 2019 aan ten minste één chronische ziekte te hebben — een percentage dat veel lager ligt dan het EU-gemiddelde (36 %) op basis van EU-SILC. Net als bij de zelfgemelde gezondheid

is er een kloof in de prevalentie van chronische ziekten per inkomensgroep: 39 % van de Belgische volwassenen in de laagste inkomensgroep gaf aan ten minste één chronische ziekte te hebben, tegenover 16 % in de hoogste inkomensgroep.

De COVID-19-pandemie leidde tot meer psychische problemen

De geestelijke gezondheid van veel Belgen ging er tijdens de pandemie op achteruit. Zo is de prevalentie van angst- en depressiesymptomen onder volwassenen tijdens de eerste golf bijvoorbeeld meer dan verdubbeld. Toen vervolgens tijdens de zomer van 2020 de beperkende maatregelen werden versoepeld, daalde de prevalentie opnieuw (maar niet tot het niveau van vóór COVID-19), om tijdens de tweede golf opnieuw te stijgen tot een vergelijkbaar niveau (figuur 3). Tegen maart 2021 was de prevalentie licht gedaald, maar bleef ze nog steeds bijna tweemaal zo hoog als in 2018.

Figuur 3. De twee lockdowns in 2020 hadden een negatief effect op de geestelijke gezondheid



Opmerking: 1. de gegevens voor 2018 voor jongvolwassenen hebben betrekking op de leeftijdsgroep van 15 tot 24 jaar.
Bron: Sciensano (2021).

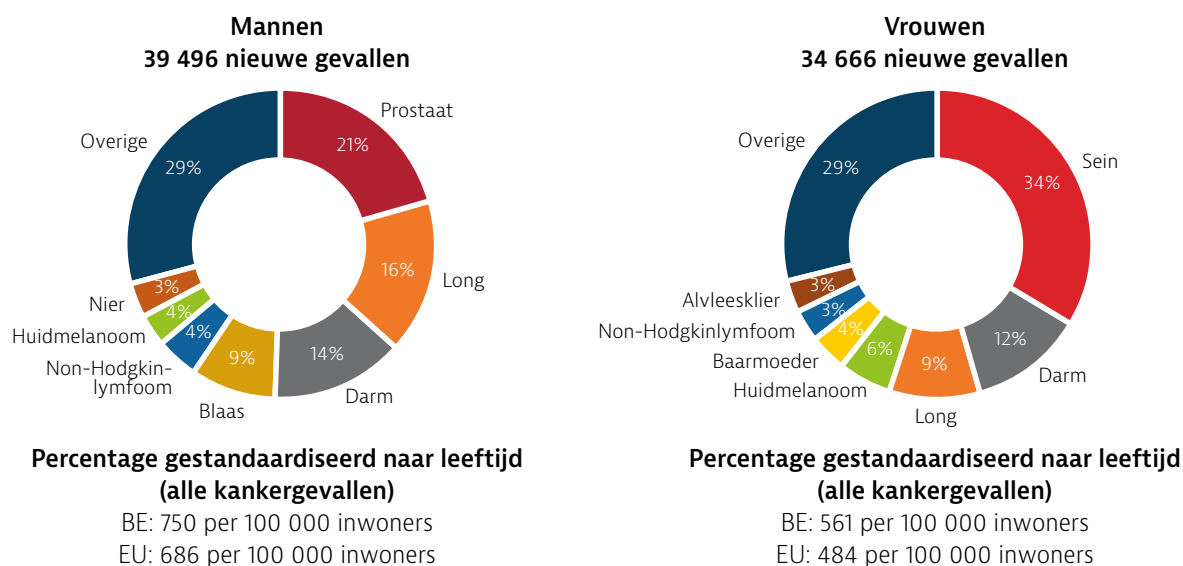
Vooraf de geestelijke gezondheid van de jonge Belgen had onder de situatie te lijden. Ongeveer 30 % van de 18- tot 29-jarigen had in april 2020 symptomen van depressie — een percentage dat ongeveer drie keer hoger lag dan in 2018.

Vanaf de tweede golf van de pandemie ging de situatie verder achteruit: bijna 40 % gaf in maart 2021 aan symptomen van depressie te hebben. Sinds begin april 2020 dekt het Belgische openbare zorgstelsel tot acht bezoeken aan een psychotherapeut per jaar na verwijzing van een arts.

De incidentie van kanker is in België hoger dan het EU-gemiddelde

Volgens schattingen van het Gemeenschappelijk Centrum voor onderzoek, gebaseerd op het verloop van de incidentie in voorgaande jaren, waren er in België in 2020 naar verwachting ongeveer 74 000 nieuwe gevallen van kanker en ongeveer 30 000 sterfgevallen door kanker¹. De incidentie van kanker ligt in België hoger dan het EU-gemiddelde, zowel voor mannen als voor vrouwen. De meest voorkomende vormen van kanker bij mannen zijn prostaatkanker (21 %), longkanker (16 %) en darmkanker (14 %), terwijl bij vrouwen borstkanker de voornaamste kanker is (34 %), gevolgd door darmkanker (12 %) en longkanker (9 %) (figuur 4). De ruwe incidentiecijfers voor kanker zijn tussen 2006 en 2017 met 11 % gestegen, hoofdzakelijk als gevolg van de vergrijzing van de bevolking en een meer wijdverspreide screening.

Figuur 4. In 2020 werden in België ongeveer 74 000 nieuwe gevallen van kanker verwacht



Opmerking: niet-melanoom huidkanker is uitgesloten. Baarmoederkanker omvat geen kanker van de baarmoederhals.
Bron: ECIS — Europees informatiesysteem voor kanker.

3 Risicofactoren

Gedraggerelateerde risicofactoren zijn een belangrijke oorzaak van sterfte

Meer dan een derde van alle sterfgevallen in 2019 kan worden toegeschreven aan gedraggerelateerde risicofactoren, zoals roken, voedingsrisico's, alcoholgebruik en te weinig lichaamsbeweging, terwijl bij een aanzienlijk aantal sterfgevallen ook luchtverontreiniging een rol speelt (figuur 5).

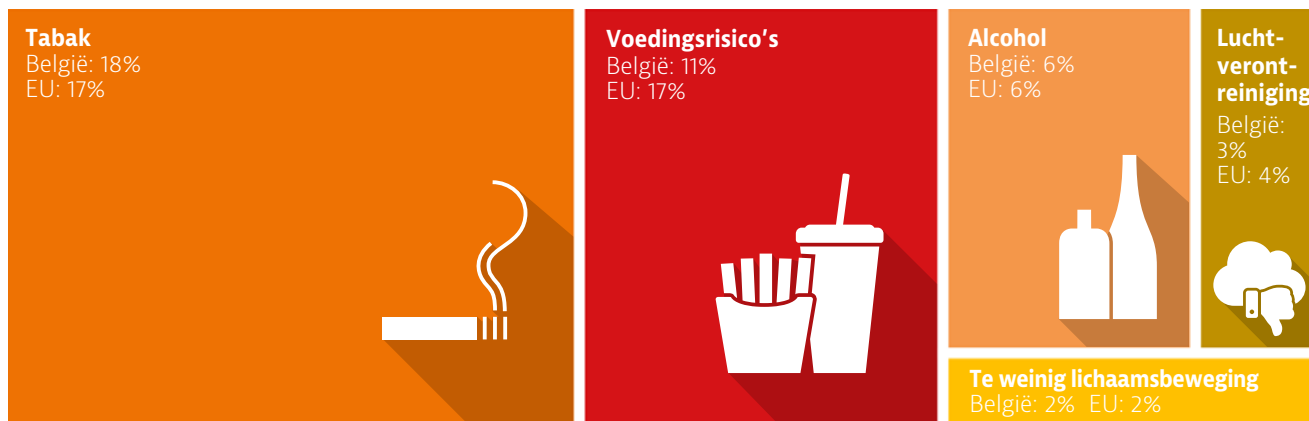
1: Er wordt op gewezen dat deze ramingen zijn gemaakt vóór de COVID-19-pandemie, die mogelijk een effect heeft gehad op zowel de incidentie van als het sterftecijfer door kanker in 2020.

In 2019 konden in België naar schatting ongeveer 20 000 sterfgevallen (18 %) worden toegeschreven aan roken (actief en passief roken) — een aandeel dat iets hoger lag dan het EU-gemiddelde. Voedingsrisico's (waaronder te weinig groenten en fruit en te veel suiker en zout) waren goed voor bijna 13 000 sterfgevallen (11 %) — een percentage dat ver onder het EU-gemiddelde ligt. Ongeveer 7 000 sterfgevallen (6 %) kunnen worden toegeschreven aan alcoholgebruik — een percentage dat vergelijkbaar is met het EU-gemiddelde

— terwijl ongeveer 2 500 sterfgevallen (2 %) verband houden met te weinig lichaamsbeweging. Luchtverontreiniging in de vorm van fijnstof (PM_{2,5}) en blootstelling aan ozon waren op

zich al verantwoordelijk voor ongeveer 3 800 sterfgevallen (3 %), voornamelijk in verband met hart- en vaatziekten, ademhalingsziekten en bepaalde vormen van kanker.

Figuur 5. Roken, voedingsrisico's en alcoholgebruik dragen in belangrijke mate bij tot sterfte



*Opmerking: het totale aantal sterfgevallen in verband met deze risicofactoren is kleiner dan de som van elk van hen afzonderlijk, omdat hetzelfde sterfgeval kan worden toegeschreven aan meer dan één risicofactor. Voedingsrisico's omvatten 14 componenten, zoals te weinig groenten en fruit en te veel gezoete dranken. Luchtverontreiniging verwijst naar de blootstelling aan PM_{2,5} en ozon.
Bron: IHME (2020), Global Health Data Exchange (schattingen voor 2019).*

Overmatig alcoholgebruik blijft hoger dan het EU-gemiddelde

Hoewel het totale alcoholgebruik in België sinds 2000 is gedaald en nu iets onder het EU-gemiddelde ligt, komt overmatig alcoholgebruik (bingedrinken²) er vaker voor dan in de meeste andere EU-landen (figuur 6), en de genderkloof is duidelijk: in 2018 gaf 37 % van de mannen aan ten minste eenmaal per maand te bingedrinken, tegenover 18 % van de vrouwen.

Bijna een op vijf 15-jarigen gaf in 2018 aan ten minste tweemaal dronken te zijn geweest, hoewel dit aandeel lager is dan in veel andere EU-landen. Drinken op jonge leeftijd kan later in het leven tot schadelijke vormen van alcoholgebruik leiden.

Het tabaksgebruik is gedaald en ligt lager dan in veel andere EU-landen

Ongeveer een op zeven volwassenen in België rookte in 2018 dagelijks, een percentage dat lager is dan in veel andere EU-landen. Hoewel het tabaksgebruik onder mannen sterker is gedaald dan onder vrouwen, roken mannen (19 %) nog altijd veel meer dan vrouwen (12 %). Het percentage rokers onder 15-jarigen is sterk gedaald en behoort nu tot de laagste percentages in de EU-landen. De verhoging van de tabaksprijs in 2021 zou verder moeten bijdragen aan het terugdringen van het tabaksgebruik (hoofdstuk 5.1).

Het gebruik van e-sigaretten is echter populairder geworden, vooral onder tienerjongens en jonge mannen. Bijna 9 % van de mannen in de leeftijd van 15 tot 24 jaar gaf aan in 2018 ten minste eenmaal per week e-sigaretten te roken, vergeleken met slechts 2 % van de jonge vrouwen.

Overgewicht en obesitas zijn toegenomen als gevolg van slechte voeding en te weinig lichaamsbeweging

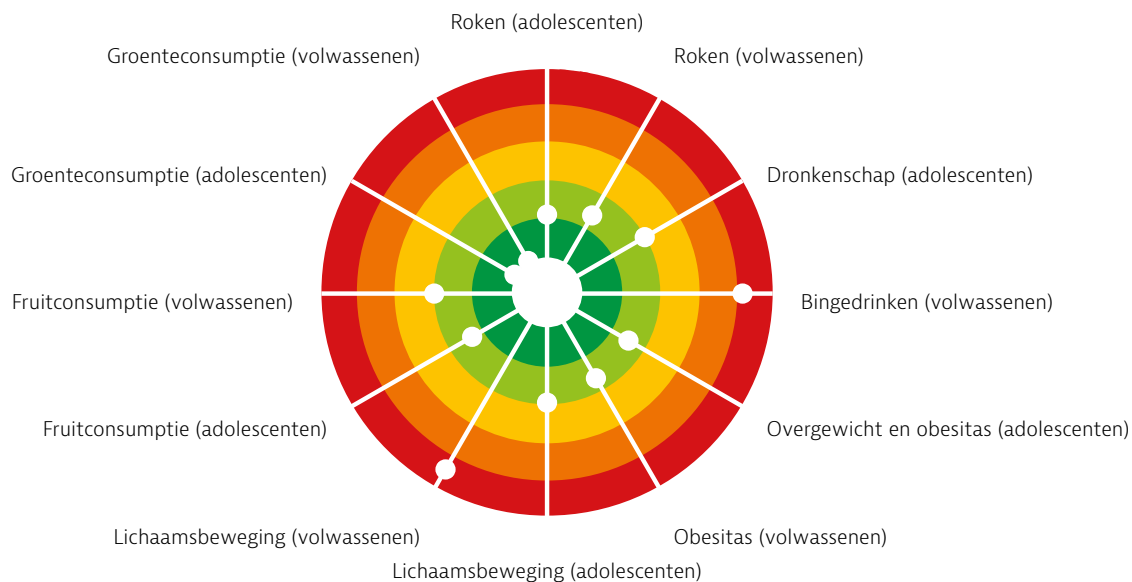
In de afgelopen twee decennia zijn de cijfers voor obesitas onder volwassenen in België met vier procentpunten gestegen, tot uiteindelijk 16 % in 2018, maar dit blijft lager dan in de meeste EU-landen³. Het percentage 15-jarigen met overgewicht en obesitas is ook gestaag toegenomen, van 11 % in 2002 tot 17 % in 2018, wat hoger is dan in veel andere EU-landen, maar net onder het EU-gemiddelde ligt (19 %).

Slechte voeding, zoals te weinig groenten en fruit en te veel gezoete dranken, draagt bij aan de toename van overgewicht en obesitas. In 2018 gaf ongeveer 45 % van de volwassenen aan niet dagelijks fruit te eten en 24 % niet dagelijks groenten te eten, terwijl 64 % van de 15-jarigen aangaf niet dagelijks fruit te eten en 40 % niet dagelijks groenten te eten. Toch liggen al deze percentages lager dan in veel EU-landen. Volgens een uitgebreide enquête over voedselconsumptie aten adolescenten in België over het algemeen minder groenten en fruit per dag dan het EU-gemiddelde (Sciensano, 2019).

Te weinig lichaamsbeweging is ook een belangrijke risicofactor voor overgewicht en obesitas. Belgische volwassenen bewegen minder dan die in de meeste EU-landen: 44 % voldeed in 2018 niet aan de aanbeveling van de WHO om ten minste 2,5 uur per week aan matige lichaamsbeweging te doen. Ook doen adolescenten minder aan lichaamsbeweging dan in veel andere EU-landen, met name meisjes: slechts 10 % van de 15-jaige meisjes gaf in 2018 aan elke dag ten minste gematigd te bewegen, tegenover 20 % van de jongens.

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

3: Op basis van werkelijke metingen van de lengte en het gewicht van mensen zijn de cijfers voor obesitas in België gestegen van 19 % in 2014 tot 21 % in 2018.

Figuur 6. Overmatig alcoholgebruik is een groot probleem voor de volksgezondheid

Opmerking: hoe dichter de stip zich bij het midden bevindt, hoe beter het land presteert in vergelijking met andere EU-landen. Geen enkel land bevindt zich in het witte "streefgebied", aangezien alle landen zich op alle terreinen kunnen verbeteren.

Bron: OESO-berekeningen op basis van HBSC-onderzoek uit 2017-2018 voor indicatoren voor adolescenten; en EHIS 2018-2019 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 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, tegenover 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

Verplichte ziektekostenverzekering zorgt voor nagenoeg universele dekking in België

Met 99 % van de bevolking is de dekking van de gezondheidszorg in België bijna universeel. De overige mensen hebben niet aan hun administratieve verplichtingen voldaan (zoals een vast adres hebben). De verplichte zorgverzekering in België wordt uitgevoerd door vijf particuliere nationale ziekenfondsverenigingen zonder winstoogmerk, een fonds voor spoorwegpersoneel en een openbare hulpkas. Ze wordt beheerd door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (INAMI-RIZIV). Dit overheidsorgaan legt de terugbetalingscriteria vast, bepaalt en controleert de begroting, informeert gezondheidsmedewerkers, bevordert de kwaliteit van de zorg en organiseert onderhandelingen tussen de belanghebbenden.

De federale autoriteiten en gefedereerde entiteiten hebben verschillende verantwoordelijkheden op het gebied van gezondheid

De federale autoriteiten zijn verantwoordelijk voor het reguleren van de verplichte ziektekostenverzekering, de gezondheidsproducten en de beroepen in de gezondheidszorg, en ze leggen de begrotingen voor de extramurale zorg en de ziekenhuizen vast. De gefedereerde entiteiten (gewesten en gemeenschappen) zijn verantwoordelijk voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie, de organisatie van eerstelijnszorg, sociale diensten en gemeenschapzorg, de financiering van ziekenhuisinfrastructuur en zware medische apparatuur en de vaststelling van normen voor ziekenhuisvergunningen. Er worden regelmatig interministeriële conferenties georganiseerd om de samenwerking tussen de federale autoriteiten en de gefedereerde entiteiten te vergemakkelijken. Tijdens de COVID-19--pandemie werden er bestuursmechanismen ingesteld om de crisis te beheersen (kader 2).

Meer dan een tiende van het Belgische bbp wordt besteed aan gezondheid

In 2019 besteedde België 10,7 % van het bbp aan gezondheidszorg, een groter aandeel dan het EU-gemiddelde (9,9 %). In 2019 bedroegen de uitgaven voor gezondheidszorg 3 773 EUR per hoofd van de bevolking (gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen), wat iets hoger is dan het EU-gemiddelde (3 523 EUR) (figuur 7).

Van alle uitgaven voor gezondheidszorg werd in 2019 77 % gefinancierd met overheidsmiddelen en de verplichte ziektekostenverzekering, vergelijkbaar met het EU-gemiddelde (80 %). De rechtstreekse eigen bijdragen waren goed voor 18 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, terwijl de vrijwillige ziekteverzekering voor de resterende 5 % zorgde.

Kader 2. De COVID-19-pandemie werd gecoördineerd door nieuw opgerichte comités en op verschillende bestuursniveaus

Sinds 12 maart 2020 is de Nationale Veiligheidsraad, bestaande uit de eerste minister, de vicepremiers en de ministers-presidenten van de gewesten en gemeenschappen, verantwoordelijk voor de beleidsrespons op COVID-19. Het Nationaal Crisiscentrum geeft advies aan de Nationale Veiligheidsraad en wordt daarin bijgestaan door de Risk Assessment Group en de Risk Management Group. Talrijke andere adviesorganen, taskforces en werkgroepen wisselen analyses en aanbevelingen van deskundigen uit ter ondersteuning van empirisch onderbouwde beslissingen.

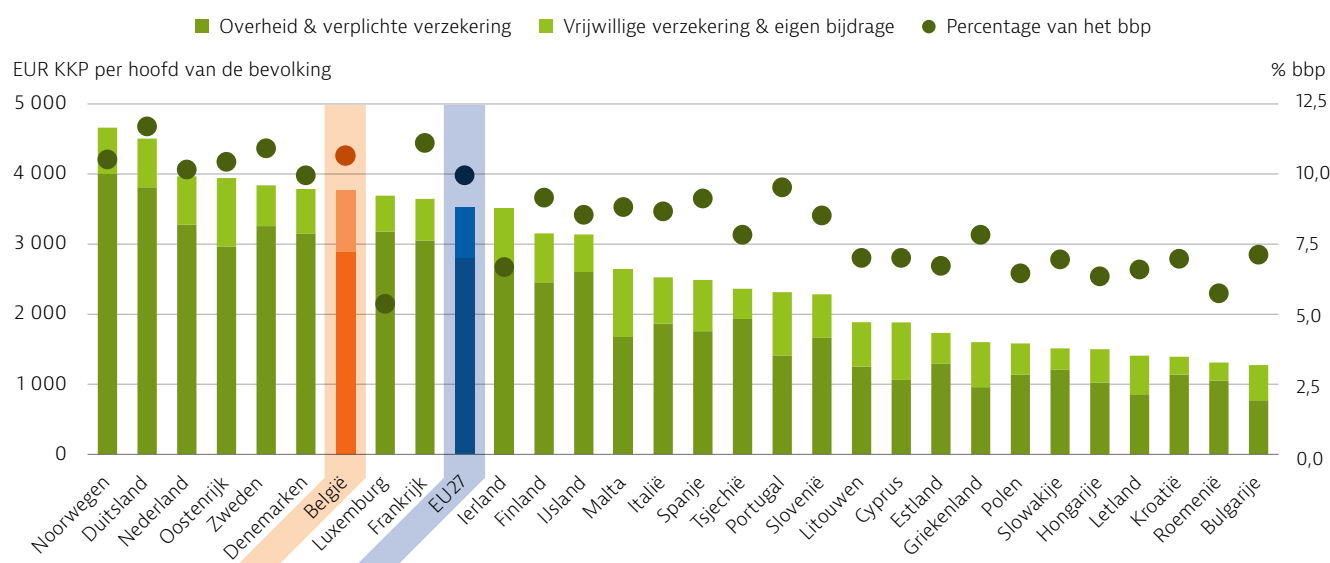
Een van de belangrijke organen die actief deelnemen aan de beleidsreacties, is de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Ze werd begin jaren tachtig opgericht om het gezondheidsbeleid van alle Belgische overheden te coördineren. Dit orgaan is samengesteld uit de acht ministeries van de Belgische overheden die verantwoordelijk zijn voor gezondheid of daarmee verband houdende onderwerpen. België is een federale staat met drie gemeenschappen (de Vlaamse, de Franse en de Duitse) en drie gewesten (het Vlaams, het Waals en het Brussels)

met elk hun eigen bestuur. Federale wetten hebben geen voorrang op gewestdecreten, zodat coördinatie tussen alle overheidsniveaus van cruciaal belang is.

Sinds 27 maart 2020 beschikt de federale regering over speciale bevoegdheden om op te treden zonder de gebruikelijke wetgevingsprocedures te doorlopen, zodat tijdig op de noodsituatie kan worden gereageerd. Onder deze bevoegdheden vallen dringende bepalingen op het gebied van volksgezondheid, openbare orde, sociale diensten en de bescherming van de economie en de burgers.

In juli 2020 zijn de bevoegdheden van de gemeenten uitgebreid om bij uitbraken onmiddellijk te kunnen optreden. Hoewel zij niet tegen de wetgeving van de federale en gefedereerde overheden kunnen ingaan, kunnen zij bijvoorbeeld besluiten om bij uitbraken in hun gemeente strengere maatregelen toe te passen zonder te wachten op de goedkeuring van de federale regering en de gefedereerde overheden.

Figuur 7. De uitgaven voor gezondheidszorg per hoofd van de bevolking en als percentage van het bbp liggen boven het EU-gemiddelde



Opmerking: het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde.

Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2021 (gegevens voor 2019, behalve voor Malta 2018).

De verplichte zorgverzekering wordt beheerd door het INAMI-RIZIV, 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 groeionorm”, die een stabiele financiering van het zorgstelsel waarborgt. Het wettelijk vastgelegde plafond voor de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg is verlaagd van een groeipercentage (in reële termen) per jaar van 4,5 % in 2005-12 tot 2 % in 2013. Het werd in 2014 verhoogd tot 3 % en vervolgens vanaf 2015 verlaagd tot 1,5 % om de kosten te beperken. In 2020 is de begrotingsdoelstelling gehandhaafd, hoewel er extra middelen zijn uitgetrokken om de extra uitgaven als gevolg van COVID-19 te dekken (zie hoofdstuk 5.3).

De financiering van het zorgstelsel is gediversifieerd om minder afhankelijk te zijn van loonbelasting

De door werknemers, zelfstandigen en werkgevers betaalde socialezekerheidsbijdragen vormen het leeuwendeel van de financiële bijdragen aan het zorgstelsel. Sinds 1995 hebben hervormingen er echter voor gezorgd dat er 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 (sommige groepen hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming), het soort

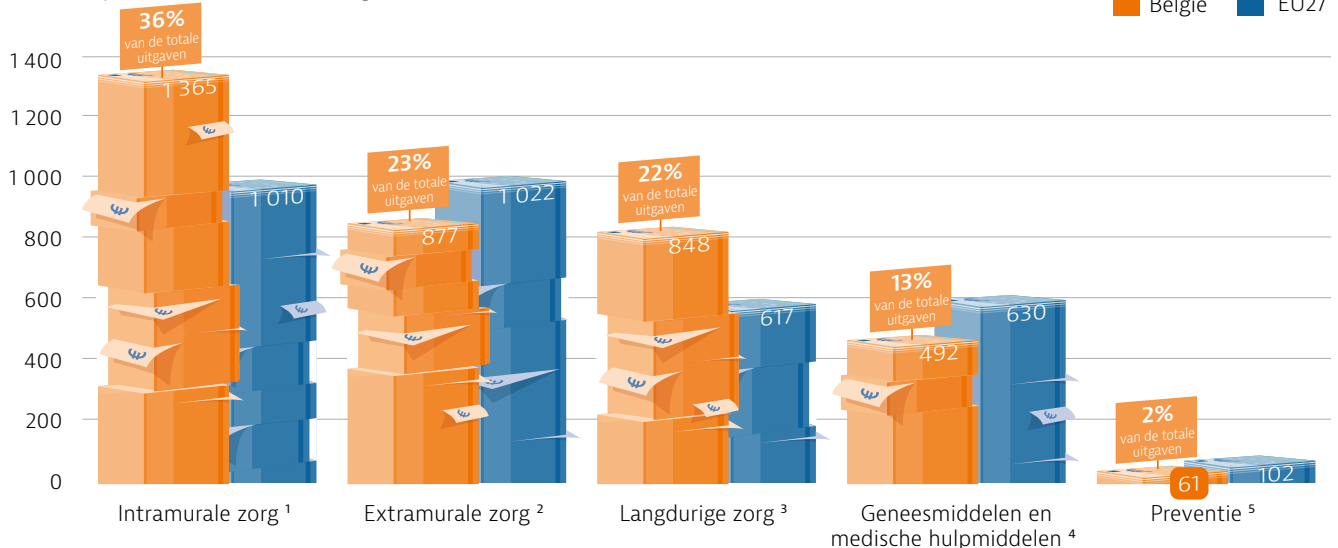
dienst en de hoogte van de reeds betaalde eigen bijdrage. Deze eigen bijdragen gelden voor de meeste diensten, met inbegrip van huisartsraadplegingen en huisbezoeken, specialistische raadplegingen, ambulante geneesmiddelen, kinesitherapie en ziekenhuisopnamen (per dag).

Intramurale en extramurale zorg zijn samen goed voor bijna 60 % van de uitgaven voor gezondheidszorg

De grootste categorie uitgaven voor gezondheidszorg in België is intramurale zorg, die in 2019 goed was voor meer dan 36 % van alle uitgaven voor gezondheidszorg — hoger dan het EU-gemiddelde van 29 % (figuur 8). Bijna een kwart van de uitgaven voor gezondheidszorg werd toegewezen aan extramurale zorg. De uitgaven voor de gezondheidscategorie langdurige zorg liggen aanzienlijk hoger dan in de EU en zijn goed voor meer dan een vijfde van alle uitgaven voor gezondheidszorg. Een achtste van de uitgaven voor gezondheidszorg 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 slechts 1,6 % van alle uitgaven voor gezondheidszorg, een lager aandeel dan het EU-gemiddelde van 2,9 %, maar deze omvatten alleen uitgaven voor georganiseerde preventieprogramma's en zijn dus onderschat.

Figuur 8. De meeste uitgaven voor gezondheidszorg gaan naar intramurale en extramurale zorg, en maar weinig naar preventie

EUR KKP per hoofd van de bevolking



Opmerking: de administratiekosten van het zorgstelsel zijn niet inbegrepen. 1. Omvat curatieve-revalidatiezorg, al dan niet in het ziekenhuis. 2. Met inbegrip van thuiszorg en ondersteunende diensten (bv. het vervoer van patiënten). 3. Omvat alleen de gezondheidscomponent. 4. Omvat alleen de extramurale markt. 5. Omvat alleen uitgaven voor georganiseerde preventieprogramma's. Het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde.
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2021, Eurostat-databank (gegevens voor 2019).

Het staat patiënten vrij om een huisarts of specialist te raadplegen

In België staat het patiënten vrij om een huisarts of specialist te raadplegen zonder verwijzing (geen poortwachtsysteem). Eerstelijnsartsen zijn meestal

zelfstandigen. Hoewel de meeste huisartsen in solopraktijken werken, winnen groepspraktijken aan populariteit: 40 % van de huisartsen werkte in 2016 in een groepspraktijk, tegenover 30 % in 2011. Een kleiner aandeel (9 % in 2016) werkt samen in een formeel netwerk, waar zij regelmatig contact hebben met elkaar en medische

dossiers delen. Specialistische zorg is vooral toegankelijk via de poliklinische afdelingen in het ziekenhuis, maar ook in particuliere praktijken. In 2018 hadden Belgen gemiddeld zeven raadplegingen met een arts per jaar, een cijfer dat iets hoger ligt dan het EU-gemiddelde. Dokters worden hoofdzakelijk betaald per geleverde prestatie. Het aantal wijkgezondheidscentra met een per-capitabetaaling neemt langzaam toe, van 53 centra in 2003 tot 160 centra in 2016.

Het aantal artsen en verpleegkundigen neemt toe

In 2019 bedroeg het aantal praktiserende artsen 3,2 per 1 000 inwoners — ruim onder het EU-gemiddelde van 3,9 (figuur 9). Het afgelopen decennium is dit aantal in België langzamer gestegen dan in de meeste EU-landen, maar het aantal afgestudeerde artsen is in de afgelopen jaren sterk toegenomen, wat zou moeten bijdragen aan een toename van het aanbod (zie hoofdstuk 5.2).

Het aantal verpleegkundigen is het afgelopen decennium gestegen tot 11,1 per 1 000 inwoners in 2018, tegenover 9,3 in 2008. Hoewel dit ver boven het EU-gemiddelde ligt (8,4 per 1 000 inwoners), blijft de verhouding patiënten/verpleegkundigen in de ziekenhuizen hoog en zijn er in sommige gebieden problemen geweest om verplegend personeel aan te werven.

In 2019 is een wettelijk kader opgesteld voor de functie van verpleegkundig specialist om een uitgebreidere taakverdeling met artsen te ontwikkelen en de loopbaanperspectieven van de verpleegkundigen te verbeteren (bv. het ondersteunen van de zorgcoördinatie of het verlenen van psychosociale zorg). Hoewel er nog geen specifieke functieomschrijvingen en opleidingseisen zijn vastgesteld, omvat het voorstel de mogelijkheid om zelfstandig of in nauwe samenspraak met een arts voorschriften uit te schrijven in hun specialisme (Gerken & Merkur, 2020).

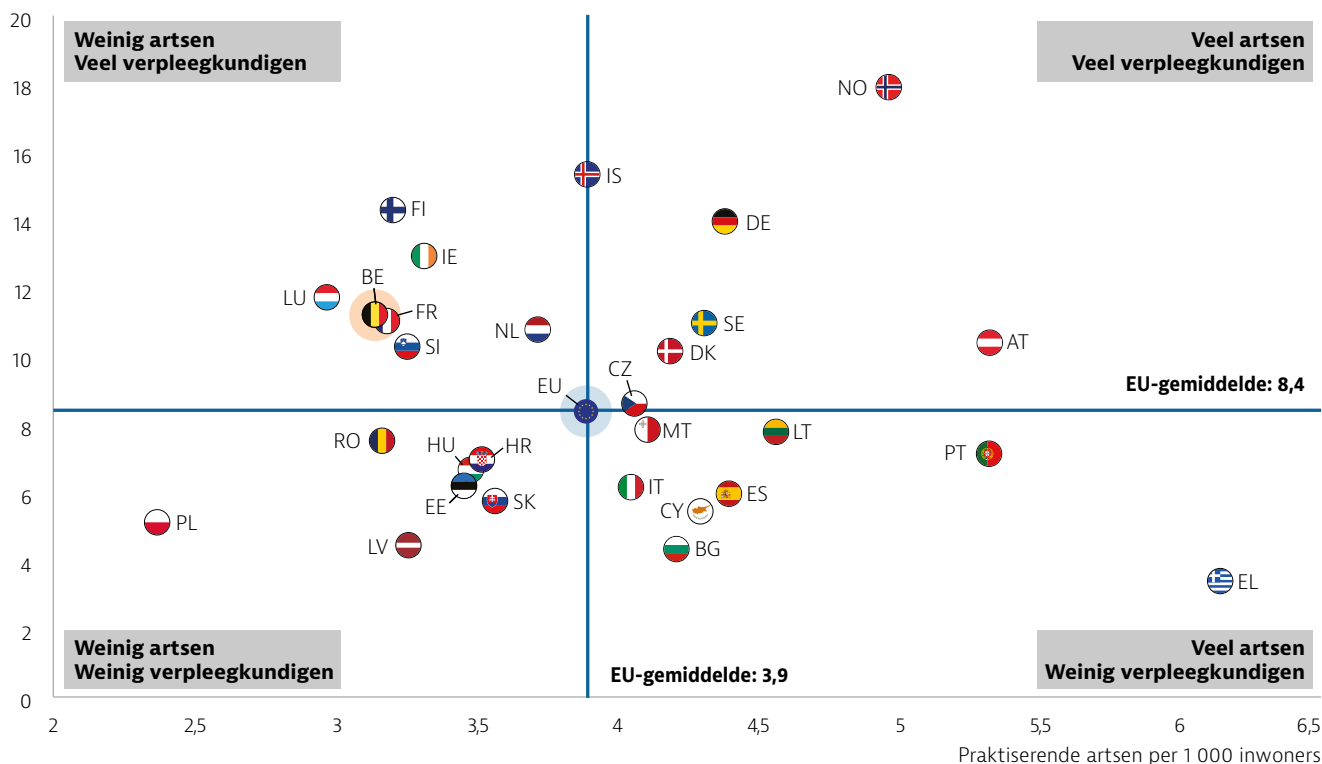
België heeft iets meer ziekenhuisbedden dan het EU-gemiddelde, maar een iets kortere gemiddelde verblijfsduur

In 2019 lag het aantal ziekenhuisbedden per 1 000 inwoners in België iets hoger dan het EU-gemiddelde (5,6 tegen 5,3). Net als in bijna alle andere EU-landen is het aantal ziekenhuisbedden sinds het begin van de jaren 2000 gestaag gedaald, en dat valt samen met een daling van de gemiddelde verblijfsduur, die in België iets lager ligt dan het EU-gemiddelde (7,0 tegen 7,4 dagen).

In de eerste paar maanden van de pandemie werd een aantal ziekenhuisbedden omgebouwd tot bedden voor intensieve zorg (IC-bedden — Intensive Care) (zie hoofdstuk 5.3).

Figuur 9. België heeft minder artsen, maar meer verpleegkundigen per hoofd van de bevolking dan het EU-gemiddelde

Praktiserende verpleegkundigen per 1 000 inwoners



Opmerking: het EU-gemiddelde is een ongewogen gemiddelde. Voor Portugal en Griekenland is een te groot aantal praktiserend artsen aangegeven. Dat komt omdat alle artsen die bevoegd zijn een praktijk uit te oefenen, zijn meegeteld (voor Portugal ligt het getal bv. ongeveer 30 % te hoog). Voor Griekenland is een te gering aantal verpleegkundigen aangegeven, aangezien alleen de verpleegkundigen die in ziekenhuizen werken, zijn meegeteld.

Bron: Eurostat-databank (gegevens voor 2019 of het dichtstbijzijnde jaar).

5 Prestaties van het zorgstelsel

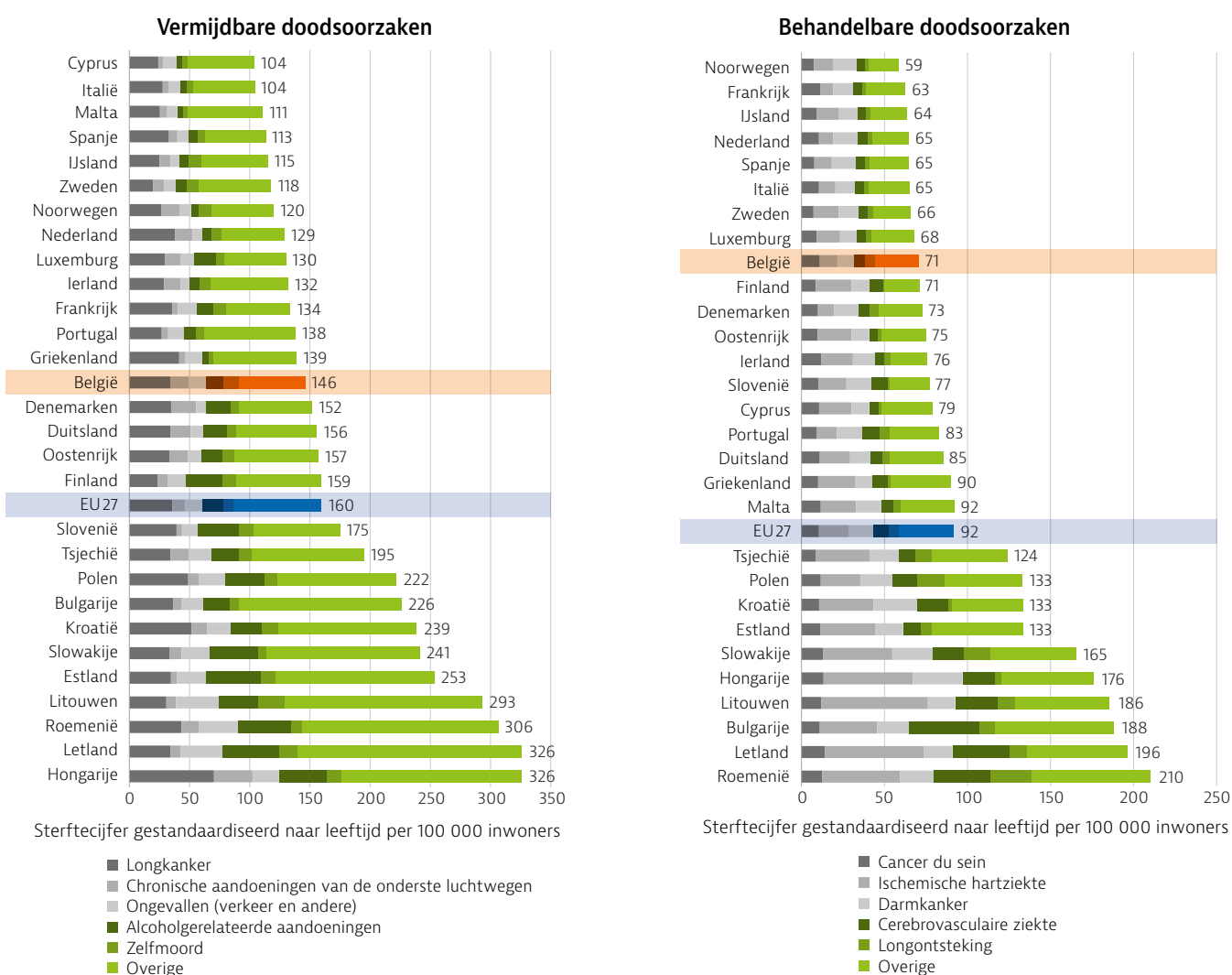
5.1 Doeltreffendheid

Het sterftcijfer 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. Dit wijst erop dat het zorgstelsel over het algemeen doeltreffend is om mensen met acute levensbedreigende aandoeningen doeltreffend te behandelen (figuur 10).

In België was 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 in 2017 waren longkanker, ongevallen, chronische aandoeningen van de onderste luchtwegen, aan alcohol gerelateerde ziekten en zelfdoding. Sterfgevallen door COVID-19 zullen het totale aantal vermijdbare sterfgevallen in 2020 en 2021 sterk doen stijgen.

Figuur 10. De vermijdbare en behandelbare doodsoorzaken liggen lager dan het EU-gemiddelde



Opmerking: sterfte die vermijdbaar is door preventie wordt gedefinieerd als sterfte die met name kan worden voorkomen door middel van interventies op het gebied van volksgezondheid en primaire preventie. Sterfte als gevolg van behandelbare oorzaken wordt gedefinieerd als sterfte die voornamelijk kan worden voorkomen door middel van interventies in de gezondheidszorg, met inbegrip van bevolkingsonderzoeken en behandeling. De helft van alle sterfgevallen bij sommige ziekten (bv. ischemische hartziekte en cerebrovasculaire aandoeningen) wordt toegeschreven aan sterfte die vermijdbaar is door preventie; de andere helft wordt toegeschreven aan behandelbare oorzaken. Beide indicatoren hebben betrekking op vroegtijdige sterfte (onder de 75 jaar). De gegevens zijn gebaseerd op de herziene lijsten van de OESO en Eurostat.

Bron: Eurostat-databank (gegevens voor 2018, behalve voor Frankrijk 2016).

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

Zoals is vermeld in hoofdstuk 4 besteedt België relatief weinig op het gebied van volksgezondheid en ziektepreventie, waarbij slechts 1,6 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg aan georganiseerde preventieprogramma's wordt toegewezen. Dit is minder dan het EU-gemiddelde (2,9 %).

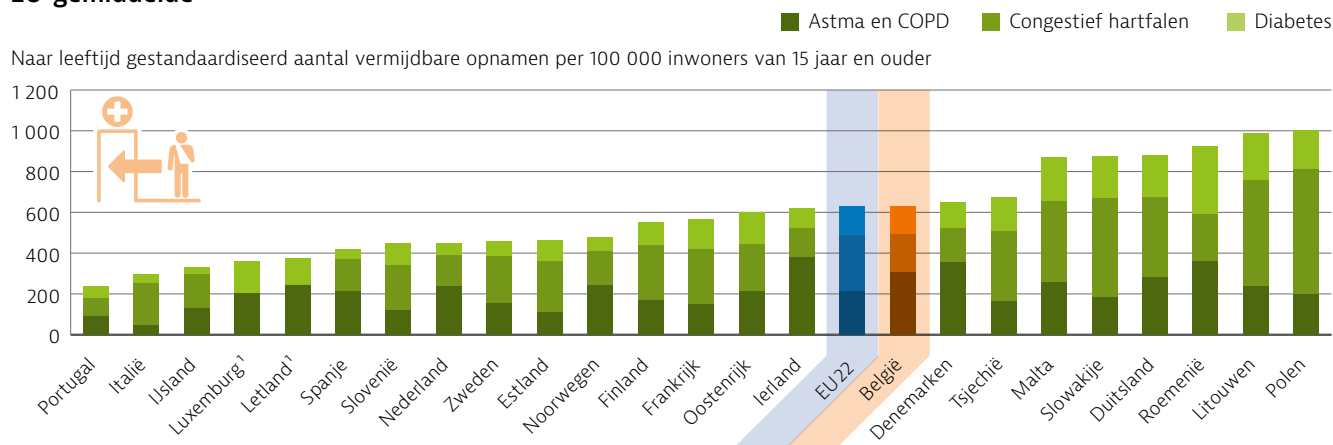
Voor het delen van verantwoordelijkheden voor volksgezondheids- en preventieprogramma's is nauwe intergouvernementele samenwerking nodig, en in 2016 werd een protocolakkoord inzake preventie gesloten tussen de federale staat en de gefedereerde entiteiten. De afgelopen jaren zijn de gefedereerde entiteiten verschillende initiatieven gestart om het volksgezondheidsbeleid te versterken, met name wat betreft roken en alcoholgebruik. Op federaal niveau is in 2019 een verbod op de verkoop van tabaksproducten aan jongeren onder de 18 jaar van kracht geworden, en in 2020 zijn generieke tabaksverpakkingen ("plain packaging") ingevoerd. Vanaf januari 2021 is de prijs van een pakje sigaretten gestegen van gemiddeld 6,80 EUR naar 7,50 EUR. De prijs van tabak is gestegen met 1,50 EUR per 50 g.

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.

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 rond het gemiddelde van de EU (figuur 11). De opnamecijfers voor astma en COPD zijn in 2019 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 betrokken zijn.

Figuur 11. Mogelijk vermijdbare ziekenhuisopnamen voor chronische aandoeningen liggen iets hoger dan het EU-gemiddelde



Opmerking: 1. gegevens voor congestief hartfalen zijn niet beschikbaar in Letland en Luxemburg.
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2021 (gegevens voor 2019 of het dichtstbijzijnde jaar).

België wil de kankerpreventie en -zorg verder verbeteren

In de afgelopen tien jaar heeft België een brede strategie ontwikkeld om de kankerpreventie en -zorg te verbeteren. Het Kankercentrum, dat is ondergebracht bij Sciensano, volgt de vooruitgang met betrekking tot de onderdelen van de strategie voor kankerbestrijding op alle bestuursniveaus en fungeert als adviserend wetenschappelijk orgaan. De Belgische strategie is afgestemd op de algemene prioriteiten die zijn vastgesteld in het Europees kankerbestrijdingsplan (Europese Commissie, 2021a).

De gefedereerde entiteiten zijn verantwoordelijk voor de organisatie van kankerscreeningsprogramma's. De Vlaamse regering organiseert screeningsprogramma's voor darm, baarmoederhals- en borstkanker, terwijl de Waalse regering screeningsprogramma's voor darm- en borstkanker heeft opgezet. In Brussel is een screeningsprogramma voor borstkanker opgezet en een ander programma voor darmkanker bevindt zich in een proefstadium.

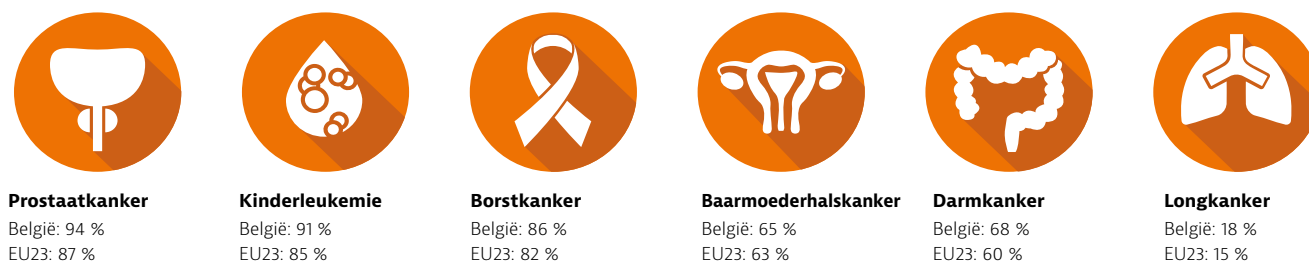
Twee derde (67 %) van de vrouwen van 50-69 jaar gaf in 2018 aan dat zij in de afgelopen twee jaar waren gescreend op borstkanker. De regelmatige screening op darmkanker is nog niet zo wijdverbreid, maar 36 % van de mannen en vrouwen van 50-79 jaar gaf in 2018 aan de afgelopen twee jaar te zijn onderzocht, tegenover 10 % in 2008.

De kwaliteit van de kankerzorg in België is de afgelopen decennia verbeterd door de invoering van multidisciplinaire teams en kankernetwerken, een beter gebruik van klinische richtsnoeren, snellere toegang tot innovatieve geneesmiddelen en, sinds 2008, extra financiering om het aantal in oncologie gespecialiseerde personeelsleden op te trekken. De functie van oncologieverpleegkundige is in 2009 in het leven geroepen; in 2020 telde België ongeveer 3 200 oncologieverpleegkundigen, een stijging vergeleken met de 530 in 2010. Tevens worden voor sommige zeldzame of

complexe vormen van kanker de behandelingen in een paar ziekenhuizen gecentraliseerd om de kwaliteit van de zorg en de overlevingskansen te verbeteren.

België doet het in vergelijking met andere EU-landen goed wat betreft de vijfjaarsoverleving na veel van de meest voorkomende vormen van kanker (gebaseerd op de meest recente vergelijkende gegevens die beschikbaar zijn). Net als in andere EU-landen blijven de overlevingskansen bij longkanker laag (figuur 12).

Figuur 12. België doet het in vergelijking met andere EU-landen goed wat betreft de vijfjaarsoverleving van kanker



Opmerking: de gegevens hebben betrekking op mensen die tussen 2010 en 2014 een diagnose hebben gekregen. Kinderleukemie verwijst naar acute lymfoblastische kanker.

Bron: CONCORD-programma, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

De COVID-19-pandemie heeft de kankerscreeningsprogramma's en -diagnoses verstoord

De inperkingsmaatregelen om de verspreiding van COVID-19 tegen te gaan hadden in 2020 een negatief effect op de deelname aan kankerscreeningsprogramma's. Dat was met name het geval tijdens de eerste golf, aangezien mensen

de raad kregen thuis te blijven en bang waren besmet te worden. Het aantal nieuwe kankerdiagnoses is van maart tot mei 2020 sterk gedaald (figuur 13). De cijfers stegen tijdens de zomer van 2020 en daalden opnieuw tijdens de tweede piek van de epidemie, zij het veel minder sterk dan tijdens de eerste piek.

Figuur 13. De lockdown tijdens de eerste golf heeft bijgedragen tot een scherpe daling van het aantal nieuwe kankerdiagnoses



Opmerking: alle gevallen van kankers, behalve niet-melanoom huidkanker.
Bron: aangepast op basis van Peacock et al. (2021).

5.2 Toegankelijkheid

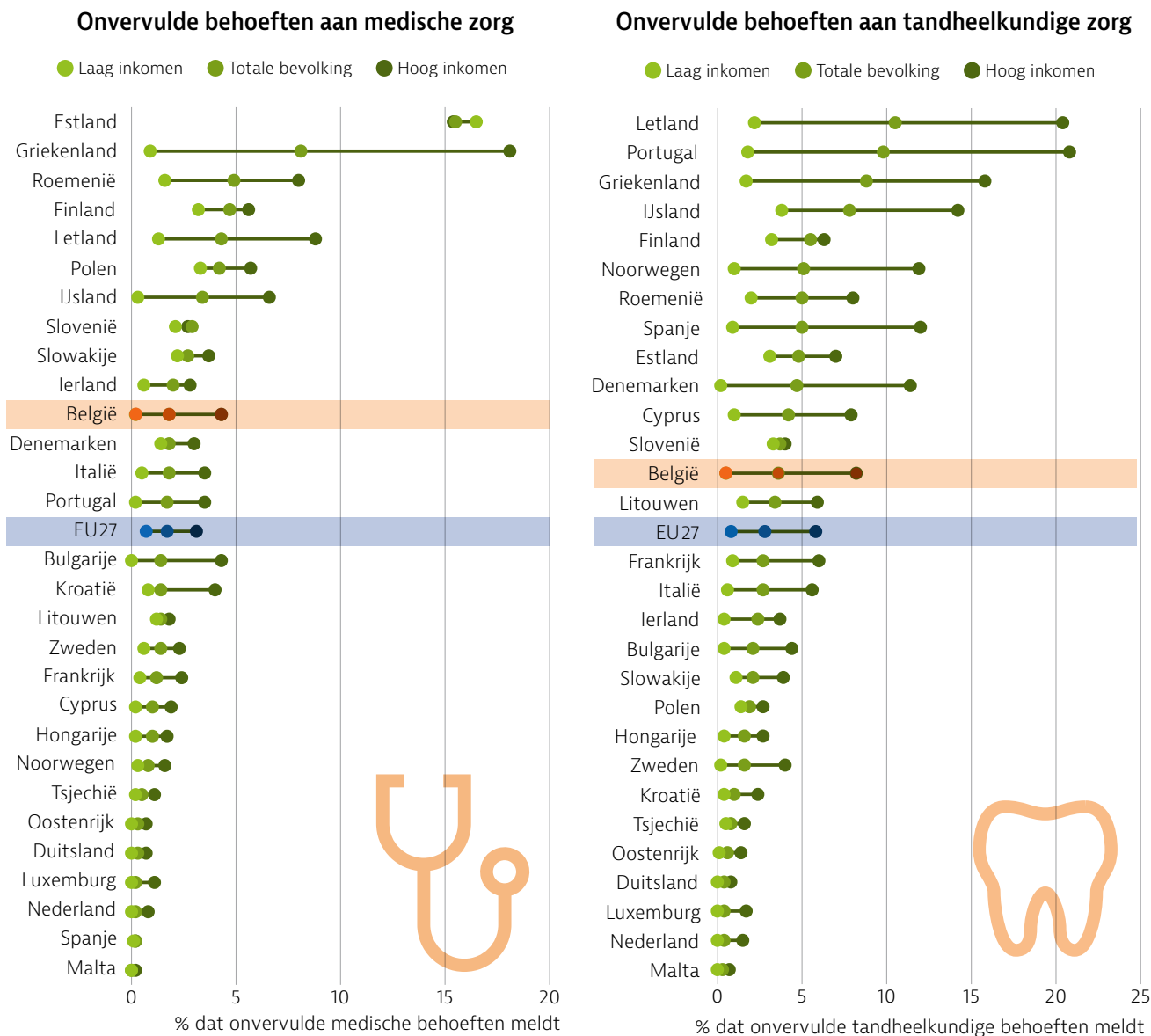
De onvervulde medische en tandheelkundige zorgbehoefte is relatief laag, maar hoger bij mensen met een laag inkomen

Voor sommige mensen is het om financiële of andere redenen moeilijker om medische zorg te krijgen. Ongeveer 4 % van de mensen in het laagste inkomenskwaantiel gaf in 2019 aan onvervulde medische behoeften te hebben, voornamelijk wegens de kosten, tegenover 0,2 % in het hoogste inkomenskwaantiel (figuur 14). Dit verschil tussen

het armste en het rijkste kwintiel is het grootste van alle westelijke EU-landen en ligt boven het EU-gemiddelde.

Voor tandheelkundige zorg zijn de onvervulde behoeften nog groter: 8 % van de mensen in het laagste inkomenskwaantiel gaf aan een onvervulde behoefte te hebben, voornamelijk om financiële redenen, tegenover slechts 0,5 % 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 gemiddeld in de EU.

Figuur 14. 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.

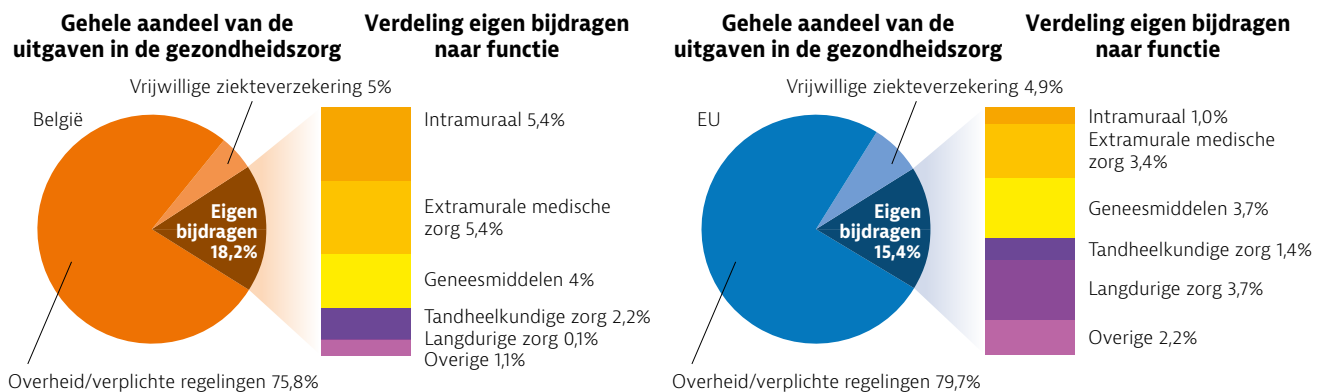
Bron: Eurostat-databank, op basis van EU-SILC (gegevens voor 2019, behalve IJsland 2018).

De meeste eigen bijdragen hebben betrekking op extramurale en intramurale zorg en op geneesmiddelen

Zoals is vermeld in hoofdstuk 4 wordt er in België een breed scala aan gezondheidsdiensten en -goederen gedekt door de verplichte ziekenfondsverzekering, maar moeten de meeste mensen een persoonlijk aandeel bijleggen. 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 % — een hoger aandeel dan het EU-gemiddelde van 15 % (figuur 15). Een groot deel van de eigen bijdragen vloeit voort uit extramurale zorg (5 %), intramurale zorg (5 %) en geneesmiddelen (4 %). De eigen bijdrage voor tandheelkundige zorg is goed voor een relatief laag aandeel van alle uitgaven voor gezondheidszorg omdat de uitgaven voor tandheelkundige zorg doorgaans lager zijn dan die voor de andere hoofdcategoryën. Ongeveer 37 % van de uitgaven voor tandheelkunde werd in 2018 gedekt door de verplichte ziektekostenverzekering — de laagste dekking van alle gezondheidsdiensten.

Figuur 15. De meeste eigen bijdragen hebben betrekking op extramurale en intramurale zorg en op geneesmiddelen



Opmerking: het EU-gemiddelde is een gewogen gemiddelde. De vrijwillige ziekteverzekering bevat ook andere vrijwillige vooruitbetalingsregelingen.
Bron: OESO-gezondheidsstatistieken 2021; Eurostat-databank (gegevens voor 2019).

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

Zoals vermeld in hoofdstuk 4 is het aantal artsen in België per hoofd van de bevolking de afgelopen tien jaar licht toegenomen en is ongeveer 44 % van de artsen nu ouder dan 55 jaar, waardoor bezorgdheid ontstaat over tekorten in de toekomst. Er is in de afgelopen twee decennia een systeem voor medische personeelsplanning ontwikkeld om het aanbod en de vraag in het oog te houden, waardoor de overheid de quota van geneeskundestudenten kan aanpassen. Het aantal afgestudeerde artsen is de afgelopen tien jaar meer dan verdubbeld (meer dan 2 000 in 2019, tegenover ongeveer 850 in 2009).

Verwacht wordt dat het absolute aantal huisartsen tussen 2021 en 2026 licht zal stijgen (met 3 %)⁴. Tegelijkertijd wordt verwacht dat het aandeel huisartsen ouder dan 50 jaar sterk zal dalen omdat er veel nieuwe huisartsen zullen instromen en de babyboomgeneratie verder met pensioen zal gaan (Lefèvre & Gerken, 2021).

De toegang tot gezondheidsdiensten werd tijdens de pandemie verstoord, maar het gebruik van telegezondheidsdiensten nam toe

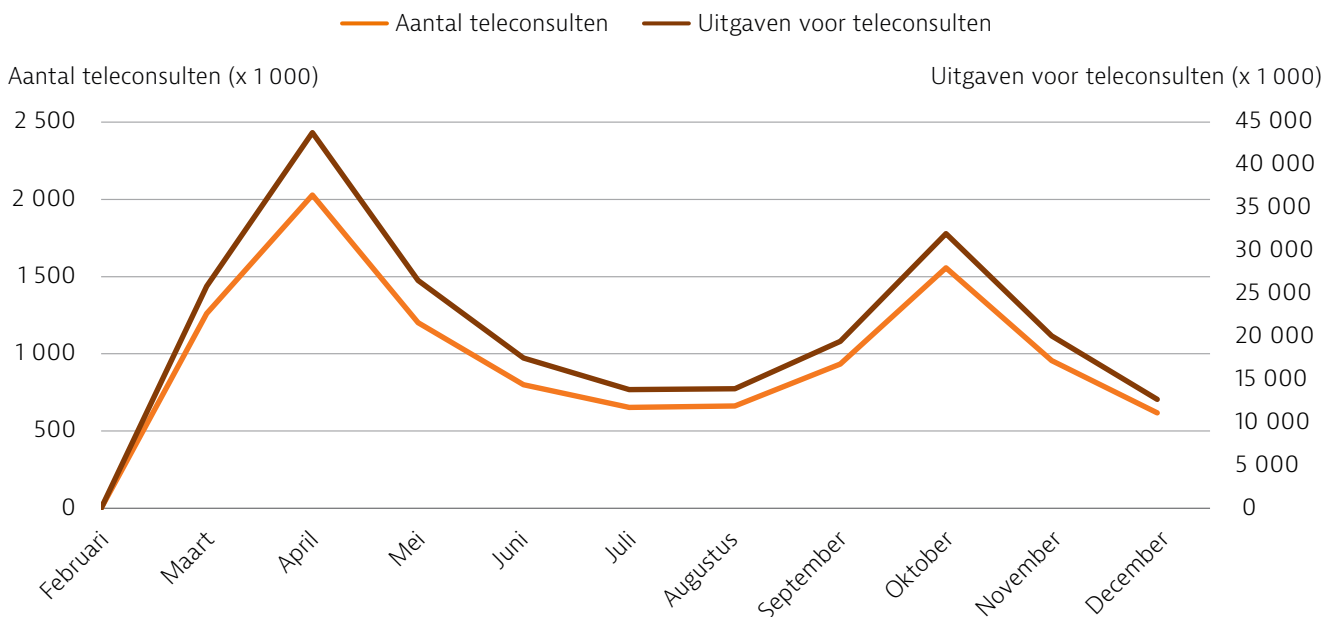
Tijdens de eerste golf van de pandemie daalde het aantal doktersbezoeken, ambulante ingrepen en kankerdiagnoses als gevolg van de mobilisatie van middelen voor COVID-19-patiënten en omdat mensen bang waren besmet te raken in een medische omgeving. Meer dan een vijfde (22 %) van de Belgen gaf aan tijdens de eerste 12 maanden van de pandemie onvervulde zorgbehoeften te hebben gehad — een percentage dat dicht bij het EU-gemiddelde van 21 % ligt (Eurofound, 2021)⁵.

Om de toegang tot de zorg in stand te houden, is regelgeving ingevoerd om het gebruik van telegezondheidsdiensten te bevorderen en zijn er nieuwe voorwaarden voor het recht op en de terugbetaling van teleconsulten ingevoerd. De terugbetaling werd vastgesteld op 20 EUR per COVID-19-consult, en artsen konden teleconsulten uitvoeren zonder de patiënt van tevoren te kennen. België zal de komende jaren verder investeren in e-gezondheid als onderdeel van het herstel- en veerkrachtplan (zie hoofdstuk 5.3).

Het aantal teleconsulten piekte tijdens de twee golven in 2020, maar daalde toen de beperkingen werden opgeheven. Dat wijst erop dat fysieke consulten voor de Belgen in de meeste gevallen de voorkeursoptie blijven (figuur 16).

4: Het aantal voltijdequivalenten bij de huisartsen zal tussen 2021 en 2026 naar verwachting echter licht dalen. Daarbij wordt uitgegaan van de veronderstelling dat meer vrouwen huisarts zullen worden en dat hun activiteitsgraad over het algemeen lager is.

5: De gegevens van de Eurofound-enquête zijn niet vergelijkbaar met die van de EU-SILC-enquête omdat andere methodologieën zijn gebruikt.

Figuur 16. Teleconsulten piekten tijdens de twee golven van de pandemie in 2020

Bron: INAMI-RIZIV (gegevens voor 2020).

5.3 Aanpassingsvermogen

In deze paragraaf over het aanpassingsvermogen wordt vooral aandacht besteed aan de gevolgen van en de beleidsreacties op de COVID-19-pandemie⁶. Zoals opgemerkt in hoofdstuk 2 had de pandemie in 2020 en in de eerste helft van 2021 grote gevolgen voor de volksgezondheid in België. De beperkende maatregelen die werden genomen om de pandemie in te dammen, hebben in 2020 geleid tot een sterke inkringing van de economie: het bbp is in 2020 met 6,4 % gedaald, wat vergelijkbaar is met de daling in de EU als geheel, en zal naar verwachting niet vóór 2022 terugkeren naar het niveau van 2019. De werkloosheid is in 2020 gestegen, vooral onder jongeren.

Om de pandemie onder controle te krijgen, werd een hele reeks inperkingsmaatregelen genomen

De eerste gevallen van COVID-19 in België werden begin februari 2020 vastgesteld. Tegen eind augustus 2021 hadden meer dan een miljoen mensen (ongeveer 10,3 % van de bevolking) de diagnose van COVID-19 gekregen.

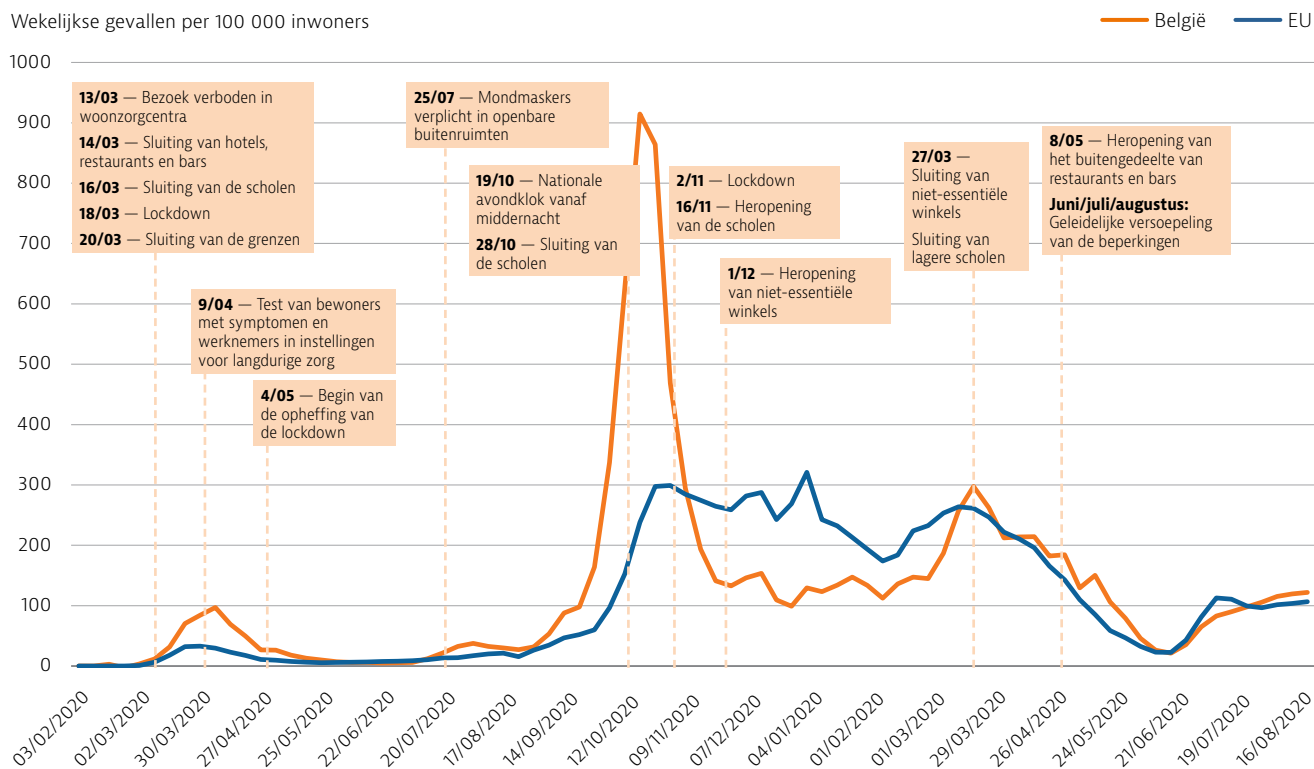
Begin maart 2020 zijn op verschillende niveaus diverse initiatieven genomen zonder overleg of samenhang. Als reactie hierop kondigde de federale overheid op 12 maart 2020 aan dat zij zou zorgen voor meer nationale coördinatie (Van de Voorde et al., 2020). Zes dagen later voerde de regering een eerste lockdown in. Scholen werden gesloten en massabijeenkomsten en bezoeken aan instellingen voor langdurige zorg werden verboden. Deze maatregelen leidden in de daaropvolgende weken tot een sterke daling van het aantal gevallen van COVID-19, hoewel de overdracht van het virus nooit volledig werd onderdrukt: het aantal gevallen kon gedurende een lange periode nooit tot bijna nul worden teruggebracht (figuur 17).

⁶ In dit verband is het aanpassingsvermogen van het zorgstelsel gedefinieerd als het vermogen om zich voor te bereiden op schokken, deze te beheersen (absorberen, aanpassen en transformeren) en ervan te leren (Deskundigengroep inzake de prestatiebeoordeling van gezondheidszorgstelsels van de EU, 2020).

Van eind april tot juni 2020 werden de inperkingsmaatregelen versoepeld en vanaf half mei gingen de scholen geleidelijk aan weer open. In juli en augustus 2020 begon het aantal gevallen echter weer langzaam te stijgen, gevolgd door een sterke toename in september en een piek in oktober 2020. Als reactie voerde België een nieuwe reeks beperkende maatregelen in, waaronder een avondklok van middernacht tot 05.00 uur (met een strengere regeling afhankelijk van het gewest) en de sluiting van bars en restaurants, gevolgd door de sluiting van niet-essentiële winkels en diensten. België nam ook maatregelen om nauwe contacten buitenshuis te beperken, met mondkapjes en fysieke afstand. Oudere leerlingen volgden hoofdzakelijk online les, terwijl de scholen open bleven met extra beschermingsmaatregelen voor kinderen jonger dan 13-14 jaar.

Daarna daalde het aantal gevallen en in december 2020 gingen de niet-essentiële winkels weer open. In maart 2021 begon het aantal gevallen echter weer toe te nemen. Als reactie daarop werden niet-essentiële winkels en lagere scholen opnieuw gesloten. In april 2021, toen het aantal gevallen weer daalde, werden de lagere scholen heropend en gingen ook restaurants en andere diensten weer open. Tijdens de zomer van 2021 werden heel wat beperkingen op activiteiten versoepeld, terwijl de beschermende hygiënemaatregelen werden gehandhaafd.

Figuur 17. Het aantal gevallen van COVID-19 bereikte zijn hoogste piek tijdens de tweede golf in het najaar van 2020



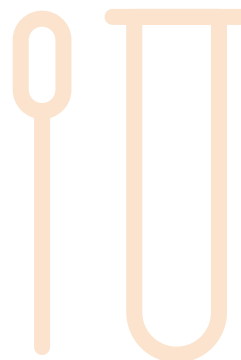
Opmerking: het aantal gevallen van COVID-19 in België en andere landen werd tijdens de eerste golf in het voorjaar van 2020 sterk onderschat omdat er minder werd getest. Het EU-gemiddelde is ongewogen (het aantal landen dat in het gemiddelde is opgenomen, varieert naargelang van de week).
Bron: ECDC-gegevens wat betreft de informatie over COVID-19 en auteurs wat betreft de inperkingsmaatregelen.

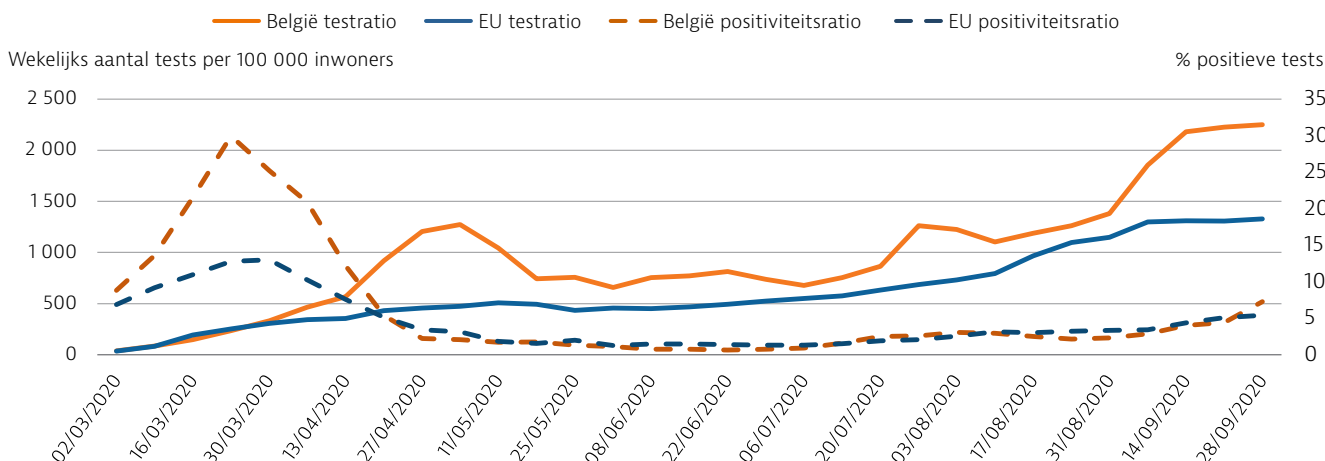
Het tekort aan mondmaskers was in het begin van de pandemie een probleem

Net als in vele andere landen was de nationale voorraad mondmaskers in België ontoereikend toen de COVID-19 uitbrak omdat de vervaldatum van miljoenen maskers was verstreken en de voorraad slechts gedeeltelijk was aangevuld. Bovendien was het wereldwijde aanbod in het begin zeer beperkt. Zodra er enkele maanden na het begin van de pandemie voldoende mondmaskers beschikbaar waren, verplichtte België het dragen ervan in specifieke omgevingen, zoals het openbaar vervoer en de middelbare scholen vanaf mei 2020 en in openbare buitenruimten vanaf juli 2020.

België voerde in snel tempo de testcapaciteit op

België heeft sneller dan veel andere EU-landen de capaciteit ontwikkeld om massaal te testen. In het begin van de pandemie werden alleen mogelijke gevallen onder ziekenhuispatiënten en gezondheidswerkers getest, wat de hoge percentages positieve resultaten tijdens de eerste weken verklaart. Van midden maart tot mei 2020 nam het aantal tests echter snel toe, waardoor een groter aantal mensen kon worden getest (figuur 18). Deze snelle toename werd bereikt dankzij de mobilisatie van een grotere laboratoriumcapaciteit en de oprichting van een nationaal platform in april 2020.



Figuur 18. België voerde de testcapaciteit sneller op dan veel andere EU-landen

Opmerking: het EU-gemiddelde is gewogen (het aantal landen dat in het gemiddelde is opgenomen, varieert naargelang van de week).
Bron: ECDC.

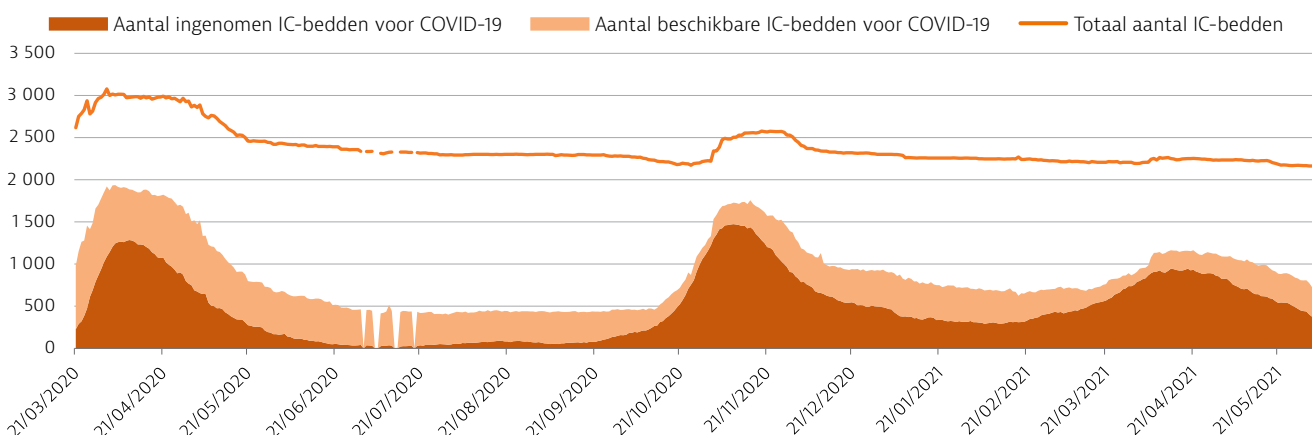
In september 2020 lanceerde België Coronalert, een applicatie om gevallen op te sporen en Belgen te informeren wanneer zij in contact waren geweest met een positief getest persoon. Tegen eind april 2021 was deze applicatie meer dan 2,7 miljoen keer gedownload (23 % van de bevolking). Ongeveer 31 800 mensen die positief getest waren, hadden begin september 2021 hun “contacten” via de app op de hoogte gebracht (Interfederaal Comité Tracing en Testing, 2021).

De pandemie zette de ziekenhuizen onder zware druk, maar er werden snel middelen gemobiliseerd

Bij het begin van de pandemie volgde elk ziekenhuis een vooraf opgesteld noodplan om de reactiecapaciteit op te voeren. Aanvankelijk werden twee en vervolgens negen ziekenhuizen aangewezen als referentieziekenhuizen om COVID-19-patiënten op te nemen, maar tegen midden maart 2020 werden alle ziekenhuizen dringend verzocht om capaciteit te creëren (met inbegrip van bedden en beademingsmachines), hoofdzakelijk door niet-dringende ingrepen te annuleren om IC-bedden beschikbaar te houden en operatie- en verkoevertkamers vrij te maken. Het doel was om 60 % van de IC-bedden voor te behouden aan COVID-19-patiënten.

Op 21 maart 2020 waren er ongeveer 1 000 IC-bedden voor COVID-19-patiënten beschikbaar op een totaal van 2 600 IC-bedden (figuur 19). Aan het einde van de eerste lockdown voerde België een beddenplan in, waarbij ziekenhuizen in minder getroffen gebieden minder IC-bedden voor COVID-19-patiënten vrijhielden. Het aantal IC-bedden en IC-bedden voor COVID-19-patiënten evolueerde tot mei 2021 mee met de pandemiegolven.

Door het annuleren of uitstellen van niet-dringende behandelingen daalde het volume aan andere dan aan COVID-19 gerelateerde ziekenhuiszorg aanzienlijk, vooral tijdens de eerste golf. Ook de essentiële ziekenhuiszorg nam enigszins af. Zo daalde het aantal essentiële opnames voor aandoeningen zoals een beroerte in maart met 19 % en in april 2020 met 16 %. In mei 2020 bedroeg de daling echter slechts 2 % en in juni 2020 3 % (Van de Voorde et al., 2020). Zelfs wanneer essentiële ziekenhuiszorg beschikbaar was, hebben mensen met milde beroertesymptomen mogelijk ziekenhuizen vermeden uit angst om COVID-19 op te lopen. Bovendien kunnen door verminderde sociale interacties dergelijke symptomen ook onopgemerkt zijn gebleven.

Figuur 19. Tijdens de eerste golf van de pandemie werden meer dan 1 000 IC-bedden gecreëerd

Bron: aangepast en bijgewerkt op basis van Van de Voorde et al. (2020).

In sommige ziekenhuizen was het moeilijk om het aantal IC-bedden op te trekken vanwege een gebrek aan verpleegkundigen met IC-kennis. Waar nodig werden verpleegkundigen met vergelijkbare deskundigheid ingezet in combinatie met en onder toezicht van verpleegkundigen met IC-kennis. Andere strategieën waren overwerk (inclusief het schrappen van vakantiedagen), IC-opleidingen, het in dienst nemen van tijdelijke verpleegkundigen, het verhogen van het aantal patiënten per verpleegkundige, de mobilisatie van docenten verpleegkunde of verpleegkundigen die in andere sectoren werken en het overdragen van sommige verpleegkundige taken aan beschikbare artsen (Van de Voorde et al., 2020).

De gewesten zijn erin geslaagd extra personeel te mobiliseren om aan de stijgende vraag naar zorg te voldoen door een beroep te doen op een "medische reserve", bestaande uit gezondheidswerkers, studenten en gepensioneerde gezondheidswerkers. Zo telde Vlaanderen eind maart 2020 meer dan 2 500 vrijwilligers via dit platform. Ook het Belgische leger heeft vanaf 23 oktober 2020 organisatorische steun verleend aan de ziekenhuizen.

Als erkenning van de uitzonderlijke situatie heeft België een eenmalige bonus aangeboden uit een budget van 200 miljoen EUR aan alle gezondheidswerkers die tussen september en december 2020 onder specifieke voorwaarden in de ziekenhuizen hebben gewerkt.

De respons in de woonzorgcentra is verbeterd, maar sommige aanbevelingen blijven moeilijk uitvoerbaar

De eerste golf van de pandemie heeft in België, net als in verschillende andere West-Europese landen, de instellingen voor langdurige zorg zwaar getroffen. Vanaf januari 2021 waren bewoners van instellingen voor langdurige zorg goed voor ongeveer 60 % van alle sterfgevallen door COVID-19.

Om de mensen in de woonzorgcentra te beschermen, nam de Nationale Veiligheidsraad een reeks maatregelen die door de gefedereerde entiteiten werden uitgevoerd. Deze maatregelen hadden tot doel de hygiëne en de infectiebestrijding te verbeteren en ernstige gevallen te testen, op te sporen, te isoleren en over te brengen naar ziekenhuizen. Vanaf maart 2020 verleende het leger steun aan enkele instellingen voor langdurige zorg die met grote uitbraken werden geconfronteerd. In de zomer van 2020 werden de beperkingen op sociale interacties voor rusthuisbewoners enigszins versoepeld vanwege bezorgdheid over hun welzijn.

De aanbevelingen inzake testen en isoleren konden in de woonzorgcentra niet altijd worden uitgevoerd. Tijdens de lente en zomer van 2020 bleek uit een relatief klein onderzoek dat slechts 68 % van de ondervraagde woonzorgcentra hun bewoners testte en slechts 60 % de positieve gevallen isoleerde in een eenpersoonskamer of samen met een ander COVID-19-geval (MSF, 2020).

In 2021 heeft de Vlaamse regering zich ertoe verbonden om jaarlijks 577 miljoen EUR ter beschikking te stellen van de sector voor langdurige zorg, bovenop de 525 miljoen die al ter beschikking was gesteld. Ongeveer 412 miljoen EUR is bestemd voor loonsverhogingen bij het personeel in de sociale sector en de gezondheidszorg en 165 miljoen EUR voor structurele maatregelen (werving, digitalisering, infrastructuur). Bovendien hebben meer dan 100 000 Vlaamse gezondheidswerkers ten laatste in maart 2021 een eenmalige premie van maximaal 300 EUR ontvangen.

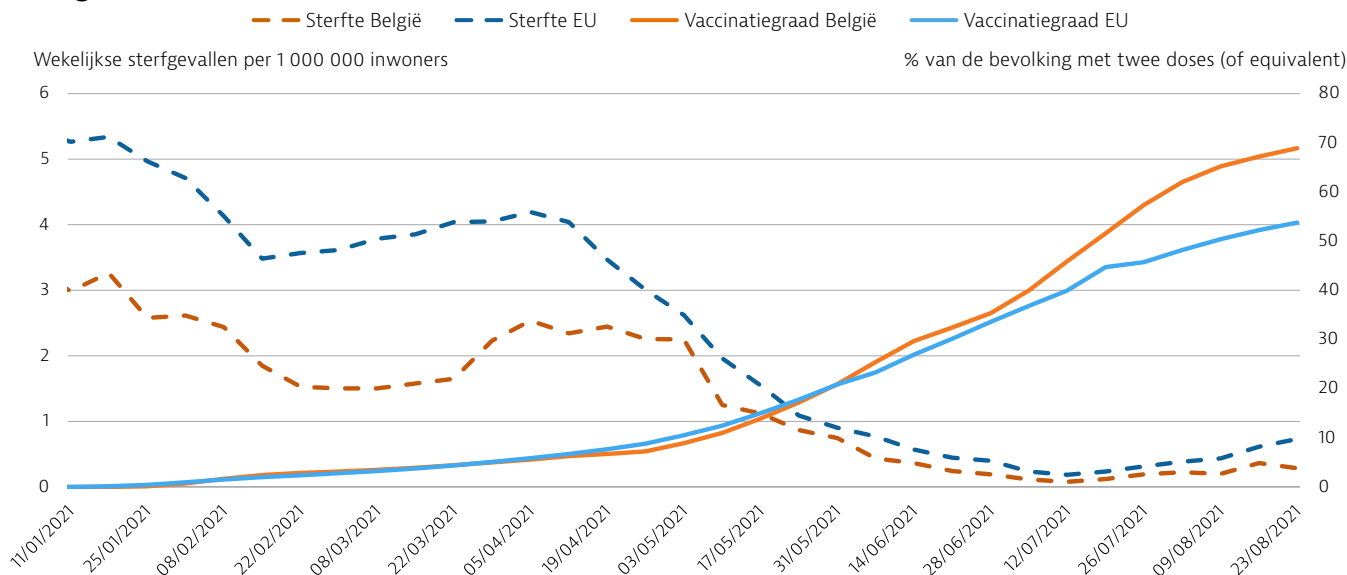
België is in 2021 begonnen met de vaccinatiecampagne tegen COVID-19

Na de goedkeuring van de eerste vaccins tegen COVID-19 eind december 2020 en begin januari 2021 kwam de vaccinatiecampagne in België traag op gang, vooral door de beperkte voorraden. Vanaf april 2021 kwam de campagne echter in een stroomversnelling. De doelgroepen werden in juni 2021 geleidelijk uitgebreid tot alle volwassenen en adolescenten vanaf 12 jaar. Ongeveer 66 % van de 12 tot 15 jarigen had tegen midden september 2021 ten minste een eerste dosis gekregen.

Tegen augustus 2021 had ongeveer 70 % van de bevolking twee doses (of een equivalent daarvan) gekregen, een percentage dat veel hoger ligt dan het EU-gemiddelde (figuur 20). Dit percentage varieert sterk per regio, van 50 % in Brussel tot 78 % in Vlaanderen. Van de werknemers in de gezondheidszorg had 80 % van de artsen, apothekers en tandartsen en ongeveer 74 % van de verpleegkundigen tegen eind mei 2021 ten minste één dosis gekregen, tegenover slechts 64 % van de fysiotherapeuten (Sciensano, 2021).



Figuur 20. Het percentage Belgen dat tegen COVID-19 is gevaccineerd, lag in augustus 2021 ruim boven het EU-gemiddelde



Opmerking: het EU-gemiddelde is ongewogen (het aantal landen dat is gebruikt om het gemiddelde te berekenen, varieert naargelang van de week).
Bron: ECDC voor sterfgevallen door COVID-19 en Our World in Data voor de vaccinatiegraad.

De begroting voor volksgezondheid is aanzienlijk toegenomen om de reactie van het zorgstelsel op COVID-19 te ondersteunen

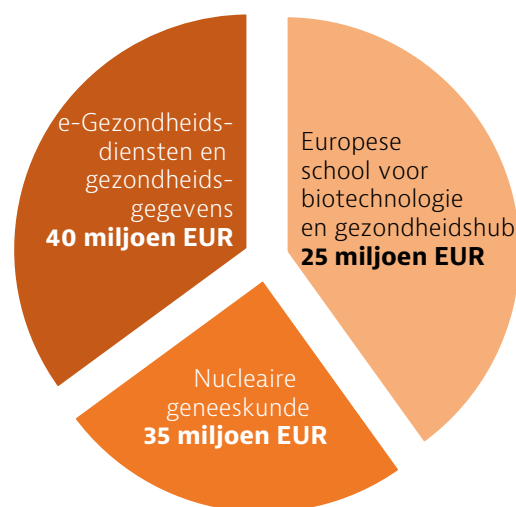
In 2020 heeft België besloten zijn algemene begrotingsdoelstelling voor de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg te handhaven, in de veronderstelling dat de daling in de niet-essentiële zorg de aan COVID-19 gerelateerde gezondheidsuitgaven zou compenseren. Wel is een herschikking in de vorm van een voorschot van 2 miljard EUR aan de ziekenhuizen verstrekt om een aantal aan COVID-19 gerelateerde kosten te betalen. Er is ook uitzonderlijk 1,242 miljard EUR extra toegewezen om uitgaven in verband met COVID-19 zoals tests, persoonlijke beschermingsmiddelen, triagecentra en COVID-19-zorg door verpleegkundigen te dekken. Ook op het niveau van de gemeenschappen en gewesten werden extra middelen uitgetrokken voor de aankoop van uitrusting in ziekenhuizen en in de sector van de langdurige zorg.

Naar aanleiding van de problemen die tijdens de crisis aan het licht zijn gekomen, is de oorspronkelijke begrotingsdoelstelling voor de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg in 2021 met 7,5 % verhoogd (van ongeveer 28 miljard EUR in 2020 tot 30 miljard EUR in 2021). Dit omvat een toewijzing van ongeveer 400 miljoen EUR om het loon van verpleegkundigen op te trekken (vooral in de ziekenhuizen), 200 miljoen EUR om de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren en 600 miljoen EUR om beroepen in de gezondheidszorg aantrekkelijker te maken, waarvan 500 miljoen EUR voor loonsverhogingen. Daarnaast heeft België, net als in 2020, nog eens 1,221 miljard EUR begroot voor de respons in het kader van COVID-19 in 2021.

België is voornemens om in 2022 opnieuw een plafond voor de groei van de overheidsuitgaven vast te stellen, dat naar verwachting 2,5 % per jaar zal bedragen, en de extra afzonderlijke toewijzingen voor preventie en zorg in het kader van COVID-19 te handhaven.

Het Belgische herstel- en veerkrachtplan is in juni 2021 goedgekeurd. Het door de EU gefinancierde plan zal verdere investeringen in het gezondheidsstelsel ondersteunen, met in totaal 99,8 miljoen EUR aan middelen voor een periode van vijf jaar. De belangrijkste prioriteitsgebieden zijn e-gezondheid en gezondheidsgegevens — met name de ontwikkeling van gestandaardiseerde gegevensreeksen over specifieke onderwerpen (bv. allergieën of vaccinaties) die door alle gezondheidswerkers (verpleegkundigen, artsen, fysiotherapeuten) kunnen worden gedeeld; de invoering van een geïntegreerd systeem voor het traceren van het geneesmiddelenverbruik en operationalisering van teleconsulten; de oprichting van een Europese school voor biotechnologie en een gezondheidshub; en meer investeringen in nucleaire geneeskunde (figuur 21).

Figuur 21. In het herstel- en veerkrachtplan wordt 99,8 miljoen EUR uitgetrokken voor investeringen in de gezondheidssector



Bron: Belgisch herstelplan (2021).

6 Belangrijkste bevindingen

- De levensverwachting in België bleef in 2020 iets boven het EU-gemiddelde, hoewel ze tijdelijk met 1,2 jaar daalde als gevolg van de sterfgevallen door COVID-19 — een grotere daling dan de 0,7 jaar onder alle EU-landen. België behoorde tot de EU-landen die hard door de pandemie werden getroffen, met bijna 20 000 sterfgevallen in 2020 en nog eens 5 500 tegen eind augustus 2021.
- Ook andere grote risicofactoren voor de gezondheid blijven belangrijke oorzaken voor de sterfte in België — met name roken (goed voor naar schatting 20 000 sterfgevallen in 2019), alcoholgebruik en obesitas. Via het tabaksbeleid is het gelukt om het roken terug te dringen, maar andere beleidsmaatregelen op het gebied van de volksgezondheid zijn minder succesvol geweest bij het terugdringen van het alcoholgebruik en andere veranderbare risicofactoren. Omgevingsfactoren zoals luchtverontreiniging leiden ook tot een aanzienlijk aantal sterfgevallen (ongeveer 3 800 in 2019) als gevolg van hart- en vaatziekten, ademhalingsziekten en sommige vormen van kanker.
- De incidentie van kanker ligt in België hoger dan het EU-gemiddelde, en verwacht wordt dat in 2020 ongeveer 30 000 mensen aan kanker zullen overlijden. In de afgelopen tien jaar heeft België een brede strategie ontwikkeld om de kankerpreventie en -zorg te verbeteren. De COVID-19-crisis heeft echter een negatief effect gehad op de kankerscreening en -zorg, aangezien sommige diensten en interventies werden verstoord.
- Het aantal artsen in België is de afgelopen tien jaar langzamer gestegen dan in de meeste EU-landen en ligt nu ver onder het EU-gemiddelde. Ongeveer 44 % van de artsen is ouder dan 55, waardoor zorgen ontstaan over de groeiende tekorten in de toekomst. In reactie hierop is het aantal toegelaten geneeskundestudenten de afgelopen jaren opgetrokken, waardoor het aanbod van nieuwe artsen zal toenemen.
- In 2019 besteedde België 10,7 % van zijn bbp aan gezondheidszorg, een groter aandeel dan het EU-gemiddelde van 9,9 %. De meeste uitgaven voor gezondheidszorg worden door de overheid gefinancierd (77 %), wat iets minder is dan het EU-gemiddelde (80 %). Om de kosten te beperken, is tussen 2015 en 2019 het wettelijk vastgelegde plafond voor de groei van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg vastgesteld op 1,5 % per jaar in reële termen. Als reactie op de pandemie heeft België in 2020 zijn algemene begrotingsdoelstelling gehandhaafd, maar tegelijk extra middelen uitgetrokken om de COVID-19-uitgaven in de ziekenhuizen en andere omgevingen te dekken. In 2021 bestond de oorspronkelijke begrotingsdoelstelling erin om de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg met 7,5 % te verhogen naar aanleiding van de problemen die tijdens de crisis aan het licht waren gekomen. Er worden ook extra middelen uitgetrokken om andere aan COVID-19 gerelateerde kosten te betalen.
- Sinds het begin van de pandemie is een hele reeks maatregelen genomen om de verspreiding van COVID-19 in te dammen. Door een gebrekkige crisisparaatheid aan het begin van de pandemie, waaronder een gebrek aan mondmaskers en een beperkte testcapaciteit, wist het virus zich snel te verspreiden. Tegen het einde van de eerste lockdown in mei 2020 slaagde België er echter in de testcapaciteit en de voorraad mondmaskers en andere persoonlijke beschermingsmiddelen te vergroten.
- De eerste coronagolf zette de ziekenhuizen onder zware druk, maar er werden snel middelen gemobiliseerd. Er werden snel extra IC-bedden gecreëerd om aan de toegenomen vraag te voldoen, maar een gebrek aan personeel met IC-expertise, vooral verpleegkundigen, stond verdere uitbreidingen in de weg. De personeelsstrategie bestond onder meer uit een verhoging van het aantal verpleegkundigen door overplaatsingen, overwerk en aanwerving.
- Ongeveer 60 % van alle sterfgevallen door COVID-19 in 2020 betrof bewoners van instellingen voor langdurige zorg. De respons in de verpleeghuizen verbeterde geleidelijk, hoewel aanbevelingen voor het testen en isoleren van vermoedelijke of bevestigde gevallen moeilijk uitvoerbaar bleven.
- Hoewel de toegang tot gezondheidszorg in België over het algemeen goed is, hebben de COVID-19-crisis en de daarmee samenhangende inperkingsmaatregelen de toegang tot sommige diensten beperkt. Ongeveer 22 % van de Belgen gaf aan gedurende de eerste 12 maanden van de pandemie een onvervulde zorgbehoefte te hebben gehad, wat dicht bij het EU-gemiddelde ligt (21 %). Om te helpen de toegang tot de zorg in stand te houden, is nieuwe regelgeving ingevoerd om de telegeneeskunde uit te breiden. Het zal in de toekomst belangrijk zijn om de doeltreffendheid van de vele innovatieve praktijken te beoordelen die tijdens de pandemie zijn ingevoerd, zodat de praktijken die goed werkten, behouden kunnen blijven en verder kunnen worden ontwikkeld.

Belangrijkste bronnen

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing.

Gerkens S, Merkur S (2020), *Belgium: health system review, Health Systems in Transition*, 22(5):i-237.

Referenties

Belgium Recovery Plan (2021), *Recovery and resilience plan for Belgium*.

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan*.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement*.

Interfederal Committee Testing & Tracing (2021), *Tracing against corona*.

Lefèvre M, Gerken S (2021), *Measuring sustainability using projection-based indicators*, Health Services Research.

MSF (2020), *Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19: Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos de Belgique*.

Peacock et al. (2021), *Decline and incomplete recovery in cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic in Belgium: a year-long, population-level analysis*, ESMO.

Sciensano (2019), *Health Status Report 2019*.

Sciensano (2020), *Troisième enquête de santé COVID-19: Résultats préliminaires*.

Sciensano (2021), *Surveillance de la vaccination COVID-19 chez les professionnels de soins de santé en Belgique*.

Van de Voorde C et al. (2020), *Assessing the management of hospital surge capacity in the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium*, KCE Report, No. 335.

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	Zweden	SE
Estland	EE	IJsland	IS	Malta	MT	Roemenië	RO		

State of Health in the EU

Landenprofiel gezondheid 2021

De landenprofielen zijn een belangrijke stap in de cyclus voor kennisbemiddeling State of Health in the EU van de Europese Commissie, die tot stand komen 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 mensen met invloed.

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

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 9789264357242 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)