



De nationale uitgaven in de gezondheidszorg

16^{de} editie, cijfers 2021

1. Inleiding.....	2
2. Methodologie.....	4
3. Definities.....	6
4. Overzicht van de nationale uitgaven voor gezondheidszorg	7
4.1. De geaggregeerde cijfers.....	7
4.2. Uitgaven volgens financieringsbron.....	10
4.3. Uitgaven volgens zorgsector	19
5. Samenvatting.....	23

1. Inleiding

Eurostat en de OESO publiceren jaarlijks een up-to-date verzameling van statistieken en indicatoren die de werking van de gezondheidszorgsystemen in de Europese landen en de OESO-landen meet^{1,2}. Uit de recentste editie van de OESO-statistieken blijkt dat de gemiddelde uitgaven van de OESO-landen als deel van het bbp tussen 2010 en 2019 nagenoeg stabiel bleven op 8,6 % à 8,8 %, aangezien de groei van de gezondheidsuitgaven in die periode in lijn lag met de algemene economische groei. Om tegemoet te komen aan de bijkomende zorgnoden tijdens de COVID-19-pandemie en in een context van economische recessie, stijgen de uitgaven van de OESO-landen³ aan gezondheidszorg van gemiddeld zo'n 8,8 % van hun bbp in 2019 naar gemiddeld 9,6 % in 2020 en 9,7 % in 2021. Het gemiddelde aandeel in Europa³ stijgt in vergelijkbare mate, namelijk van 9,4 % in 2019 tot 10,4 % in de jaren 2020 en 2021.

De Belgische gezondheidsuitgaven bedragen 55,5 miljard euro in 2021, hetzij 11,0 % van het Belgische bbp. Beschouwd over de periode 2010-2021 kent het aandeel van de Belgische gezondheidsuitgaven in het bbp een licht stijgende tendens, van 10,2 % in 2010 tot 11,0 % in 2021.

Met 11,0 % van het bbp scoort België in 2021, qua bestedingen aan gezondheidszorg, hoger dan het Europees gemiddelde (10,4 % van het bbp). In de Europese ranglijst behaalt België daarmee de negende positie, net onder Portugal en boven Denemarken. Buurlanden Duitsland en Frankrijk staan respectievelijk op de eerste en de derde plaats in de Europese ranglijst, met aandelen van 12,9 % en 12,3 %. Binnen de OESO geven enkel de Verenigde Staten een nog hoger percentage van hun bbp uit aan gezondheidszorg dan Duitsland, namelijk 17,4 % in 2021.

In termen van uitgaven die per inwoner aan gezondheidszorg worden besteed⁴, scoort België (6.022 US\$) in 2021 hoger dan het OESO-gemiddelde (4.714 US\$) en plaatst zich daarmee op de tiende plaats van de Europese ranglijst, net onder Frankrijk (6.106 US\$) en boven Ierland (5.861 US\$).

In quasi alle OESO-landen is de openbare sector de belangrijkste financier van de gezondheidszorg. De overheden en sociale zekerheid (verplichte ziekteverzekering) financieren in 2021 gemiddeld 76,0 % van de gezondheidszorguitgaven van OESO-landen. In de periode 2010-2019 kennen de publieke uitgaven aan gezondheidszorg in België (net zoals in de meeste OESO-landen) een tamelijk stabiele groei, in lijn met de groei van de economie in haar geheel. Het aandeel van de Belgische publieke sector in de totale gezondheidsuitgaven ligt in die periode tussen 75,3 % en 76,8 %. Tegen de achtergrond van de COVID 19-pandemie, stijgt dat aandeel van 75,3 % in 2019 naar 77,9 % in 2020, waarna het lichtjes daalt tot 77,6 % in 2021. Het Europese gemiddelde stijgt van 78,8 % in 2019 naar 80,7 % in 2020 en 2021.

In België wordt de overheidsbegroting van de gezondheidszorg begrensd door een wettelijke reële groeinorm. Vanaf 2004 mochten de uitgaven voor geneeskundige prestaties met 4,5 % per jaar in reële termen toenemen "om een voor iedereen hoog niveau van kwalitatieve en toegankelijke gezondheidszorg te waarborgen". Die groeinorm van 4,5 % zou uiteindelijk tot 2012 worden gehandhaafd. In 2012 heeft de regering namelijk belangrijke besparingen doorgevoerd in de sector van de gezondheidszorg. De groeinorm werd opnieuw ingevoerd in 2013, zij het met kleinere groeipercentages in vergelijking met de situatie vóór 2012 (2 % in 2013, 3 % in 2014 en 1,5 % vanaf 2016)⁵.

¹ Eurostat database, Health care expenditure (SHA 2011).

² OECD, Health Statistics 2023, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> Deze editie van de OECD Health Statistics database bevat cijfers tot en met 2021 en in sommige gevallen ramingen voor het jaar 2022.

³ De in dit verslag gerapporteerde gemiddelden voor de OESO zijn ongewogen gemiddelden van de 38 OESO-lidstaten. Deze methode beperkt de impact van de bevolkingsrijke Verenigde Staten van Amerika op het OESO-gemiddelde. De in dit verslag gerapporteerde Europese gemiddelden daarentegen, zijn berekend via een gewogen (volgens bbp in koopkrachtpariteit) globalisatie op het niveau van 27 Europese OESO-lidstaten.

⁴ Lopende prijzen, gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen.

⁵ In 2012 en 2015 werd het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling forfaitair vastgelegd, wat feitelijk neerkwam op een nulgroei.

Het federale regeerakkoord voorziet dat vanaf 2022 de groeïnorm wordt opgetrokken van 1,5 % naar 2,5 %. In het kader van haar begrotingsakkoord van oktober 2022 heeft de federale regering beslist dat de groeïnorm in het jaar 2024 eenmalig verlaagd wordt van 2,5 % naar 2 %.

De niet-publieke uitgaven zijn samengesteld uit de "out-of-pocket" uitgaven van huishoudens, de rechtstreekse tegemoetkomingen van bedrijven en instellingen zonder winstoogmerk, en de uitgaven van bijkomende ziekenfondsdiensten en aanvullende ziektekostenverzekeringen. In de landen van de OESO bedragen deze private uitgaven, in 2021, gemiddeld 23,9 % van de totale gezondheidsuitgaven. Het merendeel van deze private uitgaven wordt "out-of-pocket" betaald door de huishoudens, goed voor gemiddeld 18,4 % van de totale gezondheidsuitgaven in 2021.

In België worden de private uitgaven ook voornamelijk gefinancierd door de out-of-pocket bijdragen van de consument (17,9 % van de totale gezondheidsuitgaven in 2021) en voor een kleiner deel door de bijkomende ziekenfondsdiensten, de aanvullende ziektekostenverzekeringen en de tegemoetkomingen van instellingen zonder winstoogmerk (opgeteld 4,5 % van het totaal).

De betaalbaarheid van gezondheidszorg blijft een actueel thema waar de media veel aandacht aan besteden en waarover regelmatig cijfers worden geciteerd, zoals de uitgaven voor ziektekosten. Zij verwijzen dan naar de begroting van de Sociale Zekerheid, RIZIV-cijfers, OESO-statistieken, nationale rekeningen, vooruitzichten van het Planbureau en dergelijke meer.

Ook beleidsondersteunende rapporten behandelen regelmatig aspecten van de Belgische gezondheidsuitgaven. Recente voorbeelden hiervan zijn de rapporten "België: Landenprofiel Gezondheid 2023"⁶ en "De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024"⁷.

Met de 16^e editie van dit dossier wil Assuralia de lezer wegwijs maken in de complexe wereld van de gezondheidszorg in België, wil het meer duidelijkheid scheppen over de bedragen die aan geneeskundige verzorging worden besteed en geeft het een antwoord op enkele veel gestelde vragen:

- ▶ Hoeveel van deze uitgaven neemt de overheid voor haar rekening?
- ▶ Wat is het aandeel van de patiënt in de totale uitgaven?
- ▶ Welke sectoren kennen de grootste uitgavengroei?

Alex Maselis,
Ivo Van Uffel
vts@assuralia.be

⁶ Het rapport "België: Landenprofiel Gezondheid 2023" maakt deel uit van de rapportagecyclus State of Health in the EU. Het werd opgesteld door de OESO en het European Observatory on Health Systems and Policies in samenwerking met de Europese Commissie. Het is onder meer te raadplegen via de website van de Europese Commissie: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_en#country-health-profiles-2021

⁷ De studie "De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024" kwam tot stand onder leiding van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in samenwerking met het RIZIV, Sciensano en de FOD Volksgezondheid. Het rapport is beschikbaar op de website van het KCE: <https://kce.fgov.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem-rapport-2024> (KCE Reports 376A).

2. Methodologie

In 2002 bood de OESO met de publicatie van 'A System of Health accounts' (SHA)⁸, een methodologie en een instrument aan die de internationale standaard zijn geworden voor de berekening van de nationale rekeningen van de zorgsector. Deze reeks van (Belgische) gezondheidsrekeningen wordt vanaf het jaar 2003 berekend. Zowel Eurostat als de OESO publiceren cijferreeksen vanaf het observatiejaar 2003.

De FOD Sociale Zekerheid heeft in het kader van diverse statistiekverplichtingen deze methodologie op de Belgische situatie toegepast en heeft gedetailleerde informatie over de gezondheidszorg en aanverwante sectoren ingezameld. Voor de edities vanaf 2011 van deze publicatie baseert Assuralia zich op de beschikbare cijfergegevens die de FOD Sociale Zekerheid inzamelt.

Dit systeem van gezondheidsrekeningen is volgens drie dimensies opgebouwd. De drie betrokken dimensies kunnen gekoppeld worden aan de volgende drie onderzoeksvragen:

- ▶ Wie betaalt de rekeningen? De overheid, de patiënt, ...?
- ▶ Wie verstrekt de zorgen? De ziekenhuizen, de tandartsen, ...?
- ▶ Welke functie of doelstelling heeft de verstrekte zorg? Curatieve zorg, revalidatie, preventie, ...?

In deze Assuralia-publicatie worden de uitgaven ingedeeld volgens enerzijds de financieringsbronnen en anderzijds de zorgverstrekkers/zorgsectoren. De indeling die gebruik maakt van de 'functionele classificatie', wordt in deze publicatie niet volledig behandeld. Ze wordt enkel gebruikt om de specifieke diensten van de ziekenhuizen verder op te splitsen en om een onderscheid te maken tussen farmaceutische verstrekkingen en andere medische goederen.

Om een correcte en volledige kostenstructuur voor de gezondheidszorg te hanteren, worden niet alleen de directe bestedingen van de zorgsectoren en de financiers in rekening gebracht, bijvoorbeeld de kostprijs van de zorgverstrekking zelf, maar ook de kosten voor het beheer en de administratie van de gezondheidszorg. De gebruikte waardering van de consumptie omvat dus ook de afschrijvingen en de dotaties aan het boekjaar. De Belgische SHA-rekeningen die in deze Assuralia-publicatie zijn opgetekend, bevatten evenwel geen eenmalige kapitaalvormingen voor de gezondheidszorg zoals investeringsprogramma's die door de overheid worden gefinancierd, bijvoorbeeld voor de bouw van ziekenhuizen. Vergelijkingen in deze Assuralia-publicatie tussen België en andere OESO-landen beschouwen dus ook enkel de *lopende uitgaven* aan gezondheidszorg en niet de *totale uitgaven* (die de som zijn van de *lopende uitgaven* en de *investeringsuitgaven*)⁹.

⁸ In maart 2017 werd de meest recente versie van de SHA-handleiding gepubliceerd: *A System of Health Accounts 2011: Revised Edition*. Bron: <https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>. De cijfers in onderhavige publicatie zijn het resultaat van de inzameling volgens deze nieuwste versie van SHA 2011.

⁹ De OESO publiceert tweejaarlijks een "Health at a Glance"-rapport met daarin telkens een hoofdstuk over de gezondheidsuitgaven in de OESO-landen. In de edities "Health at a Glance 2011" en "Health at a Glance 2013" werden de totale uitgaven aan gezondheidszorg gepubliceerd, waarbij werd aangestipt dat de Belgische statistieken enkel de lopende uitgaven betreffen. In de daaropvolgende edities van het "Health at a Glance"-rapport (2015, 2017, 2019, 2021, 2023) betreffen de gepubliceerde cijfers enkel de lopende uitgaven per OESO-land (behalve expliciet vermelde uitzonderingen). De "Health at a Glance"-rapporten zijn te raadplegen via: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312

Wat de afbakening van het domein van de gezondheidszorg betreft, worden de uitgaven in dit document berekend volgens een strikte definitie van de ziektekosten. Deze bevatten de uitgaven voor verleende diensten en goederen die in het kader van gezondheidszorg en langdurige zorg worden verstrekt. Niet-medische uitgaven en uitkeringen met het oog op het verstrekken van inkomens of vervangingsinkomens, worden niet in rekening gebracht.

De berekening van de gezondheidsuitgaven gebeurt op basis van de binnenlandse consumptie door de particulieren, bedrijven en instellingen die zich op het grondgebied bevinden. De gezondheidszorg die een Belg in het buitenland consumeert omdat hij daar ziek is geworden, wordt dus niet meegerekend. Anderzijds vallen de zorgen die op ons grondgebied verstrekt worden aan buitenlandse toeristen, in principe niet binnen de scope van de berekening.

Elk jaar ondergaat de methodologie voor de inzameling en de berekening van de Health Accounts (naar gelang het geval voor de volledige observatieperiode sinds 2003 of voor specifieke jaren) enkele wijzigingen om tot een correcter beeld van de gezondheidsuitgaven te komen. De cijfers in deze Assuralia-publicatie verschillen dus van de cijfers in de vorige edities. In deze editie tonen we de bijgewerkte cijfers en ontwikkelingen voor de periode 2010-2021.

3. Definities

Financieringsbronnen In deze studie worden de volgende “financieringsbronnen” van de gezondheidszorg in aanmerking genomen: de sociale zekerheidsinstellingen¹⁰, de overheid¹¹, de corporatieve organisaties (bedrijven en instellingen zonder winstoogmerk t.b.v. huishoudens), de aanvullende ziektekostenverzekeringen aangeboden door de private ziekteverzekeraars en de verzekeringsMOB's, de bijkomende diensten van de ziekenfondsen, het remgeld en de overige “out-of-pocket bestedingen” van de gezinnen (=rechtstreekse consumptie van de gezinnen).

Zorgsectoren Deze studie maakt een onderscheid tussen de volgende zorgsectoren: ziekenhuizen, verpleging en residentiële zorg, ambulante zorg, farmaceutische verstrekkingen en medische goederen, promotie en preventie.

Functies (ziekenhuizen) De zorgverstrekkingen in een ziekenhuis worden verder opgedeeld naar een aantal groepen van diensten met eenzelfde finaliteit: residentiële zorg (ziekenhuisopname), daghospitalisatie, ambulante zorg, medische beeldvorming en klinische biologie.

¹⁰ Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, waartoe RIZIV, Fedris, HVKZ (Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden) en de Overzeese Sociale Zekerheid behoren.

¹¹ Overheid bestaande uit de federale, regionale en lagere overheden.

4. Overzicht van de nationale uitgaven voor gezondheidszorg

4.1. De geaggregeerde cijfers

Volgens de berekeningen van de FOD Sociale Zekerheid bedragen de totale lopende uitgaven die België aan gezondheid besteedt, voor alle zorgverstrekkers en zorgsectoren samen, in 2021 55,5 miljard euro. Ter vergelijking, in 2010 bedroegen deze uitgaven 37,0 miljard euro.

Tussen 2010 en 2021 zijn de nationale uitgaven voor gezondheidszorg toegenomen met 49,8 %. Dat stemt overeen met een gemiddelde jaarlijkse groei van 3,7 %. De groei kende in deze periode geen constant verloop. In de jaren 2013 (+2,5 %), 2014 (+2,9 %), 2016 (3,2 %), 2017 (3,5 %) en 2019 (+2,7 %) namen de gezondheidsuitgaven minder dan gemiddeld toe. Het jaar 2020 (-0,4 %) is het enige jaar in de periode 2010–2021 waarin de nationale gezondheidsuitgaven dalen. De grootste groei is er het jaar nadien, in 2021, met een stijging van 7,8 % tegenover 2020.

Nationale gezondheidsuitgaven en het BBP bedragen in miljoenen euro

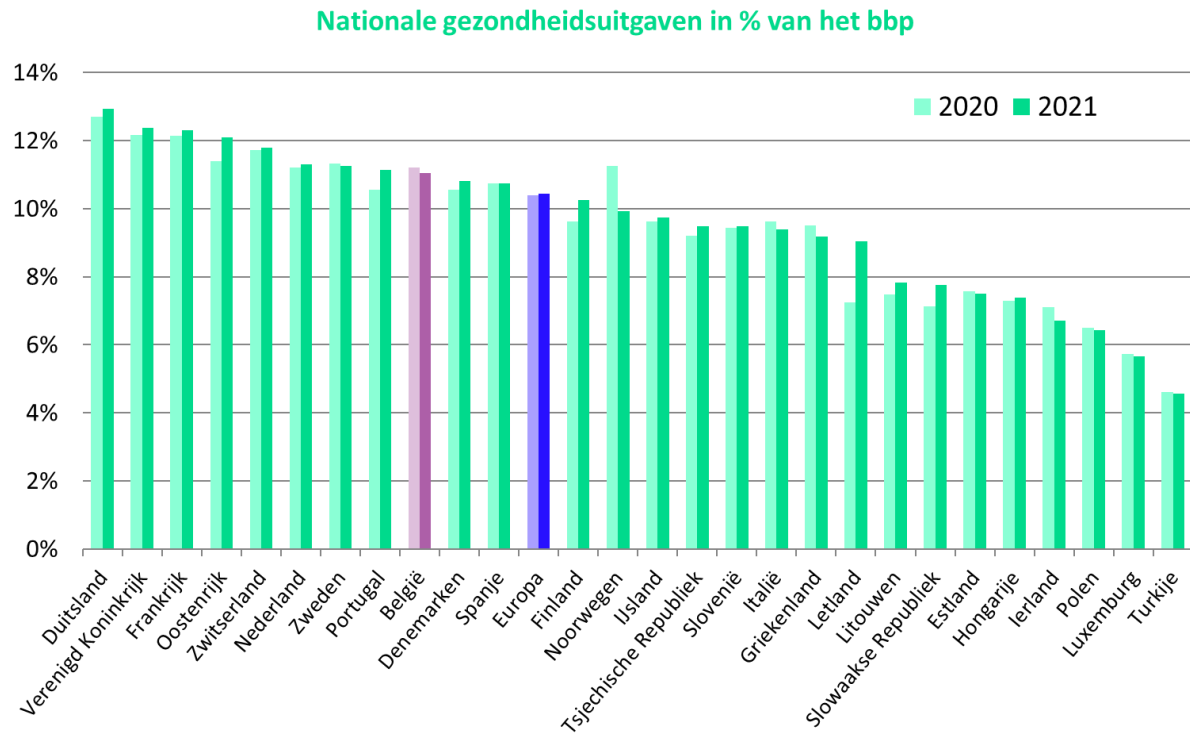
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
BBP	363.140	375.968	386.175	392.880	403.003	416.701	430.085	445.050	460.051	478.676	459.827	502.521
Nationale gezondheidsuitgaven	37.049	38.963	40.556	41.553	42.755	44.993	46.421	48.059	49.968	51.672	51.489	55.493
in % van het BBP	10,2%	10,4%	10,5%	10,6%	10,6%	10,8%	10,8%	10,8%	10,9%	10,8%	11,2%	11,0%
Gezondheidsuitgaven in Europa in % van het BBP	9,4%	9,3%	9,4%	9,4%	9,4%	9,3%	9,4%	9,3%	9,3%	9,4%	10,4%	10,4%

Bronnen : FOD Sociale Zekerheid en NBB

Het Belgisch bruto binnenlands product (bbp)¹² tegen lopende prijzen bedroeg 363,1 miljard euro in 2010. Daarvan werd 37,0 miljard euro besteed aan gezondheidszorg, hetzij 10,2 %. Dit percentage kent een licht stijgende tendens in de periode 2010–2021 en bedraagt 11,0 % in 2021, bij een bbp van 502,5 miljard euro.

¹² Bron: OESO, Laatst geactualiseerd op 14 november 2023.

Het aandeel van de gezondheidsuitgaven in percentage van het bbp ligt in België in de periode 2010-2021 steeds boven het Europese gemiddelde. Dit Europese gemiddelde bedraagt 9,3 % à 9,4 % in de periode 2010-2019 en klimt, tegen de achtergrond van de Covid-19-pandemie, naar 10,4 % in 2020 en 2021. In de Europese rangschikking van 2021 nestelt België zich op de negende plaats. Duitsland (12,9 %), het Verenigd Koninkrijk (12,4 %) en Frankrijk (12,3 %) nemen de top 3 plaatsen in.



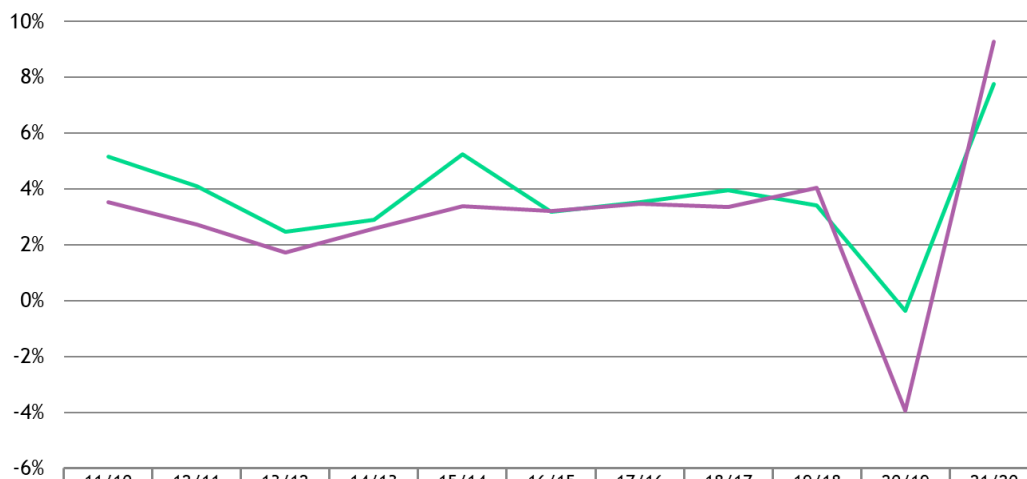
Bronnen: Eurostat en OESO

De omvang van de groei van de gezondheidsuitgaven wordt duidelijk wanneer men de groei vergelijkt met deze van het bbp tegen lopende prijzen.

In de periode 2011-2019 zijn er drie jaren waarin de groei van de Belgische gezondheidsuitgaven lager of nagenoeg gelijk is aan de groei van het bbp, namelijk 2016, 2017 en 2019. Gedurende de periode 2011-2015 en ook in 2018, groeien de gezondheidsuitgaven daarentegen sneller dan het geheel van de Belgische economie. In 2020, het jaar waarin de Covid-19-pandemie een sterke impact had op de samenleving, daalt het bbp met 3,9 % terwijl de gezondheidsuitgaven relatief stabiel blijven (- 0,4 %). De economie kent vervolgens een relance in 2021, waarbij het bbp stijgt met 9,3 %. In datzelfde jaar nemen ook de gezondheidsuitgaven opnieuw fors toe, namelijk met 7,8 %.

Over de volledige periode 2010-2021 bekeken, is de groei van de gezondheidsuitgaven (+49,8 %) aanzienlijk groter dan die van het bbp (+38,4 %). Dit stemt overeen met een gemiddelde jaarlijkse groei van 3,7 % voor de uitgaven voor gezondheidszorg, tegenover 3,0 % voor het bbp.

Jaarlijkse groei van de nationale gezondheidsuitgaven en van het BBP tegen lopende prijzen



	11/10	12/11	13/12	14/13	15/14	16/15	17/16	18/17	19/18	20/19	21/20
Nationale gezondheidsuitgaven	5,2%	4,1%	2,5%	2,9%	5,2%	3,2%	3,5%	4,0%	3,4%	-0,4%	7,8%
BBP	3,5%	2,7%	1,7%	2,6%	3,4%	3,2%	3,5%	3,4%	4,0%	-3,9%	9,3%

Bronnen : FOD Sociale Zekerheid en NBB

4.2. Uitgaven volgens financieringsbron

De Belgische nationale uitgaven voor gezondheidszorg kunnen uitgesplitst worden in de drie onderstaande financieringsbronnen:

► **openbare sector:**

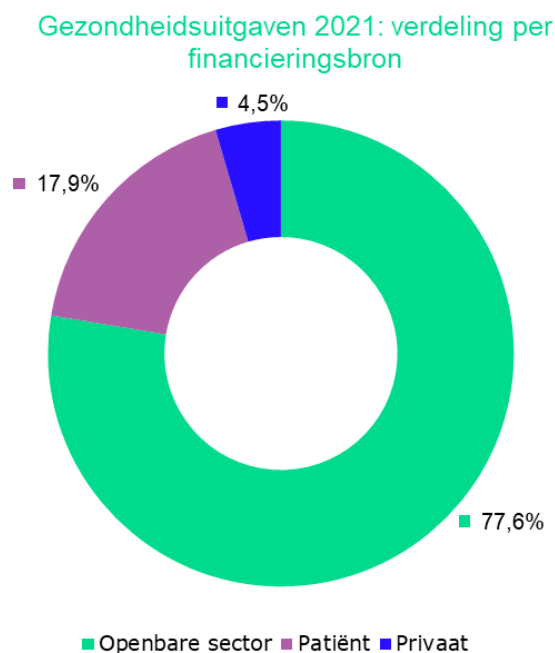
alle rechtstreekse uitgaven voor gezondheidszorg door de sociale zekerheidsinstellingen, de federale overheid, de gewesten en gemeenschappen en de lokale overheden;

► **privaat¹³:**

de bijkomende diensten van de ziekenfondsen, de aanvullende ziektekostenverzekeringen aangeboden door de verzekeringsMOB's¹⁴ en door de private ziekteverzekeraars, alsook de bedragen die instellingen zonder winstoogmerk ten bate van huishoudens rechtstreeks aan gezondheidszorg besteden;

► **huishoudens/patiënt:**

de netto remgelden en de overige "out-of-pocket" uitgaven (eigen bijdragen van de gezinnen, exclusief vergoedingen van aanvullende verzekeringen)¹⁵.



Bron: FOD Sociale Zekerheid

¹³ In vroegere edities bevatte dit Assuralia-rapport een rubriek gezondheidsuitgaven door bedrijven als deel van de private financieringsbronnen. Deze uitgaven door bedrijven bestonden enerzijds uit de gezondheidsuitgaven door de Kas der Geneeskundige Verzorging (van HR Rail) en anderzijds uit het door giften gefinancierde deel van de gezondheidsuitgaven van het Rode Kruis België. Vanaf de 14^{de} editie van dit rapport zijn deze uitgaven, conform de aanpassingen in de Belgische Health Accounts, ingedeeld bij enerzijds de uitgaven door Sociale Zekerheid (HR Rail) en anderzijds de uitgaven door instellingen zonder winstoogmerk (Rode Kruis België). Ten gevolge van deze verschuivingen omvat het huidige Assuralia-rapport geen rubriek gezondheidsuitgaven door bedrijven.

¹⁴ Maatschappijen van onderlinge bijstand, gemachtigd om in België verzekeringsactiviteiten te organiseren.

¹⁵ De raming van de eigen bijdragen van de huishoudens is afhankelijk van de gebruikte hypothesen (bijvoorbeeld de mate waarin niet-medische producten bijdragen tot de omzet van apotheken) en gebeurt niet in alle landen op dezelfde wijze. De berekening van de Belgische cijfers vertrekt van de raming van de finale consumptie van de gezinnen door de Nationale Bank, terwijl andere landen budgetenquêtees of nog andere bronnen gebruiken. Bron: <https://socialsecurity.belgium.be/nl/cijfers-van-sociale-bescherming/cijfers-de-kijker/gezondheidsuitgaven-ten-lasten-van-huishoudens-sha>

Het overzicht van de Belgische gezondheidsuitgaven in 2021, opgesplitst per financieringsbron, leert ons dat:

- ▶ de openbare sector de voornaamste financieringsbron van de gezondheidsuitgaven is. Ze neemt meer dan drie vierden van de totale lopende gezondheidsbestedingen voor haar rekening;
- ▶ de patiënten 17,9 % van de uitgaven rechtstreeks ten laste nemen. Het betreft de finale consumptie van de gezinnen na aftrek van alle terugbetalingen of vergoedingen¹⁶ (bijvoorbeeld remgelden, supplementen en uitgaven voor niet-terugbetaalde medische goederen);
- ▶ de aanvullende ziektekostenverzekeringen van de private ziekteverzekeraars en van de verzekeringsMOB's, de bijkomende diensten van de ziekenfondsen en de instellingen zonder winstoogmerk 4,5 % van de uitgaven voor hun rekening nemen. Het aantal Belgen met een aanvullende verzekering bij een verzekeringsMOB of bij een private verzekeraar neemt jaarlijks toe. Dit aantal is in 2021 gestegen tot 10,3 miljoen¹⁷: 6,0 miljoen verzekerden bij de private ziekteverzekeraars en 4,3 miljoen personen die een facultatieve verzekering hebben afgesloten bij een verzekeringsMOB¹⁸. De instellingen zonder winstoogmerk financieren in 2021 0,02 % van de uitgaven. Ze vormen dus een zeer kleine financieringsbron vergeleken met de financiering via enerzijds de ziekenfondsen en verzekeringsMOB's (2,2 %) en anderzijds de private ziekteverzekeraars (2,3 %).

De resultaten van deze studie leren ons ook dat het aandeel van de openbare sector in de gezondheidsuitgaven in de periode 2010-2021 ruwweg tussen 75 % en 78 % van de totale uitgaven schommelt, terwijl het privé-aandeel gefinancierd door de aanvullende verzekeringen, de ziekenfondsen, de instellingen zonder winstoogmerk en de patiënt (via het systeem van de remgelden of via de overige out-of-pocket uitgaven) tussen 22 % en 25 % fluctueert.

Overzicht van de uitgaven volgens financieringsbron (openbare sector, patiënt en private sector) in miljoenen euro

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Openbare sector	28.261,8	29.693,5	31.021,8	31.587,9	32.558,5	34.379,8	35.652,6	36.889,7	38.290,6	38.886,0	40.123,3	43.069,6
Sociale Zekerheid	24.353,5	25.650,1	26.661,9	27.090,7	27.928,4	25.169,8	25.048,7	25.836,4	26.676,1	27.896,5	27.637,6	30.439,3
Overheden	3.908,3	4.043,4	4.359,9	4.497,3	4.630,1	9.210,0	10.603,9	11.053,3	11.614,5	10.989,6	12.485,7	12.630,2
Patiënt	7.306,2	7.635,7	7.890,0	8.202,8	8.352,5	8.558,9	8.573,6	8.842,7	9.243,7	10.234,8	8.955,9	9.908,9
Remgeld	1.936,8	1.957,2	1.999,6	2.012,0	2.013,7	2.087,7	2.095,7	2.107,1	2.148,7	2.168,1	1.909,1	2.041,0
Terugstortingen remgeld	-326,3	-329,7	-328,0	-331,1	-336,2	-324,3	-338,4	-337,2	-326,7	-331,8	-286,6	-274,4
Overige "out-of-pocket" uitgaven	5.695,8	6.008,2	6.218,3	6.521,8	6.675,1	6.795,5	6.816,3	7.072,9	7.421,6	8.398,5	7.333,4	8.142,3
Privaat	1.480,6	1.633,8	1.644,5	1.762,6	1.844,0	2.054,5	2.195,2	2.326,6	2.434,1	2.551,2	2.410,1	2.514,5
Privé-verzekeringen	834,4	879,8	907,0	955,3	1.008,0	1.087,8	1.135,9	1.181,6	1.250,0	1.322,4	1.266,9	1.299,5
Ziekenfondsen	639,8	746,3	729,5	799,9	828,8	958,5	1.050,9	1.137,9	1.177,0	1.220,9	1.133,3	1.202,2
Instellingen zonder winstoogmerk	6,3	7,7	7,9	7,4	7,1	8,2	8,4	7,0	7,1	7,9	10,0	12,8
Totaal	37.048,6	38.963,0	40.556,3	41.553,4	42.755,0	44.993,1	46.421,5	48.059,0	49.968,3	51.672,0	51.489,2	55.492,9

Bron: FOD Sociale Zekerheid

Overzicht van de uitgaven volgens financieringsbron (openbare sector, patiënt en private sector) in % van de totale uitgaven

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Openbare sector	76,3%	76,2%	76,5%	76,0%	76,2%	76,4%	76,8%	76,8%	76,6%	75,3%	77,9%	77,6%
Sociale Zekerheid	65,7%	65,8%	65,7%	65,2%	65,3%	55,9%	54,0%	53,8%	53,4%	54,0%	53,7%	54,9%
Overheden	10,5%	10,4%	10,8%	10,8%	10,8%	20,5%	22,8%	23,0%	23,2%	21,3%	24,2%	22,8%
Patiënt	19,7%	19,6%	19,5%	19,7%	19,5%	19,0%	18,5%	18,4%	18,5%	19,8%	17,4%	17,9%
Remgeld	5,2%	5,0%	4,9%	4,8%	4,7%	4,6%	4,5%	4,4%	4,3%	4,2%	3,7%	3,7%
Terugstortingen remgeld	-0,9%	-0,8%	-0,8%	-0,8%	-0,8%	-0,7%	-0,7%	-0,7%	-0,7%	-0,6%	-0,6%	-0,5%
Overige "out-of-pocket" uitgaven	15,4%	15,4%	15,3%	15,7%	15,6%	15,1%	14,7%	14,7%	14,9%	16,3%	14,2%	14,7%
Privaat	4,0%	4,2%	4,1%	4,2%	4,3%	4,6%	4,7%	4,8%	4,9%	4,9%	4,7%	4,5%
Privé-verzekeringen	2,3%	2,3%	2,2%	2,3%	2,4%	2,4%	2,4%	2,5%	2,5%	2,6%	2,5%	2,3%
Ziekenfondsen	1,7%	1,9%	1,8%	1,9%	1,9%	2,1%	2,3%	2,4%	2,4%	2,4%	2,2%	2,2%
Instellingen zonder winstoogmerk	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: FOD Sociale Zekerheid

In 2020 en 2021 stijgt het aandeel van de openbare sector ten opzichte van 2019. Een omgekeerde beweging vindt plaats bij het aandeel van de patiënt en bij het aandeel van de private uitgaven. Deze evolutie hangt samen met de Covid-19-pandemie. Enerzijds werd er in de wet expliciet voorzien in een

¹⁶ Met correctie voor de maximumfactuur.

¹⁷ Sommige verzekerden hebben een dubbele dekking, zowel via een individuele als via een collectieve verzekering. Hierdoor ligt het totaal aantal Belgen met een aanvullende ziektekostenverzekering in wezen iets lager dan 10,3 miljoen.

¹⁸ Bron: Controledienst voor de Ziekenfondsen.

verbod op het aanrekenen van supplementen bij opname van een patiënt die besmet is of van wie vermoed wordt dat hij besmet is met het SARS-CoV-2 virus.¹⁹ Anderzijds werden door de Covid-19-pandemie heel wat andere medische zorgen uitgesteld en dit zowel op initiatief van de patiënten als op initiatief van de zorgverstrekkers (onder meer door het minder beschikbaar zijn van zorginfrastructuur en -personeel).

Uitgaven van de openbare sector

Uiteraard is het de openbare sector die de grootste tussenkomst van de gezondheidszorg voor haar rekening neemt. In 2021 vertegenwoordigt deze tussenkomst 77,6 % van het totale uitgavenpakket, tegenover 77,9 % in 2020 en 75,3 % in 2019.

Dat is niet verwonderlijk want het merendeel van de uitgaven is afkomstig van de verzekering 'geneeskundige verzorging', die deel uitmaakt van de ruimere federale sociale zekerheid en die beheerd wordt door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering²⁰ (RIZIV). Die geeft een ruime dekking tegen gezondheidskosten aan nagenoeg de hele Belgische bevolking. In 2022 kan 99,1 %²¹ van de bevolking rekenen op een dekking. Ongeveer één percent is dus niet verzekerd. Het betreft personen bij wie de vereiste administratieve en/of financiële voorwaarden niet zijn vervuld.

Het grootste deel van deze publieke uitgaven wordt dus toegerekend aan de sociale zekerheidsinstellingen (54,9 % van de nationale uitgaven in 2021). De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van werknemers en zelfstandigen is de verzekeringstak met de grootste uitgaven. Ook de medische prestaties van de arbeidsongevallenverzekering en van de beroepsziektenverzekering maken deel uit van de sociale zekerheid.

Tot 2014 financierde het RIZIV ook de zorgkosten van de bewoners van de woonzorgcentra. Deze zorgkosten worden gefinancierd omdat de bewoner van het woonzorgcentrum verzekerd is in de ziekteverzekering. Als gevolg van de 6^{de} staatshervorming werd dit budget vanaf 2015 overgeheveld naar de Gemeenschappen. Deze budgettaire verschuiving verklaart de hoofdmoot van de daling van het aandeel van de sociale zekerheid van 65,3 % van de gezondheidsuitgaven in 2014 naar 55,9 % van de uitgaven in 2015. Naast de ouderenzorg werden door de 6^{de} staatshervorming ook een aantal bevoegdheden met betrekking tot de long-term-care-overeenkomsten, de geestelijke gezondheidszorg, het preventiebeleid en de organisatie van eerstelijnsgezondheidszorg naar de Gemeenschappen overgedragen.

De uitgaven van de openbare sector bestaan dus niet enkel uit de uitbetalingen door de sociale zekerheidsinstellingen maar ook van de verschillende overheden. Tot 2013 maakten de SHA-rekeningen daarin een onderscheid tussen de federale overheid en de lokale overheden (regio's, provincies en gemeenten). Vanaf 2014 is dit onderscheid niet meer beschikbaar.

Op federaal niveau worden de gezondheidsdiensten gefinancierd door de verschillende Federale Overheidsdiensten (FOD's). De FOD Volksgezondheid is onder meer bevoegd voor de financiering van de ziekenhuizen (exploitatie), het gezondheidszorgbeleid en de coördinatie van de dringende medische hulpverlening. Defensie beheert een ziekenhuis en verzekert de medische dienstverlening

¹⁹ Art. 97, §2, e van de Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen

²⁰ De verzekeringsinstellingen zijn verantwoordelijk voor de uitbetaling van de tegemoetkomingen. Het gaat om vijf erkende landsbonden van ziekenfondsen: de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM), de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen (LNZ), Solidaris - het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (NVSM), de Landsbond van Liberale Mutualiteiten (LLM) en de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (MLOZ). Daarnaast spelen ook de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) en de Kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail (KGV) een rol als verzekeringsinstelling, wat betreft de tussenkomsten in het kader van de verplichte verzekering.

²¹ Pro memorie: bij deze berekening vallen personen die niet aangesloten zijn bij een ziekenfonds (bijvoorbeeld mensen zonder wettig verblijf) niet onder de definitie van 'bevolking'. Bron: "De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024", Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE Reports 376A).

aan militairen. Justitie neemt de penitentiaire verpleegdiensten ten laste en Binnenlandse Zaken neemt de uitgaven van de urgentie- en veiligheidsdiensten voor haar rekening.

Naast deze gezondheidsdiensten vertegenwoordigen ook de werkingskosten van de federale overheidsdiensten een belangrijk deel in de uitgaven. Dit is het geval voor de FOD Volksgezondheid en de FOD Sociale Zekerheid.

De gemeenschappen zijn bevoegd voor preventie, thuiszorg en deels voor de eerstelijnsgezondheidszorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen (o.a. erkenning, kwaliteitsbewaking en financiering van de investeringen in de infrastructuur en van de investeringen in zware medische apparatuur). Met de 6^{de} staatshervorming werden er extra bevoegdheden overgedragen naar de gemeenschappen, zoals de bouw en werking van alle ouderenvoorzieningen en de bouw en renovatie van ziekenhuizen. Ook de bevoegdheden die voorheen verdeeld waren over de federale en de regionale overheid in een aantal sectoren, zoals de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg, zijn nu volledig regionale materie geworden.

Ook de provincies en de gemeenten hebben uitgebreide bevoegdheden in het domein van gezondheidszorg. Ze omvatten de uitgaven voor schoolgezondheidszorg door Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's), de preventieve zorg, de thuiszorg en de gezondheidspromotie. In de rekeningen van de lokale overheden zijn ook de uitgaven van gemeenten en provincies aan verpleeg- en verzorgingsinstellingen opgenomen, samen met de financiering van de gemeenten voor de tekorten van OCMW-ziekenhuizen.

Al deze overheden kunnen bovendien ook rechtstreeks subsidies toekennen aan verschillende verstrekkers van gezondheids- en zorgdiensten. De regionale overheden kennen bijvoorbeeld subsidies toe aan psychiatrische zorginstellingen.

In 2022, 2023 en 2024 is door de overheid voorzien om flink wat extra geld te investeren in de gezondheidszorg. In 2022 stijgt de RIZIV-begroting²² voor de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen tot 32,1 miljard euro (+6,8%), in 2023 tot 35,2 miljard euro (+9,5%) en in 2024 tot 37,8 miljard euro (+7,5%)²³. Deze sterke aangroei wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door indexeringen ter compensatie van de inflatie en door de reële groeinorm (2,5% in 2022 en 2023, 2% in 2024).

Gezondheidsuitgaven per financieringsbron

	verdeling in % van de totale uitgaven		evolutie in %	
	2020	2021	2021/2020	2021/2010
Openbare sector	77,9%	77,6%	7,3%	52,4%
Sociale Zekerheid	53,7%	54,9%	10,1%	25,0%
Overheden	24,2%	22,8%	1,2%	223,2%
Patiënt	17,4%	17,9%	10,6%	35,6%
Remgeld	3,7%	3,7%	6,9%	5,4%
Terugstortingen remgeld	-0,6%	-0,5%	-4,3%	-15,9%
Overige "out-of-pocket" uitgaven	14,2%	14,7%	11,0%	43,0%
Privaat	4,7%	4,5%	4,3%	69,8%
Privé-verzekeringen	2,5%	2,3%	2,6%	55,7%
Ziekenfondsen	2,2%	2,2%	6,1%	87,9%
Instellingen zonder winstoogmerk	0,0%	0,0%	28,7%	102,0%
Totaal	100,0%	100,0%	7,8%	49,8%

Bron: FOD Sociale Zekerheid

²² Meer info over deze begroting is raadpleegbaar via de website van het RIZIV: <https://www.riziv.fgov.be/nl/pers/de-begroting-van-de-ziekteverzekering-bedraagt-427-miljard-euro-in-2024-1>

²³ De historiek van de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, is eveneens raadpleegbaar via de website van het RIZIV: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/financiering-van-de-verzekering/begroting/historiek-van-de-begroting-van-de-verzekering-voor-geneeskundige-verzorging-en-uitkeringen>

Aandeel van de gezinnen

De “out-of-pocket” bijdragen van de gezinnen omvatten de uitgaven die niet door de overheid, de sociale zekerheid of de instellingen zonder winstoogmerk worden gefinancierd en die niet worden terugbetaald door de private verzekeraar of door het ziekenfonds in het kader van een aanvullende verzekering.

We stellen vast dat het aandeel van de patiënt in de periode 2010-2021 ruwweg fluctueert tussen 17 % en 20 % van de totale uitgaven. Het gaat om:

- ▶ **de officiële remgelden:** het gedeelte van het **Riziv-tarief** dat ten laste van de patiënt blijft²⁴;
- ▶ **de overige out-of-pocket uitgaven:** medische kosten die ofwel de officiële tarieven van de wettelijke ziektekostenverzekering overschrijden (bijvoorbeeld ereloon-supplementen) ofwel niet in aanmerking komen voor een wettelijke vergoeding (bijvoorbeeld niet-terugbetaalbare geneesmiddelen) en die dus door de gezinnen moeten gedragen worden, omdat ze ook niet (volledig) vergoed worden door de aanvullende ziektekostenverzekering of omdat het gezin hiervoor niet aanvullend verzekerd is²⁵.

Hoewel de directe bestedingen van de gezinnen van jaar tot jaar stijgen in nominale termen (behalve in 2020), nemen zij minder snel toe dan de totale Belgische gezondheidsuitgaven. In de observatieperiode 2010-2021 bedraagt de gemiddelde jaarlijkse groei van de directe bestedingen van de gezinnen 2,8 %, terwijl de totale uitgaven in diezelfde periode jaarlijks met gemiddeld 3,7 % groeien. Door dit groeiverschil is het aandeel van de directe bestedingen van de gezinnen in de gezondheidsuitgaven in 2021 (17,9 %) bijna twee procentpunten lager dan in 2010 (19,7 %).

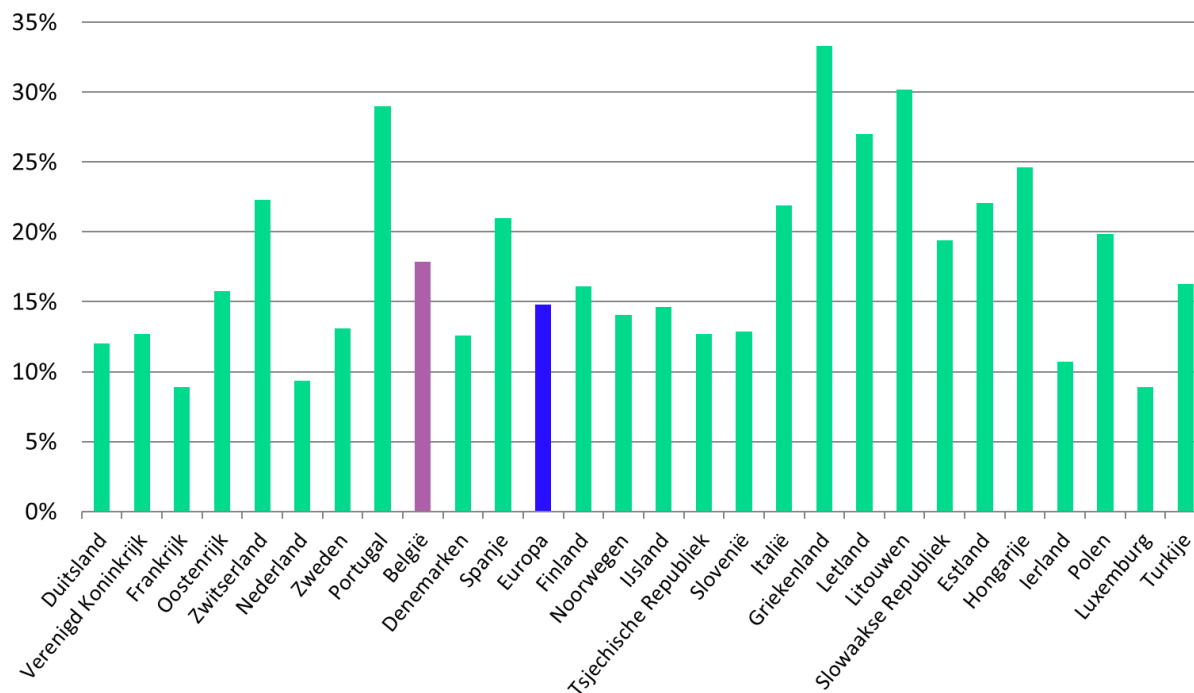
Uit een vergelijking met de ons omringende landen volgt dat het rechtstreekse aandeel van de patiënt in België hoger ligt (17,9 % in 2021) dan in Duitsland (12,0 %), Nederland (9,4 %) en Frankrijk (8,9 %). De verschillen met de cijfers van de ons omliggende landen illustreren de verschillen in de nationale gezondheidszorgsystemen. De Belgische aanvullende verzekeringen, aangeboden door de private verzekeraars en de verzekeringsMOB's, bestaan hoofdzakelijk uit hospitalisatieverzekeringen. Aanvullende tandzorgverzekeringen worden populairder, maar in het algemeen kennen de verzekeringsproducten die de terugbetaling van ambulante medische kosten waarborgen nog steeds weinig succes in België. Bijgevolg omvat het rechtstreekse aandeel van de Belgische patiënt in de eerste plaats uitgaven voor ambulante zorg en geneesmiddelen die niet door de wettelijke of de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed. In Frankrijk bijvoorbeeld wordt een groter deel van de ambulante medische zorg gedragen door de aanvullende verzekering. Daardoor ligt in Frankrijk, enerzijds, het rechtstreekse aandeel van de patiënt in de totale uitgaven lager (8,9 % tegenover 17,9 % voor de Belgische patiënten) en, anderzijds, het aandeel van de Franse aanvullende verzekeraars²⁶ hoger (12,0 % tegenover 4,5 % voor de Belgische aanvullende verzekeraars).

²⁴ Tegemoetkomingen in het kader van de maximumfactuur werden afgetrokken van de remgelden en verhogen bijgevolg het aandeel van de overheid in de uitgaven.

²⁵ De grote meerderheid van de Belgen beschikt over een hospitalisatieverzekering, maar slechts een (kleine) minderheid heeft een verzekering voor ambulante zorgen of voor tandzorg.

²⁶ In 2015 bedroeg het aandeel van de Franse vrijwillige aanvullende verzekering 13,7 %. Sinds 1 januari 2016 zijn Franse bedrijven wettelijk verplicht om hun werknemers een minimale ziekteverzekering aan te bieden. In 2021 bedraagt het aandeel van deze verplichte aanvullende verzekering 6,3 % van de gezondheidsuitgaven, terwijl het aandeel van de vrijwillige aanvullende verzekering uitkomt op 5,7 %.

Aandeel van de patiënt in % van de totale gezondheidsuitgaven - 2021



Bronnen : Eurostat en OESO

Remgelden

Het remgeld moet, zoals het woord zelf aangeeft, medische consumptie afremmen en de patiënten in zekere mate financieel responsabiliseren. Om de publieke uitgaven onder controle te houden werden sinds 1993 selectieve bezuinigingsmaatregelen genomen die geleid hebben tot een aanzienlijke verhoging van het remgeld (bijvoorbeeld bij raadpleging van huisarts of specialist, bij ziekenhuisopname, bij klinische biologie en radiologie).

Er werd ook getracht om via een reeks algemene maatregelen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren. De klemtoon lag hierbij op maatregelen (sociale en fiscale franchise) die kwetsbare categorieën in de samenleving vrijwaren van hoge medische kosten. Volgens deze maatregelen worden de remgelden terugbetaald vanaf het ogenblik dat een remgeldplafond (maximum factuur) is overschreden, maar niet alle terugbetaalbare medische verstrekkingen komen daarvoor in aanmerking.

De maximumfactuur of MAF is een maatregel ingevoerd in 2002 en voorziet in de terugbetaling van een beperkt deel van de remgelden: zodra de remgelden van sommige aan een gezin verleende geneeskundige verstrekkingen tijdens een kalenderjaar een bepaald grensbedrag overschrijden, wordt het persoonlijk aandeel (remgeld) van de leden van het gezin voor de geneeskundige verstrekkingen die ze gedurende de rest van dat kalenderjaar genieten volledig vergoed²⁷.

²⁷ Op 1 april 2007 is het systeem van de verhoogde tegemoetkoming grondig hervormd via de invoering van het Omnio-statuut. Via dat nieuwe statuut kunnen bepaalde gezinnen, die voordien niet in aanmerking kwamen voor de verhoogde tegemoetkoming voor medische kosten, er toch een beroep op doen. Bij de toekenning van het Omnio-statuut baseert men zich enkel op de gezinsinkomens. Vanaf 1 januari 2014 werd het Omnio-statuut samengevoegd met het RVV-statuut (Rechthebbende op Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming).

In 2010 werd 326 miljoen euro aan remgelden teruggestort in het kader van de maximumfactuur en bedroegen de remgelden (voor terugbetaling door MAF) 1.937 miljoen euro. De terugstorting van het remgeld fluctueert in de periode 2011-2019 tussen 324 en 338 miljoen euro, waarbij jaarlijkse stijgingen en dalingen elkaar afwisselen. De remgelden groeien daarentegen in elk jaar van de periode 2011-2019. In deze periode groeien de remgelden het sterkst in het jaar 2015 (+3,7 % tegenover 2014). Deze stijging in 2015 is wellicht toe te schrijven aan de harmonisering van het remgeld voor raadplegingen bij specialisten, die gemiddeld beschouwd de tarieven voor medische diensten deed stijgen.

Tussen 2019 en 2020 noteren zowel de remgelden (-11,9 %) als de terugbetaling in het kader van de MAF (-13,6 %) een terugval met meer dan 10 %. De overige out-of-pocket uitgaven dalen op gelijkaardige wijze: van 8,4 miljard euro in 2019 naar 7,3 miljard euro in 2020 (-12,7 %). Deze dalingen weerspiegelen de impact van uitgestelde medische zorg tijdens het verloop van de Covid-19 pandemie. In 2021 hernemen de remgelden hun stijgende trend (+6,9 %), terwijl de terugstortingen dalen (-4,3 %). De werkelijk betaalde remgelden - na terugbetaling door MAF - bedragen 1.767 miljoen euro in 2021, wat lager is dan in de periode 2017-2019.

Evolutie van de remgelden (in miljoenen euro)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Jaarlijks remgeld ten laste van de patiënt											
Totaal (voor terugbetaling door MAF)	1.936,8	1.957,2	1.999,6	2.012,0	2.013,7	2.087,7	2.095,7	2.107,1	2.148,7	2.168,1	1.909,1	2.041,0
	Terugstorting van het remgeld in het kader van de sociale en fiscale franchise / Maximumfactuur											
Totaal franchise / MAF	326,3	329,7	328,0	331,1	336,2	324,3	338,4	337,2	326,7	331,8	286,6	274,4
	Werkelijk door de rechthebbenden betaald remgeld											
Totaal (na terugbetaling door MAF)	1.610,5	1.627,5	1.671,6	1.681,0	1.677,5	1.763,3	1.757,3	1.769,9	1.822,1	1.836,3	1.622,5	1.766,6

Bron : RIZIV

De out-of-pocket uitgaven en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg

De out-of-pocket uitgaven vormen een gevoelig aspect bij de financiering van de consumptie van gezondheidsdiensten. Hun aandeel is een essentieel element in de (financiële) toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

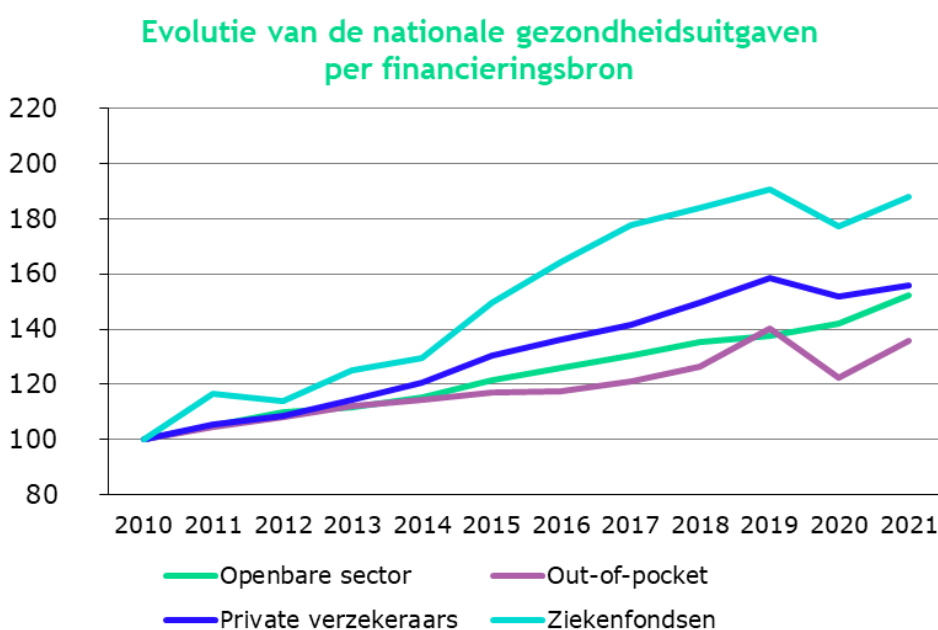
Voor bepaalde geneeskundige verstrekkingen blijft de factuur ten laste van de patiënt vrij hoog:

- ▶ materiaalsupplementen: vooral de uitgaven voor de nieuwe en dure medische technieken en materialen zijn omvangrijk;
- ▶ geneesmiddelen: bijvoorbeeld de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen uit de categorie D;
- ▶ kamersupplementen: patiënten die bij een verblijf in een ziekenhuis de voorkeur geven aan een éénpersoonskamer²⁸ betalen hiervoor een supplementaire vergoeding.
- ▶ ereloon-supplementen: het deel van de erelonen dat de officiële Riziv-tarieven overschrijdt. Sinds 1 januari 2013, mogen geen ereloon-supplementen aangerekend worden aan patiënten gehospitaliseerd in een gemeenschappelijke of tweepersoonskamer (klassieke hospitalisatie) en voor de meeste ingrepen in kamers voor twee of meer personen in daghospitalisatie. Vanaf 27 augustus 2015 geldt ook een volledig verbod op ereloon-supplementen in gemeenschappelijke en tweepersoonskamers in daghospitalisatie. Aan patiënten in een éénpersoonskamer kan het supplement wel nog worden aangerekend, mits enkele uitzonderingen.

²⁸ Vanaf 1 januari 2010 zijn de kamersupplementen in de tweepersoonskamers en in de gemeenschappelijke kamers verboden.

Uit het KCE Rapport 2024 over de performantie van de Belgische gezondheidszorg²⁹ blijkt dat in 2022 0,9 % van de respondenten aangeeft onvervulde behoeften aan medische zorg te hebben omwille van financiële redenen. Daarnaast rapporteert 2,5 % van de respondenten onvervulde behoeften aan tandheelkundige zorg omwille van financiële redenen. Dit is een verbetering ten opzichte van de overeenkomstige percentages in 2016, die toen 2,2 % bedroegen voor medische zorg en 3,7 % voor tandheelkundige zorg. Om de toegankelijkheid te verbeteren en om de financiële problemen bij gebruik van zorg te voorkomen en te beperken voorziet de wettelijke ziekteverzekering geregeld in beschermingsmaatregelen zoals de regeling van de supplementen in ziekenhuizen en een hogere terugbetaling voor een aantal geneeskundige verstrekkingen. Dit is bijvoorbeeld het geval voor borstreconstructie met eigen weefsel en de antiretrovirale geneesmiddelen tegen aids (vanaf 2016).

Tussen 2010 en 2021 is de groei van de out-of-pocket uitgaven lager dan die van de openbare sector. De directe bestedingen van de gezinnen namen tussen 2010 en 2021 toe met 35,6 % tegenover 52,4 % voor de openbare uitgaven.



Bron: FOD Sociale Zekerheid

Aandeel van de bijkomende ziekenfondsdiensten en van de aanvullende ziektekostenverzekering

Naast de uitvoering van de verplichte ziektekostenverzekering, bieden de ziekenfondsen bijkomende diensten en voordelen (bijvoorbeeld de huur van krukken, niet-dringend ziekenwagenvervoer, ...) waarvoor de aansluiting verplicht is en waarvoor een aanvullende bijdrage wordt betaald.

²⁹ De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE Reports 376A).

Het pakket van bijkomende diensten en voordelen, aangeboden door de ziekenfondsen, bestaat uit:

- ▶ de dienst hospitalisatie met verplichte aansluiting³⁰, die ofwel in een forfaitaire daguitkering voorziet, ofwel een deel van het verschil vergoedt tussen de werkelijke kosten verbonden aan een ziekenhuisopname en de terugbetalingstarieven van de wettelijke ziekteverzekering;
- ▶ de dienst ziekenvervoer, die een tegemoetkoming voorziet in de vervoerskosten van zieken en gewonden;
- ▶ de dienst verzorging in het buitenland, die tussenkomt in de kosten voor bijstand en dringende medische hulp in het buitenland;
- ▶ de specifieke diensten die een terugbetaling verlenen voor medische kosten waarvoor de verplichte verzekering in geen of slechts een geringe vergoeding voorziet (brillen, lenzen, orthodontie, ...).

Daarnaast kan een ziekenfonds ook aanvullende ziektekostenverzekeringen met een facultatieve aansluiting aanbieden via een maatschappij van onderlinge bijstand, de verzekeringsMOB's³¹. Een aanvullende ziektekostenverzekering kan ook afgesloten worden bij een private verzekeraar, ofwel op eigen initiatief door de consument ofwel op initiatief van de werkgever ten behoeve van de werknemers en hun gezinsleden.

De aanvullende ziektekostenverzekeringen dekken vooral het risico van een hospitalisatie. In toenemende mate bieden private verzekeraars en verzekeringsMOB's ook producten aan die ambulante kosten en kosten voor tandzorg terugbetalen.

Samengeteld vertegenwoordigen de bijkomende diensten van de ziekenfondsen en de aanvullende/facultatieve ziektekostenverzekeringen van zowel de verzekeringsMOB's als de private verzekeraars slechts enkele procenten (4,5 %) van de nationale uitgaven. Tussen 2010 en 2021 is het geheel van deze uitgaven toegenomen met 69,7 %, hetzij een jaarlijkse groei van gemiddeld 4,9 %. Deze groei is onder meer toe te schrijven aan de gestegen kosten voor ziekenhuisopnames, de gestegen kosten voor thuiszorg (voornamelijk gefinancierd door de ziekenfondsen) en het toenemend aantal personen die een aanvullende ziektekostenverzekering afsluiten.

De uitgaven van de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten bij een private verzekeraar zijn tussen 2010 en 2021 toegenomen met 55,7 %, wat minder is dan de uitgavengroei bij de ziekenfondsen en verzekeringsMOB's (+87,9 %). In 2021 waren ongeveer 6,0 miljoen personen verzekerd bij een private ziektekostenverzekeraar, tegenover 5,5 miljoen in 2012 en 5,4 miljoen in 2010. Ook bij de verzekeringsMOB's steeg het aantal aangesloten verzekerden, namelijk van 3,4 miljoen verzekerden in 2012³² naar 4,3 miljoen in 2021.³³

³⁰ De dienst hospitalisatie aangeboden door de ziekenfondsen is een verrichting waarvoor de aansluiting als onderdeel van het volledige pakket van diensten verplicht is voor alle leden van het ziekenfonds. Die diensten voorzien vaak in een beperkte tussenkomst in de hospitalisatiekosten of viseren uitsluitend specifieke situaties. Ingevolge de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering worden de diensten waarvan de aansluiting facultatief was vanaf 1 januari 2012 voortaan aangeboden als een aanvullende ziektekostenverzekering door verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand.

³¹ De oprichting van de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand is het gevolg van de wijziging van de wetgeving inzake de aanvullende ziekteverzekeringen aangeboden door de mutualistische entiteiten en waarvoor de aansluiting facultatief is.

³² 2012 is het eerste bestaansjaar van de verzekeringsMOB's.

³³ Bron: Controledienst voor de Ziekenfondsen.

4.3. Uitgaven volgens zorgsector

Overzicht van de uitgaven per zorgsector
in miljoenen euro

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I. Zorgsectoren :	35.489,8	37.286,9	38.947,2	39.843,2	41.001,0	43.175,1	44.663,0	46.289,3	48.103,0	49.715,9	49.315,5	53.124,1
1. Ziekenhuizen	13.229,9	14.186,1	14.858,7	15.268,1	15.550,2	16.682,5	16.958,1	17.665,1	18.046,6	20.160,3	21.152,8	21.723,8
- in-patient (residentieel)	10.256,8	10.980,2	11.464,1	11.746,2	11.930,7	12.742,3	12.863,5	13.192,4	13.174,1	14.832,4	15.865,5	15.921,3
- daghospitaisatie	2.579,1	2.783,6	2.939,4	3.041,1	3.076,9	3.255,6	3.344,7	3.775,4	4.154,8	4.456,7	4.362,4	4.806,7
- out-patient (ambulant)	2,1	2,3	2,4	2,1	2,0	2,2	2,3	3,1	3,8	3,2	2,8	13,6
- klinische biologie en medische beeldvorming	96,3	89,3	92,6	93,5	93,9	98,4	93,3	94,9	98,0	94,5	94,2	97,2
- andere	295,5	330,8	360,3	385,3	446,7	584,0	654,2	599,3	615,9	773,5	827,9	885,0
2. Verpleging en residentiële zorg	4.364,5	4.535,7	4.870,0	5.026,6	5.324,7	6.255,2	6.700,6	7.089,4	7.566,4	6.705,6	6.019,6	6.350,6
3. Ambulante zorg	12.291,8	12.844,2	13.580,7	13.845,9	14.432,1	14.479,4	15.264,4	15.777,5	16.596,2	16.714,0	16.045,0	18.133,3
- artsen	5.586,2	5.839,9	6.061,2	6.052,3	6.421,5	6.200,4	6.276,6	6.509,2	6.917,7	6.788,4	6.185,7	7.190,6
- tandartsen	1.334,7	1.404,9	1.449,6	1.513,6	1.563,0	1.742,6	1.808,1	1.862,9	2.006,1	2.148,5	1.945,2	2.219,3
- paramedische diensten	1.002,6	1.061,7	1.117,1	1.178,7	1.229,7	1.441,6	1.499,8	1.518,8	1.584,8	1.447,9	1.323,8	1.526,6
- medisch-diagnostische diensten	408,0	436,0	546,7	499,5	511,1	425,2	440,7	471,6	504,6	542,0	583,8	617,5
- thuiszorg	3.077,2	3.220,6	3.456,2	3.643,0	3.745,6	3.680,0	4.227,4	4.418,6	4.647,7	4.836,7	4.875,6	5.047,1
- andere	883,1	881,1	950,0	958,8	961,2	989,6	1.011,8	996,3	935,4	950,5	1.130,9	1.532,2
4. Farmaceutische hulp en medische goederen	5.320,3	5.476,9	5.341,5	5.388,2	5.342,6	5.409,7	5.431,5	5.447,2	5.547,1	5.766,0	5.570,7	5.844,3
- farmaceutische verstrekkingen	4.869,1	5.009,2	4.863,5	4.870,6	4.817,2	4.861,1	4.863,3	4.858,1	4.948,7	5.123,0	5.008,5	5.170,5
- medische goederen en andere	451,2	467,7	478,1	517,7	525,4	548,6	568,2	589,1	598,4	643,1	562,2	673,9
5. Promotie en preventie ivm gezondheidszorg	283,3	244,0	296,2	314,5	351,4	348,3	308,4	310,2	346,7	370,0	527,4	1.072,0
II. Beheer en administratie	1.541,1	1.657,1	1.568,8	1.634,2	1.679,8	1.745,7	1.741,3	1.754,3	1.849,8	1.940,5	2.142,2	2.352,2
III. Huishoudens en andere sectoren (als zorgverstrekker)	17,7	18,9	40,2	76,0	74,2	72,2	17,2	15,4	15,5	15,6	31,5	16,6
TOTALE UITGAVEN	37.048,6	38.963,0	40.556,3	41.553,4	42.755,0	44.993,1	46.421,5	48.059,0	49.968,3	51.672,0	51.489,2	55.492,9

Bron: FOD Sociale Zekerheid

In dit hoofdstuk worden de uitgaven uitgesplitst volgens zorgverstrekker of zorgsector. Deze indeling berust in belangrijke mate op het onderscheid tussen ambulante zorg en diensten die door ziekenhuizen worden verstrekt³⁴. De opsplitsing volgens de derde dimensie, de functionele classificatie, zal veel korter behandeld worden. De indeling volgens 'functie' (curatieve zorg, rehabilitatie, langdurige zorg, ...) wordt enkel gebruikt om de specifieke diensten van de ziekenhuizen verder op te splitsen en om een onderscheid te maken tussen farmaceutische verstrekkingen en andere medische goederen.

In 2021 wordt 95,8 % van de totale gezondheidszorguitgaven besteed aan directe medische zorgverlening. De overige 4,2 % van de uitgaven wordt besteed aan beheer en administratie³⁵.

De ambulante zorg en de verstrekkingen in ziekenhuizen vormen de twee belangrijkste zorgsectoren. In 2021 blijft de ziekenhuiszorg de belangrijkste uitgavenpost met 39,1 % van de totale gezondheidsuitgaven (tegenover 41,1 % in 2020). De tweede plaats is weggelegd voor de ambulante zorg, die in 2021 instaat voor een uitgavenaandeel van 32,7 % (tegenover 31,2 % in 2020). De verpleging en de farmaceutische hulp volgen op afstand met respectievelijk 11,4 % en 10,5 %. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de uitgaven voor geneesmiddelen in het kader van een ziekenhuisopname volledig toegerekend worden aan de zorgsector "ziekenhuizen" (via de subrubriek "andere") en dus niet aan de zorgsector "farmaceutische hulp en medische goederen".

De totale Belgische gezondheidsuitgaven liggen in 2021 zowat de helft (+49,8 %) hoger dan in 2010. De uitgaven van de ziekenhuiszorg (+64,2 %) stijgen relatief sneller. Bij de subrubrieken van de ziekenhuiszorg stellen we een uiteenlopende uitgavengroei vast. Opvallend hierbij is de verdrievoudiging van de subrubriek "andere" tussen 2010 en 2021 (+199,5%). Grotendeels betreft dit de uitgaven aan voorgeschreven geneesmiddelen bij ziekenhuisopnames, welke toenemen van 260 miljoen euro in 2010 tot 778 miljoen euro in 2021. Het aantal behandelingen in een ziekenhuis met nieuwe geneesmiddelen, die een hoge behandelingskost per patiënt hebben, neemt de laatste jaren toe.

³⁴ De situatie waarbij een specialist een 'intra-murale' consultatie houdt en waarbij de patiënt niet in het ziekenhuis verblijft, wordt tot de ambulante zorg gerekend. De daghospitaisatie wordt daarentegen wel aan de ziekenhuissector toegewezen.

³⁵ De gebruikte waardering van de uitgaven voor gezondheidszorg omvat weliswaar reeds voorzieningen voor investeringen en afschrijvingen, maar er wordt geen rekening gehouden met een ander deel van de kapitaalkost van de gezondheidszorg: de investeringsprogramma's die bijvoorbeeld rechtstreeks door de overheden gefinancierd worden, zoals de bouw van ziekenhuizen.

Cumulatieve stijgingspercentages van de uitgaven per zorgsector

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I. Zorgsectoren :	100,0%	105,1%	109,7%	112,3%	115,5%	121,7%	125,8%	130,4%	135,5%	140,1%	139,0%	149,7%
1. Ziekenhuizen	100,0%	107,2%	112,3%	115,4%	117,5%	126,1%	128,2%	133,5%	136,4%	152,4%	159,9%	164,2%
- in-patient (residentieel)	100,0%	107,1%	111,8%	114,5%	116,3%	124,2%	125,4%	128,6%	128,4%	144,6%	154,7%	155,2%
- daghospitalisatie	100,0%	107,9%	114,0%	117,9%	119,3%	126,2%	129,7%	146,4%	161,1%	172,8%	169,1%	186,4%
- out-patient (ambulante)	100,0%	106,2%	112,3%	96,8%	95,2%	102,3%	109,2%	145,2%	179,4%	147,5%	132,3%	634,8%
- klinische biologie en medische beeldvorming	100,0%	92,7%	96,1%	97,0%	97,4%	102,1%	96,9%	98,5%	101,7%	98,1%	97,7%	100,9%
- andere	100,0%	111,9%	121,9%	130,4%	151,1%	197,6%	221,4%	202,8%	208,4%	261,7%	280,1%	299,5%
2. Verpleging en residentiële zorg	100,0%	103,9%	111,6%	115,2%	122,0%	143,3%	153,5%	162,4%	173,4%	153,6%	137,9%	145,5%
3. Ambulante zorg	100,0%	104,5%	110,5%	112,6%	117,4%	117,8%	124,2%	128,4%	135,0%	136,0%	130,5%	147,5%
- artsen	100,0%	104,5%	108,5%	108,3%	115,0%	111,0%	112,4%	116,5%	123,8%	121,5%	110,7%	128,7%
- tandartsen	100,0%	105,3%	108,6%	113,4%	117,1%	130,6%	135,5%	139,6%	150,3%	161,0%	145,7%	166,3%
- paramedische diensten	100,0%	105,9%	111,4%	117,6%	122,7%	143,8%	149,6%	151,5%	158,1%	144,4%	132,0%	152,3%
- medisch-diagnostische diensten	100,0%	106,9%	134,0%	122,4%	125,3%	104,2%	108,0%	115,6%	123,7%	132,8%	143,1%	151,4%
- thuiszorg	100,0%	104,7%	112,3%	118,4%	121,7%	119,6%	137,4%	143,6%	151,0%	157,2%	158,4%	164,0%
- andere	100,0%	99,8%	107,6%	108,6%	108,8%	112,1%	114,6%	112,8%	105,9%	107,6%	128,1%	173,5%
4. Farmaceutische hulp en medische goederen	100,0%	102,9%	100,4%	101,3%	100,4%	101,7%	102,1%	102,4%	104,3%	108,4%	104,7%	109,8%
- farmaceutische verstrekkingen	100,0%	102,9%	99,9%	100,0%	98,9%	99,8%	99,9%	99,8%	101,6%	105,2%	102,9%	106,2%
- medische goederen en andere	100,0%	103,6%	105,9%	114,7%	116,4%	121,6%	125,9%	130,5%	132,6%	142,5%	124,6%	149,3%
5. Promotie en preventie ivm gezondheidszorg	100,0%	86,1%	104,5%	111,0%	124,0%	123,0%	108,8%	109,5%	122,4%	130,6%	186,1%	378,4%
II. Beheer en administratie	100,0%	107,5%	101,8%	106,0%	109,0%	113,3%	113,0%	113,8%	120,0%	125,9%	139,0%	152,6%
III. Huishoudens en andere sectoren (als zorgverstreker)	100,0%	107,0%	227,0%	429,0%	419,1%	407,9%	96,8%	87,0%	87,5%	87,9%	178,0%	93,7%
TOTALE UITGAVEN	100,0%	105,2%	109,5%	112,2%	115,4%	121,4%	125,3%	129,7%	134,9%	139,5%	139,0%	149,8%

Bron: FOD Sociale Zekerheid

De uitgaven binnen de zorgsector “promotie en preventie” stijgen relatief snel in de periode 2010–2021 (+278,4 %). Vooral in de jaren 2020 en 2021 nemen deze uitgaven sterk toe in het kader van de preventie maatregelen en vaccinatiedcampagnes tegen Covid-19.

Tussen 2010 en 2021 kenden de uitgaven aan ambulante zorg (+47,5 %) en aan verpleging en residentiële zorg (+45,5 %) een groei die in lijn ligt met de totale uitgavengroei (+49,8 %). De uitgaven in de zorgsector “farmaceutische hulp en medische goederen” stegen daarentegen in veel beperkte mate (+9,8 %). Het relatieve aandeel van deze uitgaven in de totale gezondheidsuitgaven daalt daardoor van 14,4 % in 2010 naar 10,5 % in 2021.

De gezondheidssector is in ons land behoorlijk complex georganiseerd, met een verdeling van bevoegdheden over een groot aantal overheden en spelers. Via de gezondheidsrekeningen wordt een globaal beeld gebracht van deze complexe sector. Niet alleen de aandelen in de geldstromen, maar ook de functies en verstrekkers worden in beeld gebracht, en de mogelijkheid bestaat om de verschillende dimensies te kruisen.

De overheden: verschillende bevoegdheden, verschillende accenten

De bestedingen via de sociale zekerheid bevatten niet alleen de uitgaven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging maar bijvoorbeeld ook de financiering van de verpleegdagprijs voor het verblijf in een ziekenhuis. De ziekenhuizen (49,3 %), artsen (15,3 %) en de farmaceutische hulp en medische goederen (10,5 %) zijn in 2021 samen goed voor 75,2 % van de gezondheidsuitgaven van de sociale zekerheid.

De financiering via overheden op federaal, regionaal en lager niveau gaat voornamelijk naar de verpleging en residentiële zorg (41,4 % van de gezondheidsuitgaven van overheden in 2021), de ziekenhuizen (22,2 %) en de thuiszorg (18,4 %). In 2021 besteden de overheden ook 8,4 % van hun gezondheidsuitgaven aan de financiering van de zorgsector “preventie en gezondheidspromotie”. Dankzij deze overheidsfinanciering (aangevuld met financiering door de sociale zekerheid) gaat 1,9 % van de Belgische gezondheidsuitgaven in 2021 naar deze aanbieders van preventie en gezondheidspromotie. Dit is lager dan in Nederland (6,5 %) en Duitsland (3,2 %) en ongeveer evenveel als in Frankrijk (2,0 %). In het pre-Covidjaar 2019 bedroeg dit percentage in België 0,7 %, wat lager was dan in onze buurlanden Nederland (2,2 %), Frankrijk (1,1 %) en Duitsland (0,8 %).

Verdeling van de gezondheidsuitgaven per zorgsector, in % van de totale uitgaven van een financieringsbron in 2021

	overheid	sociale zekerheid	patiënt	private verzekeraars* en ziekenfondsen/MOB's	totaal
I. Zorgsectoren :	94,3%	96,5%	100,0%	76,3%	95,7%
1. Ziekenhuizen	22,2%	49,3%	24,9%	57,6%	39,1%
2. Verpleging en residentiële zorg	41,4%	0,0%	11,3%	0,0%	11,4%
3. Ambulante zorg	22,1%	36,6%	37,4%	18,6%	32,7%
- artsen	2,9%	15,3%	21,7%	0,2%	13,0%
- tandartsen	0,0%	3,5%	11,5%	0,0%	4,0%
- paramedische diensten	0,1%	5,0%	0,0%	0,1%	2,8%
- medisch-diagnostische diensten	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	1,1%
- thuiszorg	18,4%	7,2%	1,4%	16,1%	9,1%
- andere	0,6%	3,7%	2,8%	2,2%	2,8%
4. Farmaceutische hulp en medische goederen	0,2%	10,5%	26,3%	0,1%	10,5%
5. Promotie en preventie ivm gezondheidszorg	8,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
II. Beheer en administratie	5,6%	3,5%	0,0%	23,7%	4,2%
III. Huishoudens en andere sectoren (als zorgverstrekker)	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTALE UITGAVEN	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: FOD Sociale Zekerheid

* de farmaceutische hulp en medische goederen die door de private verzekeraars worden vergoed, zijn meegerekend in de ambulante zorg

De uitgaven van de patiënt

De ambulante zorgkosten vertegenwoordigen met 37,4 % de grootste uitgavenpost van de patiënt in 2021. Een bijkomende 26,3 % wordt door de patiënt besteed aan farmaceutische en andere medische goederen.

De manier waarop de gezondheidszorguitgaven zijn verdeeld, weerspiegelt in zekere zin de prioriteiten die binnen een zorgsector zijn bepaald. De procentuele uitgaven van de gezinnen voor een opname of verzorging in een ziekenhuis (24,9 % in 2021) zijn beduidend lager dan hun procentuele uitgaven aan ambulante zorg (37,4 %). Dit is niet verwonderlijk aangezien de wettelijke ziekteverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering al een omvangrijke dekking voor de ziekenhuisuitgaven bieden.

De private aanvullende ziektekostenverzekering, de bijkomende diensten van de ziekenfondsen en de aanvullende ziektekostenverzekeringen van de verzekeringsMOB's

De vergoedingen van de kosten tijdens de ziekenhuisopname vormen uiteraard het grootste deel van de uitgaven van de aanvullende verzekeraars (57,6 % in 2021), aangezien het gros van de ziektekostenverzekeringen die bij de private ziekteverzekeraars en de verzekeringsMOB's worden afgesloten, hospitalisatieverzekeringen zijn.

De vergoedingen die de private verzekeraars, de ziekenfondsen en de verzekeringsMOB's uitkeren voor ambulante verzorgingskosten, bedragen in 2021 18,6 % van hun totale vergoedingen. Het betreft vooral de bestedingen voor thuiszorg (voornamelijk gefinancierd door de ziekenfondsen), die 16,1 % vormen van de totale tegemoetkomingen door de private verzekeraars, ziekenfondsen en verzekeringsMOB's in 2021.

De grootste financieringsbronnen per zorgsector

De ziekenhuisuitgaven worden in 2021 voornamelijk gefinancierd door de sociale zekerheid, die instaat voor 69,1 % van de financiering. Voor de uitgaven aan verpleging en residentiële zorg daarentegen, zijn het de overheden die de grootste financieringsbron vormen (82,3 % van de totale financiering in 2021). De ambulante zorg³⁶ wordt in de eerste plaats gefinancierd door de sociale zekerheid (61,5 %), die tevens ook de grootste financier is van de farmaceutische hulp en medische goederen (54,9 %). Gezondheids promotie en preventie wordt bijna uitsluitend door de overheden gefinancierd (99,3 %).

Verdeling van de gezondheidsuitgaven per financieringsbron, in % van de totale uitgaven van een zorgsector in 2021

	overheid	sociale zekerheid	patiënt	private verzekeraars* en ziekenfondsen/MOB's	totaal
I. Zorgsectoren :	22,4%	55,3%	18,7%	3,6%	100,0%
1. Ziekenhuizen	12,9%	69,1%	11,4%	6,6%	100,0%
2. Verpleging en residentiële zorg	82,3%	0,1%	17,7%	0,0%	100,0%
3. Ambulante zorg	15,4%	61,5%	20,5%	2,6%	99,9%
- artsen	5,2%	64,9%	29,9%	0,1%	100,0%
- tandartsen	0,3%	48,1%	51,5%	0,1%	100,0%
- paramedische diensten	0,9%	99,0%	0,0%	0,1%	100,0%
- medisch-diagnostische diensten	0,0%	99,3%	0,6%	0,1%	100,0%
- thuiszorg	46,0%	43,3%	2,8%	8,0%	100,0%
- andere ³⁶	5,1%	72,5%	17,9%	3,6%	99,2% ³⁶
4. Farmaceutische hulp en medische goederen	0,4%	54,9%	44,6%	0,1%	100,0%
5. Promotie en preventie ivm gezondheidszorg	99,3%	0,7%	0,0%	0,0%	100,0%
II. Beheer en administratie	30,2%	44,7%	0,0%	25,2%	100,0%
III. Huishoudens en andere sectoren (als zorgverstrekker)	92,9%	7,1%	0,0%	0,0%	100,0%
TOTALE UITGAVEN	22,8%	54,9%	17,9%	4,5%	100,0%

Bron: FOD Sociale Zekerheid

* de farmaceutische hulp en medische goederen die door de private verzekeraars worden vergoed, zijn meegerekend in de ambulante zorg

De patiënten en de aanvullende verzekeraars zijn dus voor geen enkele zorgsector de grootste financieringsbron. Ze staan in voor respectievelijk 17,9 % en 4,5 % van de totale uitgaven. Hiermee vergeleken, financiert de patiënt in 2021 wel een aanzienlijk deel van de uitgaven aan farmaceutische hulp en medische goederen (44,6 %) en tandzorg (51,5 %). De focus van de aanvullende verzekeringen is de financiering van de ziekenhuisuitgaven (6,6 % van de totale financiering in 2021) en de thuiszorg (8,0 %, hoofdzakelijk via de ziekenfondsen).

³⁶ De financieringsbron "instellingen zonder winstoogmerk" is niet opgenomen als kolom in deze tabel. Concreet gaat het over de gezondheidsuitgaven van het Rode Kruis België. Deze uitgaven bedragen in 2021 0,8 % van de zorgsector "andere ambulante zorg", hetzij 12,8 miljoen euro.

5. Samenvatting

Dankzij de eenvormige methodologie van de 'System of Health accounts' (SHA), die gezamenlijk door Eurostat, de OESO en de Wereldgezondheidsorganisatie werd uitgewerkt, kan men met een redelijke precisie de consumptie van de gezondheidszorg meten en kan men vergelijkingen maken tussen de verschillende Europese landen.

De Belgische uitgaven aan gezondheidszorg bedragen 55,5 miljard euro in 2021, tegenover 37,0 miljard euro in 2010 (+49,8 %). De gemiddelde jaarlijkse groei van de gezondheidsuitgaven in de periode 2010-2021 bedraagt 3,7 %. Deels door het effect van uitgestelde zorg tijdens het verloop van de Covid19-pandemie, dalen de gezondheidsuitgaven licht in 2020 (-0,4 %), waarna ze weer opveren in 2021 (+7,8 %).

België besteedt een relatief groot deel van zijn bbp aan gezondheidszorg. In 2021 bedroeg dit 11,0 %, wat hoger is dan het Europees gemiddelde (10,4 %), maar lager dan in de buurlanden Duitsland (12,9 %), Frankrijk (12,3 %) en Nederland (11,3 %). Tussen 2010 en 2021 is de gezondheidszorgbesteding als percentage van het Belgische bbp toegenomen met 0,8 procentpunten, doordat deze uitgaven sneller groeiden dan het bbp in dezelfde periode.

In 2021 worden 77,6 % van de totale Belgische gezondheidszorguitgaven door de publieke sector gefinancierd, een proportie die lager ligt dan het Europese gemiddelde (80,7 %). Het grootste deel van deze publieke uitgaven komt van de sociale zekerheidsinstellingen (54,9 %), het overige gedeelte van de verschillende overheden (22,8 %). De niet-publieke uitgaven bestaan in België uit de eigen bijdragen van de patiënt (17,9 % van de uitgaven in 2021) en uit de tegemoetkomingen door de aanvullende ziektekostenverzekeringen, de instellingen zonder winstoogmerk en de bijkomende ziekenfondsdiensten (opgeteld 4,5 % van de uitgaven in 2021). Het aandeel van de publieke uitgaven in de totale Belgische uitgaven schommelt sinds 2010 tussen 75 % en 78 %.

In 2021 vertegenwoordigen de bijkomende diensten van de ziekenfondsen en de aanvullende ziektekostenverzekeringen van zowel de verzekeringsMOB's als de private verzekeraars 4,5 % van de gezondheidsuitgaven. De gezondheidsuitgaven die via deze bronnen gefinancierd worden stegen tussen 2010 en 2021 met 69,7 %, wat sneller is dan de groei van de totale Belgische gezondheidsuitgaven (+49,8 %). Deze snellere groei is onder meer toe te schrijven aan de gestegen kosten voor ziekenhuisopnames en thuiszorg en het toenemend aantal personen die een aanvullende ziektekostenverzekering afsluiten.

