

# & GEZONDHEID SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

**04** Zorg aan het levenseinde

**32** Langdurig gebruik van antidepressiva

**60** Budget gezondheidszorg 2026:  
het overlegmodel onder budgettaire druk

17

**Beter ouder worden  
mogelijk maken**

april 2026

# Om goed oud te worden, moet je goed geleefd hebben: de uitdaging van *Active Ageing*

## Editio



In *Mortality, Immortality and Other Life Strategies* (1992), legt Zygmunt Bauman uit hoe onze relatie tot de dood verschoven is, van iets dat ons allemaal aangaat naar een individuele variabele die we zouden kunnen afhouden door de intensiteit van onze inspanningen. We bedwingen onze existentiële angst voor de dood met een individuele zoektocht naar optimalisatie. Niemand wil oud worden omdat niemand wil sterven, en we hebben de overmoed te denken dat we met genoeg inzet beide volledig kunnen vermijden. Een eeuw geleden nog stierf men vóór men oud was. Terwijl de levensverwachting zelden hoger was dan 50 jaar, is die in enkele decennia geëvolueerd naar meer dan 82 jaar. We zijn snel gewend geraakt aan lang leven, maar die vooruitgang concentreerde zich vooral op de totale levensduur. De aandacht voor levensduur in goede gezondheid en, nog belangrijker, het maximaal genieten van wat het leven kwaliteit en betekenis geeft, is in deze toename niet meegenomen.

In dat opzicht toont de studie *Zorg aan het levenseinde* hoe de laatste levensfase sterk ziekenhuisgericht blijft, terwijl een vroegere inzet van palliatieve zorg vaker de mogelijkheid biedt om thuis te sterven. Het is een indicatie dat een beter doordachte begeleiding meer kan inspelen op de voorkeuren van mensen. Het levenseinde is immers vaak de belichaming van hoe ons leven is geweest: we leven van wat we gespaard hebben, in de stad of het dorp waar we ons vestigden, en ons lichaam draagt de sporen van

het werk dat we deden, van wat we konden eten, omringd door mensen die al dan niet zelf in staat zijn om voor ons te zorgen; onze mentale gezondheid is de som van wat we hebben meegemaakt.

Die evidentie is door Alan Walker helder verwoord: we hebben geen activeringsretoriek nodig toegespitst op werk, maar een multidimensionale strategie die werk, pensioenen, gezondheid en zorg, burgerschap en strijd tegen leeftijdsdiscriminatie (*agisme*) met elkaar verbindt, en die de politieke waarde erkent van een preventief en inclusief kader dat sterk georiënteerd is op de waardigheid van mensen en op het verminderen van de ongelijkheden die zich in de loop van het leven hebben opgestapeld (Walker, 2002).

In deze visie is het leven geen individuele race, maar een gedeelde weg. En die weg is niet voor iedereen gelijk. Vrouwen die een onzichtbare last dragen, geraciseerde personen, geconfronteerd met structurele obstakels, kwetsbare mensen, gehinderd door vermoeidheid, stress en de urgentie van het dagelijks leven: allemaal worden ze oud, maar niet op dezelfde manier, niet met dezelfde middelen, niet met dezelfde vooruitzichten. Walker benadrukt het: ongelijkheden ontstaan niet op pensioengerechtigde leeftijd, ze stapelen zich op, voegen zich samen, nestelen zich in de levensloop.

In tegenstelling tot die visie, leven we in een tijdperk dat geobsedeerd is door de belofte van een lang leven, uitgedrukt in grafieken en balansen, maar daarbij vergetend dat ouder worden geen tekort is dat moet worden aangepakt, maar een leven dat moet worden ontplooid. Dit is overigens geen abstract debat. Zoals het artikel *Gezondheidsbegroting 2026: het overlegmodel onder budgettaire druk* in herinnering brengt, staan de budgetten voor gezondheidszorg overal onder druk.

In België is de groeicost voor de gezondheidszorg beperkt en wordt vanaf juli 2026 een verhoging van het remgeld voorzien. Dit houdt een reëel risico in op een 'gezondheidszorg met twee snelheden' als men vasthoudt aan een louter boekhoudkundige lezing van de begroting die niet de ambitie heeft om gezondheidsdoelstellingen te kiezen, te beginnen met het verminderen van gezondheidsongelijkheden. Walker's concept van *Active Ageing* is slechts een gedeeltelijk antwoord op dat probleem. Het gaat niet om een verplichting om langer productief te zijn: het is een beleid van echte gelijkheid dat gezondheid, participatie, sociale bescherming, zorg en leefomgevingen verbindt, zodat 'goed ouder worden' het logische vervolg is van 'goed leven', mogelijk gemaakt vanaf de eerste levensjaren en gegarandeerd voor iedereen, zonder prestatiedwang of verplichte conformiteit aan de heersende normen. En om deze gezondheidsvisie mogelijk te maken, moet het budget worden herverdeeld.

Oud worden vraagt om zorg: zorg die gegeven, ontvangen en gedeeld wordt. Het vergt overheidsbeleid dat zich niet tevreden stelt met het leven langer te laten duren, maar het ook leefbaar, aangenaam, verbonden en waardig maakt; dat zich niet beperkt tot de preventie van ziekten, maar ook relaties versterkt; dat niet enkel afhankelijkheden beheert, maar ook behoeften erkent. Dat is de hele betekenis van de pistes die worden geopend door de studie *Zorg aan het levenseinde*: het taboe rond de dood doorbreken, zorg aan het levenseinde vroeger en beter plannen, rekening houden met wensen van patiënten, palliatieve zorg integreren

in de eerstelijnszorg en in het ziekenhuis, financiële drempels wegnemen en naasten ondersteunen — allemaal hefboomen om de laatste levensfase te humaniseren en zo de belofte van 'goed ouder worden' waar te maken.

Dus ja, het levenseinde verschilt niet van het leven dat voorafging. En het wordt geconfronteerd met een samenleving die het hele gewicht van de veroudering bij individuen legt; een samenleving die de meest kwetsbaren, de meest gediscrimineerden, de meest geïsoleerden belast; een samenleving die lang leven als een probleem ziet. Ze zou het echter moeten zien als een engagement voor gelijkheid, waardigheid en menselijkheid. Dit gegeven omvat ook mentale gezondheid op alle leeftijden. De studie *Langdurig gebruik van antidepressiva in België* herinnert eraan dat, ondanks de daling van het aantal nieuwe behandelingen, langdurig gebruik blijft bestaan, met een centrale rol voor huisartsen. Dit toont het belang aan van gestructureerde begeleiding bij de afbouw van een behandeling en van laagdrempelige eerstelijnspsychologische zorg die echt toegankelijk is, zodat sociale moeilijkheden niet gemedicaliseerd worden.

Om goed oud te worden, moet je goed geleefd hebben. En om goed geleefd te hebben, moet je erkend, ondersteund en begeleid zijn. Dat is wat *Active Ageing* inhoudt. En dit is op zich een maatschappelijk project.

Élise Derrotte  
Ondervoorzitter CM-MC

## Bibliografie

- Bauman, Z. (1992). *Mortality, Immortality and Other Life Strategies*. Cambridge : Polity Press.  
Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(12), 121-139.

# Zorg aan het levenseinde

## Retrospectieve studie naar het profiel van overleden CM-leden, de plaats van overlijden en het zorgtraject

Katte Ackaert, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest – Studiedienst CM-MC

### Samenvatting

In een vergrijzende samenleving, met steeds meer overlijdens na een lange periode van ziekte en afhankelijkheid, gaat terecht veel aandacht naar de kwaliteit van de laatste levensfase. In 2008 bestudeerde CM het levenseinde van haar leden van 40 jaar en ouder, overleden in 2005-2006. Onder meer door het vastgestelde groot aandeel ziekenhuisoverlijdens – bijna de helft – en de belangrijke rol van het ziekenhuis in het zorgtraject, was een belangrijke conclusie dat de dood in onze samenleving nog sterk gemedicaliseerd is.

Deze tweede retrospectieve studie beoogt een gedeeltelijke actualisering en verfijning van de cijfers, met focus op de plaats van overlijden en op het zorgtraject en zorggebruik – in het bijzonder palliatieve zorg – in de periode voor het overlijden. We zien dat steeds meer leden overlijden in de vertrouwde omgeving – thuis of het woonzorgcentrum. Toch neemt het ziekenhuis in het zorgtraject aan het levenseinde nog steeds een belangrijke plaats in en is het voor vier op tien CM-leden de plaats van overlijden. We tonen verder aan dat zowel de kans op ziekenhuisoverlijden als de kans op gebruik van palliatieve zorg aan het levenseinde niet voor iedereen gelijk zijn en onder meer sterk geassocieerd blijven met oncologische aandoeningen. Op basis van de vaststellingen formuleren we enkele aanbevelingen die kunnen bijdragen aan het versterken van kwaliteitsvolle levenseindezorg.

Sleutelwoorden: Levenseinde, plaats van overlijden, palliatieve zorg, zorgtraject, kwantitatieve studie

## Inhoudstafel

<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>1. Literatuuroverzicht</b>	<b>6</b>
<b>2. Methode</b>	<b>8</b>
2.1. Selectie studiepopulatie	8
2.2. Variabelen en analyses	9
2.3. Beperkingen van de studie	10
<b>3. Resultaten</b>	<b>11</b>
3.1. Profiel van de studiepopulatie	11
3.2. Plaats van overlijden	11
3.3. Zorgtraject voor overlijden	12
3.3.1. Evolutie van zorgomgeving een jaar voor het overlijden	12
3.3.2. Zorgtraject in de 180 dagen voor het overlijden	13
3.4. Zorggebruik in de laatste drie levensmaanden	16
3.4.1. Ambulante zorg	18
3.4.2. Ziekenhuiszorg	18
3.4.3. Palliatieve zorg	18
3.5. Regressieanalyse naar de beïnvloedende factoren van plaats van overlijden en gebruik van palliatieve zorg	19
3.5.1. Plaats van overlijden	19
3.5.2. Gebruik palliatieve zorg	21
<b>4. Bespreking van de resultaten</b>	<b>23</b>
4.1. Meer overlijdens in de vertrouwde omgeving	23
4.2. Het ziekenhuis: nog steeds een grote rol aan het levenseinde	23
4.3. Palliatieve zorg: ondergebruik en laattijdige start	24
4.4. Belang van vroegtijdige zorgplanning	25
<b>5. Aanbevelingen</b>	<b>26</b>
5.1. Meer openheid voor levenseinde	26
5.2. Blijf inzetten op vroegtijdige zorgplanning	27
5.3. Versterk het palliatief zorgaanbod	27
5.4. Blijf de naasten ondersteunen	28
<b>Conclusie</b>	<b>28</b>
<b>Bibliografie</b>	<b>29</b>

## Inleiding

De vaststelling dat in een vergrijzende samenleving overlijdens steeds vaker plaatsvinden na een lange periode van ziekte en afhankelijkheid, zorgt voor toenemende aandacht voor de kwaliteit van de laatste levensfase. Onderzoek focust onder meer op indicatoren als gewenste en feitelijke plaats van overlijden, transfers tussen zorgomgevingen en zorggebruik in de periode voor het overlijden, en op de beïnvloedende factoren hierbij (Van den Block, Bossuyt, Van Casteren, & Deliens, 2007; Allers, Hoffmann, & Schnakenberg, 2019; Ginggeaw & LeBlanc, 2024; De Schreye, et al., 2023; Tay, et al., 2024). In 2008 bestudeerde ook CM een aantal van deze indicatoren voor overleden leden van 40 jaar en ouder (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009). Belangrijke vaststellingen waren dat de helft overleed in het ziekenhuis en dat drie op vier in de laatste zes maanden voor overlijden minstens éénmaal van zorgomgeving veranderden, meestal door een ziekenhuisopname. Het besluit was dat de dood in onze samenleving een nog sterk gemedicaliseerd gebeuren is, met verbetermarge in de richting van humanisering. Voor een adequaat beleid dat levenskwaliteit voor patiënten en naasten garandeert, ook in de laatste levensfase, is het belangrijk deze parameters te blijven opvolgen. Deze retrospectieve studie op basis van gegevens voor CM-leden overleden in 2023-2024, wil hieraan bijdragen.

## 1. Literatuuroverzicht

De hoge prevalentie van chronische aandoeningen en multimorbiditeit, kenmerkend voor een vergrijzende samenleving, resulteren in steeds meer overlijdens na een langdurig en vaak complex ziekteproces of door ouderdom. Dit leidt tot **toenemende aandacht voor de kwaliteit van het levenseinde**, met als indicatoren onder meer de geleverde zorg en de plaats van overlijden (O'Sullivan, et al., 2024; OECD, 2024).

Voor **plaats van overlijden** wijzen publicaties op de voorkeur van velen om thuis te kunnen sterven (Costa, et al., 2016; Ginggeaw & LeBlanc, 2024) of meer algemeen in de vertrouwde omgeving, waaronder ook het woonzorgcentrum (WZC) (Reyniers, Houttekier, Cohen, Pasma, & Deliens, 2014; OECD, 2024). De realiteit blijkt echter vaak anders. In hun onderzoek rond het levenseinde in België,

stelden Van den Block et al. (2007) vast dat in de periode 2005-2006, 49% van de niet-plotse overlijdens plaatsvond in het ziekenhuis, 27% in het WZC en 24% thuis. Een eerste CM-studie over het levenseinde van leden van 40 jaar en ouder vond vergelijkbare resultaten, met in 2005-2006 ongeveer 50% van de overlijdens in het ziekenhuis, 27% thuis en 23% in een WZC (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009). Volgens de meest recente Statbelgegevens over alle overlijdens van personen vanaf 45 jaar in België, stierf in 2022 44% in het ziekenhuis, 30% in een zorgvoorziening en 26% thuis of elders (Statbel, 2024). Ondanks de dalende trend, blijft het aandeel ziekenhuisoverlijdens dus vrij hoog. Internationaal gezien scoort ons land hier middelmatig, met een hoger aandeel ziekenhuisoverlijdens in onder meer Frankrijk (57%) en Luxemburg (62%), maar een lager aandeel in onder meer Nederland (27%) en Zweden (38%) (Jiang & May, 2021).

Onderzoek naar **factoren die de plaats van overlijden beïnvloeden** wijst op een samenspel van individuele, ziektegerelateerde en omgevingsfactoren (Pedersen, Raunkjaer, & Graven, 2024; O'Sullivan, et al., 2024; Mertens, et al., 2022; Gomes, Calanzani, Gysels, Hall, & Higginson, 2013).

- **Individuele factoren** met onder meer leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, socio-economische situatie en (kennis over de) persoonlijke wens van de patiënt-e. Zo sterven vrouwen, ouderen, alleenstaanden en mensen met een lagere socio-economische status (SES) minder vaak thuis en vaker in een WZC of ziekenhuis. Ook het ontbreken van informatie bij naasten of zorgverleners over de persoonlijke wens vergroot de kans op een ziekenhuisoverlijden. Verder blijkt de thuisomgeving niet altijd de persoonlijke voorkeur, bijvoorbeeld omdat men naasten niet tot last wil zijn of men zich veiliger voelt in een voorziening. De voorkeur kan bovendien evolueren, onder meer in functie van het ziekteverloop of door een recente ervaring met levenseindezorg en overlijden van een naaste.
- **Ziektegerelateerde factoren** waaronder diagnose, evolutie van de aandoening of functionele status. In geval van kanker of een beroerte is de kans op overlijden thuis of in het ziekenhuis groter, terwijl de diagnose dementie vaker geassocieerd lijkt met overlijden in een WZC. De kans op ziekenhuisoverlijden neemt ook toe bij een plotse achteruitgang van de gezondheidstoestand of bij acute symptomen zoals ernstige ademnood of bloedingen, en bij meerdere voorafgaande ziekenhuisopnames.

- **Omgevingsfactoren** met onder meer de woonomgeving of de nabijheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en in het bijzonder palliatieve zorg, en de aanwezigheid en de draagkracht van naasten. Zo verkleint de kans op ziekenhuisoverlijden bij wie al in een WZC verblijft, thuis ondersteund wordt door mantelzorg of een beroep doet op palliatieve zorg. Ook de gangbare cultuur in een familie of samenleving inzake de houding tegenover sterven en levensverlengende behandelingen speelt een rol.

Heel wat studies onderzoeken **de zorg aan het levenseinde** met ook aandacht voor mogelijk niet-gepaste zorg waaronder transfers tussen zorgomgevingen in de periode voor het overlijden en specifiek **ziekenhuisopnames**. Een studie in 45 landen vond voor 90% van de mensen minstens één ziekenhuisopname in het laatste levensjaar (Robinson, et al., 2014). In de eerste CM-studie rond levenseinde bleken een groot deel van de transfers tussen zorgomgevingen ziekenhuisopnames en bestond het meest voorkomende traject uit een ziekenhuisopname vanuit de thuissituatie en vervolgens een overlijden in het ziekenhuis (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009). Honinx et al. (2021a) zagen in hun studie bij WZC-bewoners in zes Europese landen dat 12% (Italië) tot 26% (België) in de maand voor het overlijden een ziekenhuisopname had van gemiddeld 7 tot 14 dagen en wezen op de mogelijk negatieve impact van een ziekenhuisopname, zeker bij kwetsbare ouderen. Tegelijk erkennen ze dat beslissingen over behandelingen, waaronder een ziekenhuisopname, vaak complex zijn. In dit verband stellen Reyniers et al. (2014) dat door individuele, ziekte- en omgevingsgerelateerde factoren een ziekenhuisopname niet noodzakelijk ongewenst of ongepast is en soms zelfs aangewezen. Het kan de wens zijn van de patiënt-e die zich dan veiliger voelt en minder angst ervaart. Een opname kan verder te maken hebben met de kostprijs van alternatieven, grenzen aan de zorgcapaciteit van een zorgomgeving (bijvoorbeeld de draagkracht van de mantelzorg, de mogelijkheid van een huisarts of WZC om bepaalde symptomen te verlichten of de beschikbaarheid van zorgverleners 's nachts of tijdens het weekend). Ook acute medische situaties zoals een hevige bloeding of oncontroleerbare pijn kunnen aanleidingen zijn voor een opname. Ze benadrukken wel dat overbodige zorg of behandelingen vermeden moeten worden en bij patiënten en hun naasten geen valse hoop mag gewekt worden. Niettemin concluderen onderzoekers op basis van analyses dat in realiteit soms wel degelijk sprake is van potentieel ongepaste zorg

en vermijdbare ziekenhuisopnames (De Schreye, et al., 2023; Honinx, et al., 2021b).

Binnen levenseindezorg vormt **palliatieve zorg** een bijzonder aandachtspunt omdat die volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) substantieel kan bijdragen aan meer levenskwaliteit voor patiënten met een levensbedreigende ziekte en voor hun naasten (WHO, 2020) en bijvoorbeeld de kans op een ziekenhuisoverlijden verkleint (Zhiyi, et al., 2025), ook voor personen met een lagere SES (Chen, et al., 2016). De WHO schatte in 2020 dat wereldwijd slechts 14% van de mensen met een nood aan palliatieve zorg, deze daadwerkelijk kreeg (WHO, 2020), voor de OESO-landen gaat het om minder dan 40% (OECD, 2024).

In België bepaalt de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg<sup>1</sup> sinds 2016 dat **elke patiënt-e, ongeacht de levensverwachting, recht heeft op palliatieve zorg als die zich bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte**. Deze zorg is er dan op gericht de kwaliteit van het leven van de patiënt-e en de naasten voor een zo lang mogelijke periode te waarborgen en te optimaliseren, door een aanbod van multidisciplinaire totaalzorg op fysiek, psychisch, sociaal, moreel, existentieel en desgevallend spiritueel vlak. De wet vermeldt verder dat een voldoende ruim aanbod van palliatieve zorg en de criteria voor de terugbetaling van die zorg door de sociale zekerheid moeten garanderen dat deze zorg voor alle patiënten even toegankelijk is, binnen het geheel van het zorgaanbod.

Toch lijken Belgische cijfers te wijzen op een ondergebruik van palliatieve zorg, een vaak laattijdige inzet ervan tijdens het ziekteproces en een ongelijke toegang. Zo ontving slechts 57% van alle kankerpatiënten, overleden in 2020, aan het levenseinde palliatieve zorg en overleed bijna één op vijf van hen binnen de week, wat erop wijst dat deze zorg pas in een zeer laat stadium is gestart (Sciensano, 2024). Een studie bij Belgische kankerpatiënten van 70 jaar en ouder concludeerde dat slechts 44% in de laatste drie levensmaanden palliatieve zorg kreeg en dat deze zorg bij minstens de helft pas een maand voor het overlijden startte (Depoorter, et al., 2023). Verder wijst onderzoek op een hogere kans op palliatieve zorg bij jongere mensen, niet-alleenstaanden en bij kanker (Maetens, Beernaert, Deliens, Gielen, & Cohen, 2019), terwijl mensen in armoede of met een lagere SES meer drempels ervaren om er een beroep op te doen en daarom vaker terugvallen op acute

<sup>1</sup> Wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg (B.S. 26 oktober 2002), gewijzigd door wet van 21 juni 2016 tot wijziging van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg, tot verruiming van de definitie van palliatieve zorg (B.S. 29 augustus 2016).

zorg (Rowley, Richards, Carduff, & Marryn, 2021). Een recent rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) bevestigt de onderbenutting van het palliatief zorgaanbod en het bestaan van onvervulde behoeften door uiteenlopende factoren (bijvoorbeeld onvoldoende aanbod, persoonlijke weerstand, hoge kostprijs, enz.) (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Onderzoekers dringen dan ook aan op bijkomende investeringen in deze zorg.

Uit de literatuur blijkt dus dat **zowel de plaats van overlijden als de zorg aan het levenseinde bepaald worden door een samenspel van zeer uiteenlopende factoren**. Tegelijk wordt benadrukt dat **beslissingen hierover moeten vertrekken van de behoeften en voorkeuren van een patiënt-e en diens naasten** aangezien dit positief kan bijdragen aan de levenskwaliteit in de laatste levensfase (O'Sullivan, et al., 2024; Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Omdat, ook voor België, blijkt dat deze voorkeuren vaak niet of onvoldoende gekend zijn, pleiten onderzoekers voor **tijdig overleg** hierover **met naasten en zorgverleners** (Mistiaen, et al., 2017; O'Sullivan, et al., 2024; Dupont, De Vleminck, Deliens, & Gilissen, 2023). Hoewel bij deze **vroeg-tijdige zorgplanning** (VZP) de behoeften en voorkeuren van patiënten steeds het vertrekpunt en na te streven doel zijn, roepen ze tegelijk op ook rekening te houden met de specifieke situatie van een patiënt-e en de mogelijkheden van de zorgomgeving om gepaste en kwaliteitsvolle zorg te bieden (bijvoorbeeld bij acute of ernstige symptomen of beperkte draagkracht van naasten) (Costa, et al., 2016; Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Bovendien wordt ook aandacht gevraagd voor de bestaande ongelijkheid in het nadeel van personen met een lage SES om te sterven op de gewenste plaats en inzake het gebruik van palliatieve zorg.

**In deze studie willen we voor CM-leden, overleden in 2023 of 2024 nagaan wat hun profiel is, waar ze overlijden en wat hun zorgtraject en zorggebruik zijn in de periode voor het overlijden.** Verder onderzoeken we **welke factoren een rol spelen bij de plaats van overlijden en het gebruik van palliatieve zorg**. De vergelijking van sommige resultaten met de eerdere CM-studie laat ten slotte toe enkele evoluties in kaart te brengen. De geactualiseerde inzichten kunnen bijdragen aan een verdere verbetering van de kwaliteit van het levenseinde en de levenseindezorg in België.

## 2. Methode

Het realiseren van de onderzoeksdoelen gebeurt met een retrospectieve studie op basis van gegevens uit de administratieve databanken van CM. Deze bevatten informatie over sociale en demografische kenmerken van CM-leden en over hun zorggebruik dat aanleiding geeft tot terugbetaling binnen de verplichte verzekering (VP) of de regionale systemen van sociale bescherming (bijvoorbeeld opname in voorzieningen zoals een ziekenhuis of WZC, contacten met zorgverleners en medicatiegebruik). Informatie over klinische diagnoses is hierin niet opgenomen.

### 2.1. Selectie studiepopulatie

De studie analyseert gegevens van CM-leden overleden in 2023 of 2024, waarbij het samenvoegen van gegevens van twee kalenderjaren zorgt voor meer robuuste resultaten.

De selectie beperkt zich tot CM-leden die bij overlijden minstens 40 jaar waren of in het jaar van overlijden 40 jaar zouden worden (= 106.624 personen). Deze methodologische keuze vergroot de kans op een meer homogene studiepopulatie op vlak van overlijdensomstandigheden. Hoewel in de CM-gegevens geen informatie zit over de doodsoorzaak, gaan we ervan uit dat zo voornamelijk overlijdens na (langdurige) ziekte of ouderdom geïncludeerd en enkele specifieke overlijdenssituaties uitgesloten worden (bijvoorbeeld op een dienst neonatologie, jonge verkeersslachtoffers of suïcide bij jongeren). Al bestaat er een kans dat in de analyse dergelijke overlijdenssituaties toch meegenomen zijn, gaat het vermoedelijk slechts om een klein deel van de studiepopulatie. In 2022 is voor België 6% van de overlijdens bij personen van 45 jaar of ouder toegeschreven aan een uitwendige oorzaak<sup>2</sup>, in de groep jonger dan 45 jaar is dit 38% (Statbel, 2024). Verder laat het leeftijds criterium toe enkele resultaten te vergelijken met deze van de eerdere CM-studie bij overleden leden vanaf 40 jaar.

Voor deze studie zijn nog enkele categorieën overleden CM-leden uitgesloten:

- Leden woonachtig in de Duitstalige gemeenschap (= negen gemeenten), omdat de CM-databestanden sinds 1 januari 2019, in het kader van de uitvoering van de zesde

2 Uitwendige (of externe) oorzaken verwijzen naar sterfgevallen als gevolg van onopzettelijke verwondingen (ongelukken), moord, zelfdoding, en andere externe factoren zoals medische fouten, complicaties van medische of chirurgische zorg, of oorzaken met onbepaalde intentie.

staatshervorming, voor deze leden geen informatie meer bevatten over zorgvoorzieningen zoals WZC, terwijl dit in de studie een belangrijke variabele is voor de analyse van zowel de plaats van overlijden als van het zorgtraject in de periode voor het overlijden;

- Grensarbeiders en leden verblijvend in het buitenland omdat er geen garantie is op volledige gegevens over zorggebruik;
- Personen die voor hun overlijden minder dan een jaar CM-lid waren omdat sommige analyses gebaseerd zijn op gegevens van een volledig jaar;
- Leden voor wie bepaalde gegevens ontbreken, bijvoorbeeld de NIS-code<sup>3</sup> of het statuut verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut).

De uiteindelijke studiepopulatie bestaat uit 94.629 CM-leden. Voor het vervolg van het artikel wordt de notie 'CM-leden' gebruikt om te verwijzen naar deze studiepopulatie.

## 2.2. Variabelen en analyses

We schetsen het **algemeen profiel** van de studiepopulatie volgens leeftijd, geslacht, regio, VT-statuut en het feit of iemand al dan niet als alleenstaand kan worden beschouwd<sup>4</sup>. Gezien het belang van kanker als doodsoorzaak<sup>5</sup>, is een opdeling gemaakt tussen **personen overleden met en zonder kanker**. Diegenen voor wie in het laatste levensjaar minstens één van de volgende prestaties is geïmplementeerd, worden beschouwd als overleden met kanker: opname in het oncologisch dagziekenhuis, verplaatsingskosten voor kankerpatiënten, thuishospitalisatie met oncologische behandeling, ambulante consultatie oncoloog, chemotherapie, radiotherapie of een multidisciplinair oncologisch consult. Op basis van facturatiegegevens rond volgende prestaties is ook een variabele gecreëerd die aangeeft of een persoon **al dan niet palliatieve zorg** kreeg in het laatste levensjaar: palliatief forfait, palliatief forfait in dagverzorgingscentra (DVC), palliatief forfait thuisverpleging, verstrekking kinesitherapie bij een palliatieve patiënt-e, prestatie door een multidisciplinair begeleidingsteam palliatieve zorg (MBE), verblijf in een palliatieve ziekenhuisdienst (Sp4) en vergoeding voor de huisarts in het kader van vroegtijdige zorgplanning<sup>6</sup>. Voor enkele ana-

lyses wordt enkel rekening gehouden met wie ambulante palliatieve zorg kreeg.

Voor elk CM-lid is op basis van de facturatiegegevens op de sterfdag de **plaats van overlijden** bepaald<sup>7</sup>, met een onderscheid tussen ziekenhuis (klassieke opname in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis, dus met overnachting), zorgvoorziening (WZC (inclusief kortverblijf), psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), initiatief voor beschermd wonen (IBW) en voor een deel voorzieningen voor personen met een handicap) en thuis of elders (bijvoorbeeld op het werk, de openbare weg, enz.), verder aangeduid als 'thuis'.

Analoog aan de vorige CM-studie is voor elk CM-lid voorts **voor elke dag van het laatste levensjaar gekeken naar de verblijfplaats** om te beschrijven hoe binnen de studiepopulatie de verhouding tussen de verschillende zorgomgevingen in het laatste levensjaar evolueert, alsook welk traject CM-leden tijdens de laatste zes maanden afleggen tussen zorgomgevingen.

Verder is voor elk CM-lid het **zorggebruik** in de laatste 90 dagen voor de sterfdag geanalyseerd<sup>8</sup>:

- Ambulante zorg: huisarts, specialist-e, kinesitherapie, thuisverpleging en ambulant afgeleverde geneesmiddelen;
- Ziekenhuiszorg: klassieke opname, dagopname, spoeddienst en intensieve zorg;
- Zorgvoorziening: WZC (inclusief kortverblijf), DVC, PVT, IBW en voorziening voor personen met een handicap;
- Palliatieve zorg: palliatief forfait thuisverpleging, kinesitherapie bij een palliatieve patiënt-e, prestatie door een MBE, palliatief forfait in DVC en opname in een palliatieve ziekenhuisdienst.

Na beschrijvende statistieken over het profiel, de plaats van overlijden, het zorgtraject en zorggebruik van de CM-leden, wordt met een multinomiale logistische regressieanalyse nagegaan of en in welke mate een reeks factoren zoals leeftijd, geslacht, VT-statuut, woonsituatie (alleenstaand of niet), een kankerdiagnose en palliatieve zorg geassocieerd zijn met de plaats van overlijden (= afhankelijke variabele met categorieën thuis, WZC en ziekenhuis).

3 De NIS-code laat toe de gemeente te identificeren waar iemand gedomicilieerd is.

4 Rekening houdend met de gezinstoestand in het jaar van overlijden.

5 In 2022 is bij 23,6% van de overleden 45-plussers in België als doodsoorzaak 'nieuwvormingen' vermeld. Bij de overleden 85-plussers is dit zelfs 27,4% (Statbel, 2025).

6 Voor meer toelichting over het bestaande aanbod aan palliatieve zorg, zie een recent KCE-rapport van Dauvrin et al. (2025).

7 De ziekenfondsen beschikken immers niet over de informatie over de plaats van overlijden zoals meegedeeld op de overlijdensakte.

8 Naar analogie met de studie van Depoorter et al. (2023).

In een eerste stap wordt gecontroleerd of de onafhankelijke variabelen te sterk samenhangen met elkaar, wat de resultaten zou kunnen vertekenen. De variabelen in het model zijn geselecteerd op basis van de *Variance Inflation Factor* (VIF) en een effectenanalyse<sup>9</sup>. Vervolgens is dieper ingezoomd op de invloed van elke overblijvende onafhankelijke variabele. De analyse geeft aan hoe sterk en in welke richting een bepaald kenmerk – zoals leeftijd of geslacht – de kans verhoogt of verlaagt op een bepaalde uitkomst, bijvoorbeeld overlijden in een ziekenhuis of thuis. Voor elke categorie van de afhankelijke variabele wordt geschat hoe een verandering in een onafhankelijke variabele de kans op toewijzing aan die categorie beïnvloedt ten opzichte van een referentiecategorie en bij gelijke waarde van de andere onafhankelijke variabelen. Dit wordt uitgedrukt in een *odds ratio* (OR), een cijfer dat laat zien hoeveel groter of kleiner de kans is op een bepaalde uitkomst ten opzichte van een referentie. Een OR groter dan 1 betekent een verhoogde kans, een OR kleiner dan 1 een verlaagde kans. *Odds ratio's* zijn geen kansen op zich, maar een verhouding van kansen. Ze vergelijken de kans van een gebeurtenis in twee verschillende groepen, het zijn relatieve kansen ten opzichte van een referentiegroep. Enkel de resultaten van de variabelen die statistisch significant zijn, worden besproken. Eenzelfde regressieanalyse gaat ook na welke onafhankelijke variabelen bepalend zijn voor het al dan niet krijgen van palliatieve zorg in het laatste levensjaar.

### 2.3. Beperkingen van de studie

Deze studie kent enkele beperkingen. Ze analyseert CM-gegevens waardoor de resultaten niet zomaar veralgemeenbaar zijn naar de Belgische bevolking. Zo is het aandeel 40-plussers bij CM in de bestudeerde periode iets hoger dan in de totale populatie verzekerden (56,4% tegenover 53,1%), met vooral in de hogere leeftijdscategorieën een groter CM-marktaandeel (RIZIV, 2025), en verschilt het CM-marktaandeel volgens regio, met vooral een lager aandeel in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, maar ook in het Waals Gewest. Verder is sinds de eerste CM-studie (gebaseerd op leden overleden in 2005-2006) het profiel van de ledenpopulatie geëvolueerd, met onder meer een groter aandeel ouderen en een verjonging van de subpopulatie met VT-statuuat.

Voorts zijn de gegevens waarover ziekenfondsen beschikken administratieve gegevens, verzameld in het kader van ledenbeheer en gezondheidszorgfacturatie, waardoor bepaalde kenmerken zoals kwetsbaarheid of aandoeningen gemeten moeten worden met proxyvariabelen. Dit kan leiden tot onvolledige detectie van leden met een bepaald kenmerk.

Verder zijn er enkel gegevens over gebruik van zorg die terugbetaald wordt via de VP en deels via regionale systemen van sociale bescherming (behalve de Duitstalige Gemeenschap) en niet van niet-vergoede zorg, zoals bepaalde geneesmiddelen of bepaalde opvangstructuren voor ouderen. Specifiek voor palliatieve zorg ontbreken gegevens over mobiele equipes die ingezet kunnen worden in ziekenhuizen en WZC en over generalistische palliatieve zorg door bijvoorbeeld huisartsen of zorgpersoneel in zorgvoorzieningen als WZC of de geriatrische afdeling van een ziekenhuis. Dit zorgt meer dan waarschijnlijk voor een onderschatting van het gebruik van palliatieve zorg.

Ook laten de administratieve gegevens geen oordeel toe over de gepastheid of kwaliteit van zorg aan het levensende, noch over de mate waarin de overlijdensplaats de gewenste of meest aangewezen plaats was. Hiertoe ontbreekt informatie over onder meer de gezondheidstoestand (diagnose, comorbiditeit, gezondheidsproblemen, functionele of cognitieve beperkingen), de doodsoorzaak en de omstandigheden van het overlijden en de wensen van patiënten of hun omgeving.

Ten slotte vergelijken we de resultaten volgens leeftijd, geslacht, enz. Eventuele verschillen wijzen enkel op associaties, zonder dat hiermee uitspraken kunnen gedaan worden over causaliteit.

9 De *Variance Inflation Factor* (VIF) is een maatstaf die de multicollineariteit van die variabelen aangeeft, die test of bepaalde variabelen elkaar overlappen. Daarna wordt via een effectenanalyse (*analysis of effects*) nagegaan welke van deze onafhankelijke variabelen, elk op zich, een duidelijke invloed hebben op de uitkomst. Alleen de onafhankelijke variabelen met een aantoonbare, significante invloed, worden meegenomen in de verdere analyse.

### 3. Resultaten

#### 3.1. Profiel van de studipopulatie

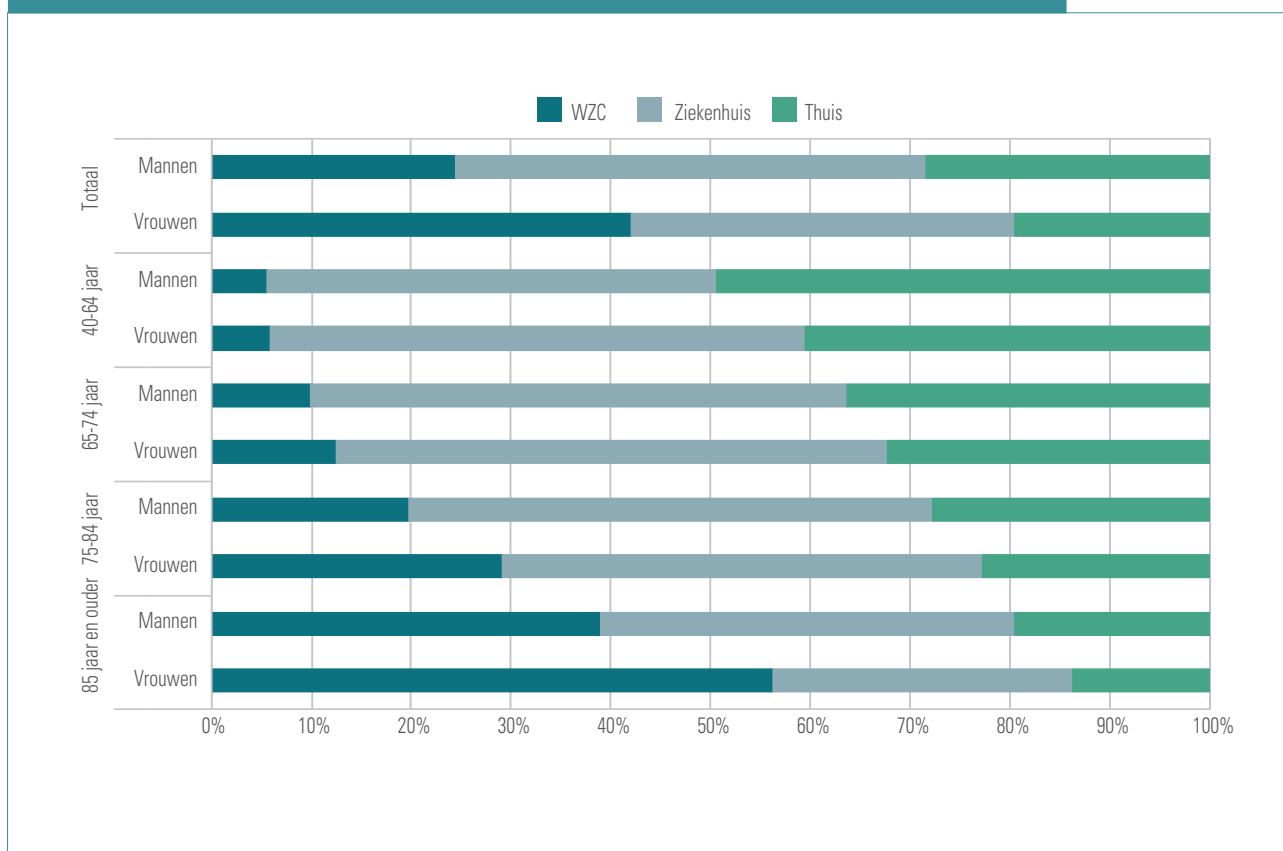
De studipopulatie telt 94.629 CM-leden overleden in 2023 of 2024. Iets meer dan de helft is vrouw (51,7%), met een stijgend aandeel volgens leeftijd: van 39,2% bij de 40-64-jarigen tot 60,8% bij de 85-plussers. De gemiddelde leeftijd op de sterfdag bedraagt 82,1 jaar, de mediane 85 jaar. 74,4% woont in Vlaanderen, 22,4% in Wallonië en slechts 3,0% in Brussel. 44,1% heeft het VT-statuut, met lagere percentages in de leeftijdsgroepen 65-74 jaar (36,0%) en 75-84 jaar (35,7%) en hogere in de groep 85-plussers (50,0%) en bij vrouwen (50,8% tegenover 36,9% bij mannen). Iets meer dan de helft is alleenstaand (53,7%), voor bijna een kwart is er een indicatie van een kankerdiagnose (23,9%) en voor ruim een kwart van gebruik van palliatieve zorg (26,7%).

#### 3.2. Plaats van overlijden

In de periode 2023-2024 sterft 42,6% van de **totale studipopulatie** in het ziekenhuis, 23,8% thuis of elders en 33,5% in een zorgvoorziening. Aangezien dit merendeels in een WZC is (32,9%), verwijzen we hier verder naar als WZC. Ziekenhuisoverlijdens gebeuren vooral op een dienst geriatrie (32,9%; 85-plussers: 56,9%) of een dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling (29,6%; naargelang de leeftijdscategorie en het geslacht 31,6% tot 41,8%). 18,5% overlijdt op een dienst intensieve zorgen en 13,4% op een palliatieve dienst, maar afnemend volgens leeftijd, van bijna een op vijf bij de 40-64-jarigen, tot iets minder dan een op tien bij de 85-plussers.

**Volgens geslacht** sterven vrouwen vaker in een WZC en mannen vaker thuis of in het ziekenhuis (zie Figuur 1). Voor beiden stijgt het aandeel WZC-overlijdens met de leeftijd, terwijl het aandeel thuisoverlijdens daalt. Voor alle 65-plussers geldt dat vrouwen vaker dan mannen sterven in een WZC, met een toenemend verschil bij hogere leeftijd.

**Figuur 1: Plaats van overlijden van CM-leden van 40 jaar en ouder overleden in 2023-2024 volgens leeftijd en geslacht (Bron: CM)**



**Volgens regio** zien we dat inwoners van Brussel (47,8%) en Wallonië (45,9%) vaker in het ziekenhuis overlijden dan deze van Vlaanderen (41,4%) waar het aandeel WZC-overlijdens (35,5%) hoger is dan in Brussel (29,0%) en Wallonië (27,7%).

Personen met **VT-statuut** sterven vaker in een WZC (40,0% tegenover 28,4%) en minder vaak in het ziekenhuis (39,2% tegenover 45,3%) of thuis (20,8% tegenover 26,3%). Hetzelfde geldt voor **alleenstaanden** (WZC: 46,7% tegenover 18,3%; ziekenhuis: 36,4% tegenover 49,8%; thuis: 16,9% tegenover 31,9%).

Wie **kanker** heeft overlijdt vaker in het ziekenhuis (56,4% tegenover 38,3%) of thuis (30,4% tegenover 21,8%), en minder vaak in een WZC (13,2% tegenover 39,9%). Een ziekenhuisoverlijden gebeurt ook vaker op een palliatieve dienst (28,8% tegenover 7,8%).

Bij een indicatie van **ambulante palliatieve zorg** in het laatste levensjaar (= 23,5% van de CM-leden), bedraagt het aandeel thuisoverlijdens 50,7% (tegenover 15,6%) en het aandeel ziekenhuisoverlijdens 29,6% (tegenover 46,6%). Een ziekenhuisoverlijden gebeurt voor 36,1% op een palliatieve dienst (tegenover 9,9%).

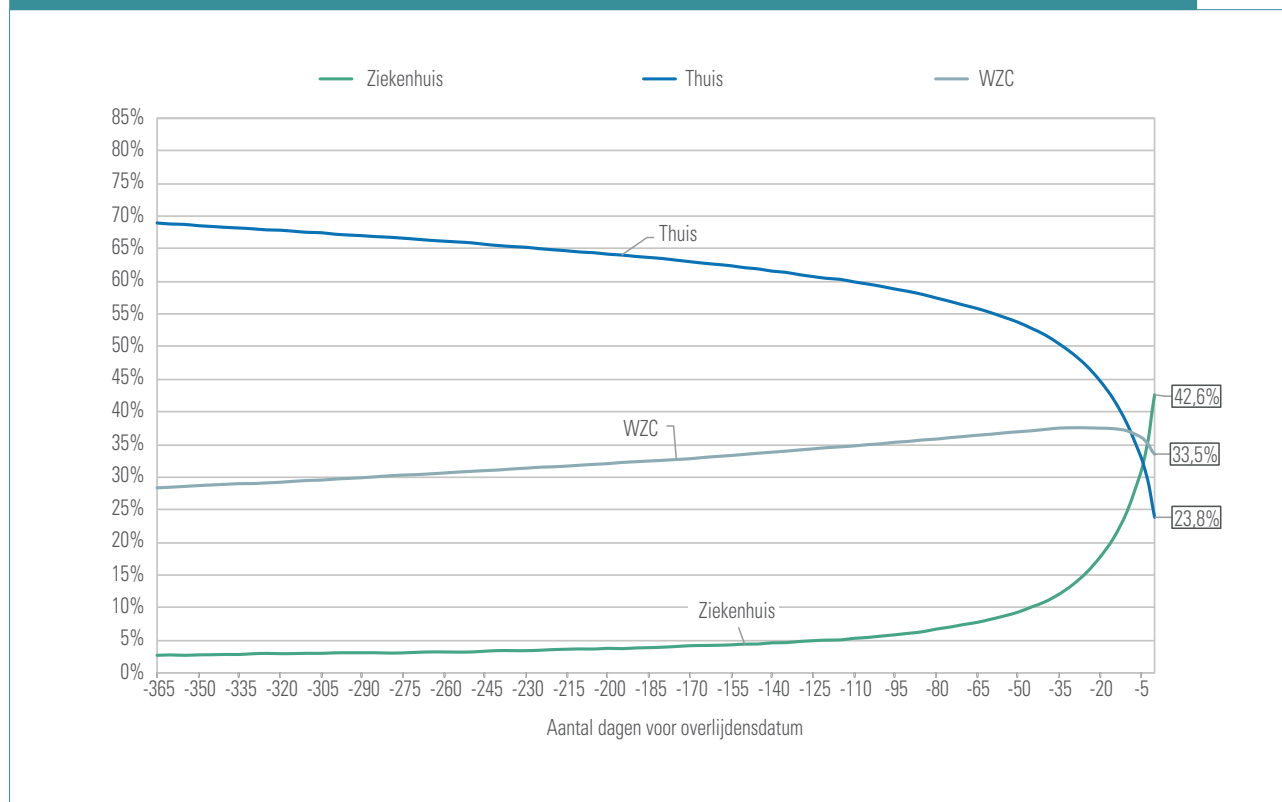
### 3.3. Zorgtraject voor overlijden

#### 3.3.1. Evolutie van zorgomgeving een jaar voor het overlijden

Voor elk CM-lid is voor het laatste levensjaar dag per dag de zorgomgeving bepaald. Figuur 2 toont het resultaat voor de **totale studiebevolking**. Het aandeel in een WZC neemt vrij gelijkmatig toe van 28,4% een jaar voor de sterfdatum tot 37,6% een maand ervoor, met vervolgens terug een daling tot 33,5%. Het aandeel dat in het ziekenhuis verblijft, begint laag (2,7%) en neemt maar weinig toe tot ongeveer drie maanden voor het overlijden, terwijl het aandeel dat thuis verblijft – aanvankelijk 69,0% – geleidelijk maar sterk daalt. De meeste veranderingen in zorgomgeving gebeuren in de maand voor het overlijden, met een exponentiële toename van het aandeel in het ziekenhuis en een sterke afname van het aandeel thuis.

De algemene trends in zorgomgeving tijdens het laatste levensjaar verschillen niet wezenlijk volgens **geslacht**. Wel verblijven mannen vaker thuis of in een ziekenhuis en vrouwen vaker in een WZC. Bij beiden daalt het aandeel thuis volgens **leeftijd**, terwijl het aandeel in een ziekenhuis toeneemt. Het aandeel in een WZC – tot 74 jaar relatief

**Figuur 2: Evolutie van de zorgomgeving tijdens het laatste levensjaar van CM-leden van 40 jaar en ouder overleden in de periode 2023-2024 (n=94.629) (Bron: CM)**



laag en stabiel – stijgt vanaf 75 jaar, behalve in de laatste levensdagen. Vrouwen verblijven in hun laatste levensjaar in alle leeftijdscategorieën vaker in een WZC dan mannen, met een toenemend verschil volgens leeftijd. De algemene tendensen zijn zichtbaar in alle regio's, al stijgt het aandeel ziekenhuisverblijven in Brussel en Wallonië sterker dan in Vlaanderen, waar het toenemend gewicht van de WZC meer uitgesproken is.

Van de overleden CM-leden zonder **VT-statuut** verblijven drie op vier een jaar voor het overlijden thuis en ruim één op vijf in een WZC. Bij leden met VT-statuut is dat respectievelijk 61,4% en 35,7%. In beide groepen stijgt het aandeel in het ziekenhuis exponentieel in de laatste levensmaand, met een nog meer uitgesproken trend bij niet-VT-ers. De groep VT-ers vertoont dan weer een sterkere toename van het aandeel in een WZC. Voor **alleenstaanden** valt op dat zij al vanaf zes maanden voor het overlijden vaker in een WZC verblijven dan thuis.

Van wie **kanker** heeft verblijft, een jaar voor de sterfdatum, de grote meerderheid thuis (90,8%) en slechts weinigen in een WZC (6,2%). Voor deze groep zijn dezelfde trends vastgesteld als voor de totale groep, maar is de stijging van het

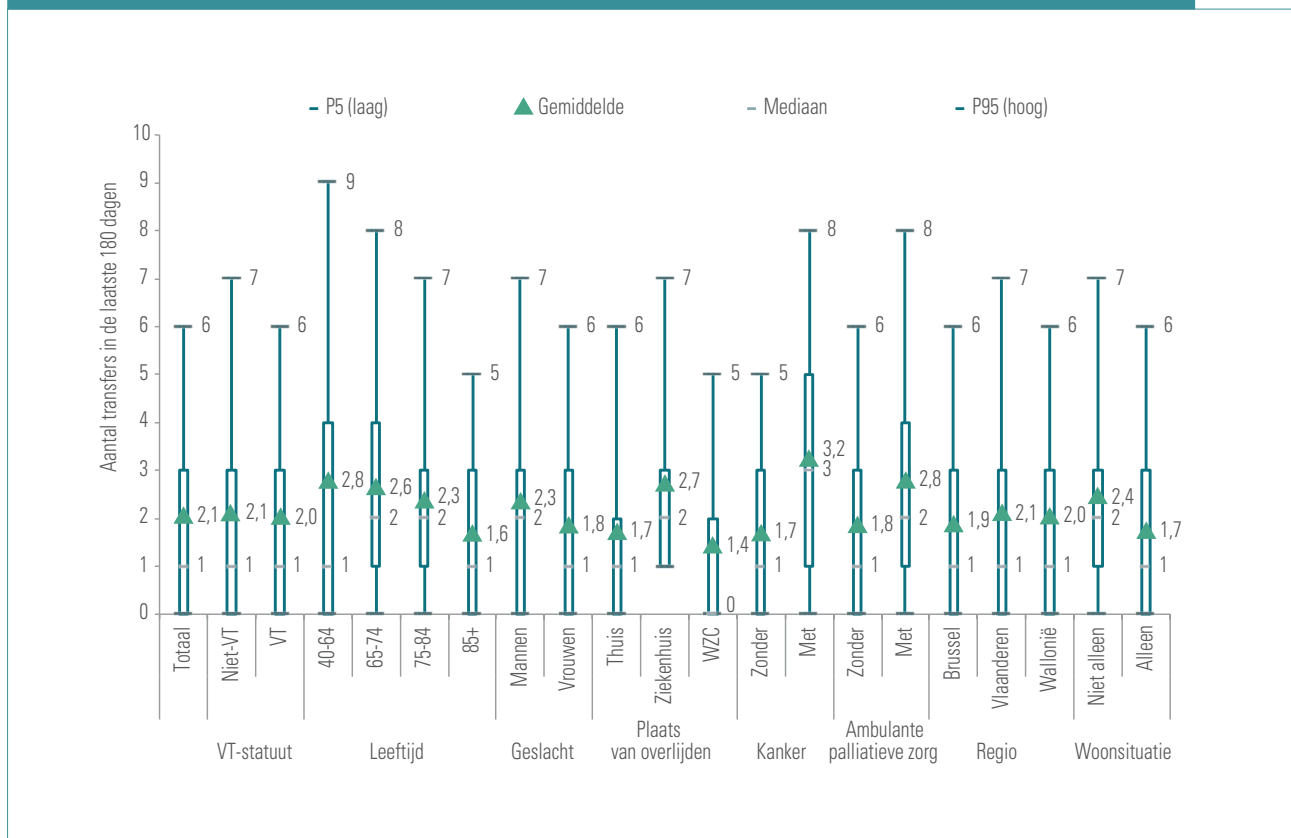
aandeel in een ziekenhuis in de laatste levensmaand sterker. Van wie **ambulante palliatieve zorg** krijgt, verblijft een jaar voor het overlijden 87,0% thuis. Hier stijgt het aandeel in een ziekenhuis in het laatste levensjaar minder sterk en is de afname van het aandeel thuis minder uitgesproken.

### 3.3.2. Zorgtraject in de 180 dagen voor het overlijden

#### Spreiding van het aantal transfers

Figuur 3 toont de spreiding van het totaal aantal transfers tussen zorgomgevingen per persoon in de 180 dagen voor overlijden volgens meerdere parameters. We zien dat de helft van de overleden CM-leden hoogstens één keer van zorgomgeving verandert, ongeacht VT-statuut of regio (mediaan). Het aantal transfers ligt gemiddeld wel hoger bij mannen en naarmate men jonger is, evenals bij ambulante palliatieve zorg of kanker, maar lager bij alleenstaanden. Volgens plaats van overlijden zien we meer transfers voor wie in een ziekenhuis sterft en minder voor wie thuis sterft of in een WZC. Verder toont de figuur dat een kwart van de CM-leden, ongeacht de bestudeerde parameter, in de laatste zes levensmaanden minstens drie keer van zorgomgeving verandert. In extreme situaties kan dit, afhankelijk van de parameter oplopen tot vijf en zelfs tot negen keer.

**Figuur 3: Spreiding van het aantal transfers tussen zorgomgevingen in de laatste 180 dagen volgens verschillende parameters (Bron: CM)**



### Soorten transfers volgens overlijdensplaats

Voor elk CM-lid is volgens overlijdensplaats het zorgtraject in de laatste 180 dagen voor overlijden geanalyseerd (zie Figuren 4, 5 en 6). Gezien de grote variatie, tonen de figuren de vijftien meest voorkomende trajecten – die samen wel minstens 90% van de betrokken subgroep vatten – en de laatste negen transfers. In elke figuur wordt rechts de plaats van overlijden symbolisch weergegeven, en opschuivend naar links de eventuele transfers vanuit andere zorgomgevingen. De weergave houdt geen rekening met de verblijfsduur in een bepaalde zorgomgeving en een onderbroken lijn wijst op bijkomende, niet-getoonde transfers.

Van de **personen die thuis sterven**, verblijft zowat de helft het laatste half jaar thuis, dus zonder klassieke ziekenhuisopname of verblijf in een WZC (zie Figuur 4). Voor de anderen is er minstens één transfer, met veelal enkel ziekenhuisopname(s). In bijna 20% van de zorgtrajecten is er slechts één transfer van thuis naar het ziekenhuis en vervolgens terug naar huis, waar het overlijden plaatsvindt. In 12% van de gevallen bestaat het traject uitsluitend uit minstens twee transfers van thuis naar het ziekenhuis, waarbij de laatste transfer de terugkeer naar huis is, waar het overlijden plaatsvindt. Het aandeel met minstens één transfer is groter bij ambulante palliatieve zorg en bij kanker. Iets meer dan een op tien kent in de zes maand voor

**Figuur 4: De 15 meest voorkomende zorgtrajecten in de 180 dagen voor overlijden voor CM-leden van 40 jaar en ouder die thuis zijn overleden (Bron: CM)**



het overlijden een of meerdere WZC-opnames, met een hoger aandeel bij 85-plussers (18,0%).

Voor alle **personen overleden in het ziekenhuis** is er in de 180 dagen voor overlijden minstens één transfer tussen zorgomgevingen (zie Figuur 5). In ruim twee op de drie gevallen gaat het enkel en alleen om transfers tussen thuis en het ziekenhuis: voor 38% is er één transfer van thuis naar het ziekenhuis, voor bijna 17% bestaat het zorgtraject uit twee transfers thuis-ziekenhuis (van thuis naar ziekenhuis, gevolgd door een terugkeer naar huis en een laatste ziekenhuisopname) en voor 12% drie of meer transfers tussen thuis en het ziekenhuis. Onder personen met ambulante

palliatieve zorg of met kanker is het aandeel met meerdere transfers tussen thuis en ziekenhuis groter. In de laatste 180 levensdagen verblijft bijna een op tien voor opname en overlijden in het ziekenhuis permanent in een WZC. Met 17,1% ligt dit aandeel merkkelijk hoger bij 85-plussers. Trajecten met een of meer WZC-verblijven zijn zeldzaam bij wie ambulante palliatieve zorg krijgt of bij kanker.

Ruim de helft van de **personen overleden in een WZC** verblijft er zonder onderbreking gedurende de laatste zes levensmaanden (zie Figuur 6). Dit aandeel is groter bij 85-plussers en heel wat kleiner bij ambulante palliatieve zorg of kanker. Ongeveer 20% van de zorgtrajecten bestaat

**Figuur 5: De 15 meest voorkomende zorgtrajecten in de 180 dagen voor overlijden voor CM-leden van 40 jaar en ouder overleden in het ziekenhuis (Bron: CM)**

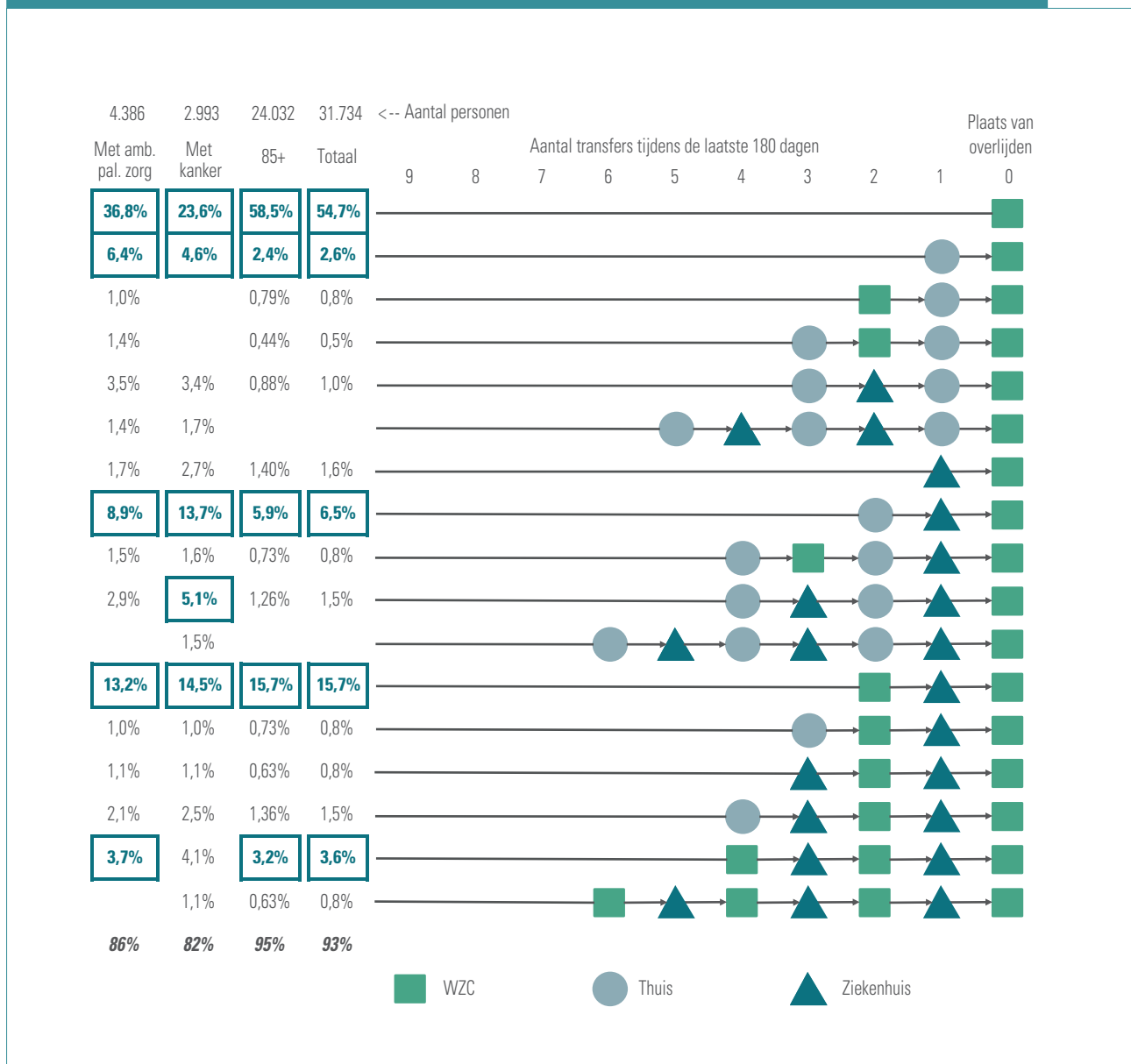


enkel uit één of meerdere transfers vanuit een WZC naar het ziekenhuis, maar waarbij de persoon de laatste levensdagen opnieuw in een WZC doorbrengt. Een kleine minderheid verblijft voor opname en overlijden in een WZC enkel thuis (2,6%) of in het ziekenhuis (1,6%). Het traject waarbij mensen van thuis naar het ziekenhuis gaan en vervolgens naar een WZC, komt iets frequenter voor (6,5%) en nog vaker bij ambulante palliatieve zorg (8,9%) en zeker bij kanker (13,7%).

### 3.4. Zorggebruik in de laatste drie levensmaanden

Voor de overleden CM-leden is ook het zorggebruik in de laatste drie levensmaanden geanalyseerd, met aandacht voor zowel het aandeel gebruikers als de gebruiksiintensiteit. Tabel 1 geeft voor verschillende types zorg en volgens verschillende parameters het aandeel gebruikers.

**Figuur 6: De 15 meest voorkomende zorgtrajecten in de 180 dagen voor overlijden voor CM-leden van 40 jaar en ouder overleden in een WZC (Bron: CM)**



**Tabel 1: Aandeel gebruikers van verschillende soorten zorg in de laatste drie levensmaanden volgens meerdere parameters (Bron: CM)**

Type zorg	Totaal	Geslacht		Leeftijd				Regio			VT-status		Woonsituatie		Kanker	
		Man	Vrouw	40-64	65-74	75-84	85 en ouder	Vlaanderen	Wal-Ionië	Brussel	Ja	Nee	Alleen	Niet alleen	Ja	Nee
Ambulante zorg	Huisarts	92,2%	94,0%	80,0%	86,3%	92,1%	96,1%	93,3%	90,5%	77,8%	93,6%	91,2%	93,0%	91,4%	91,5%	92,5%
	Specialist	43,3%	50,1%	59,2%	61,2%	53,2%	30,7%	42,6%	45,5%	44,3%	37,4%	47,9%	34,6%	53,4%	75,2%	33,2%
	Thuisverpleging (alle)	42,5%	46,7%	44,9%	50,6%	49,2%	36,6%	43,3%	41,1%	34,6%	41,5%	43,4%	32,0%	54,8%	66,5%	35,0%
	Kinesitherapie (alle)	20,2%	21,3%	20,6%	24,3%	24,0%	17,2%	16,9%	31,0%	21,4%	19,1%	21,1%	15,0%	26,3%	18,2%	26,6%
Ziekenhuiszorg	Klassieke ziekenhuisopname (alle)	61,0%	56,1%	65,2%	71,9%	68,9%	53,4%	59,9%	64,3%	64,9%	57,7%	63,7%	54,4%	68,8%	79,7%	55,2%
	Dagziekenhuis	32,0%	35,7%	44,3%	45,6%	37,6%	23,2%	32,6%	29,1%	37,3%	28,8	34,5%	26,0%	38,9%	60,3%	23,1%
	Spoed	56,1%	60,0%	55,8%	61,6%	61,4%	52,0%	55,1%	58,6%	61,2%	53,9%	57,8%	51,4%	61,5%	65,1%	53,2%
	Intensieve zorg	8,2%	10,1%	17,7%	16,6%	10,9%	2,8%	7,7%	9,6%	9,0%	6,7%	9,4%	5,6%	11,2%	7,6%	8,4%
Zorgvoorziening (vooral WZC)	Alle	47,8%	37,8%	12,2%	21,4%	38,3%	66,1%	49,2%	43,3%	44,5%	55,8%	41,4%	63,0%	30,2%	24,9%	55,0%
	Alle	22,3%	24,2%	28,0%	31,1%	26,2%	16,9%	22,1%	23,3%	19,0%	20,3%	23,9%	15,0%	30,7%	50,1%	13,5%
Palliatieve zorg	Palliatieve thuisverpleging	15,3%	17,4%	18,3%	21,7%	18,7%	11,8%	16,1%	14,6%	8,5%	14,3%	16,6%	8,8%	23,4%	35,5%	9,3%
	MBE	7,2%	7,8%	10,1%	10,3%	8,0%	5,4%	7,3%	7,1%	6,0%	6,1%	8,0%	4,8%	10,0%	17,2%	4,1%
	Palliatieve kinesitherapie	5,9%	6,6%	6,7%	8,4%	7,2%	4,5%	5,0%	9,3%	4,2%	5,8%	6,0%	3,2%	9,1%	11,5%	4,2%
	Palliatief DVC	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,01%	0,0%	0,1%	0,04%	0,1%	0,1%	0,03%	0,1%	0,2%	0,03%
Palliatieve ziekenhuisdienst	5,9%	6,3%	9,4%	10,0%	7,5%	3,4%	5,6%	6,8%	8,3%	4,9%	6,7%	5,0%	7,0%	16,8%	2,5%	

### 3.4.1. Ambulante zorg

---

In de laatste 90 levensdagen heeft ruim 90% van de CM-leden minstens één **huisartsencontact**, ongeacht geslacht, VT-statuut, woonsituatie of kankerdiagnose. Het aandeel neemt toe volgens leeftijd en is, volgens regio, beperkter in Brussel (77,8%), al weten we dat inwoners van Brussel vaker ingeschreven zijn in een wijkgezondheidscentrum en daar beroep doen op huisartsenzorg (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Gemiddeld zijn er 7,6 huisartsencontacten (mediaan: 6), maar met iets hogere aantallen in Vlaanderen, bij vrouwen, personen met VT-statuut, bij kanker en naarmate men ouder is. Iets meer dan 40% krijgt in diezelfde periode **thuisverpleging**, met een hoger aandeel bij mannen, niet-alleenstaanden en vooral mensen met kanker, en minder bij 85-plussers. Het gemiddeld aantal thuisverplegingscontacten bedraagt 45,6 (mediaan: 45), stijgt volgens leeftijd, en is hoger bij VT-statuut en bij alleenstaanden, maar lager in Brussel en bij kanker.

### 3.4.2. Ziekenhuiszorg

---

61,0% van de CM-leden heeft in de drie maanden voor overlijden minstens één **klassieke ziekenhuisopname**. Dit aandeel is groter bij mannen, in Wallonië en Brussel maar vooral bij kanker (79,7%), en lager bij VT-ers, alleenstaanden en 85-plussers. Het gemiddeld aantal opnamedagen bedraagt 20,0 (mediaan: 15). Dat aantal is vooral bij 85-plussers lager, en algemeen iets hoger in Brussel en zeker bij kanker. Volgens geslacht, VT-statuut of woonsituatie zijn de verschillen beperkt.

Een op twaalf wordt verzorgd op een **dienst intensieve zorgen** met een groter aandeel bij mannen en een beperkter aandeel volgens leeftijd – zeker bij 85-plussers – en bij VT-ers en alleenstaanden. Het gemiddeld aantal verblijfsdagen is 13,0 (mediaan: 7,5). Bij 85-plussers gaat het om gemiddeld 7,8 dagen, de helft van wat in de leeftijdsgroep 65-84-jarigen is vastgesteld. Daarnaast liggen de aantallen ook wat hoger bij personen met kanker.

56,1% van de CM-leden komt minstens één keer op de **spoeddienst** van een ziekenhuis. Dit is vaker het geval voor mannen, 65-84-jarigen, Brusselaars en voor wie kanker heeft, en minder vaak bij VT-ers, alleenstaanden en 85-plussers. Gemiddeld zijn er 1,4 contacten, met weinig verschillen volgens de parameters (mediaan: 1).

### 3.4.3. Palliatieve zorg

---

#### *Gebruik van palliatieve zorg*

In de laatste drie levensmaanden doet 22,3% van de CM-leden beroep op een of andere vorm van palliatieve zorg (zie Tabel 1). Naar leeftijd is het aandeel met 31,1% het hoogst bij de 65-74-jarigen en neemt dit vervolgens af tot 16,9% van de 85-plussers. Het aandeel lijkt iets hoger bij mannen in vergelijking met vrouwen en iets lager bij VT-rechthebbenden in vergelijking met diegenen zonder VT-recht. De grootste verschillen zijn vastgesteld volgens woonsituatie (15,0% bij alleenstaanden tegenover 30,7% bij niet-alleenstaanden) en vooral naargelang iemand wel of geen kanker heeft (50,1% tegenover 13,5%).

Opsplitst naar type palliatieve zorg zien we het hoogste aandeel gebruikers bij palliatieve thuisverpleging (15,3%), maar met verschillen volgens leeftijd en geslacht, regio en in zeker mate VT-statuut. De grootste verschillen noteren we naargelang iemand wel of niet alleenstaand is (8,8% tegenover 23,4%) en naargelang iemand wel of geen kanker heeft (35,5% tegenover 9,3%). Voor de opvolging door een MBE is het aandeel gebruikers – globaal 7,2% – beduidend hoger bij kanker (17,2%). De verschillen volgens de andere parameters zijn minder uitgesproken. Ten slotte is 5,9% opgenomen op een palliatieve ziekenhuisdienst, met een groter aandeel bij 65-84-jarigen, wie in Brussel woont en vooral bij wie kanker heeft, en een beperkter aandeel bij VT-ers en alleenstaanden.

#### *Start palliatieve zorg*

Voor wie in het laatste levensjaar beroep deed op palliatieve zorg, ongeacht het type, gingen we na wanneer die zorg in het laatste levensjaar startte (zie Figuur 7)<sup>10</sup>. We stellen vast dat dit bij de helft pas anderhalve maand voor de sterfdag was, maar er zijn grote verschillen: voor de helft is dit 46 dagen, voor een kwart maar 11 dagen en voor een ander kwart 168 dagen. Terwijl er amper verschil is volgens geslacht, is dit wel het geval volgens leeftijd: de start van palliatieve zorg is gemiddeld vroeger naarmate mensen ouder zijn, maar het mediaan aantal dagen is iets hoger naarmate mensen jonger zijn bij overlijden. Verder lijkt het erop dat bij VT-rechthebbenden palliatieve zorg algemeen vroeger wordt gestart dan bij wie er geen recht op heeft. Hetzelfde geldt voor wie thuis overlijdt en voor wie geen kanker heeft. Volgens regio zien we dat in Vlaanderen zowel het gemiddeld als het mediaan aantal dagen beduidend hoger zijn dan in Wallonië en Brussel.

---

10 De analyse focust op het laatste levensjaar. Het is niet uit te sluiten dat voor een deel van de CM-leden al vroeger palliatieve zorg is gefactureerd.

**Figuur 7: Spreiding van het aantal dagen tussen de sterfdatum en de startdatum van palliatieve zorg in het laatste levensjaar volgens meerdere parameters (Bron: CM)**



### 3.5. Regressieanalyse naar de beïnvloedende factoren van plaats van overlijden en gebruik van palliatieve zorg

#### 3.5.1. Plaats van overlijden

Met een multinomiale logistische regressie is nagegaan welke factoren significant bijdragen aan verschillen in plaats van overlijden, onderverdeeld in drie categorieën (thuis, WZC en ziekenhuis). De analyse onderzoekt hoe de verschillende factoren samenhangen met de kans op overlijden thuis of in een WZC, ten opzichte van overlijden in een ziekenhuis. Het zieken-

huis is als referentiecategorie genomen, wat betekent dat alle resultaten aangeven hoe groot de kans is dat iemand thuis of in een WZC overlijdt, in vergelijking met het ziekenhuis.

Tabel 2 toont dat elke verklarende variabele (leeftijdscategorie, geslacht, VT-statuut, regio, woonsituatie, kanker, palliatieve zorg) geassocieerd is met de kans om wel of niet in een specifieke zorgomgeving te overlijden ( $p < 0,0001$ ). Bijgevolg verhoogt het opnemen van deze variabelen in het model de voorspellende kracht ervan<sup>11</sup>. Vooral de variabelen leeftijd, palliatieve zorg, woonsituatie en kankerdiagnose vertonen een sterke associatie met de plaats van overlijden.

11 Aangezien de afhankelijke variabele van het model drie categorieën heeft, is de kwaliteit van het model gemeten via een Pseudo R<sup>2</sup> (McFadden). Deze Pseudo R<sup>2</sup> heeft een waarde van 15%, wat wijst op een goede kwaliteit.

Tabel 2: Variabelen geassocieerd met de plaats van overlijden (Bron: CM)

Variabele	Degrees of freedom (DF)	Chi <sup>2</sup>	P-waarde (p<0,05 = significant)
Leeftijd	6	6.880,6	<0,0001
Geslacht	2	515,9	<0,0001
VT-statuut	2	162,5	<0,0001
Regio	4	272,4	<0,0001
Woonsituatie	2	2.978,2	<0,0001
Kanker	2	2.295,9	<0,0001
Palliatieve zorg	2	6.763,4	<0,0001

Tabel 3: De kans op overlijden thuis of in een WZC ten opzichte van de kans op overlijden in het ziekenhuis volgens verschillende variabelen (Bron: CM)

Effect	Plaats van overlijden	Odds Ratio	Betrouwbaarheids-interval (BI 95%)	P-waarde (p<0,05 = significant)
Leeftijd: 65-74 versus 40-64	Thuis	0,618	0,582 - 0,655	<0,0001
	WZC	1,886	1,687 - 2,108	<0,0001
Leeftijd: 75-84 versus 40-64	Thuis	0,457	0,433 - 0,484	<0,0001
	WZC	4,021	3,636 - 4,448	<0,0001
Leeftijd: 85+ versus 40-64	Thuis	0,406	0,385 - 0,429	<0,0001
	WZC	8,393	7,612 - 9,255	<0,0001
Geslacht: vrouw versus man	Thuis	0,889	0,858 - 0,921	<0,0001
	WZC	1,379	1,334 - 1,427	<0,0001
VT-statuut: ja versus nee	Thuis	0,902	0,870 - 0,935	<0,0001
	WZC	1,165	1,127 - 1,204	<0,0001
Regio: Wallonië versus Vlaanderen	Thuis	1,028	0,988 - 1,070	0,1733
	WZC	0,751	0,722 - 0,782	<0,0001
Regio: Brussel versus Vlaanderen	Thuis	0,956	0,866 - 1,056	0,3759
	WZC	0,687	0,624 - 0,756	<0,0001
Woonsituatie: alleenstaand versus niet-alleenstaand	Thuis	0,847	0,816 - 0,878	<0,0001
	WZC	2,387	2,304 - 2,473	<0,0001
Kanker: ja versus nee	Thuis	0,437	0,418 - 0,456	<0,0001
	WZC	0,391	0,372 - 0,410	<0,0001
Palliatieve zorg: ja versus nee	Thuis	4,367	4,196 - 4,545	<0,0001
	WZC	0,821	0,786 - 0,859	<0,0001

Tabel 3 geeft de informatie over de kans om thuis of in een WZC te overlijden ten opzichte van de kans op een ziekenhuisoverlijden (= referentie), afhankelijk van de variabelen (leeftijd, geslacht, VT-statuut, enz.). De *odds ratio's* geven daarbij aan hoe de kans op overlijden thuis of in een WZC verandert ten opzichte van de kans op overlijden in het ziekenhuis.

Bij de **individuele factoren** blijkt **leeftijd** een zeer sterke voorspeller voor de plaats van overlijden. 65-74-jarigen hebben 38,2% minder kans om thuis te overlijden dan 40-64-jarigen (OR=0,618). Deze kans daalt verder met de leeftijd: 75-84-jarigen hebben 54,3% minder kans (OR=0,457) en 85-plussers zelfs 59,4% minder kans om thuis te overlijden (OR=0,406), in vergelijking met een ziekenhuisoverlijden. Omgekeerd zien we dat de kans op overlijden in een WZC sterk toeneemt met de leeftijd: dubbel zoveel kans voor personen tussen 65 en 74 jaar (OR=1,886), vier keer

meer kans voor diegenen tussen 75 en 84 jaar (OR=4,021) en zelfs acht keer meer kans voor de oudste groep (85+) (OR=8,393).

Ook **geslacht** speelt een rol. Vrouwen hebben iets minder kans (11,1%) om thuis te overlijden dan mannen (OR=0,889), maar wel een duidelijk hogere kans (37,9%) om in een WZC te overlijden (OR=1,379), vergeleken met het ziekenhuis.

Personen met **VT-statuut** hebben minder kans om thuis te overlijden (OR=0,902) en iets meer kans om in een WZC te overlijden (OR=1,165) dan in het ziekenhuis. **Alleenstaanden** hebben 15,3% minder kans om thuis te overlijden (OR=0,847), maar meer dan dubbel zoveel kans om in een WZC te overlijden (OR=2,387) ten opzichte van een ziekenhuisoverlijden.

Bij de **omgevingsfactoren** zien we dat er **regionale verschillen** zijn, maar minder uitgesproken dan bij andere factoren. De regionale verschillen tonen minder kans op overlijden in een WZC in Wallonië en in Brussel, vergeleken met het ziekenhuis. In Wallonië is de kans om in een WZC te overlijden 24,9% lager dan in Vlaanderen (OR=0,751), en in Brussel zelfs meer dan 31,3% lager (OR=0,687), vergeleken met het ziekenhuis.

Bij de **ziektegerelateerde factoren** zien we dat wie in het laatste levensjaar **palliatieve zorg** krijgt, ruim vier keer meer kans heeft om thuis te overlijden (OR=4,367) en een

kleinere kans om te overlijden in een WZC (OR=0,821), ten opzichte van het ziekenhuis. Opvallend is dat **personen met kanker** een aanzienlijk lagere kans hebben om thuis (OR=0,437) of in een WZC (OR=0,391) te overlijden. Zij overlijden dus vaker in het ziekenhuis.

### 3.5.2. Gebruik palliatieve zorg

Via een multinomiale logistische regressieanalyse is eveneens nagegaan welke factoren bijdragen aan de kans om in het laatste levensjaar palliatieve zorg te krijgen (ambulante en/of in het ziekenhuis). De afhankelijke variabele palliatieve zorg heeft twee categorieën: wel of geen palliatieve zorg. Uit tabel 4 blijkt dat elke verklarende variabele (leeftijd, geslacht, VT, regio, woonsituatie, kanker) significant is ( $p < 0,0001$ ), en dus afzonderlijk bijdraagt aan het verklaren van verschillen tussen het wel of niet krijgen van palliatieve zorg. Deze variabelen verhogen dus de voorspellende kracht van het model. Vooral de variabele kankerdiagnose vertoont een sterke associatie met de afhankelijke variabele.

Tabel 5 geeft informatie over de kans op palliatieve zorg afhankelijk van de variabelen (leeftijd, geslacht, VT-statuut, enz.). De *odds ratio's* geven daarbij aan hoe de kans op palliatieve zorg verandert ten opzichte van geen palliatieve zorg krijgen (= referentie). Het model toont een goede voorspellende kracht, wat betekent dat het model in de meerderheid van de gevallen correct voorspelt wie palliatieve zorg zal krijgen<sup>12</sup>.

Tabel 4: Variabelen geassocieerd met het gebruik van palliatieve zorg (Bron: CM)

Variabele	Degrees of freedom (DF)	Chi <sup>2</sup>	P-waarde (p<0,05 = significant)
<b>Leeftijd</b>	3	46,7	<0,0001
<b>Geslacht</b>	1	28,8	<0,0001
<b>VT-statuut</b>	1	75,0	<0,0001
<b>Regio</b>	2	20,6	<0,0001
<b>Woonsituatie</b>	1	1.352,6	<0,0001
<b>Kanker</b>	1	9.613,4	<0,0001

<sup>12</sup> Aangezien de afhankelijke variabele van het model 2 categorieën heeft, is de kwaliteit van het model gemeten via de *Percent Concordant*. Deze *Percent Concordant* heeft een waarde van 72%, wat een goede kwaliteit toont.

Tabel 5: De kans op gebruik van palliatieve zorg ten opzichte van de kans op geen gebruik van palliatieve zorg volgens verschillende variabelen (Bron: CM)

Effect	Odds Ratio	Betrouwbaarheids-interval (BI 95%)	P-waarde (p<0,05 = significant)
<b>Leeftijd: 65-74 versus 40-64</b>	1,152	1,081 - 1,228	<0,0001
<b>Leeftijd: 75-84 versus 40-64</b>	1,158	1,092 - 1,229	<0,0001
<b>Leeftijd: 85+ versus 40-64</b>	1,221	1,152 - 1,293	<0,0001
<b>Geslacht: vrouw versus man</b>	1,093	1,058 - 1,130	<0,0001
<b>VT-statuut ja versus nee</b>	1,157	1,119 - 1,196	<0,0001
<b>Regio: Wallonië versus Vlaanderen</b>	0,995	0,958 - 1,033	0,7910
<b>Regio: Brussel versus Vlaanderen</b>	0,798	0,724 - 0,880	<0,0001
<b>Woonsituatie: alleenstaand versus niet alleenstaand</b>	0,530	0,513 - 0,549	<0,0001
<b>Kanker: ja versus nee</b>	5,788	5,589 - 5,995	<0,0001

Bij de **individuele factoren** zien we een **leeftijdseffect** met een toenemende kans op palliatieve zorg naarmate men ouder wordt. Vergeleken met de groep van 40–64 jaar, hebben mensen van 65–74 jaar een 15,2% hogere kans (OR=1,152), mensen van 75–84 jaar een 15,8% hogere kans (OR=1,158), en 85-plussers een 22,1% hogere kans (OR=1,221) om palliatieve zorg te krijgen.

Volgens **geslacht** blijkt dat vrouwen iets vaker palliatieve zorg krijgen dan mannen, met een 9,3% hogere kans (OR=1,093). Personen met **VT-statuut** hebben een 15,7% hogere kans op palliatieve zorg (OR=1,157). Het effect is beperkt maar zowel voor geslacht als VT-statuut statistisch significant. **Alleenstaanden** hebben duidelijk een lagere kans (47,0%) op palliatieve zorg (OR=0,530) dan niet-alleenstaanden.

Bij de **omgevingsfactoren** zien we dat er **regionale verschillen** zijn. In Brussel hebben inwoners een 20,2% lagere kans op palliatieve zorg (OR=0,798) dan in Vlaanderen.

De meest opvallende bevinding heeft te maken met **ziektegerelateerde factoren**, namelijk dat **mensen met kanker** een zeer sterk verhoogde kans hebben op palliatieve zorg. Die kans is maar liefst 5,8 keer hoger dan bij mensen zonder kanker (OR=5,788). Een kankerdiagnose blijkt zo de meest bepalende factor voor het ontvangen van palliatieve zorg.

## 4. Bespreking van de resultaten

In dit deel bespreken we een aantal opvallende resultaten die we, waar mogelijk, vergelijken met deze van de CM-studie van Gielen et al. (2009) en kaderen binnen de ruimere nationale en internationale context. Vooraf geven we mee dat het profiel van de CM-leden in beide studies vergelijkbaar is voor verdeling volgens geslacht en regio. Wel is de populatie overleden CM-leden de voorbije twee decennia verouderd: in 2005-2006 was 13% tussen 40 en 64 jaar en 35% ouder dan 85 jaar; in 2023-2024 is dit respectievelijk 9% en 51%. Het aandeel in een kwetsbare situatie (VT-statuu) is gedaald van 54% naar 44%, deels te verklaren door het dalend aandeel ouderen met VT-statuu (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2024). Het verschil in aandeel kankerpatiënten – 27% in de eerste studie tegenover 24% in de recentste studie – is mogelijk te verklaren door verschillen in de detectiemethode<sup>13</sup>.

### 4.1. Meer overlijdens in de vertrouwde omgeving

In de periode 2023-2024 sterft 43% van de overleden CM-leden in een ziekenhuis, 34% in een WZC en 24% thuis of elders. Dit is in lijn met Vlaamse cijfers voor 2022 (respectievelijk 43%, 32% en 25% (Departement Zorg, 2024)) en Belgische (respectievelijk 44%, 30% en 26% (Statbel, 2024)). Vergeleken met de CM-studie van Gielen et al. (2009), op basis van gegevens 2005-2006, **daalt het aandeel ziekenhuisoverlijdens van 50% naar 43%**. De nieuwe studie leert dat dit niet leidt tot meer thuisoverlijdens – dit aandeel daalt zelfs van 27% naar 24% – maar wel tot een **sterke toename van het aandeel overlijdens in een WZC (van 23% naar 34%)**. Deze verschuiving hangt samen met de vermelde vergrijzing van de overleden CM-ledenpopulatie en de exponentieel toenemende opnamekans in WZC volgens leeftijd (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). De demografische factoren verklaren wellicht ook minstens voor een deel het hoger aandeel overlijdens in een WZC bij alleenstaanden en personen met VT-statuu. De trend van een dalend aandeel ziekenhuisoverlijdens en toenemend aandeel WZC-overlijdens als gevolg van de demografische evolutie, is al eerder vastgesteld (Houttekier, Cohen, Surkyn, & Deliens, 2011) en lijkt zich dus verder te zetten.

De regressieanalyse bevestigt de **sterke associatie tussen leeftijd en de kans om niet in het ziekenhuis maar in een WZC te overlijden**, en toont verder dat mensen, naar mate ze ouder worden, ook minder kans hebben om thuis te overlijden in vergelijking met het ziekenhuis. Geslacht speelt ook, zij het in mindere mate, een rol, met voor vrouwen een kleinere kans op thuisoverlijden en een grotere kans op overlijden in een WZC. Deze bevindingen komen overeen met die uit de eerste CM-studie met eveneens meer overlijdens in een WZC voor ouderen en vrouwen (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009), en met de wetenschappelijke literatuur over de associatie tussen deze sociodemografische kenmerken en de plaats van overlijden (Pedersen, Raunkiaer, & Graven, 2024).

We zien dus een stijgend **aandeel CM-leden dat buiten het ziekenhuis en in de vertrouwde omgeving overlijdt – hetzij thuis, hetzij een WZC**. Dit kan erop wijzen dat de plaats van overlijden meer aansluit bij de concrete situatie en de wensen van een patiënt-e en diens omgeving, maar rekening houdend met de mogelijkheden en eventuele beperkingen van elke zorgomgeving. Tegelijk is **de evolutie naar meer overlijdens in een WZC een belangrijk aandachtspunt voor beleidsinitiatieven gericht op het versterken van de kwaliteit van het levenseinde en de levenseindezorg**.

### 4.2. Het ziekenhuis: nog steeds een grote rol aan het levenseinde

Ondanks de dalende trend in het aandeel ziekenhuisoverlijdens onder CM-leden – een trend die ook op nationaal en internationaal niveau is waargenomen (Gerkens, et al., 2024; OECD, 2024) – **overlijden nog steeds ruim vier op tien mensen in het ziekenhuis. Ons land scoort hiermee middelmatig**. In enkele Europese landen is dit aandeel hoger (bijvoorbeeld Frankrijk: 57%, Luxemburg: 58%; Portugal: 62%), maar in een aantal andere lager (bijvoorbeeld Nederland: 27%; Noorwegen: 34%; Zweden: 38%) (Jiang & May, 2021). Dit kan **een indicatie zijn dat er marge tot verbetering is**.

We zien verder een **lichte toename van het aandeel ziekenhuisoverlijdens in een dienst palliatieve zorg**, een dienst met een specifiek aanbod van individuele totaalzorg door een multidisciplinair team: van 10% in 2005-2006 tot 13% in 2023-2024. Het merendeel van de ziekenhuisoverlijdens vindt dus plaats in een andere ziekenhuisdienst, in belangrijke mate geriatrie.

13 In de studie van Gielen et al. (2009) werd een koppeling gemaakt met de gegevens van het Belgisch Kankerregister.

Hoewel we hierover geen gegevens hebben, is het niet uitgesloten dat ook in deze situaties palliatieve ondersteuning geboden is door bijvoorbeeld het palliatief supportteam (PST) van het ziekenhuis dat advies en ondersteuning geeft aan andere zorgverleners van andere afdelingen en aan patiënten aan het levenseinde en hun naasten, of door het medisch en verzorgend personeel van de ziekenhuisdienst zelf. Toch identificeert het KCE enkele tekortkomingen waaronder de slechte geografische spreiding van de palliatieve ziekenhuisbedden, net als de ontoereikende slagkracht van de MBE en PST (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025) en pleit het voor een versterking en verdere diversifiëring van het aanbod.

**Ook in het zorgtraject voorafgaand aan het overlijden van heel wat CM-leden, speelt het ziekenhuis een belangrijke rol.** We zien dat de meeste veranderingen van zorgomgeving in het laatste levensjaar voornamelijk gebeuren in de laatste levensmaand, met een exponentiële toename van het aandeel leden in het ziekenhuis, ten koste van het aandeel thuis (zie Figuur 2). Bovendien kent een groot deel CM-leden in de laatste zes maanden voor het overlijden een of meerdere ziekenhuisopnames (bijvoorbeeld bijna 40% van wie thuis overlijdt). Transfers vanuit een WZC naar het ziekenhuis komen minder voor (zie Figuren 4, 5 en 6). In de laatste drie levensmaanden kent bijna twee derde minstens één ziekenhuisopname, komt ruim de helft in contact met de spoeddienst en verblijft een op twaalf op intensieve zorgen (zie Tabel 1).

De vaststellingen zijn consistent met de eerste CM-studie die op basis van de analyse van de zorgtrajecten concludeerde dat een groot deel van de transfers ziekenhuisopnames zijn en dat het meest voorkomende traject bestond uit een verblijf thuis, gevolgd door een opname en overlijden in het ziekenhuis (Gielen, Remacle, & Mertens, 2009). Andere onderzoekers vonden aan het levenseinde eveneens frequente ziekenhuisopnames, contacten met de spoeddienst of een verblijf op intensieve zorgen, en besluiten dat deze prominente rol van het ziekenhuis een indicatie zou kunnen zijn van **potentieel ongepaste zorg**. Allers et al. (2019) concluderen dat een deel van de ziekenhuisopnames van WZC-bewoners aan het levenseinde potentieel vermijdbaar is. Er wordt unaniem gepleit voor een verdere optimalisatie van zorggebruik aan het levenseinde, onder meer door vaker en tijdig in te zetten op palliatieve zorg en op vroegtijdige zorgplanning (De Schreye, et al., 2023; Depoorter, et al., 2023; Honinx, et al., 2021a).

**Toch is een genuanceerde lezing van cijfers over gebruik van ziekenhuiszorg en ziekenhuisoverlijdens noodzake-**

**lijk**, en kunnen bepaalde behandelkeuzes – trouwens ook buiten de ziekenhuiscontext – niet zomaar gezien worden als therapeutische hardnekkigheid of ongepaste zorg. De plaats van levenseindezorg en overlijden worden beïnvloed door een combinatie van individuele, ziektegerelateerde en omgevingsfactoren en in bepaalde situaties is het ziekenhuis de gewenste en zelfs gepaste plaats van zorg en overlijden (Pedersen, Raunkiaer, & Graven, 2024). Zo voelt de ziekenhuisomgeving voor sommige personen aan het levenseinde als veiliger aan of biedt die meer garantie op comfort en levenskwaliteit, bijvoorbeeld door de ruimere mogelijkheid tot symptoombehandeling. Verder wijzen onderzoekers op het soms moeilijk te voorspellen ziekteproces, onder andere bij dementie, wat beslissingen rond behandelingen complexer maakt (Honinx, et al., 2021a). Tegelijk wijzen ze op enkele belangrijke aandachtspunten zoals het vermijden van onnodige onderzoeken en behandelingen, het vergroten van de kennis van zorgpersoneel over de grenzen in behandelmogelijkheden en het beter informeren van ouderen zelf over de voordelen én risico's van behandelingen.

### 4.3. Palliatieve zorg: ondergebruik en laattijdige start

De analyse van het zorggebruik leert dat eerstelijnsactoren, met voorop de huisarts, de thuisverpleegkundige en de kinesist-e ook aan het levenseinde een belangrijke rol spelen (zie Tabel 1). Maar gezien de meerwaarde ervan voor de levenskwaliteit van mensen aan het levenseinde en hun naasten (WHO, 2020), focusten we in het bijzonder op het gebruik van palliatieve zorg. In de laatste drie levensmaanden doet 22% van de studiepoulatie beroep op minstens één type palliatieve zorg (15% palliatieve thuisverpleging, 7% MBE en 6% palliatieve ziekenhuisdienst). Voor de vormen van palliatieve zorg waarvoor een vergelijking met de eerdere CM-studie mogelijk is (MBE, palliatief DVC en palliatieve ziekenhuisdienst), is het aandeel gebruikers weinig geëvolueerd, wat mogelijk te wijten is aan enkele tekortkomingen in de toegankelijkheid van het bestaande aanbod (onder meer de ongelijke spreiding van het aanbod, financiële drempels, problemen op vlak van aanvaardbaarheid) (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025).

Toch lijken de voorbije decennia steeds meer mensen een beroep te doen op palliatieve zorg. Andere analyses leren dat in 2020 57% van de kankerpatiënten palliatieve zorg kreeg, wat een stijging was in vergelijking met de eerdere meting (Sciensano, 2024) en dat het aantal prestaties pal-

liatieve thuisverpleging tussen 2011 en 2021 met bijna 8% toenam (RIZIV, 2022). De studie van De Schreye et al. (2020) toont eveneens een toename in het gebruik van palliatieve zorg, ook bij patiënten met chronisch longlijden of dementie. Bovendien wijzen we er nogmaals op dat de ziekenfondsgegevens geen volledige detectie mogelijk maken van het gebruik van palliatieve zorg omdat we niet over gegevens beschikken over de tussenkomsten van de mobiele equipes in de ziekenhuizen, noch over de meer generalistische palliatieve zorg bijvoorbeeld door de huisarts of het zorgpersoneel in een WZC. Niettemin wijst het KCE op een onderbenutting van het aanbod en krijgen niet alle personen met een palliatieve zorgnood daadwerkelijk deze zorg. Dit is te wijten aan verschillende factoren waaronder een onvoldoende aangepast aanbod, gebrek aan kennis over het aanbod en het nog steeds bestaande taboe rond palliatieve zorg en levenseinde (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). In België overlijden jaarlijks ongeveer 110.000 mensen, waarvan naar schatting tussen de 45 tot 75% palliatieve zorg nodig heeft (Palliatieve Zorg Vlaanderen, 2021). Ter vergelijking, in 2023 overleed in Nederland 67% aan een aandoening met een (mogelijke) behoefte aan palliatieve zorg, zoals kanker, chronisch obstructief longlijden (COPD), hartfalen of dementie (Nivel, 2025).

Uit de CM-gegevens blijkt bovendien dat **de kans op het gebruik van palliatieve zorg niet voor iedereen gelijk** is. De beduidend hogere kans bij kanker is een bevestiging van bevindingen van andere onderzoekers (Maetens, Beernaert, Deliens, Gielen, & Cohen, 2019). Palliatieve zorg blijft vandaag dus nog steeds geassocieerd met oncologische aandoeningen, terwijl deze zorg ook een meerwaarde is voor personen met andere onomkeerbare aandoeningen zoals de progressieve zenuwspierziekte ALS (Amyotrofische Laterale Sclerose), chronisch longlijden of dementie. Omgekeerd lijken alleenstaanden minder kans te hebben op palliatieve zorg, wat eveneens coherent is met resultaten van ander onderzoek (Maetens, Beernaert, Deliens, Gielen, & Cohen, 2019). We zien ook een grotere kans op palliatieve zorg bij toenemende leeftijd en bij VT-statuuat, mogelijk als gevolg van de slechtere gezondheidstoestand van deze subgroepen en dus de hogere nood aan palliatieve zorg. Beide vaststellingen zijn wel anders dan wat in ander onderzoek is vastgesteld. Dit heeft mogelijk te maken met verschillen in de organisatie en toegankelijkheid van palliatieve zorg tussen landen of verschillen in onderzoeksopzet (bestudeerde populatie bijvoorbeeld naar leeftijd of aandoening, operationalisering van het concept kwetsbaarheid, enz.). Tegelijk gaan experts uit van een ondergebruik van dit type zorg om uiteenlopende redenen (bijvoorbeeld ongelijke spreiding van het aanbod, persoon-

lijke weerstand, hoge kostprijs, enz.) (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Bovendien observeren we een **associatie tussen thuisoverlijden en het gebruik van palliatieve zorg**, wat eveneens in lijn is met conclusies van andere onderzoekers dat palliatieve zorg de kans op ziekenhuisopname en overlijden in het ziekenhuis vermindert (Zhiyi, et al., 2025).

We stellen verder vast dat het startmoment van palliatieve zorg in het laatste levensjaar voor de helft van de overleden CM-leden pas anderhalve maand voor de sterfdag ligt. Ook in de literatuur wordt de **laattijdige inzet van deze zorg geduid als pijnpunt** (Sciensano, 2024; Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025).

Deze vaststellingen van ondergebruik en laattijdige start van palliatieve zorg zijn belangrijke aandachtspunten voor het beleid gezien de meerwaarde van palliatieve zorg in het realiseren van levenskwaliteit aan het einde van het leven.

#### 4.4. Belang van vroegtijdige zorgplanning

Deze studie bevat **indicaties van een sterk medische benadering van ernstige ziekte en sterven in België** – getuige het nog steeds hoge aandeel ziekenhuisoverlijdens en het aandeel CM-leden met ziekenhuisopnames, contact met spoed of verzorging op intensieve zorgen in de periode voor het overlijden. Tegelijk vinden we in de literatuur indicaties van ondergebruik en laattijdige inzet van palliatieve zorg. Onderzoek toont aan dat onder meer **kennis over de doelen en voorkeuren van patiënten over type behandeling en plaats van zorg en overlijden hier mee bepalend** zijn: als deze besproken worden en gekend zijn bij naasten en zorgverleners, verkleint de kans op opname en overlijden in het ziekenhuis (Pedersen, Raunkiaer, & Graven, 2024), en vergroot de kans op een overlijden thuis (Kasdorf, Voltz, & Strupp, 2024) of in het WZC (Honinx, et al., 2021a).

Voor onderzoekers is een **tijdig gesprek in het kader van vroegtijdige zorgplanning (VZP) dan ook cruciaal**. Bij VZP, opgevat als een continu proces, worden doelen en voorkeuren van een patiënt-e regelmatig herbekeken, rekening houdend met wijzigende omstandigheden (ziekte-evolutie, optreden van bepaalde symptomen, wegvallen van mantelzorg, enz.). Ook de mogelijkheden van de verschillende zorgomgevingen om de voorkeuren te realiseren, moeten hier in rekening worden gebracht. Dit maakt dat thuis overlijden of in de vertrouwde omgeving, zeker niet de enige

gouden standaard is omdat het gepaard kan gaan met negatieve zaken als eenzaamheid, angst of onvoldoende ondersteuning of symptoombehandeling (Pollock, 2015).

**Met diverse initiatieven wordt in ons land het belang van vroegtijdige zorgplanning onder de aandacht gebracht en de implementatie ervan in de praktijk gestimuleerd.** Zo zijn er een KCE-rapport met aanbevelingen rond het thema (Mistiaen, et al., 2017), de introductie van de *Palliative Care Indicator Tool* (PICT) voor zorgverleners om palliatieve patiënten tijdig te kunnen identificeren en sinds 2022 de financiering van de huisarts voor vroegtijdige zorgplanning bij palliatieve patiënten. Verder zijn er bij diverse actoren, bijvoorbeeld Palliatieve Zorg Vlaanderen, aanbevelingen en een vormingsaanbod om de knowhow bij zorgverleners te bevorderen<sup>14</sup>. Ten slotte beogen specifieke acties het brede publiek te sensibiliseren rond het thema waaronder initiatieven van CM en haar bewegingen<sup>15</sup>, de campagne *Zorg en zoveel meer* van de federaties palliatieve zorg<sup>16</sup> en de website mijnoudedag.be. En in 2024 is het principe van vroegtijdige zorgplanning verankerd in de wet op de patiëntenrechten (CM, 2024b).

**Toch blijkt de implementatie nog suboptimaal** (Dupont, De Vleminck, Deliens, & Gilissen, 2023). Zo is er in 2023 in de Vlaamse WZC die deelnemen aan de evaluatie van kwaliteitsindicatoren maar voor 62,4% van alle bewoners een plan voor de zorg rond het levenseinde, ondanks een groeiend bewustzijn om VZP meteen in te bouwen in de zorg en begeleiding (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2024). In algemene ziekenhuizen is niet voor alle patiënten met gespecialiseerde palliatieve begeleiding gevraagd hoe ze denken over beslissingen rond het levenseinde of zijn de zorgdoelen niet altijd geactualiseerd (Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, 2025). Een deel van de verklaring hiervoor ligt wellicht in de soms nog ontoereikende kennis en vaardigheden bij zorgverleners om moeilijke gesprekken aan te gaan en de moeilijkheid om een ziektraject in te schatten en dus tijdig het gesprek aan te gaan (Wendrich-van Dael, et al., 2020). Daarnaast voelen mensen zich over het algemeen nog steeds ongemakkelijk over alles wat met ernstige ziekte en sterven te maken heeft waardoor soms de openheid voor dergelijk gesprek ontbreekt (Quintiens, et al., 2023).

Onderzoekers pleiten dan ook voor volgehouden initiatieven rond het thema en de evolutie naar een geïntegreerde palliatieve, geriatrische en revalidatiezorgbenadering voor ouderen, vertrekkende vanuit een persoonsgerichte zorgplanning (Van Den Noortgate & Van den Block, 2022).

## 5. Aanbevelingen

Op basis van de verschillende onderzoeksresultaten en voortbouwend op wat in de literatuur is gevonden, besluiten we met enkele aanbevelingen voor beleidsmakers, zorgverleners, het middenveld, waaronder de ziekenfondsen en het brede publiek. Deze zijn erop gericht de kwaliteit van leven – voor CM een centrale te realiseren doelstelling (CM, 2024a) – ook aan het levenseinde te ondersteunen en te versterken.

### 5.1. Meer openheid voor levenseinde

Onderzoek leert dat mensen niet graag praten over het levenseinde en hun wensen op dat vlak, noch met zorgverleners, noch met naasten, en dat ze zich doorgaans vrij ongemakkelijk voelen wanneer het gaat over lijden en sterven van anderen (Quintiens, et al., 2023). Omdat ziekte en overlijden nog te weinig worden gezien als behorend tot het leven, wordt onvoldoende stilgestaan bij de vraag welke levenskwaliteit men aan het levenseinde wil en hoe die gerealiseerd kan worden. Dit is een van de drempels voor kwaliteitsvolle levenseindezorg. **Daarom vraagt CM blijvende investeringen in initiatieven die het taboe rond lijden en sterven helpen doorbreken, die ingaan op de niet-maakbaarheid en de eindigheid van het leven, en die mensen ertoe aanzetten na te denken over de manier waarop hun laatste levensfase vanuit hun waarden en wensen kwaliteitsvol ingevuld kan worden.** Dit kan bijvoorbeeld door het werken aan *compassionate communities*, gemeenschappen waar rouw, sterven en levenseinde zichtbaar en bespreekbaar zijn (Dury & De Donder, 2022).

14 Een voorbeeld is het Vlaams referentiekader kwaliteit van zorg inzake vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg in een woonzorgcentrum: <https://palliatievezorgvlaanderen.be/wp-content/uploads/2025/06/Referentiekader-vroegtijdige-zorgplanning-palliatieve-zorg-en-levenseindezorg-in-een-woonzorgcentrum.pdf>.

15 Zie bijvoorbeeld de informatie op de CM-website: <https://www.cm.be/nl/wat-te-doen-bij-vroegtijdige-zorgplanning>; de CM-levenswenskaarten die mensen helpen om op een eenvoudige en laagdrempelige manier na te denken over het levenseinde en de bijhorende voorkeuren en wensen, de Franstalige brochure van MC rond vroegtijdige zorgplanning of een brochure van Énéo om ouderen te helpen eigen keuzes te maken: *Mon carnet de vie, un outil pour aider les aînés à faire leurs propres choix* - Eneo.

16 Zie *Zorg en zoveel meer* – Palliatieve zorg is veel meer dan alleen maar zorg.

Vertrekkend van het principe dat zorg rond het levenseinde onmisbaar is en gedragen moet worden door een gemeenschap en over alle beleidsdomeinen heen (zorg- en welzijn, onderwijs, bedrijfswereld, verenigingsleven, enz.), wordt dan met uiteenlopende acties het bewustzijn rond levenseinde, rouw en ernstige ziekte aangewakkerd en ontwikkelen mensen kennis en vaardigheden hierrond. Zo zullen ze beter met ziekte en sterven kunnen omgaan en elkaar hierin kunnen ondersteunen.

## 5.2. Blijf inzetten op vroegtijdige zorgplanning

Het bespreken van diverse aspecten rond het levenseinde, zoals de gewenste zorg of plaats van overlijden, dragen bij aan meer passende en persoonsgerichte zorg en dus aan de levenskwaliteit van patiënten en naasten. Voor zorgverleners bieden ze een houvast bij het nemen van beslissingen. Tegelijk is de implementatie van vroegtijdige zorgplanning, ondanks talrijke initiatieven nog niet optimaal. Dit verklaart wellicht voor een deel het nog steeds grote aandeel ziekenhuisoverlijdens en het hoge aantal patiënten dat in de laatste levensmaanden nog in het ziekenhuis wordt opgenomen. **Daarom pleit CM voor herhaalde campagnes en sensibiliseringsacties om het concept vroegtijdige zorgplanning verder ingang te doen vinden bij zorg- en hulpverleners en bij het brede publiek. Ook het versterken van zorgverleners aan de hand van aanbevelingen, vormingen en ondersteunende tools rond het thema blijft nodig als stimulans om dit proactief in de praktijk toe te passen.**

Met het oog op gepaste zorg is het belangrijk om binnen vroegtijdige zorgplanning bijzondere aandacht te besteden aan de verschillende behandelopties en mogelijke transfers tussen zorgomgevingen. **Zorgverleners moeten elke behandeloptie en transfer, bijvoorbeeld naar het ziekenhuis, goed overwegen en de voor- en nadelen met de patiënt-e te bespreken om tot een doordachte en gedragen beslissing te komen.** Daarbij mag niet enkel rekening worden gehouden met de klinische situatie, maar ook bijvoorbeeld met de wensen van de patiënt-e en de draagkracht van de omgeving, met verschillen in gezondheidsvaardigheden en met de sociale situatie. Verder is het essentieel dat ook palliatieve zorg aan bod komt en families wegwijs worden gemaakt in het aanbod.

## 5.3. Versterk het palliatief zorgaanbod

De WHO benadrukt de meerwaarde van palliatieve zorg in het realiseren van kwaliteit van leven aan het levenseinde en uit onderzoek blijkt dat palliatieve zorg bijdraagt aan meer overlijdens in de vertrouwde omgeving en minder zorg die potentieel ongepast is. Voor de verdere verspreiding van de palliatieve zorgcultuur, is de **blijvende sensibilisering van zowel het brede publiek als zorg- en hulpverleners over de inhoud en de meerwaarde van palliatieve zorg in een zorgtraject cruciaal.** Het kan taboedoorbrekend werken bij het brede publiek en tot meer openheid leiden om deze zorg tijdig te starten. Vandaag wordt palliatieve zorg immers nog te vaak geassocieerd met de terminale levensfase.

**Er is dan ook nood aan een versterking van de palliatieve zorg. Er moet blijvend geïnvesteerd worden in het verder versterken van de professionele vaardigheden op vlak van palliatieve zorg bij het zorgpersoneel, onder meer in het detecteren van personen met palliatieve zorgnoden, ongeacht de aandoening(en).** Dit kan door in de opleiding en permanente vorming van zorg- en hulpverleners, waar nodig, meer ruimte te voorzien voor het thema palliatieve zorg. Dit kan bijdragen aan een sterkere integratie van palliatieve zorg in de dagelijkse zorg voor iedereen met een ernstige of levensbedreigende ziekte, en dus niet vooral voor personen met kanker. Dit is zeker relevant voor zorg- en hulpverleners die vaak werken met personen met een potentiële nood aan palliatieve zorg, zoals het zorgteam van WZC's of sommige ziekenhuisafdelingen zoals geriatrie. Een andere concrete actie kan bestaan uit een analyse in de schoot van de RIZIV-overlegorganen om samen met de verschillende stakeholders binnen het domein palliatieve zorg na te gaan hoe de impact en de verschillende aspecten van palliatieve zorg en ondersteuning opgenomen kunnen worden binnen de nomenclatuur. Dit kan bijvoorbeeld onder de vorm van specifieke verstrekkingen, maar ook door een 'upgrade' van het Globaal Medisch Dossier (GMD) bij de huisarts, inclusief de definiëring van een minimaal takenpakket ter ondersteuning van palliatieve patiënten.

Ook **het optimaliseren en diversifiëren van het aanbod** is nodig om nog beter te kunnen inspelen op de diversiteit in noden en wensen van personen aan het levenseinde en zo kwaliteitsvolle zorg voor iedereen te kunnen garanderen.

Dit kan onder meer door een betere geografische spreiding van het bestaande aanbod aan plaatsen in palliatieve ziekenhuisdiensten, het versterken van de multidisciplinaire begeleidingsequipes en palliatieve support teams en de uitbouw – ook binnen bestaande structuren – van residentiële diensten buiten het ziekenhuis (bijvoorbeeld in WZC of hospices), zoals ook aanbevolen door het KCE (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025) en de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV, 2024). Het is belangrijk de kwaliteit van deze zorg te blijven monitoren en waar nodig het aanbod bij te sturen. Een belangrijk aandachtspunt hierbij, onder meer in de ziekenhuizen, is dat deze kwaliteit niet enkel mag beoordeeld worden op basis van *outcome*-indicatoren, maar dat ook andere elementen zoals de ervaringen van patiënten en hun naasten hierin meegenomen worden.

**Persoonsgerichte zorg en dus het realiseren van de zorgdoelen van de patiënt en diens omgeving, vergt bovendien samenwerking tussen de verschillende zorg- en welzijnsactoren.** Het is belangrijk dat zij tijdig in de ondersteuning ingeschakeld worden op basis van hun specifieke expertise, bijvoorbeeld op het vlak van symptoomverlichting en psychosociale ondersteuning, maar ook op het vlak van rechtentoekenning of informatie over ondersteuningsmogelijkheden. Deze samenwerking kan ook bijdragen aan het zo efficiënt mogelijk inzetten van de beschikbare middelen. Niettemin moet ook rekening worden gehouden met beperkingen als gevolg van het tekort aan zorgpersoneel (bijvoorbeeld verpleegkundigen, huisartsen, enz.) (Janssens, 2024). Dit blijft een belangrijk aandachtspunt voor beleidsverantwoordelijken.

Verder **kan de toegang tot palliatieve zorg versterkt worden door in de relevante regelgeving de ruime definitie van palliatieve zorg te hanteren**, zoals opgenomen in de gewijzigde wet op palliatieve zorg waarin sinds 2016 de voorwaarde van vooraf bepaalde levensverwachting geschrapt is (Dauvrin, Desomer, Savoye, Adriaenssens, & Ricour, 2025). Ten slotte **moet er ook aandacht zijn voor het vermijden of wegwerken van andere mogelijke drempels zoals de kostprijs of administratieve procedures.**

## 5.4. Blijf de naasten ondersteunen

In de zorg rond het levenseinde blijven de naasten een belangrijke schakel, zeker wanneer iemand thuis verzorgd wordt. Daarom is het belangrijk dat zorgverleners, bijvoorbeeld tijdens gesprekken vroegtijdige zorgplanning, de noden van de naasten mee in rekening nemen en het

evenwicht helpen bewaken tussen draaglast en draagkracht. Dit moet gepaard gaan met **een beleid dat inzet op het versterken van de draagkracht van mantelzorgers**, bijvoorbeeld door het wegnemen van financiële en organisatorische drempels (CM, 2024a). Essentieel is wel **dat het opnemen van mantelzorg en de intensiteit ervan steeds de vrije keuze moeten blijven van naasten** en deze keuzes niet het gevolg mogen zijn van ervaren drempels onder meer in beschikbaarheid, bereikbaarheid of betaalbaarheid van professionele zorg en ondersteuning. Bovendien is het belangrijk om naasten na het overlijden van een dierbare nabij te blijven en hen waar mogelijk te ondersteunen zowel op emotioneel vlak (CM, 2024a) als bij juridische en administratieve aangelegenheden. Verder moet ook nagegaan worden op welke manier nabestaanden na het overlijden van een naaste beter ondersteund kunnen worden (bijvoorbeeld uitbreiding rouwverlof, administratieve vereenvoudiging, enz.).

## Conclusie

Deze retrospectieve studie onderzocht het zorgtraject van CM-leden, overleden in de periode 2023-2024. We stelden een toename vast dat het aandeel dat in de vertrouwde omgeving overlijdt, wat een positieve evolutie is. Niettemin situeert het levenseinde van velen zich nog sterk binnen het kader van de gezondheidszorg: vier op tien overlijden in het ziekenhuis en een groot aandeel komt tijdens het laatste levensjaar in contact met het ziekenhuis. Tegelijk wijzen andere onderzoekers op ondergebruik en laattijdige inzet van palliatieve zorg. Op basis van deze informatie formuleerden we verschillende aanbevelingen die moeten bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van leven ook aan het levenseinde. Dit kan gerealiseerd worden door sensibiliseringsacties gericht op meer openheid bij de bevolking rond ziekte en sterven, op het informeren over het belang van vroegtijdige zorgplanning en de meerwaarde van palliatieve zorg. Dit moet gepaard gaan met initiatieven die de kennis en vaardigheden van zorg- en hulpverleners rond het levenseinde en palliatieve zorg versterken en hen ondersteunen, en maatregelen die het specifieke aanbod aan palliatieve zorg uitbreiden en diversifiëren.

## Bibliografie

- Ackaert, K., Avalosse, H., & Verniest, R. (2024). Gezondheidsprofiel van onze ouderen. *Gezondheid & Samenleving*, 9, 4-43.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2024). *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2023*. Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Allers, K., Hoffmann, F., & Schnakenberg, R. (2019). Hospitalizations of nursing home residents at the end of life: a systematic review. *Palliative Medicine*, 33(10), 1282-1298.
- Avalosse, H., Vandeleene, G., & De Spiegeleer, T. (2024). Meer begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming in België. *Gezondheid & Samenleving*, 5, 6-33.
- Chen, H., Nicolson, D., Macleod, U., Allgar, V., Dalgiesh, C., & Johnson, M. (2016). Does the use of specialist palliative care services modify the effect of socioeconomic status on place of death? A systematic review. *Palliative Medicine*, 30(5), 434-445.
- CM. (2024a). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn. Federale, regionale en Europese verkiezingen 2024*. Brussel: Christelijke Mutualiteiten.
- CM. (2024b). *Nieuwe wet patiëntenrechten gestemd: 'Patiënt is meer dan zijn ziekte alleen'*. Opgeroepen op 8 april 2024, van <https://pers.cm.be/nieuwe-wet-patientenrechten-gestemd-patient-is-meer-dan-zijn-ziekte-alleen>.
- Costa, V., Earle, C., Esplen, J., Fowler, R., Goldman, R., Grossman, D., . . . You, J. (2016). The determinants of home and nursing home death: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliative care*, 15(8), 1-15.
- Dauvrin, M., Desomer, A., Savoye, I., Adriaenssens, J., & Ricour, C. (2025). *Het versterken en vervolledigen van het palliatieve zorgaanbod voor de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats - synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- De Schreye, R., Deliëns, L., Annemans, L., Gielen, B., Smets, T., & Cohen, J. (2023). Trends in appropriateness of end-of-life care in people with cancer, COPD or with dementia measured with population-level quality indicators. *PLOS ONE*, 18(2), 1-16.
- De Schreye, R., Smets, T., Deliëns, L., Annemans, L., Gielen, B., & Cohen, J. (2020). Appropriateness of end-of-life care in people dying with dementia: applying quality indicators on linked administrative databases. *Journal of American Medical Directors Association*, 21(8), 1093-1101.
- Departement Zorg. (2024). Plaats van overlijden. Opgeroepen op 13 oktober 2025, van <https://www.departementzorg.be/nl/plaats-van-overlijden>.
- Depoorter, V., Vanschoenbeek, K., Decoster, L., Silversmit, G., Debruyne, P., De Groof, I., . . . Focan, C. (2023). End-of-life care in the last three months before death in older patients with cancer in Belgium. A large retrospective cohort study using data linkage. *Cancers*, 15(3349), 1-21.
- Dupont, C., De Vleminck, A., Deliëns, L., & Gilissen, J. (2023). Advance Care Planning in Belgium. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 180, 121-126.
- Dury, S., & De Donder, L. (2022). *Ziekte en rouw verdienen aandacht in zorgzame buurten*. Opgeroepen op 8 januari 2026, van <https://sociaal.net/opinie/ziekte-en-rouw-zorgzame-buurten-compassionate-communities>.
- FRZV. (2024). *Advies betreffende de programmatie van de Sp palliatief (deel 2)*. Brussel: FOD Volksgezondheid - Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024). *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. KCE Reports 376As*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Gielen, B., Remacle, A., & Mertens, R. (2009). De CM neemt het levenseinde onder de loep: de cijfers. *CM-Informatie*, 235, 3-17.
- Ginggeaw, S., & LeBlanc, R. (2024). The determinants of actual place of death among noncancer patients with end-stage chronic health conditions: a scoping review. *Palliative Care & Social Practice*, 18, 1-13.
- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(7), 1-13.
- Honinx, E., Piers, R., Onwuteaka-Philipsen, B., Payne, S., Szczerbinska, K., Gambassi, G., . . . Smets, T. (2021a). Hospitalisation in the last month of life and in-hospital death of nursing home residents a cross-sectional analysis of six European Countries. *BMJ Open*, 11.
- Honinx, E., Van den Block, L., Piers, R., Van Kuijk, S., Onwuteaka-Philipsen, B., Payne, S., . . . Smets, T. (2021b). Potentially inappropriate treatment at the end of life in nursing home residents. Findings from PACE cross-sectional study in six European countries. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(4), 732-742.
- Houttekier, D., Cohen, J., Surkyn, J., & Deliëns, L. (2011). Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *BMC Public Health*, 11(228), 1-10.
- Janssens, H. (2024). Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'. *Gezondheid & Samenleving*, 10, 4-37.
- Jiang, J., & May, P. (2021). Proportion of deaths in hospitals in European countries: trends and associations from panel data (2005-2017). *European Journal of Public Health*, 31(6), 1176-1183.
- Kasdorf, A., Voltz, R., & Strupp, J. (2024). Dying at home: What is needed? Findings from a nationwide retrospective cross-sectional online survey of bereaved people in Germany. *Palliative and Supportive Care*, 22(6), 1-9.

- Maetens, A., Beernaert, K., Deliens, L., Gielen, B., & Cohen, J. (2019). Who finds the road to palliative home care support? A nationwide analysis on the use of supportive measures for palliative home care using linked administrative databases. *PLoS ONE*, *14*(3), 1-13.
- Mertens, F., Sercu, M., Derycke, A., Naert, L., Deliens, L., Deveugele, M., & Pype, P. (2022). Patients' experiences of transfers between care settings in palliative care: an interview study. *Annals of palliative medicine*, *11*(9), 2830-2843.
- Mistiaen, P., Van den Broeck, K., Aujoulat, I., Schmitz, O., Friedel, M., Genet, M., . . . Wens, J. (2017). *Passende zorg in de laatste levensfase*. KCE Reports 296. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Nivel. (2025). *Ziekenhuisopnames en huisartscontacten in de laatste levensfase in 2023: lichte verschuiving, maar overwegend stabiel beeld*. Opgeroepen op 25 november 2025, van <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/ziekenhuisopnames-en-huisartscontacten-de-laatste-levensfase-2023-lichte-verschuiving-maar>.
- OECD. (2024). *Why is care at the end of life not matching people's preferences?* Paris: OECD.
- O'Sullivan, A., Larsdotter, C., Sawatzky, R., Alvariza, A., Imberg, H., Cohen, J., & Öhlén, J. (2024). Place of care and death preferences among recently bereaved family members: a cross-sectional survey. *BMJ Supportive & palliative care*, *14*, 2904-2913.
- Palliatieve Zorg Vlaanderen. (2021). *Palliatieve zorg in cijfers*. Opgeroepen op 25 november 2025, van <https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/research/palliatieve-zorg-in-cijfers/>.
- Pedersen, T., Raunkiaer, M., & Graven, V. (2024). Barriers and facilitators for place of death: a scoping review. *Palliative and Supportive Care*, *22*(6), 1-14.
- Pollock, K. (2015). Is home always the best and preferred place of death? *BMJ*, *351*, 1-3.
- Quintiens, B., Smets, T., Chambaere, K., Van den Block, L., Deliens, L., Sallnow, L., & Cohen, J. (2023). Discomfort with suffering and dying, a cross-sectional survey of the general public. *Journal of pain and symptom management*, *66*(5), 529-540.
- Reyniers, T., Houttekier, D., Cohen, J., Pasman, R., & Deliens, L. (2014). What justifies hospital admissions at the end of life? A focus group study on perspectives of family physicians and nurses. *Palliative Medicine*, *28*(7), 941-948.
- RIZIV. (2022). *Variaties in medische praktijken. Palliatieve thuiszorg (aangepast)*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2025). *Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds (ledentallen)*. Opgeroepen op 2 juni 2025, van <https://webap-psa.riziv-inami.fgov.be/wrt/nl>.
- Robinson, J., Boyd, M., O'Callaghan, A., Laking, G., Frey, R., Raphael, D., . . . Gott, M. (2014). The extent and cost of potentially avoidable admissions in hospital inpatients with palliative care needs: a cross-sectional study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *5*(3), 1-16.
- Rowley, J., Richards, N., Carduff, E., & Marryn, G. (2021). The impact of poverty and deprivation at the end of life: a critical review. *Palliative care & social practice*, *15*, 1-19.
- Sciensano. (2024). *Zorg rondom het levenseinde*. Opgehaald van <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/zorg-rondom-het-levenseinde#EOL->.
- Statbel. (2024). *Aantal sterfgevallen per maand volgens plaats van overlijden*. Opgehaald van <https://statbel.fgov.be/nl/open-data/aantal-sterfgevallen-maand-volgens-plaats-van-overlijden>.
- Statbel. (2025). *Doodsoorzaken*. Opgeroepen op 17 oktober 2025, van <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken#panel-12>.
- Tay, R., Tan, J., Lim, B., Hum, A., Simpson, J., & Preston, N. (2024). Factors associated with the place of death of persons with advanced dementia. A systematic review of international literature with meta-analysis. *Palliative Medicine*, *38*(9), 896-922.
- Van den Block, L., Bossuyt, N., Van Casteren, V., & Deliens, L. (2007). *Het sterfbed in België. Resultaten van de Senti-Melc studie 2005-2006*. Brussel: Academic and Scientific Publishers nv.
- Van Den Noortgate, N., & Van den Block, L. (2022). End-of-life care for older people: the way forward. *Age and Ageing*, *51*(7), 1-5.
- Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg. (2025). *Jaarrapport resultaten 2024*. Brussel: VIKZ.
- Wendrich-van Dael, A., Bunn, F., Lynch, J., Pivodic, L., Van den Block, L., & Goodman, C. (2020). Advance care planning for people living with dementia: An umbrella review of effectiveness and experiences. *International Journal of Nursing Studies*, *107*, 1-13.
- WHO. (2020). *Palliative care*. Geraadpleegd op 3 september 2025, op <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- Zhiyi, S., Mai, D., Shuqin, Z., Yang, L., Qin, X., Weiyang, L., . . . Yucheng, J. (2025). Factors influencing accessibility of palliative care: a systematic review and meta-analysis.



# Langdurig gebruik van antidepressiva in België

Lisa Colman — UGent

Hervé Avalosse, Rose-Marie Ntahonganyira, Rebekka Verniest — Studiedienst CM-MC

Met dank aan prof. dr. Piet Bracke, prof. dr. Katrijn Delaruelle en dr. Ellen van Leeuwen (UGent)

## Samenvatting

Algemene cijfers tonen dat in België het totale volume aan afgeleverde antidepressiva de voorbije jaren bleef stijgen, ondanks een daling van het aantal nieuwe gebruikers. Een mogelijke verklaring hiervoor is de toename van het aantal langdurige gebruikers. Deze studie onderzoekt daarom de evolutie van antidepressivagebruik tussen 2013 en 2023, met bijzondere aandacht voor patronen en factoren die samenhangen met gebruik gedurende vijftien maanden of langer.

We zien dat het aantal nieuwe gebruikers met 51% daalt, terwijl de prevalentie blijft stijgen en uiteindelijk ongeveer één op drie patiënten antidepressiva vijftien maanden of langer inneemt. Patiënten die in recentere jaren een behandeling startten, blijven de antidepressiva minder vaak langdurig gebruiken, wat wijst op een positieve verschuiving in voorschrijfpactijken. Huisartsen spelen hier een centrale rol: bij bijna vier vijfde van de gebruikers zijn zij de voornaamste voorschrijver, en patiënten onder hun zorg gebruiken de medicatie vaker langdurig dan patiënten onder psychiatrische zorg. Bovendien gaat een hogere frequentie van huisartscontacten samen met een grotere kans op langdurig gebruik.

Sociaaleconomische kwetsbaarheid versterkt deze patronen op complexe wijze: mensen met VT-status gebruiken vaker langdurig antidepressiva wanneer zij voornamelijk binnen de huisartsenzorg worden opgevolgd, terwijl zij binnen psychiatrische zorg net minder vaak langdurig gebruiken. Deze bevindingen wijzen erop dat voorschrijf- en zorgtrajecten sociaal ongelijk verdeeld zijn.

Langdurig antidepressivagebruik vloeit zo niet uitsluitend voort uit individuele klinische beslissingen, maar ook uit structurele kenmerken van het Belgische zorgsysteem, waaronder voorschrijfpactijken, toegankelijkheid van zorg en sociaaleconomische ongelijkheden. Op basis van deze vaststellingen worden enkele aanbevelingen geformuleerd.

Sleutelwoorden: Langdurig antidepressivagebruik, voorschrijfpactijken, huisartsen, sociaaleconomische kwetsbaarheid, kwantitatieve studie

# Inhoudstafel

<b>Inleiding</b>	<b>34</b>
<b>1. Literatuuroverzicht</b>	<b>34</b>
<b>2. Methode</b>	<b>36</b>
2.1. Studiepopulatie	36
2.2. Afhankelijke variabele	36
2.3. Onafhankelijke variabelen	37
2.4. Statistische analyses	38
<b>3. Resultaten</b>	<b>39</b>
3.1. Tijdtrends in antidepressivagebruik	39
3.2. Kenmerken van antidepressivagebruikers	40
3.2.1. Totale studiepulatie	40
3.2.2. Verschillen tussen langdurige en kortdurende gebruikers	42
3.3. Determinanten van langdurig gebruik van antidepressiva	42
3.4. Interactie-effecten tussen determinanten van langdurig gebruik	44
3.4.1. Interacties tussen voorschrijver en zorggebruik	44
3.4.2. Interacties tussen VT-statuu, voorschrijver en zorggebruik	45
<b>4. Bespreking</b>	<b>46</b>
4.1. Voornaamste resultaten	46
4.2. Beperkingen	48
<b>5. Aanbevelingen</b>	<b>49</b>
5.1. Versterk de zorgverleners	49
5.1.1. Vorming en ondersteuning van huisartsen	49
5.1.2. Bevordering van multidisciplinaire samenwerking	50
5.2. Verbeter verder de toegankelijkheid van eerstelijnspsychologische zorg (ELP)	50
5.3. Verminder de sociaaleconomische ongelijkheden in toegang tot zorg	50
<b>Conclusie</b>	<b>50</b>
<b>Bibliografie</b>	<b>52</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>55</b>

## Inleiding

Antidepressiva worden in België op ruime schaal voorgeschreven voor de behandeling van depressie- en angstklachten. Ze gelden als aanbevolen eerstelijnsbehandeling, doorgaans in combinatie met psychotherapie (Cuijpers, et al., 2020). In 2023 kreeg 13,7% van de volwassen Belgische bevolking minstens één voorschrift voor een antidepressivum (IMA, 2025).

Het totale volume aan afgeleverde antidepressiva, uitgedrukt in gedefinieerde dagdosissen (*Defined Daily Doses*, DDD) per 1.000 inwoners, vertoont duidelijk een stijgende trend. Waar het gebruik in 2000 nog 38,8 DDD per 1.000 inwoners bedroeg, steeg dit tot 69,6 in 2010 en 86,5 in 2021. Het gemiddelde voor België ligt hiermee hoger dan zowel het EU-14-gemiddelde (77 DDD/1.000) als het EU-27-gemiddelde (64 DDD/1.000) (Gerkens, et al., 2024b).

Opvallend is echter dat deze toename in antidepressiva-gebruik niet voornamelijk het gevolg is van een groei van het aantal nieuwe gebruikers, maar vooral wijst op een verlenging van de behandelduur (Moore, et al., 2009). Eerder onderzoek toont aan dat voorschriften die zich over langere periodes uitstrekken een substantieel aandeel hebben in deze stijgende trends (Brett, et al., 2017; Mars, et al., 2017). Hoewel klinische richtlijnen aanbevelen om antidepressiva zes tot twaalf maanden na de verbetering van de klachten geleidelijk af te bouwen, en tot twee jaar bij een verhoogd risico op herval (Declercq, et al., 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b), wijzen talrijke studies op een wijdverspreid gebruikspatroon dat deze aanbevolen duur overschrijdt.

In het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten neemt een aanzienlijk deel van de gebruikers antidepressiva gedurende twee tot vijf jaar of langer (Johnson, Williams, MacGillivray, Dougall, & Maxwell, 2017; Petty, House, Knapp, Raynor, & Zermansky, 2006; Takayanagi, et al., 2014). In Nederland gebruikt naar schatting 30% tot 44% van de patiënten antidepressiva langer dan vijftien maanden (Huijbregts, Hoogendoorn, Slottje, van Balkom, & Batelaan, 2017; Meijer, et al., 2004), in Australië is een gemiddelde gebruiksduur van ongeveer vier jaar gerapporteerd (Kjosavik, Gillam, & Roughhead, 2016). Ook voor België wijzen beschikbare cijfers in dezelfde richting: IMA-gegevens tonen aan dat bijna driekwart van de patiënten met een aflevering van antidepressiva deze langer dan één jaar blijft gebruiken (De Maeseneer, 2023).

Tegen deze achtergrond onderzoekt de huidige studie langdurig antidepressivagebruik in België aan de hand van administratieve en facturatiegegevens van CM-leden. Concreet analyseert zij het gebruik van antidepressiva van vijftien maanden of langer in de periode 2013-2023, met aandacht voor de prevalentie ervan, de rol van huisartsen in deze voorschrijfpraktijken en de samenhang met sociaaleconomische kwetsbaarheid. Door dit patroon van aanhoudend gebruik te analyseren binnen de Belgische context van geestelijke gezondheidszorg, beoogt de studie meer inzicht te bieden in langdurig antidepressivagebruik. De analyse maakt deel uit van een ruimer doctoraatsonderzoek aan de UGent naar medicalisering en sociale ongelijkheden in psychofarmacagebruik.

## 1. Literatuuroverzicht

Langdurig antidepressivagebruik verwijst naar situaties waarin een behandeling wordt voortgezet voorbij de aanbevolen duur volgens klinische richtlijnen, ongeacht of de initiële start klinisch gerechtvaardigd was. Gebruik van antidepressiva gaat gepaard met verschillende risico's, waaronder slaapproblemen, seksuele dysfunctie, gastro-intestinale klachten en emotionele vervlakking (Ben-Sheetrit, et al., 2023; Bet, Hugtenburg, Penninx, & Hoogendijk, 2013; Davies & Read, 2019). Bij afbouw kunnen bovendien onttrekkingsverschijnselen optreden, zoals slapeloosheid, misselijkheid, griepachtige klachten of sensorische stoornissen, vooral wanneer de medicatie te snel wordt verminderd (Fava, Gatti, Belaise, Guidi, & Offidani, 2015). Deze symptomen worden geregeld geïnterpreteerd als een terugval, wat voortgezet gebruik verder in de hand werkt (Davies & Read, 2019; Van Leeuwen, et al., 2021b).

Ondanks deze gekende risico's, blijft langdurig antidepressivagebruik relatief onderbelicht in wetenschappelijk onderzoek, en blijken klinische richtlijnen slechts beperkt door te werken in de dagelijkse voorschrijfpraktijk. Zo raadt het Britse *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2022) antidepressiva enkel aan wanneer niet-farmacologische behandelingen onvoldoende effect hebben of bij ernstige depressie, steeds in combinatie met psychotherapie (Kendrick, et al., 2022). Toch blijven gebruikscijfers hoog en zet een aanzienlijk deel van de patiënten de behandeling langdurig voort.

Op maatschappelijk niveau wordt deze praktijk mede gestuurd door bredere processen van medicalisering en farmaceutisering. Medicalisering verwijst naar het proces waarbij normale emotionele ervaringen, zoals verdriet of angst, worden geherdefinieerd als medische problemen waarvoor professionele interventie nodig is (Conrad, 2005). Farmaceutisering benadrukt daarbij de centrale rol van medicatie als voornaamste antwoord op dergelijke ervaringen (Abraham, 2010; Williams, Martin, & Gabe, 2011). Deze tendensen dragen bij aan een verruiming van diagnoses en behandelingen en vervagen de grens tussen wat als 'normaal' en wat als 'pathologisch' wordt beschouwd (Busfield, 2010). Ze worden verder versterkt door de invloed van farmaceutische marketing en zorgsystemen waarin medicatie een laagdrempelige eerstelijns optie vormt (Moynihan, Heath, & Henry, 2002).

Deze dynamieken zijn onder meer zichtbaar bij groepen die als kwetsbaar worden beschouwd, waaronder ouderen. Bij hen worden antidepressiva relatief vaak voorgeschreven zonder duidelijke diagnose, soms preventief en vanuit de perceptie van verhoogde kwetsbaarheid door eenzaamheid of sociale isolatie (Mojtabai & Olfson, 2011). Niet-farmacologische alternatieven of een herziening van het medicatiegebruik blijven daarbij geregeld uit (Boehlen, et al., 2015; Kotwal, Steinman, Cenzer, & Smith, 2021). Zo kan de medicalisering van sociale problemen bijdragen aan een verhoogd gebruik van psychofarmaca (Lam & Vuolo, 2013; Vyas, Watt, Yu, Straus, & Kapral, 2021).

Daarnaast speelt onduidelijkheid over de gepaste behandelduur een belangrijke rol in voortgezet antidepressiva-gebruik. Angst voor herval en vrees voor onttrekkingsverschijnselen maken zowel zorgverleners als patiënten vaak terughoudend om de behandeling af te bouwen. Deze onzekerheid over wanneer en hoe medicatie veilig kan worden stopgezet, draagt bij aan het structureel verlengen van de behandeling (Horowitz & Taylor, 2022; Maund, et al., 2019).

Tegenover deze tendensen staan in België recente beleidsmaatregelen die inzetten op de uitbreiding van eerstelijnspsychologische zorg als alternatief voor medicatie. Sinds 2021 worden sessies bij erkende klinisch psychologen en orthopedagogen gedeeltelijk terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering, met als doel psychologische zorg toegankelijker te maken (FOD Volksgezondheid, 2023). Hoewel het gebruik van eerstelijnspsychologische zorg sterk is toegenomen, blijven regionale verschillen, beperkte capaciteit en structurele wachtlijsten belangrij-

ke drempels (Noirhomme, 2025; Gerkens, et al., 2024a). De hervorming is zo een belangrijke stap vooruit, maar biedt voorlopig geen volledig antwoord op de brede vraag naar toegankelijke en tijdige psychologische zorg.

Verder speelt op het niveau van de zorgpraktijk de zorgverlener een centrale rol in het voorschrijven en voortzetten van antidepressiva. In België wordt deze medicatie hoofdzakelijk voorgeschreven door huisartsen, die doorgaans ook instaan voor de opvolging van de behandeling (RIZIV, 2024). Door hun laagdrempeligheid en vaak langdurige relatie met patiënten, nemen zij een sleutelpositie in (Hyde, et al., 2005; Tardieu, et al., 2006). Die vertrouwensrelatie kan er echter toe leiden dat behandelingen worden voortgezet zonder regelmatige evaluatie van de noodzaak ervan (Johnson, Williams, MacGillivray, Dougall, & Maxwell, 2017).

Tot slot beïnvloedt de sociaaleconomische positie van patiënten het voorschrijfgedrag. Voor sociaaleconomisch kwetsbare groepen vormen antidepressiva vaak een toegankelijker alternatief dan psychologische zorg, onder meer vanwege lagere eigen kosten (Von Soest, Bramness, Pedersen, & Wichstrom, 2012; Belgium.be, 2024). Impliciete aannames bij zorgverleners over de haalbaarheid van psychotherapie voor deze groepen kunnen dit verder versterken (Hyde, et al., 2005; Johnson, Williams, MacGillivray, Dougall, & Maxwell, 2017).

Op basis van dit literatuuroverzicht behandelt deze studie drie onderzoeksvragen:

- 1. Hoe evolueerden de prevalentie en incidentie van antidepressiva-gebruik in België tussen 2013 en 2023, met bijzondere aandacht voor gebruik van vijftien maanden of langer?**
- 2. In welke mate spelen huisartsen een rol in het voortzetten van een behandeling met antidepressiva, en hoe verhoudt dit zich tot bredere patronen van zorggebruik?**
- 3. Hoe beïnvloedt sociaaleconomische kwetsbaarheid de behandelduur met antidepressiva, en hoe hangt dit samen met voorschrijfpraktijken en zorggebruik?**

Door administratieve gegevens te koppelen aan informatie over voorschrijfpraktijken, zorggebruik en kwetsbaarheid, biedt deze studie een empirisch onderbouwde kijk op langdurig antidepressiva-gebruik in België.

## 2. Methode

### 2.1. Studiepopulatie

Deze studie maakt gebruik van administratieve en facturatiegegevens uit de verplichte ziekteverzekering (VP), die CM als ziekenfonds verzamelt in het kader van haar wettelijke opdracht. Het geanalyseerde databestand omvat de volledige afleveringsgeschiedenis van alle types antidepressiva die binnen de VP worden terugbetaald aan CM-leden, voor de periode van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2023.

Voor elke aflevering van een terugbetaald antidepressivum is gedetailleerde informatie beschikbaar, waaronder de afleveringsdatum, de ATC-code<sup>1</sup>, het uniek nationale identificatienummer van het geneesmiddel (CNK-code), de verpakkingseenheid, de gedefinieerde dagdosis (*Defined Daily Dose*, DDD<sup>2</sup>), de dosis per verpakking (*Dose Per Package*, DPP) en het type voorschrijver (huisarts of specialist-e).

De analyses zijn gebaseerd op de gegevens van 701.409 CM-leden tussen 18 en 85 jaar die in de onderzoeksperiode minstens één keer een terugbetaald antidepressivum afhaalden bij een openbare apotheek (ambulante zorg). Voor elk kalenderjaar van 2013 tot en met 2022 identificeerden we diegenen die voor het eerst een behandeling met antidepressiva startten, meer bepaald de personen met een terugbetaling voor een antidepressivum zonder dergelijke terugbetaling in de vijftien daaraan voorafgaande maanden. Deze personen worden beschouwd als starters.

Personen werden uitgesloten indien hun gegevensgeschiedenis voor deze voorafgaande periode van vijftien maanden niet volledig beschikbaar was, of indien er geen opvolging van minstens vijftien maanden mogelijk was na de start van de behandeling<sup>3</sup>. De opvolging van individuele personen eindigde bij de laatste aflevering van een

terugbetaald antidepressivum, het einde van de onderzoeksperiode, het stopzetten van het CM-lidmaatschap of bij overlijden. Om voor alle deelnemers een minimale opvolgperiode van vijftien maanden te kunnen garanderen, zijn vanaf 30 september 2022 geen nieuwe starters meer opgenomen in de studie. Een gedetailleerde beschrijving van de *data cleaning* en de gehanteerde selectiecriteria is opgenomen in Bijlage 1.

### 2.2. Afhankelijke variabele

De afhankelijke variabele in deze studie onderscheidt twee vormen van antidepressivagebruik: kortdurend gebruik (KG) en langdurig gebruik (LG). Daarbij wordt enkel gekeken naar de eerste episode van antidepressivagebruik tijdens de observatieperiode<sup>4</sup>, die wordt geclassificeerd als kortdurend of langdurig. De focus op de eerste episode is een bewuste keuze. Latere episodes verschillen vaak systematisch van de eerste episode, omdat eerdere behandelervaringen zowel het voorschrijfgedrag van zorgverleners als de therapietrouw van patiënten beïnvloeden. Bovendien bevelen klinische richtlijnen bij terugkerende depressies doorgaans een langere behandelduur aan (tot twee jaar) dan bij een eerste episode (Declercq, et al., 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b; Hardeveld, Spijker, de Graaf, Nolen, & Beekman, 2010). Door te focussen op de eerste episode kan het verloop van antidepressivagebruik worden bestudeerd zonder verstoring door eerdere behandelingen.

Voor de episode die in de analyses is meegenomen, wordt kortdurend gebruik gedefinieerd als een duur van minder dan vijftien maanden. De gebruiksduur is berekend op basis van de afgeleverde verpakkingen en de dosis per verpakking (*Dose Per Package*, DPP), in overeenstemming met de richtlijnen rond de gedefinieerde dagdosis (*Defined Daily Dose*, DDD). Voor elke aflevering is een theoretische einddatum berekend op basis van de afleveringsdatum en de veronderstelde dagdosering.

1 Voor meer informatie over de ATC-classificatie, zie: Stokx, Van haecht, & Ntahonganyira (2025), p. 63.

2 DDD of *defined daily dose* is de gedefinieerde dagelijkse dosis. "Deze wordt gedefinieerd als de veronderstelde gemiddelde onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel dat wordt gebruikt voor zijn belangrijkste indicatie bij volwassenen. [...] De DDD wordt toegekend door een bureau van deskundigen van de Wereldgezondheidsorganisatie [WHO] voor elke werkzame stof die behoort tot de internationale ATC-classificatie [*Anatomical Therapeutic Chemical*] van werkzame stoffen" (Seys, Houben, Marchal, Spago, & Vansnick, 2001, p. 457, eigen vertaling).

3 Bijvoorbeeld omdat zij in de voorafgaande periode nog geen lid waren van CM, of omdat er na de startdatum geen volledige vijftien maanden opvolging beschikbaar was door het stopzetten van het lidmaatschap of een overlijden.

4 Dit betreft situaties waarin binnen de onderzoeksperiode meerdere nieuwe behandelingsepisodes konden worden gedetecteerd. Wanneer bijvoorbeeld een eerste episode werd vastgesteld en na meerdere jaren zonder afleveringen opnieuw een 'nieuwe' start plaatsvond, werd uitsluitend de eerste episode in de analyses opgenomen.

Om te bepalen of opeenvolgende afleveringen tot dezelfde episode behoren, is een marge van 180 dagen gehanteerd. Wanneer de tijd tussen de theoretische einddatum van een aflevering en de volgende aflevering minder dan 180 dagen bedroeg, zijn beide afleveringen beschouwd als onderdeel van dezelfde episode, conform eerdere studies (Huijbregts, Hoogendoorn, Slottje, van Balkom, & Batelaan, 2017). Deze marge houdt rekening met mogelijk onregelmatige inname, laattijdige afhaling of verschillen tussen de veronderstelde en de werkelijke dosering, en voorkomt dat een tijdelijke onderbreking meteen als een stopzetting van de behandeling wordt geïnterpreteerd.

Voor elke episode is vervolgens het totale aantal gebruiksdagen berekend en ingedeeld als kortdurend (<15 maanden) of langdurig (≥15 maanden). De afkapwaarde van vijftien maanden is gebaseerd op klinische richtlijnen die aanbevelen om een behandeling met antidepressiva minstens zes maanden voort te zetten na de verbetering van depressieve klachten, om herval te voorkomen en herstel te bestendigen (Declercq, et al., 2017; NICE, 2022).

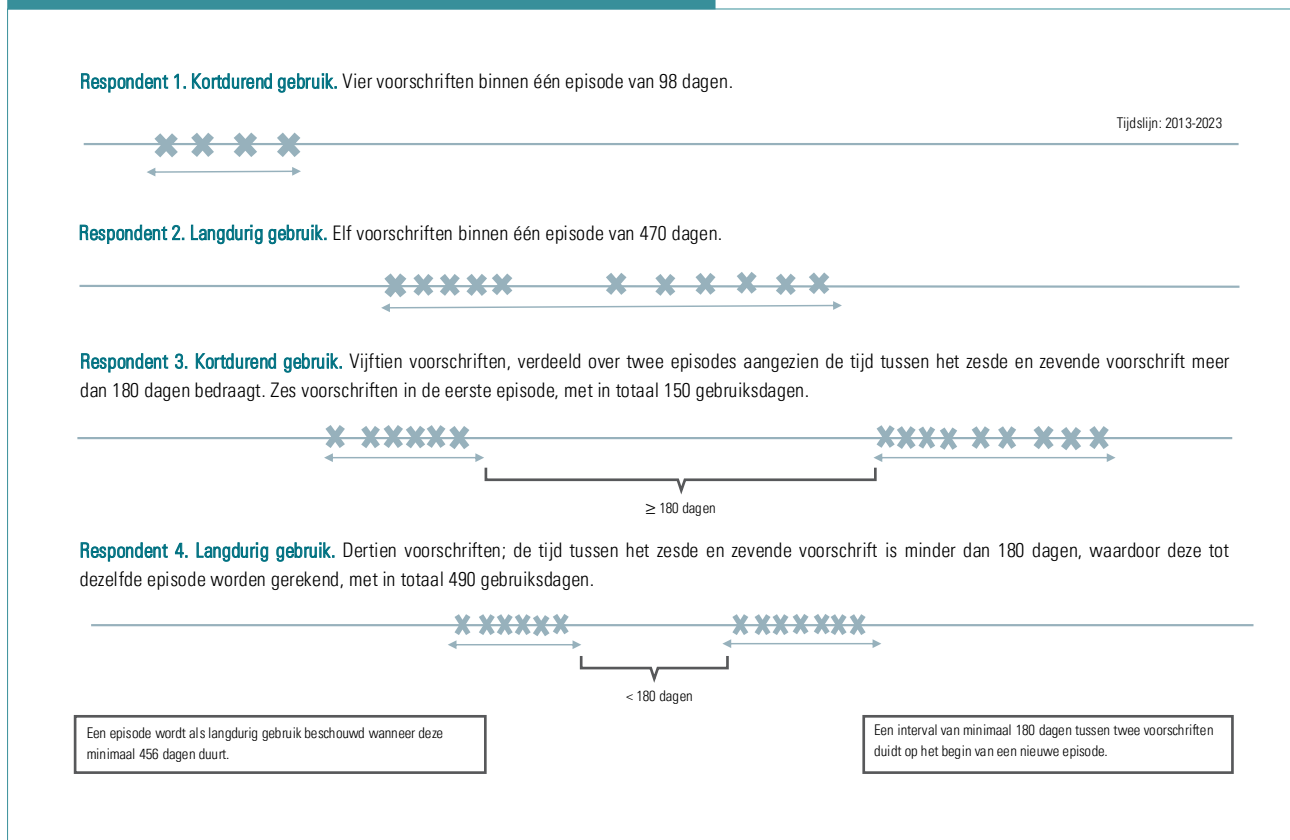
Voor angstklachten wordt doorgaans een behandelduur van twaalf maanden aanbevolen. Gezien de frequente samenhang tussen depressie en angst, en het ontbreken van diagnostische informatie in de gebruikte gegevens, is gekozen voor een uniforme grens van twaalf maanden, aangevuld met drie maanden om een geleidelijke en veilige afbouw (*tapering*) mogelijk te maken.

Figuur 1 illustreert deze afbakening aan de hand van vier fictieve aflevergeschiedenissen.

### 2.3. Onafhankelijke variabelen

De onafhankelijke variabelen in deze studie zijn onderverdeeld in vier categorieën: demografische kenmerken, kenmerken van sociaaleconomische en gezondheidsgerelateerde kwetsbaarheid, medicatie-gerelateerde kenmerken en zorggebruik. Tabel 1 geeft een overzicht van de opgenomen variabelen en hun operationalisering.

**Figuur 1: Illustratieve tijdslijnen van vier fictieve aflevergeschiedenissen**



Tabel 1: Overzicht van de onafhankelijke variabelen

Categorie	Variabele	Toelichting
Demografisch	Geslacht	Man/vrouw, gemeten in startjaar van de behandeling (eerste episode)
	Leeftijd	Continue variabele, gemeten in startjaar van behandeling (eerste episode)
	Gewest	Vlaanderen, Wallonië of Brussel
Sociaaleconomische kwetsbaarheid	VT-statuut	Recht op verhoogde tegemoetkoming <sup>5</sup>
	Werkloosheid	Minstens één dag werkloosheid tijdens startjaar van behandeling
	Wijkgezondheidscentrum (WGC)	Ingeschreven bij een WGC <sup>6</sup>
Gezondheidsgerelateerde kwetsbaarheid	Arbeidsongeschiktheid	Minstens één dag primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit <sup>7</sup> tijdens startjaar van behandeling
	Statuut chronische aandoening	Toegekend op basis van hoge en langdurige zorgkosten <sup>8</sup>
Medicatie-gerelateerd	Type antidepressivum	ATC-code niveau 4: N06AA (TCA's), N06AB (SSRI's) of N06AX (overige)
	Voornaamste voorschrijver	Huisarts of specialist-e (gebaseerd op het grootste aantal afleveringen)
	Startjaar eerste behandelings-episode	2013-2022 (opgenomen als controlevariabele voor tijdtrends)
Zorggebruik	Huisartscontacten	Aantal contacten in de 12 maanden na start behandeling; gehercodeerd in vier niveaus (kwartielen)
	Psychiatercontact	Consultatie bij een psychiater binnen de 12 maanden na start behandeling (ja/nee)
	Psychotherapie bij psychiater	Psychotherapie sessies bij een psychiater binnen 12 maanden na start behandeling (ja/nee)

Alle variabelen zijn gemeten in of vanaf het startjaar van de eerste behandelings-episode met antidepressiva, tenzij anders vermeld.

## 2.4. Statistische analyses

Eerst zijn univariate analyses uitgevoerd voor de studiepopulatie. Deze leverden informatie op over algemene tijdtrends: de jaarlijkse prevalentie en incidentie van antidepressivagebruik enerzijds en het gemiddeld aantal gedefinieerde dagdosissen en gebruiksdagen per jaar anderzijds.

Vervolgens zijn demografische, kwetsbaarheids-, medicatie- en zorggebruikskennmerken berekend voor het startjaar van de eerste episode van een behandeling met antidepressiva, om zo de studiepopulatie te beschrijven. Daarna zijn bivariate analyses uitgevoerd om verschillen tussen langdurige gebruikers (LG) en kortdurende gebruikers (KG) te toetsen, met behulp van t-toetsen en chi-kwadraattoetsen.

5 Voor meer informatie, zie <https://www.cm.be/leef/preventie-en-gezondheid/geldzaken/verhoogde-tegemoetkoming>.

6 Voor meer informatie, zie <https://www.cm.be/nl/wijkgezondheidscentra>.

7 Arbeidsongeschiktheid omvat zowel primaire arbeidsongeschiktheid als invaliditeit. Primaire arbeidsongeschiktheid volgt op een periode van gewaarborgd loon bij de werkgever. Invaliditeit treedt in na één jaar arbeidsongeschiktheid.

8 Dit statuut wordt toegekend op basis van hoge en terugkerende zorgkosten (en/of autonomie-verlies), niet noodzakelijk op basis van een gediagnosticeerde chronische ziekte. Voor meer informatie, zie <https://www.cm.be/nl/diensten-en-voordelen/statuut-chronische-aandoening>.

Aansluitend is een multivariate logistische regressieanalyse uitgevoerd om de determinanten van langdurig gebruik (LG) te identificeren. Daarbij zijn vier stapsgewijze modellen geschat, met telkens toevoeging van bijkomende variabelen:

- Model 1: demografische variabelen;
- Model 2: + kwetsbaarheidsvariabelen;
- Model 3: + medicatie-gerelateerde variabelen;
- Model 4: + zorggebruik.

Om na te gaan of de relatie tussen zorggebruik en langdurig gebruik verschilt naargelang wie de medicatie voorschrijft, zijn drie interactiemodellen getest:

- Model 5: voorschrijver × huisartscontact;
- Model 6: voorschrijver × psychiatercontact;
- Model 7: voorschrijver × psychotherapiecontact bij een psychiater.

Tot slot zijn vier bijkomende interactiemodellen getest om te onderzoeken of het recht op verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut) het verband tussen de hoofdvoorschrijver of zorggebruik en langdurig gebruik modereert:

- Model 8: VT-statuut × voorschrijver;
- Model 9: VT-statuut × huisartscontact;
- Model 10: VT-statuut × psychiatercontact;
- Model 11: VT-statuut × psychotherapiecontact bij een psychiater.

Alle interacties zijn grafisch weergegeven met staafdiagrammen. De logistische regressiemodellen rappor-

teerden *odds ratio's* (OR) met bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen (BI).

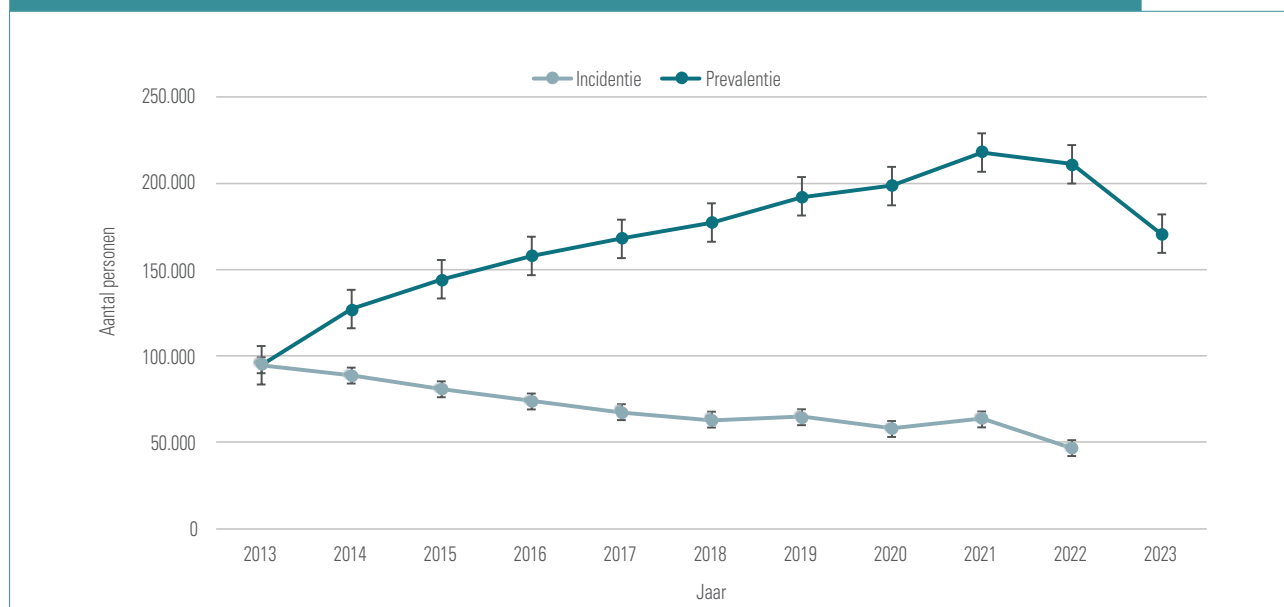
Om de robuustheid van de resultaten te toetsen, zijn twee sensitiviteitsanalyses uitgevoerd: (1) een alternatieve afkapwaarde van twaalf maanden in plaats van vijftien maanden voor langdurig gebruik; (2) de uitsluiting van uitschieters op basis van de totale gebruiksduur en het aantal gedefinieerde dagdosissen. Verdere details zijn opgenomen in bijlage 2.

## 3. Resultaten

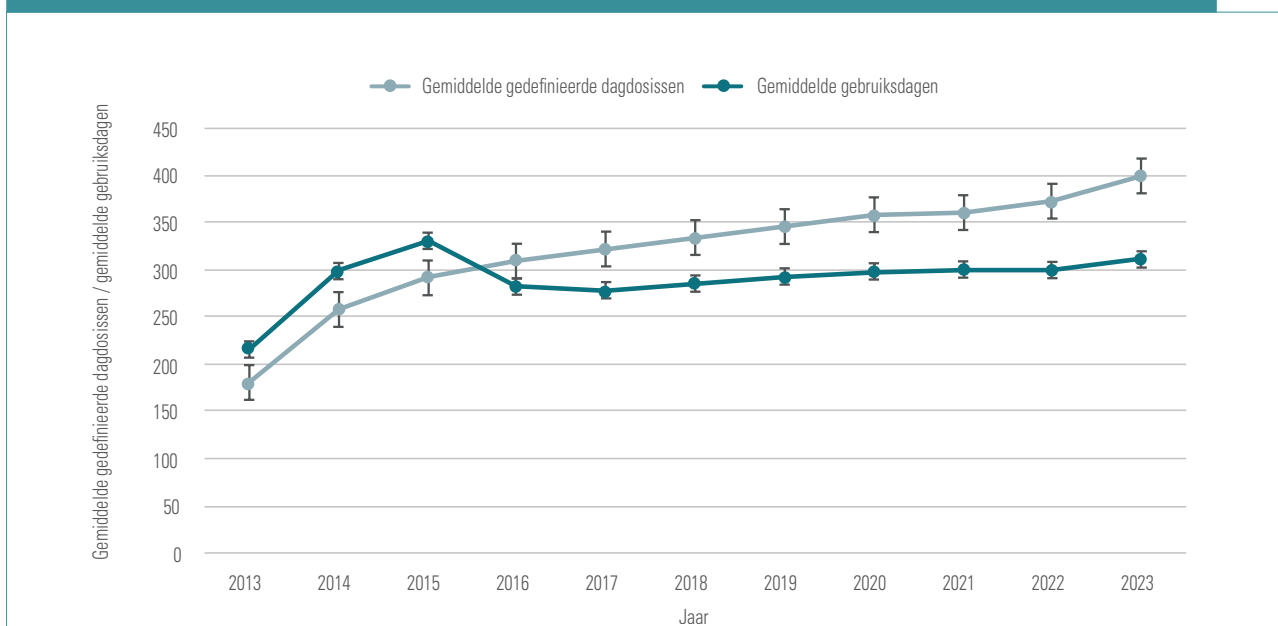
### 3.1. Tijdrends in antidepressivagebruik

Figuur 2 en figuur 3 tonen de tijdrends in antidepressivagebruik onder CM-leden tussen 2013 en 2023. De incidentie, gedefinieerd als het aantal leden dat voor het eerst met een antidepressivabehandeling start, vertoont een duidelijk dalende trend: het aantal nieuwe gebruikers neemt af van 94.701 in 2013 (13,5% van de CM-populatie) tot 46.765 in 2022 (6,7%), wat overeenkomt met een daling van 51% over de onderzochte periode (zie ook Tabel 2). Tegelijkertijd stijgt de prevalentie van antidepressivagebruik: het aantal CM-leden dat op een bepaald moment antidepressiva gebruikt, neemt toe tot een piek van 217.779 in 2021 en daalt vervolgens naar 170.870 in 2023.

**Figuur 2: Incidentie en prevalentie van antidepressivagebruik onder CM-leden, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM)**



**Figuur 3: Gemiddeld aantal gedefinieerde dagdosissen (DDD) en gebruiksdagen per persoon per jaar onder CM-leden, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM)**



Naast deze tegengestelde trends in incidentie en prevalentie, neemt ook de intensiteit van gebruik toe. Het gemiddeld aantal gedefinieerde dagdosissen (DDD) per persoon per jaar stijgt, van 181 in 2013 tot 400 in 2023, net als het gemiddeld aantal gebruiksdagen per persoon per jaar, van 216 dagen in 2013 tot 311 dagen in 2023. Deze stijgende patronen blijven behouden na uitsluiting van uitschieters (zie Bijlage 3). Hoewel de absolute gemiddelden zonder uitschieters lager liggen, blijft de toename in gebruiksduur en -intensiteit duidelijk zichtbaar.

### 3.2. Kenmerken van antidepressivagebruikers

#### 3.2.1. Totale studiepopulatie

Tabel 2 geeft een overzicht van de kenmerken van CM-leden in het startjaar van hun eerste episode van antidepressivagebruik (N=701.409). De meerderheid van de gebruikers is vrouw (59,1%) en de gemiddelde leeftijd bedraagt 51,1 jaar. Zoals verwacht woont het grootste deel van de gebruikers in Vlaanderen (72,9%), waar CM het grootste marktaandeel heeft.

Wat betreft sociaaleconomische kwetsbaarheid, heeft 17,7% van de gebruikers recht op verhoogde tegemoetkoming (VT-statuuat), is 12,1% minstens één dag werkloos in het startjaar van de behandeling en is 2,2% ingeschreven bij een wijkgezondheidscentrum. Gezondheidsgerelateer-

de kwetsbaarheid komt eveneens frequent voor: 21,8% kent een periode van primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit en 15,4% heeft recht op het statuut chronische aandoening.

Inzake het type antidepressivum, zijn selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's; ATC-code N06AB) het vaakst voorgeschreven. Bijna de helft van de gebruikers (46,7%) start met dit type, gevolgd door tricyclische antidepressiva (TCA's; N06AA) en overige antidepressiva (N06AX). Bij de overgrote meerderheid van de gebruikers (79,5%) is de huisarts de hoofdvoorschrijver.

Gemiddeld nemen leden 574 DDD over een periode van 630 dagen tijdens hun behandelingsperiode. Deze gemiddelden zijn echter sterk beïnvloed door een beperkte groep patiënten met zeer hoog gebruik. Na uitsluiting van deze uitschieters dalen de gemiddelden tot 158 DDD over 195 dagen (N=550.138). In totaal is 67,3% van de gebruikers gecategoriseerd als kortdurende gebruiker (KG) en 32,7% als langdurige gebruiker (LG).

Qua zorggebruik, heeft 31,1% van de gebruikers in het startjaar weinig tot geen contact met de huisarts, terwijl 23,3% zich in de hoogste contactcategorie bevindt. Deze indeling is gebaseerd op het aantal huisartscontacten in het startjaar van de behandeling (zie deel 2.3). Daarnaast heeft 4,9% van de gebruikers tijdens het startjaar minstens één consultatie bij een psychiater en krijgt 9,9% minstens één sessie gestructureerde psychotherapie bij een psychiater.

Tabel 2: Kenmerken van CM-leden bij de eerste episode van antidepressivagebruik en verschillen tussen kort- en langdurige gebruikers, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM)

Variabele	Totaal		LG		KG		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Geslacht (vrouw)</b>	414.465	59,1	142.329	62,1	272.329	57,7	
<b>Leeftijd<sup>a</sup></b>	51,1 (50)	-	51,7 (51)	-	50,8 (50)	-	
<b>Regio</b>	<b>Vlaams Gewest</b>	511.486	72,9	169.037	73,8	342.449	72,5
	<b>Waals Gewest</b>	165.403	23,6	52.713	23,0	112.690	23,7
	<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>	24.520	3,5	7.333	3,2	17.187	3,6
<b>VT-statuut (ja)</b>	124.060	17,7	42.405	18,5	81.655	17,3	
<b>Werkloosheid (ja)</b>	84.512	12,1	24.588	10,7	59.924	12,7	
<b>Ingeschreven in WGC (ja)</b>	15.410	2,2	4.603	2,0	10.807	2,3	
<b>Primaire arbeidsongeschiktheid/invaliditeit (ja)</b>	152.640	21,8	57.747	25,2	94.893	20,1	
<b>Statuut chronische aandoening (ja)</b>	108.203	15,4	40.724	17,8	67.479	14,3	
<b>Type antidepressivum</b>	<b>TCA's (N06AA)</b>	158.221	22,6	53.779	23,5	104.442	22,1
	<b>SSRI's (N06AB)</b>	327.604	46,7	136.416	59,6	191.188	40,5
	<b>Overige (N06AX)</b>	215.584	30,7	38.888	17,0	176.696	37,4
<b>Voorschrijver</b>	<b>Huisarts</b>	557.452	79,5	187.754	82,0	369.698	78,3
	<b>Specialist-e</b>	143.957	20,5	41.329	18,0	102.628	21,7
<b>Startjaar van de behandeling</b>	<b>2013</b>	94.701	13,5	33.711	14,7	60.990	12,9
	<b>2014</b>	88.737	12,7	30.763	13,4	57.974	12,3
	<b>2015</b>	80.800	11,5	27.771	12,1	53.029	11,2
	<b>2016</b>	73.751	10,5	24.639	10,8	49.112	10,4
	<b>2017</b>	67.579	9,6	22.541	9,8	45.038	9,5
	<b>2018</b>	63.244	9,0	21.070	9,2	42.174	8,9
	<b>2019</b>	64.639	9,2	21.084	9,2	43.555	9,2
	<b>2020</b>	57.824	8,2	18.618	8,1	39.206	8,3
	<b>2021</b>	63.369	9,0	18.133	7,9	45.236	9,6
	<b>2022</b>	46.765	6,7	10.753	4,7	36.012	7,6
<b>Huisartscontact</b>	<b>Geen of minimaal</b>	218.407	31,1	58.106	25,4	160.301	33,9
	<b>Laag</b>	168.486	24,0	52.742	23,0	115.744	24,5
	<b>Gemiddeld</b>	150.835	21,5	53.309	23,3	97.526	20,7
	<b>Hoog</b>	163.681	23,3	64.926	28,3	98.755	20,9
<b>Psychiatercontact (ja)</b>	34.432	4,9	18.475	8,1	15.957	3,4	
<b>Psychotherapiecontact bij psychiater (ja)</b>	69.114	9,9	37.403	16,3	31.711	6,7	
<b>Totale gedefinieerde dagdosissen<sup>b</sup></b>	574,1	-	-	-	-	-	
<b>Totale gebruiksdagen<sup>c</sup></b>	629,7	-	-	-	-	-	
<b>Kortdurend gebruik (&lt; 15 maanden)</b>	472.326	67,3	-	-	-	-	
<b>Langdurig gebruik (≥ 15 maanden)</b>	229.083	32,7	-	-	-	-	

<sup>a</sup> Leeftijd weergegeven als gemiddelde en mediaan.

<sup>b</sup> Gemiddelde vertekend door leden met zeer hoog gebruik; na uitsluiting van uitschieters bedraagt het gemiddelde 158,14 DDD.

<sup>c</sup> Gemiddelde vertekend door leden met zeer lange gebruiksduur; na uitsluiting van uitschieters bedraagt het gemiddelde 195,33 gebruiksdagen.

### 3.2.2. Verschillen tussen langdurige en kortdurende gebruikers

Tabel 2 toont tevens de verschillen in kenmerken tussen langdurige (LG) en kortdurende gebruikers (KG). LG zijn vaker vrouw dan KG (62,1% versus 57,7%) en vertonen vaker kenmerken van kwetsbaarheid, waaronder VT-statuuat (18,5% versus 17,3%), primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit (25,2% versus 20,1%) en het statuut chronische aandoening (17,8% versus 14,3%). Daartegenover zijn LG minder vaak werkloos dan KG (10,7% versus 12,7%).

Naar type antidepressivum, krijgen LG vaker een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) voorgeschreven (59,6% versus 40,5%), terwijl dit bij KG vaker overige antidepressiva zijn (37,4% versus 17,0%). In beide groepen zijn huisartsen de voornaamste voorschrijvers, al is dit aandeel hoger bij LG dan bij KG (82,0% versus 78,3%).

Ook het zorggebruik ligt bij LG hoger. Zo bevindt 28,3% van de LG zich in de hoogste categorie van huisartscontacten, tegenover 20,9% bij KG. Daarnaast hebben LG vaker contact met een psychiater voor een reguliere consultatie (8,1% versus 3,4%) en krijgen zij vaker psychotherapie bij een psychiater in het startjaar van de behandeling (16,3% versus 6,7%). Alle gerapporteerde verschillen zijn statistisch significant ( $p < 0,001$ ).

### 3.3. Determinanten van langdurig gebruik van antidepressiva

Tabel 3 toont de resultaten van de stapsgewijze logistische regressieanalyse.

Model 1, met inclusie van enkel de sociodemografische variabelen, toont voor vrouwen een grotere kans op langdurig gebruik dan voor mannen ( $OR = 1,21$ ,  $p < 0,001$ ). Ook leeftijd is positief geassocieerd met langdurig gebruik: oudere personen nemen vaker langdurig antidepressiva ( $OR = 1,03$  per levensjaar,  $p < 0,001$ ). Volgens regio kennen inwoners van het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest minder vaak langdurig gebruik in vergelijking met deze van Vlaanderen (respectievelijk  $OR = 0,95$  en  $OR = 0,87$ ,  $p < 0,001$ ).

In model 2 zijn variabelen toegevoegd die wijzen op sociaal-economische en gezondheidsgerelateerde kwetsbaar-

heid. VT-statuuat gaat samen met iets frequenter langdurig gebruik ( $OR = 1,04$ ,  $p < 0,001$ ), terwijl inschrijving bij een WGC samenhangt met minder vaak langdurig gebruik ( $OR = 0,89$ ,  $p < 0,001$ ). Deze verbanden verdwijnen of keren echter om in latere modellen, wat erop wijst dat deze effecten deels worden verklaard door verschillen in zorggebruik, die pas in model 4 zijn opgenomen.

Gezondheidsgerelateerde kwetsbaarheid is daarentegen consistent voorspellend voor langdurig gebruik. Personen in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit nemen antidepressiva vaker langdurig ( $OR = 1,41$ ,  $p < 0,001$ ), net als personen met het statuut chronische aandoening ( $OR = 1,23$ ,  $p < 0,001$ ). Werkloosheid gaat in alle modellen samen met minder frequent langdurig gebruik ( $OR = 0,83$ ,  $p < 0,001$ ).

Model 3 voegt medicatie-gerelateerde kenmerken en de hoofdvoorschrijver toe. Vergeleken met tricyclische antidepressiva (TCA's), is het gebruik van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) vaker langdurig ( $OR = 1,42$ ,  $p < 0,001$ ), terwijl het gebruik van overige antidepressiva (N06AX) minder vaak langdurig is ( $OR = 0,43$ ,  $p < 0,001$ ). Daarnaast gaat een recenter startjaar van de behandeling samen met minder frequent langdurig gebruik ( $OR = 0,96$ ,  $p < 0,001$ ).

Ook de hoofdvoorschrijver blijkt van belang. Patiënten bij wie antidepressiva voornamelijk door een specialist-e worden voorgeschreven, nemen minder vaak langdurig antidepressiva dan patiënten met de huisarts als voornaamste voorschrijver ( $OR = 0,77$ ,  $p < 0,001$ ).

In model 4 wordt zorggebruik aan de analyse toegevoegd. Meer huisartscontacten gaan samen met een hogere kans op langdurig gebruik (laag contact:  $OR = 1,21$ ,  $p < 0,001$ ; gemiddeld contact:  $OR = 1,38$ ,  $p < 0,001$ ; hoog contact:  $OR = 1,55$ ,  $p < 0,001$ ). Dit wijst op een duidelijke dosis-responsrelatie<sup>9</sup>.

Psychiatrische zorg is de sterkste voorspeller van langdurig gebruik. Zowel een reguliere consultatie bij een psychiater ( $OR = 2,21$ ,  $p < 0,001$ ) als het volgen van psychotherapie bij een psychiater ( $OR = 3,13$ ,  $p < 0,001$ ) gaan samen met duidelijk vaker langdurig gebruik. Deze bevinding lijkt op het eerste gezicht tegenstrijdig met model 3, waarin een specialist-e als hoofdvoorschrijver geassocieerd is met minder vaak langdurig gebruik. Om dit spanningsveld nader te onderzoeken, zijn bijkomende interactiemodellen geschat (zie deel 3.4).

9 Een dosis-responsrelatie betekent dat naarmate er meer huisartscontacten zijn, langdurig gebruik vaker voorkomt.

**Tabel 3: Odds ratio's (OR) uit de logistische regressieanalyse van langdurig antidepressivagebruik, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM)**

	<b>Model 1 OR (95% BI)</b>	<b>Model 2 OR (95% BI)</b>	<b>Model 3 OR (95% BI)</b>	<b>Model 4 OR (95% BI)</b>
<b>Geslacht (referentie: man)</b>	1,21 (1,19-1,22)	1,20 (1,19-1,22)	1,16 (1,15-1,78)	1,16 (1,15-1,18)
<b>Leeftijd</b>	1,03 (1,03-1,03)	1,03 (1,02-1,03)	1,04 (1,04-1,04)	1,06 (1,06-1,07)
<b>Regio (referentie: Vlaanderen)</b>				
Waals Gewest	0,95 (0,94-0,96)	0,95 (0,94-0,96)	0,86 (0,85-0,87)	0,90 (0,89-0,92)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	0,87 (0,85-0,89)	0,89 (0,86-0,91)	0,85 (0,83-0,88)	0,85 (0,82-0,87)
<b>VT-statuut (referentie: nee)</b>	-	1,04 (1,02-1,05)	1,03 (1,01-1,05)	0,94 (0,93-0,95)
<b>Werkloosheid (referentie: nee)</b>	-	0,83 (0,82-0,85)	0,81 (0,80-0,82)	0,83 (0,82-0,84)
<b>Ingeschreven in wijkgezondheidscentrum (referentie: nee)</b>	-	0,89 (0,86-0,92)	0,94 (0,90-0,97)	1,10 (1,06-1,14)
<b>Primaire arbeidsongeschiktheid/ invaliditeit (referentie: nee)</b>	-	1,41 (1,40-1,43)	1,44 (1,42-1,46)	1,23 (1,21-1,24)
<b>Statuut chronische aandoening (referentie: nee)</b>	-	1,23 (1,21-1,25)	1,34 (1,32-1,36)	1,22 (1,20-1,24)
<b>Type antidepressivum (referentie: tricyclische antidepressiva, N06AA)</b>				
SSRIs (N06AB)	-	-	1,42 (1,40-1,44)	1,23 (1,21-1,24)
Overige (N06AX)	-	-	0,43 (0,42-0,43)	0,39 (0,39-0,40)
<b>Startjaar (2013-2022)</b>	-	-	0,96 (0,96-0,96)	0,96 (0,95-0,96)
<b>Voorschrijver (referentie: huisarts)</b>				
Specialist-e	-	-	0,77 (0,76-0,78)	0,55 (0,54-0,56)
<b>Huisartscontact (referentie: geen of minimaal)</b>				
Laag	-	-	-	1,21 (1,19-1,23)
Gemiddeld	-	-	-	1,38 (1,36-1,40)
Hoog	-	-	-	1,55 (1,52-1,57)
<b>Psychiatercontact (referentie: nee)</b>	-	-	-	2,21 (2,15-2,26)
<b>Psychotherapiecontact bij psychiater (referentie: nee)</b>	-	-	-	3,13 (3,07-3,19)

### 3.4. Interactie-effecten tussen determinanten van langdurig gebruik

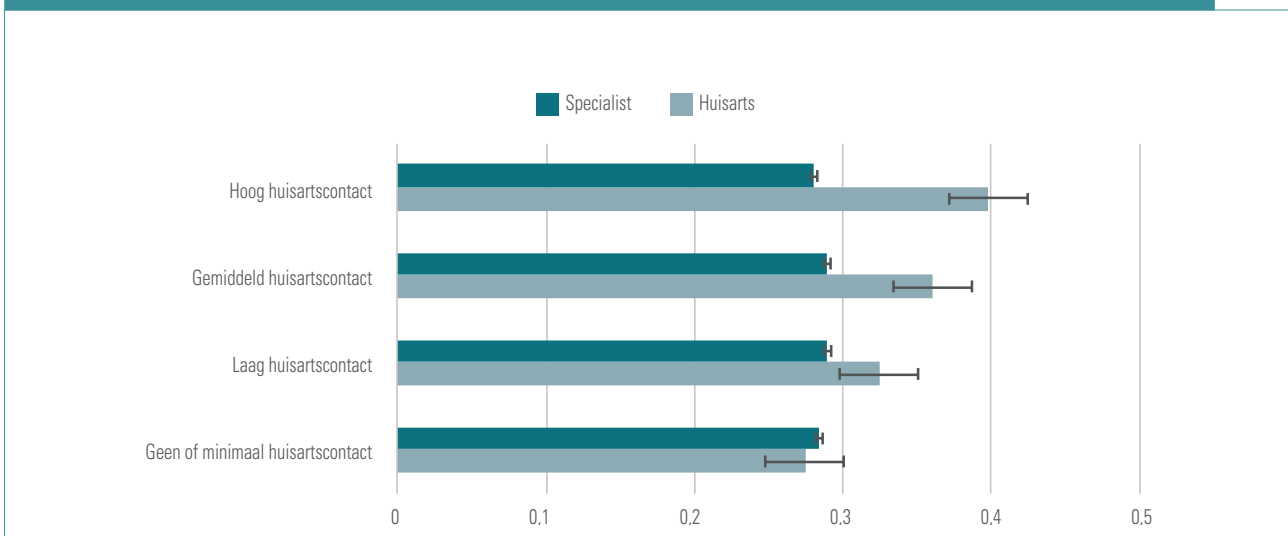
#### 3.4.1. Interacties tussen voorschrijver en zorggebruik

Figuur 4 toont de interactie tussen de hoofdvoorschrijver en het aantal huisartscontacten. Wanneer de huisarts de hoofdvoorschrijver is, neemt het voorspelde aandeel langdurige gebruikers toe naarmate het aantal huisartscontacten stijgt: van 0,27 bij weinig contact tot 0,40 bij hoog

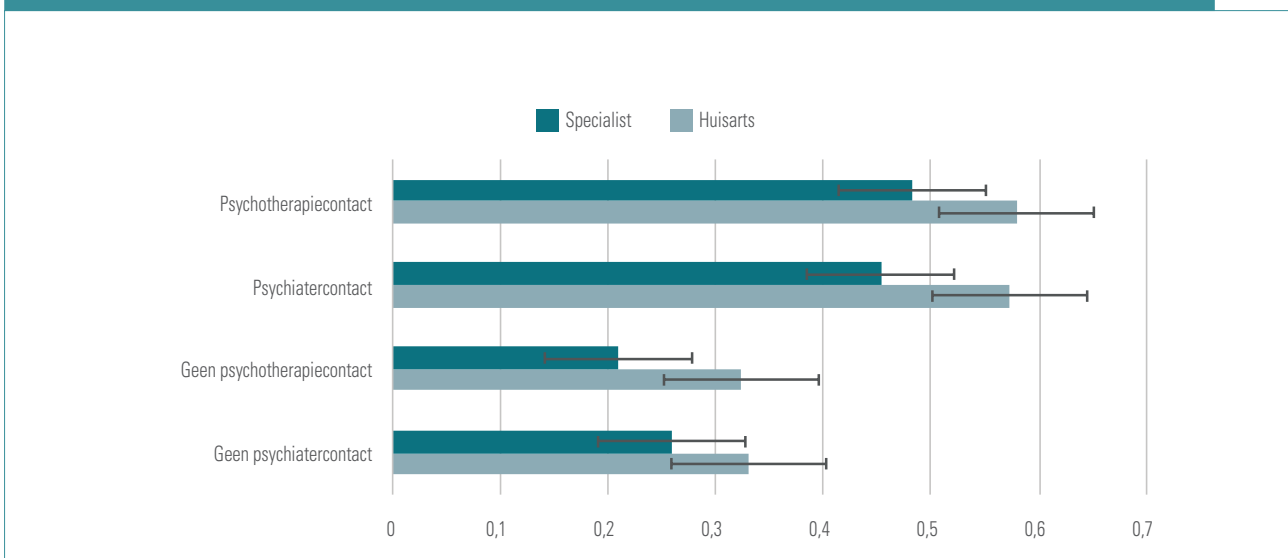
contact. Bij patiënten voornamelijk opgevolgd door een specialist-e, blijft het voorspelde aandeel langdurige gebruikers daarentegen relatief stabiel rond 0,28, ongeacht het niveau van huisartscontact<sup>10</sup>.

Figuur 5 visualiseert de interactie tussen psychiatrisch zorggebruik en de hoofdvoorschrijver. Contact met een psychiater gaat gepaard met een sterkere toename van het voorspelde aandeel langdurige gebruikers wanneer de huisarts de hoofdvoorschrijver is (van 0,33 naar 0,57) dan wanneer een specialist-e instaat voor de opvolging van de

**Figuur 4: Interactie tussen voorschrijver en niveau van huisartscontact: voorspeld aandeel langdurige gebruikers, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM; zie Tabel 4 in Bijlage 4)**



**Figuur 5: Interacties tussen voorschrijver en psychiatrisch zorggebruik: voorspeld aandeel langdurige gebruikers, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM; zie Tabel 4 in Bijlage 4)**



10 Deze interactie is gebaseerd op model 5 in tabel 4 (zie Bijlage 4).

behandeling (van 0,26 naar 0,45). Een vergelijkbaar patroon is waargenomen voor psychotherapie bij een psychiater: het voorspelde aandeel langdurige gebruikers stijgt van 0,32 naar 0,58 bij de huisarts als hoofdvoorschrijver, tegenover van 0,21 naar 0,48 bij de specialist-e als hoofdvoorschrijver<sup>11</sup>.

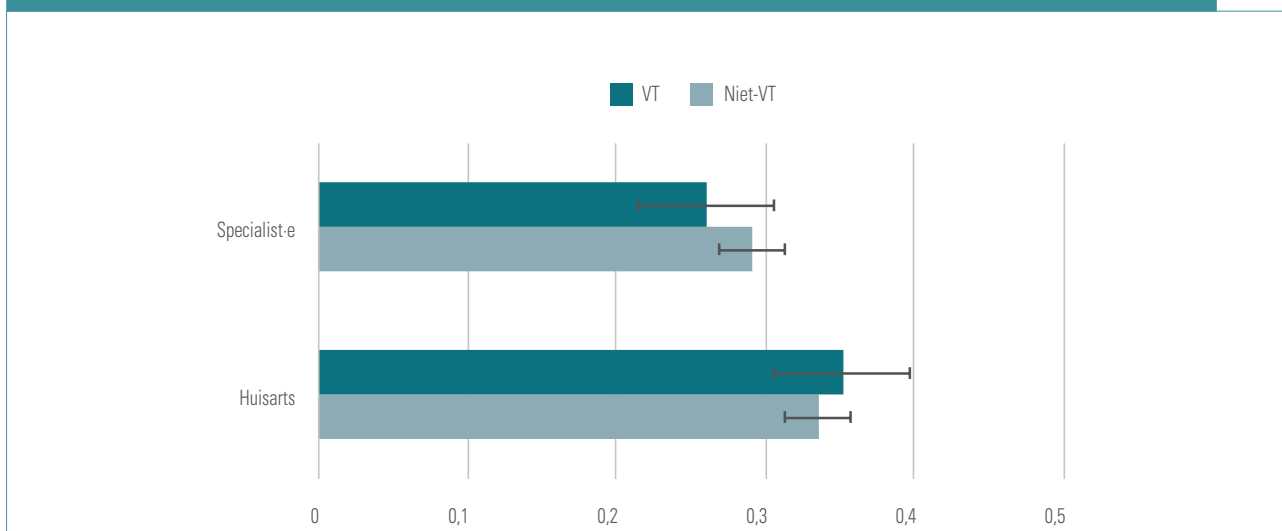
### 3.4.2. Interacties tussen VT-statuut, voorschrijver en zorggebruik

Figuur 6 toont hoe het VT-statuut de relatie tussen de hoofdvoorschrijver en langdurig antidepressivagebruik

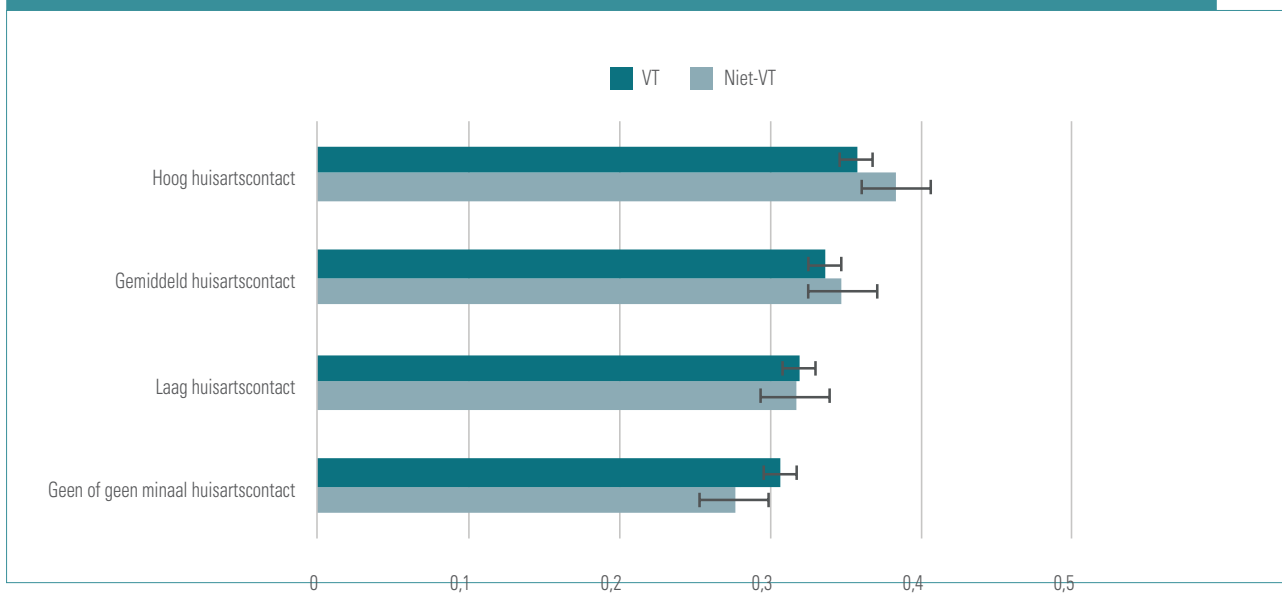
modereert. Bij de huisarts als hoofdvoorschrijver ligt het voorspelde aandeel langdurige gebruikers iets hoger bij leden met VT-statuut (van 0,33 naar 0,35). Bij de specialist-e als hoofdvoorschrijver ligt het voorspelde aandeel langdurige gebruikers daarentegen lager bij leden met VT-statuut (van 0,29 naar 0,26).

Figuur 7 laat zien dat het VT-statuut ook de relatie tussen huisartscontact en langdurig gebruik modereert. Bij leden zonder VT-statuut stijgt het voorspelde aandeel langdurige gebruikers tot 0,38 bij hoog huisartscontact, terwijl dit bij leden met VT-statuut 0,36 bedraagt.

**Figuur 6: Interactie tussen VT-statuut en voorschrijver: voorspeld aandeel langdurige gebruikers, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM; zie Tabel 5 in Bijlage 4)**

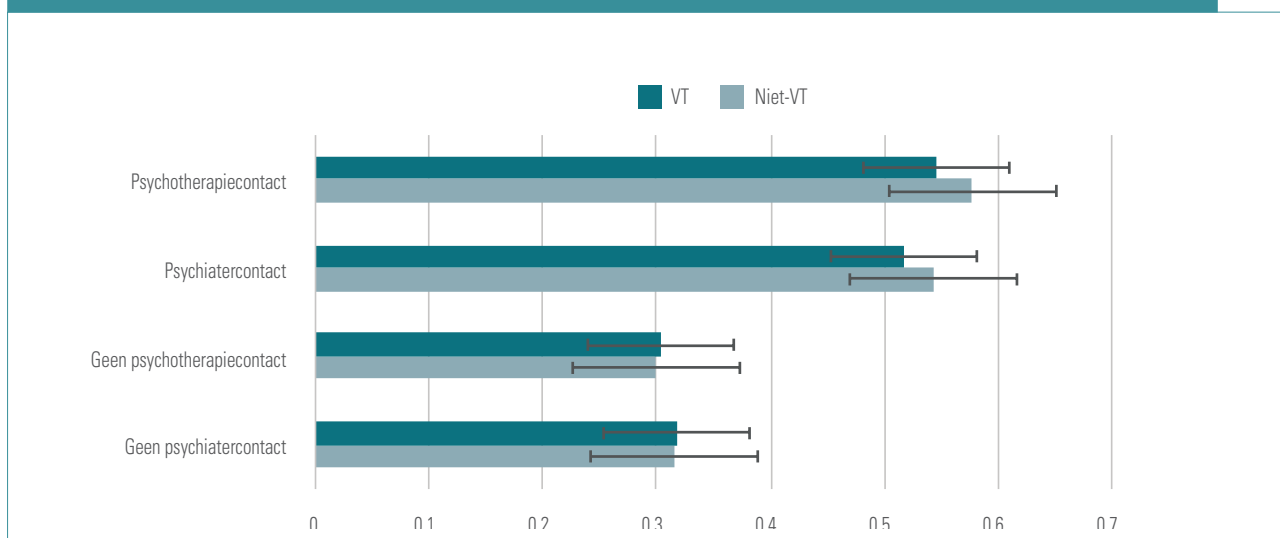


**Figuur 7: Interactie tussen VT-statuut en niveau van huisartscontact: voorspeld aandeel langdurige gebruikers, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM; zie Tabel 5 in Bijlage 4)**



11 Deze interacties zijn gebaseerd op model 6 en model 7 in tabel 4 (zie Bijlage 4).

**Figuur 8: Interacties tussen VT-statuut en gespecialiseerde zorg: voorspeld aandeel langdurige gebruikers; 2013-2023 (N=701.409, Bron: CM, zie Tabel 5 in Bijlage 4)**



Figuur 8 illustreert dat VT-statuut eveneens samenhangt met een lichte afzwakking van het effect van gespecialiseerde zorg. Bij contact met een psychiater daalt het voorspelde aandeel langdurige gebruikers van 0,54 bij leden zonder VT-statuut naar 0,52 bij leden met VT-statuut. Voor psychotherapie bij een psychiater gaat dit van 0,58 naar 0,55<sup>12</sup>.

sociaaleconomische kwetsbaarheid (VT-statuut) samen te analyseren, wordt zichtbaar dat langdurig gebruik niet louter het resultaat is van individuele klinische beslissingen, maar mede vorm krijgt binnen de organisatie en toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België.

## 4. Bespreking

### 4.1. Voornaamste resultaten

De resultaten van deze studie bevestigen een centrale paradox in het antidepressivagebruik in België: terwijl de instroom van nieuwe gebruikers sinds 2013 afneemt, blijft de totale gebruikersgroep groot en neemt de gemiddelde gebruiksfrequentie toe. Dit suggereert dat de toename van het volume aan antidepressiva minder te wijten is aan een stijging van het aantal nieuwe behandelingen, maar eerder aan een opstapeling van trajecten die langer doorlopen dan klinische richtlijnen doorgaans beogen (Declercq, et al., 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b). Tegen deze achtergrond verschuift de kernvraag van “Wie start?” naar “Wie blijft, en onder welke zorgcondities?”. Door voorschrijfprijktijken (huisarts versus specialist-e), patronen van zorggebruik en

**Een eerste belangrijke bevinding is dat de incidentie van nieuwe antidepressivagebruikers gestaag daalt**, van 94.701 in 2013 tot 46.765 in 2022, wat overeenkomt met een relatieve daling van 51%. **Tegelijkertijd neemt de prevalentie toe met een piek in 2021**. Deze tegengestelde trends wijzen op **een geleidelijke opstapeling van langdurige gebruikers**: over de volledige studieperiode is 32,7% van de gebruikers geclassificeerd als langdurige gebruiker ( $\geq 15$  maanden). Dit aandeel is substantieel en sluit aan bij internationale bevindingen waaruit blijkt dat langdurige trajecten een belangrijk aandeel hebben in stijgende gebruiksvolumes, zelfs wanneer de instroom daalt of stabiliseert (Brett, et al., 2017; Moore, et al., 2009; Mars, et al., 2017).

Tegelijkertijd laten de resultaten ook een gunstige evolutie zien: **personen die in recentere jaren een behandeling met antidepressiva starten, blijven deze minder vaak langdurig gebruiken**. Dit kan wijzen op verbeteringen in voorschrijfprijktijken, een groter bewustzijn van de risico’s van langdurig gebruik en een nauwere aansluiting bij klinische richtlijnen. Dat deze verschuiving al zichtbaar was vóór de hervorming van de eerstelijnspsychologische zorg (uitrol sinds 2021; (Noirhomme, 2025)), suggereert dat ze minstens

12 Deze interacties zijn gebaseerd op de modellen 8 tot 11 in tabel 5 (zie Bijlage 4).

deels kadert in een bredere maatschappelijke en professionele aandacht voor afbouw en gepast gebruik. **Tegelijk toont de blijvende omvang van langdurig gebruik dat het tijdig herzien en stopzetten van behandelingen in de praktijk nog steeds moeilijk verloopt.** Wanneer langdurige trajecten onvoldoende systematisch worden geëvalueerd, kan zich over de jaren heen een cumulatief effect voordoen waarbij een groep patiënten deze medicatie blijft gebruiken (Brisnik, et al., 2024).

Naast tijdtrends blijken ook gebruikerskenmerken relevant. **Vrouwen gebruiken vaker langdurig antidepressiva dan mannen**, wat coherent is met bredere patronen van hoger psychofarmacagebruik bij vrouwen (IMA, 2025). **Daarnaast stijgt de kans op langdurig gebruik met de leeftijd.** Dit past in een ruimer patroon waarin oudere volwassenen vaker psychofarmaca krijgen en deze ook langduriger blijven nemen, soms zonder duidelijke klinische indicatie en vanuit een perceptie van verhoogde kwetsbaarheid door eenzaamheid of sociale isolatie (Mojtabai & Olfson, 2011). Regionale verschillen zijn beperkt: in Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gebruiken mensen iets minder vaak langdurig antidepressiva dan in Vlaanderen. De verschillen zijn klein, maar kunnen wijzen op variatie in zorgorganisatie, doorverwijspraktijken of beschikbaarheid van alternatieven, wat verder onderzoek vraagt.

**De patronen in langdurig gebruik moeten ook worden begrepen tegen de achtergrond van de Belgische organisatie van geestelijke gezondheidszorg, waarin huisartsen een centrale maar complexe rol innemen.** Zij schrijven bijna vier vijfde van alle antidepressiva voor, en **patiënten met de huisarts als voornaamste voorschrijver, kennen vaker langdurig gebruik dan patiënten die voornamelijk door een specialist-e worden opgevolgd.** Deze dominante positie beperkt zich niet tot langdurige opvolging: ook bij nieuwe gebruikers zijn huisartsen veruit de voornaamste voorschrijvers. Tegelijk veronderstelt het voorschrijven van antidepressiva een inschatting van de onderliggende problematiek en een afweging van behandelopties, inclusief niet-farmacologische alternatieven (Declercq, et al., 2017).

Verskillende mechanismen kunnen helpen verklaren waarom langdurig gebruik zich vaker manifesteert binnen huisartsenzorg. Enerzijds ondersteunen langdurige vertrouwensrelaties met patiënten de continuïteit van zorg; anderzijds kan dezelfde vertrouwensband leiden tot behandelinerie, waarbij bestaande behandelingen minder snel opnieuw worden afgewogen (Murphy & Salisbury, 2020). Huisartsen rapporteren bovendien vaak tijdsdruk,

onzekerheid over afbouwstrategieën en vrees voor herval of onttrekkingsklachten (Donald, et al., 2021; Kelly, et al., 2021). Daarnaast kan de hechte relatie met patiënten ertoe bijdragen dat artsen sneller ingaan op verzoeken om de behandeling voort te zetten, een mechanisme dat ook is vastgesteld bij andere psychofarmaca zoals slaapmedicatie (Ceuterick, Van Ngoc, Bracke, & Scholtes, 2023). Kwalitatief onderzoek wijst erop dat huisartsen soms terughoudend zijn om afbouw te initiëren uit vrees de therapeutische relatie te schaden of conflicten te veroorzaken (Van Leeuwen, et al., 2021a). In dat kader hanteren sommige huisartsen het principe *'never change a winning team'*: wanneer een behandeling stabiel lijkt te verlopen, wordt die minder snel heroverwogen, ook wanneer afbouw klinisch aangewezen zou zijn.

**De analyses tonen bovendien dat de frequentie van zorgcontacten een belangrijke rol speelt in dit proces.** Bij de huisarts als hoofdvoorschrijver gaat frequenter contact samen met een hogere kans op langdurig gebruik, wat wijst op een dosis-responsrelatie. Bij patiënten voornamelijk opgevolgd door een specialist-e, ontbreekt dit patroon. **Contacten met psychiaters en psychotherapeutische sessies bij een psychiater zijn daarnaast sterker geassocieerd met langdurig gebruik bij patiënten voornamelijk gevolgd binnen huisartsenzorg dan bij patiënten wiens behandeling voornamelijk door een specialist-e is voorgeschreven.** Dit suggereert dat specialistische zorgcontacten, wanneer ze plaatsvinden in een traject dat primair door de huisarts wordt gedragen, vaker samengaan met een complexere of meer persisterende problematiek, of met zorgtransities waarbij de langdurige opvolging opnieuw bij de huisarts terechtkomt.

**Ook sociaaleconomische kwetsbaarheid blijkt een belangrijke factor in het ontstaan en verloop van langdurig antidepressivagebruik. Personen met VT-statuut gebruiken vaker langdurig antidepressiva wanneer zij voornamelijk door een huisarts worden opgevolgd, in vergelijking met personen zonder VT-statuut.** Dat sluit aan bij bevindingen dat sociaaleconomisch kwetsbare groepen vaker psychische problemen rapporteren (Derrotte, Janssens, Morissons, Noirhomme, & Verniest, 2024) en tegelijk vaker drempels ervaren om gespecialiseerde zorg te starten of vol te houden (Epping, Muschik, & Geyer, 2017; Lueckmann, et al., 2021). De huisarts fungeert dan als laagdrempelig aanspreekpunt, waarbij antidepressiva vaak de meest direct beschikbare interventie blijven (Belgium.be, 2024). Empathie kan hierbij meespelen: huisartsen beschouwen het verlengen van antidepressiva-behandelingen soms als een vorm van zorg en ondersteu-

ning voor patiënten met complexe sociale problemen (Van Leeuwen, et al., 2021a).

**In zorgtrajecten die niet primair door de huisarts worden gedragen, nemen personen met VT-statuut daarentegen minder vaak langdurig antidepressiva.** Dit kan erop wijzen dat het voor sociaaleconomisch kwetsbare personen moeilijker is om langdurig in psychiatrische trajecten te blijven, bijvoorbeeld door financiële, praktische of organisatorische barrières, terwijl personen zonder die kwetsbaarheid doorgaans over meer middelen beschikken om dergelijke zorg vol te houden. De bevinding dat het VT-statuut de relatie tussen zorgfrequentie en langdurig gebruik afzwakt, wijst bovendien op een genuanceerd mechanisme. **Hoewel frequenter huisartscontact in het algemeen samenhangt met een hogere kans op langdurig gebruik van antidepressiva, is dit effect minder uitgesproken bij personen met VT-statuut.** Dit lijkt op het eerste gezicht tegenstrijdig met eerdere bevindingen waaruit blijkt dat huisartsen juist terughoudend kunnen zijn om afbouw ter sprake te brengen bij kwetsbare patiënten (Van Leeuwen, et al., 2021b). Een mogelijke verklaring is dat de relatie tussen contactfrequentie en behandelinerie sterker doorwerkt in contexten met een hechte therapeutische relatie en intensieve follow-up, terwijl bij kwetsbare groepen ook communicatiebarrières, discontinuïteit of beperktere onderhandelingsruimte een rol kunnen spelen. Dit sluit niet uit dat afbouw bij kwetsbare groepen moeilijk bespreekbaar blijft, maar suggereert dat de wijze waarop zorgcontacten 'doorwerken' in langdurig gebruik binnen deze groep complexer verloopt.

**Tot slot gaan contacten met psychiaters en psychotherapie sessies bij een psychiater in alle groepen samen met een hogere kans op langdurig gebruik, al wordt dit verband enigszins afgezwakt bij personen met VT-statuut.** Dit kan wijzen op verschillen in therapietrouw (Elwadhí & Cohen, 2020; Ji & Hong, 2020) en/of op ongelijkheden in toegang tot en continuïteit van gespecialiseerde psychiatrische zorg (Lueckmann, et al., 2021).

**Samengevat blijkt langdurig antidepressivagebruik voort te komen uit een complexe wisselwerking tussen voorschrijfpraktijken, zorggebruik en sociaaleconomische kwetsbaarheid.** Interventies die inzetten op afbouw, begeleiding en gepaste opvolging moeten daarom niet alleen zorgverleners ondersteunen, maar ook rekening houden met de sociaal-structurele context waarin patiënten zorg ontvangen. Alleen zo kan langdurig antidepressivagebruik worden aangepakt zonder bestaande ongelijkheden in geestelijke gezondheidszorg te versterken.

## 4.2. Beperkingen

Deze studie kent enkele beperkingen die samenhangen met het gebruik van administratieve en facturatiegegevens, ondanks de sterke punten van de dataset op vlak van representativiteit en consistentie doorheen de tijd.

Ten eerste ontbreken diagnostische gegevens waardoor geen onderscheid kan worden gemaakt tussen behandelingen voor specifieke mentale aandoeningen of tussen verschillende ernstgraden van klachten (Smeets, de Wit, & Hoes, 2011). Dit beperkt de mogelijkheid om te analyseren in welke mate langdurig antidepressivagebruik verschilt volgens onderliggende diagnose of klinische indicatie.

Ten tweede bevat de dataset informatie over afgeleverde medicatie, maar niet over voorgeschreven doseringen of therapietrouw. Er kunnen evenwel verschillen zijn tussen afgeleverde medicatie en effectieve inname, wat de nauwkeurigheid van de berekening van de gebruiksduur op basis van gedefinieerde dagdosissen (DDD) kan beïnvloeden. Hoewel deze aanpak gangbaar is in onderzoek op basis van administratieve gegevens, blijft dit een benadering van het werkelijke gebruik.

Ten derde is het VT-statuut gebruikt als indicator voor sociaaleconomische kwetsbaarheid. Hoewel dit statuut een betrouwbare maat is voor financiële kwetsbaarheid (Avalosse, et al., 2019), dekt het andere relevante dimensies van sociaaleconomische positie niet, zoals opleidingsniveau of gezondheidsvaardigheden. Bovendien is het VT-statuut een binaire maat, terwijl financiële kwetsbaarheid graduëel is. Personen die zich net boven de inkomensdrempel bevinden maar wel kwetsbaar zijn, worden daardoor niet als zodanig geïdentificeerd.

Daarnaast maakt de studie gebruik van een binaire indeling tussen langdurig en niet-langdurig antidepressivagebruik, gebaseerd op een drempelwaarde van vijftien maanden. Hoewel deze grens aansluit bij gangbare klinische richtlijnen, blijft dit een vereenvoudiging van de klinische realiteit. Sommige patiënten hebben langdurige behandeling nodig bij ernstige, chronische of recidiverende klachten. Tegelijkertijd worden binnen deze binaire indeling zeer uiteenlopende gebruiksduren samengebracht, terwijl het om klinisch en sociaal fundamenteel verschillende situaties kan gaan. De gehanteerde definitie laat bijgevolg geen onderscheid toe tussen klinisch 'aangewezen' langdurig gebruik en langdurig gebruik dat mogelijk samenhangt met behandelinerie, noch tussen verschillende gradaties van langdurig gebruik.

Een sensitiviteitsanalyse met een alternatieve drempel van twaalf maanden leverde vergelijkbare resultaten op (zie Bijlage 2), maar kon deze nuances evenmin volledig vatten. De gekozen benadering sluit wel aan bij eerder onderzoek waarin doorgaans drempels van twaalf of vijftien maanden worden gehanteerd om langdurig gebruik te definiëren (Andersen, Thielen, Nygaard, & Diderichsen, 2009; Huijbregts, Hoogendoorn, Slottje, van Balkom, & Bataalaan, 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b).

Tot slot is de dataset afkomstig van één ziekenfonds. CM is het grootste ziekenfonds in België en vertegenwoordigt ongeveer 40% van de bevolking, met regionale variatie in aandeel (51% in Vlaanderen, 26% in Wallonië en 15% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest; situatie december 2023, (RIZIV, 2025)). Hierdoor biedt het databestand een breed en grotendeels representatief beeld van antidepressiva-gebruik in België. Tegelijk kunnen kleine verschillen in populatiesamenstelling tussen regio's en ziekenfondsen niet volledig worden uitgesloten.

Ondanks deze beperkingen is de dataset bijzonder robuust, met minimale ontbrekende waarden en volledige afleveringsgegevens over meerdere jaren. Bovendien maakt deze studie als eerste een systematische analyse mogelijk van antidepressiva-gebruik in België dat zich voorbij vijftien maanden voortzet en van de kenmerken van deze patiënten. Hoewel administratieve gegevens bepaalde beperkingen kennen, vormen zij een waardevolle en betrouwbare bron voor gezondheidsonderzoek, zeker wanneer zij op grote schaal en over langere tijd worden ingezet (McGuckin, et al., 2022; Smeets, de Wit, & Hoes, 2011).

## 5. Aanbevelingen

De studie toont aan dat, ondanks een daling van het aantal nieuwe antidepressiva-gebruikers tussen 2013 en 2022, het totale volume aan gebruikte antidepressiva verder toenam. Deze tegengestelde tendensen zijn het gevolg van een stijging van het aantal langdurige gebruikers, ondanks de klinische richtlijnen dat in veel situaties langdurig gebruik (=langer dan 15 maanden) niet aangewezen is. De resultaten suggereren verder dat dit patroon samenhangt met bredere dynamieken in voorschrijfpraktijken, zorgorganisatie, mate van toegankelijkheid van alternatieven en sociaaleconomische ongelijkheden. Met het oog op rationeel

gebruik van antidepressiva, pleit CM voor een beleid uitgaande van een systeemgerichte en meervoudige aanpak, met aandacht voor verschillende niveaus van zorg.

### 5.1. Versterk de zorgverleners

#### 5.1.1. Vorming en ondersteuning van huisartsen

Uit de studie blijkt dat huisartsen – voor mensen vaak het eerste aanspreekpunt voor een hulpvraag (Verniest, Luypaert, & Bracke, 2020) – als belangrijkste voorschrijvers een belangrijke rol opnemen in behandelingen met antidepressiva. Verder vertonen patiënten die voornamelijk onder huisartsenzorg staan, door een samenspel van uiteenlopende factoren, een verhoogd risico op langdurig gebruik, waarbij frequenter contact met de huisarts dit risico verder vergroot.

Het is bijgevolg **belangrijk om zowel binnen de opleiding en permanente vorming als in richtlijnen voor een goede medische praktijkvoering en tijdens intervisiemomenten gericht hun kennis rond het gebruik van antidepressiva verder te versterken**. Bijzondere aandachtspunten hierbij zijn onder meer de diagnosestelling, de meerwaarde van (de combinatie met) andere, niet-medicamenteuze behandelstrategieën, het belang van vooraf geplande periodieke evaluatiemomenten, het toepassen van *evidence based* afbouwstrategieën, het voeren van gestructureerde communicatie rond afbouw en het herkennen van onttrekkingsverschijnselen (Horowitz & Taylor, 2022; Van Leeuwen, et al., 2021b; Declercq, et al., 2017). Dit kan, samen met systematische interventies zoals waarschuwingen bij langdurig voorschrijven, en een aangehouden monitoring van voorschrijfpraktijken in combinatie met *benchmarking* en intervisie, bijdragen aan meer rationeel en transparant gebruik van antidepressiva en aan het beperken van de behandelinerie bij sommige voorschrijvers.

Binnen deze context is het essentieel **de beschikbare informatie regelmatig te actualiseren op basis van nieuwe inzichten en het veranderend aanbod op het terrein**. Waar nodig moet de informatie aangevuld of verder verfijnd worden, bijvoorbeeld wat betreft de duurtijd van een behandeling. Zo pleit CM voor de organisatie van een nieuwe consensusvergadering op het niveau van het RIZIV ter actualisering en aanvulling van een eerdere consensusvergadering van 2006 over het doelmatig gebruik van antidepressiva bij de behandeling van depressie die concludeerde dat er onvoldoende gegevens waren om zich uit te spreken over de optimale behandelduur (RIZIV, 2006).

### 5.1.2. Bevordering van multidisciplinaire samenwerking

---

We zien dat heel wat patiënten contacten hebben met zowel huisartsen als psychiaters. Dit onderstreept het belang van **interdisciplinaire samenwerking van de huisarts met actoren uit de tweede en derde lijn met meerwaarde op vlak van diagnosestelling en gepaste behandeling, evenals het belang van gestructureerde overdracht bij zorgtransities**. Verder kunnen structurele overlegmomenten, gedeelde behandel- en afbouwplannen en interdisciplinaire afstemming helpen voorkomen dat patiënten langdurig in medicamenteuze trajecten blijven zonder systematische herziening (Declercq, et al., 2017). Ook samenwerking met apothekers en eerstelijnspsychologen is nuttig, dit in lijn met het *collaborative care-model* (Richards, et al., 2013).

## 5.2. Verbeter verder de toegankelijkheid van eerstelijnspsychologische zorg (ELP)

Richtlijnen over de behandeling van depressie onderstrepen het belang van psychotherapie, al dan niet in combinatie met antidepressiva (Declercq, et al., 2017). Bovendien kan psychotherapeutische ondersteuning bijdragen aan een succesvolle afbouw van antidepressiva (Van Leeuwen, et al., 2021b). Sinds de invoering van de ELP zijn de mogelijkheden hiertoe toegenomen en worden, onder meer door de aanpassing van de conventie in 2024, meer mensen bereikt, waaronder ook kwetsbare groepen (Noirhomme, 2025). Niettemin blijven substantiële drempels bestaan in de toegankelijkheid van eerstelijnspsychologische zorg (Gerkens, et al., 2024b; Noirhomme, 2025). Het **verder verbeteren van de toegankelijkheid** van deze zorg is voor CM bijgevolg **essentieel**. Dit kan gerealiseerd worden **door aangehouden structurele investeringen door de overheden, voor onder meer de optimalisering van het aanbod, verruimde terugbetalingsregelingen en actieve communicatie over het beschikbare aanbod** (Noirhomme, 2025). Er is ook een belangrijke rol weggelegd voor huisartsen die als eerste aanspreekpunt patiënten actief kunnen informeren over en oriënteren naar passende psychologische ondersteuning, waarbij ook rekening wordt gehouden met de voorkeur van de patiënten.

## 5.3. Verminder de sociaaleconomische ongelijkheden in toegang tot zorg

Het is een gekend gegeven dat bepaalde groepen in de samenleving kwetsbaarder zijn voor geestelijke gezondheidsproblemen en dus een grotere zorgnood hebben, waaronder mensen in armoede, jongeren, vrouwen, personen in werkloosheid of arbeidsongeschiktheid, enz. Daarentegen zoeken zij minder vaak hulp. Wie wel hulp zoekt, neemt, onder meer om financiële redenen, vaker zijn toevlucht tot een medicamenteuze behandeling (Noirhomme, 2025). Deze studie toont bovendien een samenhang tussen VT-statuuut en risico op langdurig gebruik van antidepressiva wanneer personen met dit statuut hoofdzakelijk binnen de huisartsenzorg worden opgevolgd, terwijl dit binnen psychiatrische zorg minder het geval is.

CM pleit dan ook voor **verdere gerichte beleidsmaatregelen die, in de geest van het principe van proportioneel universalisme, expliciet inzetten op het versterken van een rechtvaardige toegang tot herbeoordelings- en afbouwgerichte zorg ook voor kwetsbare groepen**. Dit kan gerealiseerd worden, niet alleen door het versterken van de kennis van huisartsen, maar ook door financieel toegankelijke psychologische ondersteuning, actieve opvolging en afgestemde patiëntinformatie.

## Conclusie

Deze studie brengt belangrijke evoluties in kaart in het gebruik van antidepressiva in België tussen 2013 en 2023. Hoewel het aantal nieuwe gebruikers in deze periode met 51% daalt, blijft de prevalentie hoog en neemt het aandeel langdurige gebruikers toe. Uiteindelijk is bijna één op drie patiënten geclassificeerd als langdurige gebruiker. Deze combinatie van dalende incidentie en aanhoudend gebruik wijst op een structurele opstapeling van langdurige behandeltrajecten.

Tegelijk tonen de resultaten dat personen die in recentere jaren een behandeling met antidepressiva startten minder vaak langdurig blijven gebruiken. Dit suggereert een voorzichtige verschuiving richting meer richtlijnconforme voorschrijfpraktijken en meer aandacht voor afbouw. Deze positieve evolutie neemt echter niet weg dat langdurig gebruik een substantieel en persistent fenomeen blijft binnen de Belgische geestelijke gezondheidszorg.

De analyses benadrukken de centrale rol van huisartsen in dit proces. Bij het merendeel van de gebruikers zijn zij de voornaamste voorschrijvers, en patiënten hoofdzakelijk opgevolgd binnen huisartsenzorg, gebruiken vaker langdurig antidepressiva, vooral bij frequenter contact.

Daarnaast blijkt sociaaleconomische kwetsbaarheid een structurerende rol te spelen. Personen met VT-sta-

tuut gebruiken vaker langdurig antidepressiva wanneer zij voornamelijk door een huisarts worden opgevolgd, terwijl zij binnen psychiatrische zorg juist minder vaak langdurig gebruik vertonen. Dit suggereert dat langdurig gebruik mede wordt gevormd door verschillen in toegang tot en continuïteit van zorgtrajecten.

Samen tonen deze bevindingen aan dat langdurig antidepressivagebruik ingebed is in structurele patronen van voorschrijfpraktijken, zorgorganisatie en sociaaleconomische ongelijkheden. Beleid dat onnodig langdurig gebruik wil terugdringen, vraagt daarom om een geïntegreerde aanpak die inzet op ondersteuning van zorgverleners, toegankelijke alternatieven voor medicatie, interprofessionele samenwerking en expliciete aandacht voor sociaaleconomische ongelijkheden in toegang tot zorg.

## Bibliografie

- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of the society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 44(4), 603-622.
- Andersen, I., Thielen, K., Nygaard, E., & Diderichsen, F. (2009). Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(7), 575-581.
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., & Di Zinno, T. (2019). *Ongelijkheid in gezondheid*. Brussel: IMA.
- Belgium.be. (2024). *Billijkheid en ongelijkheid*. Opgehaald van <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/bilijkheid-en-ongelijkheden>.
- Ben-Sheetrit, J., Hermon, Y., Birkenfeld, S., Gutman, Y., Csoka, A., & Toren, P. (2023). Estimating the risk of irreversible post-SSRI sexual dysfunction (PSSD) due to serotonergic antidepressants. *Annals of General Psychiatry*, 22(1), 1-9.
- Bet, P., Hugtenburg, J., Penninx, B., & Hoogendijk, W. (2013). Side effects of antidepressants during long-term use in a naturalistic setting. *European Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1443-1451.
- Boehlen, F., Herzog, W., Quinzler, R., Haefeli, W., Maatouk, I., Niehoff, D., . . . Wild, B. (2015). Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(9), 957-964.
- Brett, J., Karanges, E., Daniels, B., Buckley, N., Schneider, C., Nassir, A., . . . Pearson, S. (2017). Psychotropic medication use in Australia 2007 to 2015: changes in annual incidence, prevalence and treatment exposure. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(10), 990-999.
- Brisnik, V., Vukas, J., Jung-Sievers, C., Lukaschek, K., Alexander, G., Thiem, U., . . . Baum, E. (2024). Deprescribing of antidepressants: development of indicators of high-risk and overprescribing using in the RAND/UCLA Appropriateness Method. *BMC Medicine*, 22(1), 193.
- Busfield, J. (2010). 'A pill for every ill': explaining the expansion in medicine use. *Social Science & Medicine*, 70(6), 934-941.
- Ceuterick, M., Van Ngoc, P., Bracke, P., & Scholtes, B. (2023). From prescribing dilemma to knowledge in practice: the ontological politics of benzodiazepines and Z-drugs. *Social Science & Medicine*, 339, 116358.
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3-14.
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C., Cipriani, A., & Furukawa, T. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World psychiatry*, 19(1), 92-107.
- Davies, R., & Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: are guidelines evidence-based? *Addictive Behaviors*, 97, 111-121.
- De Maeseneer, W. (2023). *4 op 10 Belgen die antidepressiva nemen, gebruiken ze langer dan 3 jaar: "Idee om te stoppen, is angst-aanjagend"*. Opgehaald van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/10/20/langdurig-gebruik-antidepressiva-getuigenissen/>.
- Declercq, T., Habraken, H., Van den Ameele, H., Callens, J., De Lepeleire, J., & Cloetens, H. (2017). *Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: depressie bij volwassenen*. Brussel: Domus Medica.
- Derroitte, E., Janssens, H., Morissons, A., Noirhomme, C., & Verniest, R. (2024). Geestelijke gezondheid: kruispunt van ongelijkheden. *Gezondheid & Samenleving*, 8, 44-67.
- Donald, M., Partanen, R., Sharman, L., Lynch, J., Dingle, G., Haslam, C., & van Driel, M. (2021). Long-term antidepressant use in general practice: a qualitative study of GP's view on discontinuation. *British Journal of General Practice*, 71(708), e508-e516.
- Elwadi, D., & Cohen, A. (2020). Social inequalities in antidepressant treatment outcomes: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 985-999.
- Epping, J., Muschik, D., & Geyer, S. (2017). Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health*, 16, 147.
- Fava, G., Gatti, A., Belaise, C., Guidi, J., & Offidani, E. (2015). Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(2), 72-81.
- FOD Volksgezondheid. (2023). *Blikvanger gezondheidszorg: geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024a). *Performance of the Belgian health system: report 2024. Supplement: technical sheets for indicators - domains*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024b). *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. KCE Reports 376As*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Hardeveld, F., Spijker, J., de Graaf, R., Nolen, W., & Beekman, A. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 184-191.

- Horowitz, A. M., & Taylor, D. (2022). Distinguishing relapse from antidepressant withdrawal: clinical practice and antidepressant discontinuation studies. *BJPsych Advances*, 28(5), 297-311.
- Huijbregts, K., Hoogendoorn, A., Slottje, P., van Balkom, A., & Batelaan, N. (2017). Long-term and short-term antidepressant use in general practice: data from a large cohort in the Netherlands. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(6), 362-369.
- Hyde, J., Calnan, M., Prior, L., Lewis, G., Kessler, D., & Sharp, D. (2005). A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *British Journal of General Practice*, 55(519), 755-762.
- IMA. (2025). *Antidepressiva*. Opgehaald van <https://atlas.ima-aim.be/mosaic/nl-nl/ima-atlas/geneesmiddelengebruik/antidepressiva>.
- Ji, N.-J., & Hong, Y.-P. (2020). Effect of income level on adherence to antidepressant treatment in first onset depression outpatients. *PLOS ONE*, 15(9), e0238623.
- Johnson, C., Williams, B., MacGillivray, S., Dougall, N., & Maxwell, M. (2017). 'Doing the right thing': Factors influencing GP prescribing of antidepressants and prescribed doses. *BMC Family*, 18(1), 1-13.
- Kelly, D., Graffi, J., Noonan, M., Green, P., McFarland, J., Hayes, P., & Glynn, L. (2021). Exploration of GP perspectives on deprescribing antidepressants: a qualitative study. *BMJ Open*, 11(4), e046054.
- Kendrick, T., Pilling, S., Mavranzouli, I., Megnin-Viggars, O., Ruane, C., Eadon, H., & Kapur, N. (2022). Management of depression in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ*, 378, e070104.
- Kjosavik, S., Gillam, M., & Roughead, E. (2016). Average duration of treatment with antidepressants among concession card holders in Australia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(12), 1180-1185.
- Kotwal, A., Steinman, M., Cenzer, I., & Smith, A. (2021). Use of high-risk medications among lonely older adults: results from a nationally representative sample. *JAMA Internal Medicine*, 181(11), 1528-1530.
- Lam, J., & Vuolo, M. (2013). Longitudinal associations between loneliness and prescription medication use. *The Journal of Gerontology: Series B*, 78(4), 730-735.
- Lueckmann, S., Hoebel, J., Roick, J., Market, J., Spallek, J., von dem Knesebeck, O., & Richter, M. (2021). Socioeconomic inequalities in primary-care and specialist physician visits: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 20(58), 1-19.
- Mars, B., Heron, J., Kessler, D., Davies, N., Martin, R., Thomas, K., & Gunnell, D. (2017). Influences on antidepressant prescribing trends in the UK: 1995-2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(2), 193-200.
- Maund, D., Dewar-Haggart, R., Williams, S., Bowers, H., Geraghty, A., Leydon, G., . . . Kendrick, T. (2019). Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: a systematic review and thematic synthesis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 38-62.
- McGuckin, T., Crick, K., Myroniuk, T., Setchell, B., Yeung, R., & Campbell-Scherer, D. (2022). Understanding challenges of using routinely collected health data to address clinical care gaps: a case study in Alberta, Canada. *BMJ Open Quality*, 11(1), e001491.
- Meijer, W., Heerdink, E., Leufkens, H., Herings, R., Egberts, A., & Nolen, W. (2004). Incidence and determinants of long-term use of antidepressants. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 60(1), 57-61.
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2011). Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Affairs*, 30(8), 1434-1442.
- Moore, M., Yuen, H., Dunn, N., Mullee, M., Maskell, J., & Kendrick, T. (2009). Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *BMJ*, 339, b3999.
- Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*, 324(7342), 886-891.
- Murphy, M., & Salisbury, C. (2020). Relational continuity and patients' perception of GP trust and respect: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 70(698), e676-e683.
- NICE. (2022). *Depression in adults: treatment and management*. Opgehaald van <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>.
- Noirhomme, C. (2025). Overeenkomst eerstelijns psychologische zorg: balans 2019-2024. *Gezondheid & Samenleving*, 15, 28-59.
- Petty, D., House, A., Knapp, P., Raynor, T., & Zermansky, A. (2006). Prevalence, duration and indications for prescribing of antidepressants in primary care. *Age and Ageing*, 35(5), 523-526.
- Richards, D., Hill, J., Gask, L., Lovell, K., Chew-Graham, C., Bower, P., . . . Barkham, M. (2013). Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 347, f4913.
- RIZIV. (2006). *Het doelmatig gebruik van antidepressiva bij de behandeling van depressie - juryrapport consensuvergadering*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2024). *Geneesmiddelengebruik in openbare officina's: antidepressiva. Analyse van de verdeling en van de evolutie van het verbruik in volumes en in uitgaven per verzekerde in België (analyses en tendensen per gewest, provincie en arrondissement) voor 2022*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2025). *Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds*. Opgehaald van <https://www.riziv.fgov.be/nl/webtoepassingen/statistieken-over-personen-aangesloten-bij-een-ziekenfonds>.
- Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la médecine générale*, 24(188), pp. 457-458.

Smeets, H., de Wit, N., & Hoes, A. (2011). Routine health insurance data for scientific research: potential and limitations of the Agis Health Database. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 424-430.

Stokx, J., Van haecht, K., & Ntahonganyira, R.-M. (2025). Trends in het geneesmiddelengebruik bij kinderen jonger dan 18 jaar. *Gezondheid & Samenleving*, 12, 58-83.

Takayanagi, Y., Spira, A., Bienvenu, O., Hock, R., Carras, M., Eaton, W., & Mojtabai, R. (2014). Antidepressant use and lifetime history of mental disorders in a community sample. Results from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(1), 40-44.

Tardieu, S., Bottero, A., Blin, P., Bohbot, M., Goni, S., Gerard, A., & Gasquet, I. (2006). Roles and practices of general practitioners and psychiatrists in management of depression in the community. *BMC Family Practice*, 7(5), 1-10.

Van Leeuwen, E., Anthierens, S., van Driel, M., De Sutter, A., Van den Branden, E., & Christiaens, T. (2021a). 'Never change a winning team': GP's perspectives on discontinuation of long-term antidepressants. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39(4), 444-453.

Van Leeuwen, E., van Driel, M., Horowitz, M., Kendrick, T., Donald, M., De Sutter, A., . . . Christiaens, T. (2021b). Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(4), CD01349.

Verniest, R., Luybaert, C., & Bracke, P. (2020). Hoe gaat het met u? Een onderzoek bij CM-leden naar de prevalentie van psychisch lijden en hulpzoekend gedrag. *CM-Informatie*, 280, 19-31.

Von Soest, T., Bramness, J., Pedersen, W., & Wichstrom, L. (2012). The relationship between socio-economic status and antidepressant prescription: a longitudinal survey and register study of young adults. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 87-95.

Vyas, M., Watt, J., Yu, A., Straus, S., & Kapral, M. (2021). The association between loneliness and medication use in older adults. *Age and Ageing*, 50(2), 587-591.

Williams, S., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 710-725.

### Bijlage 1: Data cleaning

Deze studie gebruikt drie databestanden van CM: demografische kenmerken, zorggebruiksgegevens en medicatieafleveringen. CM-leden zijn geïncludeerd tot en met 30 september 2022 en opgevolgd gedurende 15 maanden. De studieperiode eindigde op 31 december 2023.

Het demografische en zorggebruikbestand omvatten samen initieel 762.151 CM-leden. Na samenvoeging en uitsluiting van ontbrekende waarden blijven 757.551 leden over. Het bestand is omgezet naar 'lang formaat' en gefilterd op leeftijd (18-85 jaar bij inclusie), wat resulteert in 7.720.383 observaties voor de periode 2013-2023.

Het medicatiebestand bevat 16.174.522 afleveringen. Voor elke aflevering is het aantal gebruiksdagen berekend op basis van de verpakkingseenheid en dosis per verpakking. Afleveringen met minder dan 180 dagen tussenruimte zijn gegroepeerd als één episode. Episodes van vijftien maanden of langer zijn geclassificeerd als langdurig gebruik. Voor CM-leden met meerdere episodes is enkel de eerste episode geanalyseerd.

De dataset is vervolgens geaggregeerd naar lid-niveau en samengevoegd met de demografische en zorggebruiksgegevens van het startjaar van de episode. De uiteindelijke dataset omvat 701.409 CM-leden.

### Bijlage 2: Sensitiviteitsanalyses

#### Sensitiviteitsanalyse met een alternatieve drempel van twaalf maanden voor langdurig gebruik

Om de robuustheid van de resultaten te toetsen, is een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd met een drempel van twaalf maanden ( $\geq 365$  dagen) in plaats van vijftien maanden ( $\geq 456$  dagen) voor langdurig gebruik. Dezelfde statistische modellen zijn toegepast. De resultaten blijken robuust: het verlagen van de drempel leidt niet tot betekenisvolle verschillen in de uitkomsten.

#### Sensitiviteitsanalyse met uitsluiting van uitschieters

Een tweede sensitiviteitsanalyse onderzoekt de impact van de uitsluiting van uitschieters, gedefinieerd als CM-leden met uitzonderlijk lange gebruiksduur of zeer hoge medicatieconsumptie ( $N=151.271$ ), geïdentificeerd met behulp van de  $1,5 \times$  IQR-methode.

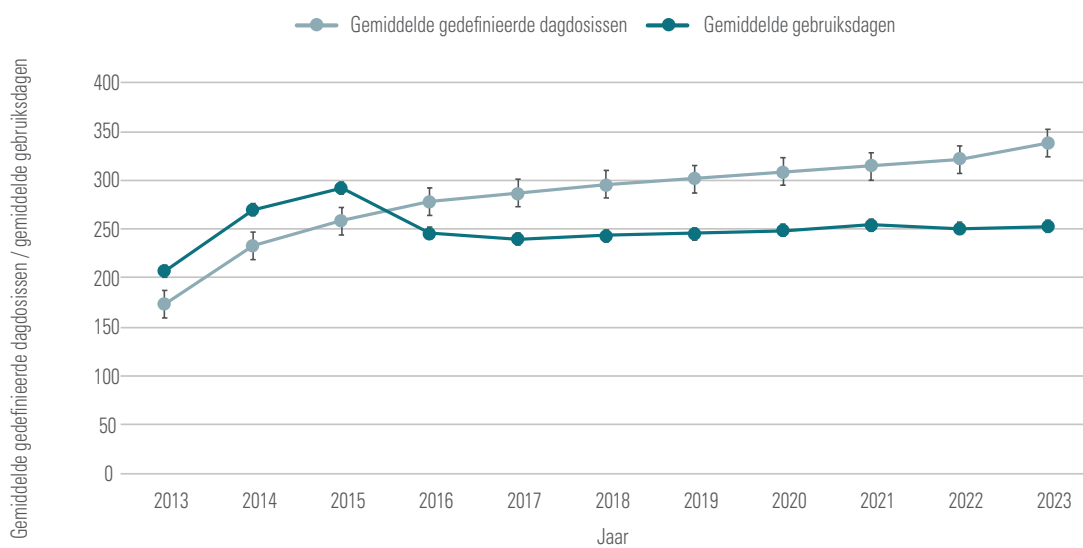
In de hoofdanalyses is het recht op verhoogde tegemoetkoming (VT-statuu) positief geassocieerd met langdurig antidepressivagebruik. Na uitsluiting van uitschieters keert dit verband om en is VT-statuu negatief geassocieerd met langdurig gebruik. Deze omkering suggereert dat uitschieters, voornamelijk CM-leden met VT-statuu en een uitzonderlijk lange gebruiksduur, een substantiële invloed uitoefenen op de geschatte verbanden.

Aangezien deze studie expliciet focust op langdurig antidepressivagebruik, vormen deze uitschieters een relevante subgroep en zijn zij opgenomen in de hoofdanalyses. Tegelijkertijd biedt hun uitsluiting waardevolle inzichten in de gevoeligheid van de modellen voor extreme waarden.

### Bijlage 3: Gemiddeld aantal gedefinieerde dagdosissen (DDD) en gebruiksdagen per jaar na uitsluiting van uitschieters

In figuur 9 zijn uitschieters verwijderd op basis van de 1,5 × interkwartielafstandsmethode (IQR) (N=2.435). De resulterende studiepopulatie, zonder uitschieters op de variabelen 'gemiddeld aantal DDD per jaar' en 'gemiddeld aantal gebruiksdagen per jaar', omvat 698.974 CM-leden.

**Figuur 9: Gemiddeld aantal gedefinieerde dagdosissen en gebruiksdagen per jaar na uitsluiting van uitschieters, 2013-2023 (N=698.974; Bron: CM)**



## Bijlage 4: Resultaten van logistische regressiemodellen met interactietermen

Hierna worden de resultaten weergegeven van de interactiemodellen die in de hoofdtekst zijn besproken. De tabellen rapporteren de *odds ratio's* (OR) voor de interacties tussen voorschrijver en zorggebruik (zie Tabel 4) en tussen

VT-statuut, voorschrijver en zorggebruik (zie Tabel 5). Deze gedetailleerde output vormt de basis voor de visualisaties in figuur 4 tot en met figuur 8 en ondersteunt de interpretatie van de interactie-effecten in de resultatensectie.

**Tabel 4: Odds ratio's (OR) uit de logistische regressieanalyse met interactietermen tussen voorschrijver en zorggebruik, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM)**

	<b>Model 5 OR (95% BI)</b>	<b>Model 6 OR (95% BI)</b>	<b>Model 7 OR (95% BI)</b>
<b>Voorschrijver (referentie = huisarts)</b>			
Specialist-e	1,05 (1,03-1,08)	0,69 (0,68-0,70)	0,54 (0,53-0,55)
<b>Huisartscontact (referentie = geen of minimaal)</b>			
Laag	1,29 (1,27-1,31)	-	-
Gemiddeld	1,53 (1,50-1,55)	-	-
Hoog	1,81 (1,78-1,84)	-	-
<b>Psychiatercontact (referentie = nee)</b>			
	-	2,93 (2,83-3,03)	-
<b>Psychotherapiecontact bij psychiater (referentie = nee)</b>			
	-	-	3,11 (3,03-3,19)
<b>Voorschrijver x huisartscontact</b>			
Specialist-e x laag	0,80 (0,77-0,83)	-	-
Specialist-e x gemiddeld	0,67 (0,65-0,70)	-	-
Specialist-e x hoog	0,54 (0,52-0,56)	-	-
<b>Voorschrijver x psychiatercontact</b>			
Specialist-e x ja	-	0,86 (0,82-0,90)	-
<b>Voorschrijver x psychotherapiecontact bij psychiater</b>			
Specialist-e x ja	-	-	1,22 (1,18-1,27)

*Model 5: interactie tussen voorschrijver en huisartscontact; Model 6: interactie tussen voorschrijver en psychiatercontact; Model 7: interactie tussen voorschrijver en psychotherapiecontact bij psychiater. Alle interactie-effecten zijn significant bij  $p < 0,01$ . Resultaten zijn gevisualiseerd in figuur 4 en figuur 5.*

Tabel 5: Odds ratio's (OR) uit de logistische regressieanalyse met interactietermen tussen VT-statuut, voorschrijver en zorggebruik, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM)

	<b>Model 8 OR (95% BI)</b>	<b>Model 9 OR (95% BI)</b>	<b>Model 10 OR (95% BI)</b>	<b>Model 11 OR (95% BI)</b>
<b>VT-statuut</b>	1,08 (1,06-1,10)	1,17 (1,14-1,20)	1,01 (1,00-1,02)	1,02 (1,01-1,04)
<b>Voorschrijver (referentie = huisarts)</b>				
Specialist-e	0,80 (0,76-0,82)	0,81 (0,80-0,83)	0,68 (0,67-0,69)	0,56 (0,55-0,57)
<b>Huisartscontact (referentie = een of minimaal)</b>				
Laag	-	1,23 (1,21-1,25)	-	-
Gemiddeld	-	1,43 (1,40-1,45)	-	-
Hoog	-	1,68 (1,65-1,71)	-	-
<b>Psychiatercontact (referentie = nee)</b>				
Psychiatercontact bij psychiater (referentie = nee)	-	-	2,78 (2,71-2,85)	-
<b>VT × voorschrijver</b>				
Ja × specialist-e	0,79 (0,76-0,81)	-	-	-
<b>VT × huisartscontact</b>				
Ja × laag	-	0,87 (0,83-0,90)	-	-
Ja × gemiddeld	-	0,81 (0,78-0,84)	-	-
Ja × hoog	-	0,76 (0,73-0,79)	-	-
<b>VT × psychiatercontact</b>				
VT × psychotherapiecontact bij psychiater	-	-	0,88 (0,84-0,93)	-
<b>VT × psychotherapiecontact bij psychiater</b>				
	-	-	-	0,85 (0,81-0,89)

Model 8: interactie tussen VT-statuut en voorschrijver; Model 9: interactie tussen VT-statuut en huisartscontact; Model 10: interactie tussen VT-statuut en psychiatercontact; Model 11: interactie tussen VT-statuut en psychotherapiecontact bij psychiater. Alle interactie-effecten zijn significant bij  $p < 0,01$ . Resultaten zijn gevisualiseerd in figuur 6, figuur 7 en figuur 8.



# Budget gezondheidszorg 2026: het overlegmodel onder budgettaire druk

Saskia Mahieu – Cel expertise gezondheidsbeleid CM-MC

## Samenvatting

In een economische context gekenmerkt door gematigde groeivoorzichten en een bijzonder hoge overheidsschuld, blijft de budgettaire situatie van België kwetsbaar. Net zoals in andere Europese landen nemen de uitgaven voor defensie toe. In die context beslist de federale regering om de groeicijfer voor de gezondheidszorg minstens in 2026 en 2027 tot 2% te beperken. Het Federaal Planbureau verwacht echter dat de uitgaven voor gezondheidszorg bij ongewijzigd beleid tussen 2025 en 2029 met gemiddeld 2,3% zullen toenemen. Op 22 juli 2025 bezorgt de regering bovendien aan het Verzekeringscomité een 'opdrachtenbrief' met daarin de mededeling van 907 miljoen euro besparingsmaatregelen. Deze opdrachtenbrief bevat niet enkel een budgettair kader, maar ook talrijke beleidsoriëntaties.

Dit artikel beschrijft de algemene budgettaire context voor het budget van de gezondheidszorg 2026, alsook de verschillende maatregelen die in het kader van het sociale overlegmodel zijn voorgesteld en/of aangenomen. Ondanks de uitdagingen en de moeilijkheidsgraad van de oefening, benadrukken wij het vermogen van de sociale partners om concrete voorstellen te blijven formuleren. Hoewel de besparingsopdracht sterk door de regering is aangestuurd, heeft het sociaal overleg naar behoren gefunctioneerd.

Sleutelwoorden: Budget, gezondheidszorg, gezondheidszorgdoelstellingen, besparingen, hervormingen, overlegmodel, kritische analyse

## Inhoudstafel

<b>1. Kader voor het paritair beheer bij de opmaak van het budget gezondheidszorg 2026</b>	<b>62</b>
1.1. Het Belgisch sociale DNA	62
1.2. Beperkte groei voor het budget gezondheidszorg	62
1.3. Gezondheidsdoelstellingen	63
1.4. Aandacht voor geplande hervormingen	64
1.5. Een opdrachtenbrief vanaf 2025	65
<b>2. Begrotingsdoelstelling en technische ramingen</b>	<b>68</b>
2.1. Globale begrotingsdoelstelling 2026	68
2.2. Technische ramingen voor 2026 en vergelijking met de normberekening	69
<b>3. Voorstel van de mutualiteiten en beslissing van de ministerraad</b>	<b>70</b>
3.1. Bescherming van de patiënt-e en van kwaliteitsvolle zorg	70
3.2. Voorstel van de mutualiteiten	70
3.3. Beslissing van de Algemene Raad	74
<b>Conclusie</b>	<b>77</b>
<b>Bibliografie</b>	<b>78</b>

# 1. Kader voor het paritair beheer bij de opmaak van het budget gezondheidszorg 2026

## 1.1. Het Belgisch sociale DNA

Het Belgisch sociale zekerheidssysteem is gebaseerd op het Bismarckiaanse stelsel van sociale zekerheid waarbij de financiering ervan grotendeels door sociale bijdragen in verhouding tot het loon gebeurt. Het beheer van de sociale zekerheid ligt logischerwijze bij de werkgeversorganisaties en de vakbonden. In 1963<sup>1</sup> wordt het paritair beheer uitgebreid naar de ziekenfondsen en de zorgverleners, en wordt het medebeheer op de ganse ziekteverzekering toegepast waarbij de overeenkomsten en akkoorden tussen zorgverleners en ziekenfondsen, als vertegenwoordigers van de rechthebbenden, de centrale vorm van regulering van de gezondheidszorg worden (van Cutsem, 2016).

Het medebeheer, waarbij alle betrokkenen samen het gezondheidszorgbeleid vormgeven, is meer ontvankelijk voor de evolutie in de behoeften van de bevolking dan een model zonder sociaal overleg. Daarom speelt het medebeheer een belangrijke rol in zowel de oriëntatie van beleidsmaatregelen als op het vlak van de budgettering in de ziekteverzekering.

Intussen werd de Staat ook financieel beheerder en is er sprake van een tripartite beheer van de sociale zekerheid waarbij de regering een vetorecht heeft in de Algemene Raad<sup>2</sup> van het RIZIV wanneer over het budget voor de gezondheidszorg wordt beslist. De rol van de regering wordt dus groter. Wanneer besparingsmaatregelen moeten worden genomen, bestaat het risico dat het eigen aandeel van de patiënt-e in de kosten voor diens zorg toeneemt. In dat geval kan het gebeuren dat een regering ter compensatie maatregelen neemt ter bescherming van de meest kwetsbaren in de samenleving. Dit bevordert helaas een zorg in twee snelheden. Het resultaat is een meer liberale dan

Bismarckiaanse sociale zekerheid omwille van een “sociale bijstand<sup>3</sup> die stigmatiserend is voor de allerarmsten en een meer vermarkt systeem voor de anderen” (van Cutsem, 2017, p. 5). Tegelijkertijd beperken budgettaire restricties de kansen op de hervorming van de gezondheidszorg. Het verbeteren van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem is nochtans een doelstelling van het sociaal overleg.

## 1.2. Beperkte groei voor het budget gezondheidszorg

Sinds het Verdrag van Maastricht van 1992 bestaat er een Europese governance van het economisch bestuur van de lidstaten. Deze economische governance is in 2024 hervormd met als hoofddoel te zorgen voor gezonde en houdbare overheidsfinanciën en tegelijkertijd in alle lidstaten duurzame en inclusieve groei te bevorderen door middel van hervormingen en investeringen (Europese Raad, 2024). Bovendien legt de Commissie een ‘referentietraject’ voor aan lidstaten met een overheidsschuld hoger dan 60% van het bruto binnenlands product (bbp) of een overheidstekort hoger dan 3% van het bbp. Op basis van het referentietraject nemen de lidstaten vervolgens het budgettaire aanpassingstraject, uitgedrukt als netto uitgaventrajecten, op in hun nationale structurele begrotingsplannen voor de middellange termijn.

Op 18 maart 2025 is het eerste Belgische budgettaire-structureel plan voor de middellange termijn bij de Europese Commissie ingediend. Dit plan is gebaseerd op een referentietraject bij een aanpassingsperiode van zeven in plaats van vier jaar, waarin de vereiste begrotingsinspanning meer gespreid in de tijd en dus realistischer is. Om deze verlenging met drie jaar te verantwoorden, verbond België zich ertoe belangrijke structurele hervormingen door te voeren in overeenstemming met de gemeenschappelijke prioriteiten van de Unie (een rechtvaardige groene en digitale transitie, inclusief de klimaatdoelstellingen, sociale en economische veerkracht, het Europees Sociaal

1 Wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg.

2 De Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging bepaalt de algemene beleidslijnen inzake geneeskundige verzorging. De vertegenwoordigers van diegenen die instaan voor de financiering van de verzekering, met name werkgevers, werknemers, zelfstandigen en vertegenwoordigers van de Regering, hebben in de Algemene raad 3/4 van de mandaten. De verzekeringsinstellingen hebben 1/4 van de mandaten. De vertegenwoordigers van de zorgverleners hebben in de raad enkel een adviserende stem. Zie voor meer informatie over de organen bij het RIZIV de website van het RIZIV: De organen van het RIZIV | RIZIV.

3 “De theoretici van de systemen van de sociale zekerheid maken een onderscheid tussen de sociale zekerheid en de sociale bijstand die beide voortvloeien uit een andere geschiedenis en logica. De sociale zekerheid vertegenwoordigt een verzekeringsmechanisme ten opzichte van de sociale risico’s dat in de Bismarckiaanse systemen solidair wordt gefinancierd en zich richt op iedereen afhankelijk van de behoeften. De sociale bijstand vertegenwoordigt het vangnet van laatste toevlucht, toegekend aan personen met onvoldoende middelen, gefinancierd door de belastingen en betaald door de lokale overheden zonder dat daarvoor een bijdrage verschuldigd is” (van Cutsem, 2017, p. 5).

Handvest<sup>4</sup>, energiezekerheid en, waar nodig, de opbouw van defensievermogen). De Belgische hervormingen zijn gericht op een hervorming van het pensioenstelsel, een fiscale hervorming en een arbeidsmarkthervorming. Verder wordt ook werk gemaakt van een verbetering van de competitiviteit, van de efficiëntie en de kwaliteit van de overheidsuitgaven en van de coördinatie van het begrotingsbeleid tussen de verschillende overheden (FOD Beleid en Ondersteuning, 2025).

Bij de opmaak van het regeerakkoord begin 2025, besliste de federale regering meteen om het budget voor de gezondheidszorg minder te laten toenemen. Zo werd de groeinorm voor 2026 naar 2% teruggeschoefd. Dit staat in schril contrast met de verwachtingen van het Federaal Planbureau dat de gezondheidszorguitgaven bij ongewijzigd beleid tussen 2025 en 2029 met gemiddeld 2,3% zullen toenemen (Federaal Planbureau, 2025a). De groeinorm volstaat dus niet om de uitgaven bij constant beleid te dekken, laat staan om prioritaire problemen in de Belgische gezondheidszorg aan te pakken. De groeinorm is des te meer beperkt aangezien een internationale vergelijking aantoont dat België relatief evenveel aan gezondheidszorg besteedt als Nederland en Duitsland, maar beduidend minder dan buurland Frankrijk, een land dat ook een groter deel van haar bbp besteedt,

volgens de *Classification of the functions of government* (COFOG), ontwikkeld door de OESO (zie Tabel 1).

### 1.3. Gezondheidsdoelstellingen

In 2015 namen de Verenigde Naties 17 duurzame ontwikkelingsdoelstellingen of *Sustainable Development Goals* (SDG's)<sup>5</sup> aan, met 169 subdoelstellingen en 231 indicatoren om de vooruitgang op te volgen. Dit is nodig om op een rechtvaardige wijze in de behoeften van de huidige generatie te voorzien zonder de behoeften van toekomstige generaties in gevaar te brengen.

De derde duurzame ontwikkelingsdoelstelling betreft een goede gezondheid: *“Verzekeren van een goede gezondheid en bevorderen van het welzijn voor iedereen op alle leeftijden”*. In 2025 rapporteert het Federaal Planbureau dat België vooruitgang boekt op het vlak van de levensverwachting in goede gezondheid, maar achteruitgang op (onder meer) het aantal personen ouder dan 16 jaar met chronische aandoeningen of psychische stoornissen (Federaal Planbureau, 2025b). Ook wordt vastgesteld dat de zes indicatoren voor deze derde doelstelling een betere score tonen naarmate het inkomensniveau van de burger toeneemt.

Tabel 1: Internationale vergelijking van de overheidsuitgaven in % BBP (Bron: Eurostat, 2023)

	Eurozone	BEL	FR	NL	DUI
<b>Sociale bescherming</b>	21,0%	21,0%	24,8%	16,6%	20,9%
<b>Gezondheid</b>	8,2%	8,6%	9,2%	8,7%	8,6%
<b>Subtotaal</b>	<b>29,2%</b>	<b>29,6%</b>	<b>34,0%</b>	<b>25,3%</b>	<b>29,5%</b>
<b>Economische zaken</b>	6,3%	7,1%	6,9%	5,9%	6,0%
<b>Openbare diensten</b>	6,1%	7,0%	5,8%	3,9%	6,2%
<b>Onderwijs en opvoeding</b>	4,7%	6,3%	5,2%	5,1%	4,5%
<b>Subtotaal</b>	<b>17,1%</b>	<b>20,4%</b>	<b>17,9%</b>	<b>14,9%</b>	<b>16,7%</b>
<b>Openbare orde</b>	1,7%	1,8%	1,7%	2,0%	1,7%
<b>Defensie</b>	1,2%	0,9%	1,8%	1,3%	1,1%
<b>Cultuur</b>	1,1%	1,2%	1,4%	1,3%	1,1%
<b>Milieubescherming</b>	0,8%	1,3%	1,0%	1,4%	0,6%
<b>Sociale huisvesting en gemeenschapsvoorzieningen</b>	0,6%	0,4%	1,3%	0,4%	0,5%
<b>Totaal</b>	<b>51,7%</b>	<b>55,6%</b>	<b>59,1%</b>	<b>46,6%</b>	<b>51,2%</b>

4 Het Europees Sociaal Handvest is een verdrag van de Raad van Europa dat fundamentele sociale en economische rechten garandeert, zoals het recht op huisvesting, gezondheid, onderwijs, sociale bescherming, eerlijke arbeidsvoorwaarden en personenverkeer.

5 Zie Take Action for the Sustainable Development Goals - United Nations Sustainable Development.

In 2024 formuleerde de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid in haar streven naar een betere gezondheid voor de Belgische bevolking drie gezondheidsdoelstellingen<sup>6</sup> die alle betrokken ministers gemeenschappelijk zouden nastreven:

- Verlengen van de levensduur in goede gezondheid;
- Verminderen van gezondheidsongelijkheden;
- Verzekeren van een zo gezond mogelijk leefmilieu.

In 2025 adviseerde de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen<sup>7</sup> hoe het gezondheidszorgsysteem aan de realisatie van deze nationale gezondheidsdoelstellingen zou kunnen bijdragen. Op 5 mei 2025 besliste de Algemene Raad van het RIZIV om de volgende prioritaire beleidsdoelstellingen in de zorg na te streven (RIZIV, 2025a):

- GZD1: Beter gebruik van data;
- GZD2: Verhogen van de doelmatigheid;
- GZD3: Betere organisatie van eerstelijnszorg en afstemming van de verschillende zorglijnen;
- GZD5: Betere toegankelijkheid van zorg;
- GZD7: Meer inzetten op preventie en screening.

De volgende stap bestaat in de vertaling van deze domeinen voor gezondheidszorgdoelstellingen, op basis van een evaluatie van de performantie van ons gezondheidszorgsysteem, naar SMART doelstellingen (specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdelijk bepaald), en er de nodige middelen voor ter beschikking te stellen. Dankzij de realisatie van dergelijke duidelijke doelstellingen zal beter aan de zorgbehoeften van de Belgische bevolking worden voldaan. Budgettaire ruimte creëren voor deze gezondheidszorgdoelstellingen in tijden van financiële schaarste, is een bijkomende uitdaging voor de opmaak van het budget voor de gezondheidszorg.

## 1.4. Aandacht voor geplande hervormingen

Drie grote hervormingen zijn gepland om samen op 1 januari 2028 ingevoerd te worden. Bijgevolg moet er bij het opmaken van de begroting voor 2026 en 2027 over gewaakt worden dat de besparingsmaatregelen de re-

alisatie van deze hervormingen niet in de weg zullen staan.

De **herijking van de medische nomenclatuur** heeft als doel de inkomensverschillen tussen huisartsen en artsen-specialisten en tussen artsen-specialisten onderling te corrigeren. Tegelijkertijd wordt de nomenclatuur geactualiseerd voor evoluties in medische interventies. Ook wordt de transparantie van verstrekkingen in het ziekenhuis verhoogd door een onderscheid te maken tussen het beroepsgedeelte van de arts en alle kosten die direct of indirect aan de verstrekking verbonden zijn en die niet op een andere manier gefinancierd worden. Een bijkomende doelstelling is de afdrachten op de honoraria (beroepsgedeelte) van artsen-specialisten aan ziekenhuizen af te schaffen. Tot slot dient de herziening van de medische nomenclatuur ook de samenwerking en kwaliteit van zorg te verbeteren.

De **herziening van de financiering en organisatie van het ziekenhuislandschap** is al een tijdje lopende. Op 1 januari 2019 is de 'laagvariabele zorg' ingevoerd, met een globaal bedrag aan honoraria voor standaardiseerbare, weinig complexe zorg (SOI 1 en 2, *severity of illness*). Het globaal bedrag is hetzelfde voor elk ziekenhuis, hoewel het zorgproces voor de individuele patiënt-e in functie van de aard van de behandeling en het zorgbeleid in elk ziekenhuis kunnen verschillen. De volgende stap in het garanderen van kwalitatieve ziekenhuiszorg, is het vinden van een evenwicht tussen nabije zorg en geconcentreerde zorg op basis van evoluties in medische zorg. Hiermee kan men ook de versnippering van zorg en personeelstekorten bestrijden.

Op 1 januari 2028 zal het **conventiemodel worden hervormd**. Met het oog op meer tariefzekerheid worden ereloonsupplementen beperkt en worden tegelijk richttarieven ingevoerd. Dit zijn toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria en de prijzen voor de zorgverleners die tot de akkoorden zijn toegetreden. Ze moeten een tijdelijk karakter hebben, en de opname ervan in de akkoorden moet worden geëvalueerd. Ze worden dus niet veralgemeend ingevoerd, maar mogen worden voorzien voor onder meer innovatieve vormen van zorg of wanneer voor bepaalde verstrekkingen het bedrag van de vergoeding achterhaald is.

6 Zie PERSMEDEDELING van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid | FOD Volksgezondheid.

7 De Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen werd eind 2023 opgericht om op basis van wetenschappelijke evidentie een advies rond de prioritaire na te streven gezondheidszorgdoelstellingen te formuleren met het oog op een betere besteding van de beschikbare middelen en met het oog op een jaarlijkse evaluatie van de voortgang ervan. De commissie is samengesteld uit tien stemgerechtigde leden uit onderzoeksinstituten en negen leden met een raadgevende stem, namelijk drie overheidsadministraties in de gezondheidszorg, drie verzekeringsinstellingen en drie leden die de zorgverleners vertegenwoordigen.

Tegelijkertijd worden maximumplafonds voor ereloon-supplementen zowel in de ziekenhuis- als in de ambulante sector, en voor alle zorgverleners, ingevoerd voor wie niet geconventioneerd werkt.

## 1.5. Een opdrachtenbrief vanaf 2025

In het nieuwe federale regeerakkoord van 31 januari 2025 staat dat de regering de technische ramingen van mei en september in de ministerraad bespreekt en op basis hiervan, rekening houdend met het advies van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen, voor het zomerreces een opdrachtenbrief formuleert. Dit is een aanzienlijke wijziging in het begrotingsproces waarbij de regering de opmaak van het budget gezondheidszorg sterk naar zich toetrekt (zie Tabel 2). In deze opdrachtenbrief vermeldt de regering immers zowel het budgettaire kader waarbinnen het Verzekeringscomité een voorstel van begroting voor de gezondheidszorg kan doen als de beleidsprioriteiten waarmee moet worden rekening gehouden. De 'opdrachtenbrief' van de regering van 22 juli 2025 legt het sociaal

overleg bijgevolg sterk aan banden, zelfs al ontbreekt de wettelijke basis er nog voor. Het gebrek aan wettelijke basis bemoeilijkt de gesprekken met de zorgverleners die de 'opdrachtenbrief' weinig wensten te volgen. Anderzijds was het kader in de 'opdrachtenbrief' duidelijk richtinggevend omdat de regering finaal een vetorecht heeft in de Algemene Raad.

**De regering geeft in haar 'opdrachtenbrief' op basis van de technische ramingen van mei 2025 aan dat er 907 miljoen euro bespaard moet worden** (zie Tabel 3).

Een **eerste pakket besparingen** ten belope van 263,7 miljoen euro betreft beslissingen die eerder genomen zijn en nog geconcretiseerd moeten worden:

- Bij de opmaak van het budget gezondheidszorg 2025 werd het tekort op 361 miljoen euro geraamd, maar dienden op 1 januari 2025 besparingsmaatregelen voor een bedrag van slechts 217 miljoen euro geïmplementeerd te worden. De overige 144 miljoen euro hoefde niet meteen bespaard te worden omdat door vertragingen

**Tabel 2: Procedure voor de opmaak van de begroting voor de gezondheidszorg**

	<b>Procedure in 2024</b>	<b>Nieuwe procedure in 2025</b>
<b>Technische ramingen mei</b>	31 mei	31 mei
<b>Permanente audit</b>	30 juni	30 juni
<b>Rapport van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (CGDOS)</b>	Niet van toepassing	30 juni
<b>Behoeftenlijsten van de sectoren</b>	1 september	30 juni
<b>Compensatiemaatregelen bij overschrijding van de partiële doelstelling en voor financiering van nieuwe initiatieven</b>	1 september	30 juni
<b>Algemeen begrotingskader en strategische prioriteiten</b>	Continu proces	Continu proces
<b>Opdrachtenbrief</b>	Niet van toepassing	22 juli
<b>Technische ramingen september</b>	15 september	15 september
<b>Rapport van de Commissie voor begrotingscontrole (CBC)</b>	Ten laatste op de achtste werkdag na 15 september	Ten laatste op de achtste werkdag na 15 september
<b>Voorstel van budget gezondheidszorg van het Verzekeringscomité (VC)</b>	Stemming ten laatste op de eerste maandag van oktober	Stemming ten laatste op de eerste maandag van oktober
<b>Analyse van het voorstel van het VC door de CBC</b>	Woensdag na de stemming op het VC	Tweede maandag van oktober
<b>Analyse van het voorstel van het VC door de CGDOS</b>	Niet van toepassing	Tweede maandag van oktober
<b>Bespreking van het voorstel van budget gezondheidszorg door de ministerraad</b>	Niet van toepassing	Tussen de tweede en de derde maandag van oktober
<b>Stemming over het budget gezondheidszorg door de Algemene Raad</b>	Derde maandag van oktober	Derde maandag van oktober

in de implementatie verwacht werd dat dit budget niet in 2025 zou uitgegeven worden, maar pas vanaf 2026 (Mahieu, 2025). De minister besloot dat de compenserende maatregelen voor deze tijdelijke onderbenutting in 2025 moesten genomen worden in de sectoren die in 2024 meer dan andere hun partiële begrotingsdoelstelling overschreden: 62,198 miljoen euro in de sector van de medische honoraria, 50,670 miljoen euro in de sector farmaceutische specialiteiten, 23,526 miljoen euro in de sector implantaten en 4,329 miljoen euro in de sector medische huizen en wijkgezondheidscentra;

- Bij de opmaak van het budget gezondheidszorg 2025 is voorgesteld dat de artsen via hun voorschrijfgedrag het volume van geneesmiddelen beter zouden beheersen. Dit zou structureel 16 miljoen euro moeten opleveren met een budgetgarantie vanwege de sector van de artsen;
- Niet alle geplande maatregelen in de sector farmaceutische specialiteiten van 2024 brachten op wat vooraf ingeschat was. De beslissing over de besparing dient niettemin uitgevoerd te worden en dus moeten er voor een bedrag van 26,7 miljoen euro bijkomende beslissingen worden genomen;
- Bij de opmaak van het budget gezondheidszorg 2025 besloot de ministerraad een *claw forward*<sup>8</sup> die 80,363 miljoen euro moest opbrengen in 2025 en vanaf 1 januari 2026 door alternatieve maatregelen dient vervangen te worden (Mahieu, 2025).

Een **tweede pakket maatregelen** betreft een actieplan van de mutualiteiten voor een strengere controle die 25 miljoen euro moet opbrengen in 2026.

Een **derde pakket maatregelen** betreft enerzijds de kloof die gedicht moet worden tussen de technische ramingen van de uitgaven bij constant beleid en het ter beschikking gestelde budget voor de gezondheidszorg bij een groeicnorm van 2% (=493,5 miljoen euro), en anderzijds een besparing die aanvankelijk buiten norm was beslist, maar uiteindelijk grotendeels binnen de norm moet gerealiseerd worden (125 miljoen euro). De regering onderhandelde binnen haar schoot een meerjarenkader voor de farmaceutische sector waarbij het aandeel van de uitgaven voor geneesmiddelen in het globale budget voor de gezondheidszorg op 17,3% wordt vastgeklemd, hetzelfde percentage als gemiddeld in de periode 2021-2024. Op deze manier ligt de partiële begrotingsdoelstelling voor deze sector al vast in juli. Op basis van de technische ramingen van mei betekent dit voor de sector een besparingsinspanning van 275 miljoen euro. Ook beslist de regering over de verdeling van de resterende inspanningen:

- 150 miljoen euro in de medische honoraria;
- 50 miljoen euro in de sector ziekenhuizen;
- 50 miljoen euro in de andere sectoren;
- 25 miljoen euro op basis van een handavingsplan van het RIZIV;
- 35 miljoen euro onderbenutting in 2026;
- 33,5 miljoen euro besparingen waarvoor vooralsnog een besparing buiten de groeicnorm wordt gezocht.

**Tabel 3: Overzicht van de besparingsmaatregelen in de opdrachtenbrief van de regering van 22 juli 2025**

<b>Reeds beslist pakket maatregelen voor 2026</b>	140,7 miljoen euro	263,7 miljoen euro
<b>Nog te realiseren voor 2025: rationeel voorschrijven van geneesmiddelen door artsen</b>	16 miljoen euro	
<b>Nog te realiseren voor 2024 in de sector farmaceutische specialiteiten</b>	26,7 miljoen euro	
<b>Claw forward in te vullen vanaf 2026</b>	80,3 miljoen euro	
<b>Controle door mutualiteiten met borg</b>	25 miljoen euro	25 miljoen euro
<b>Bijkomende inspanning bij de opmaak van het budget gezondheidszorg 2026: 493,5 miljoen euro plus 125 miljoen euro</b>	618,5 miljoen euro	275 miljoen euro in de sector farmaceutische specialiteiten op basis van de technische ramingen van mei 2025 en 343,5 miljoen euro in de andere sectoren

<sup>8</sup> Een *clawback* en een *claw forward* zijn mechanismen om in de sector farmaceutische specialiteiten overschrijdingen van de partiële begrotingsdoelstelling te recupereren. In het geval van een *clawback* wordt op het einde van het jaar het te vereffenen saldo berekend. In het geval van een *clawforward* wordt bij het begin van het jaar een bedrag betaald dat al moet betaald worden om een latere *clawback* te verminderen.

De opdrachtenbrief vermeldt dus **besparingsmaatregelen voor in totaal 449 miljoen euro in de sector farmaceutische specialiteiten**:

- 275 miljoen euro om de kloof te dichten tussen de technische ramingen van mei voor 2026 en de vastgelegde partiële begrotingsdoelstelling voor 2026 op basis van een aandeel van 17,3% in de globale begrotingsdoelstelling (zie boven);
- 50,7 miljoen euro ter compensatie van de onderbenutting in 2025 (zie boven);
- 26,7 miljoen euro nog te realiseren maatregelen volgens de budgetbeslissingen voor 2024 (zie boven);
- 80,3 miljoen euro maatregelen waarvoor in 2025 een eenmalige *claw forward* is beslist en die tegen 1 januari 2026 vertaald moet worden naar andere maatregelen voor structurele mindergaven (zie boven),
- 16 miljoen euro die voor 2025 beslist werd op basis van een inspanning van de artsen om dankzij rationeel voorschrijven het volume van geneesmiddelen beter te beheersen (zie boven).

Artikel 39 van de wet op de verplichte ziekteverzekering bepaalt dat het Verzekeringscomité de concrete overeenstemmende besparingsmaatregelen samen met de datum van inwerkingtreding ervan in haar begrotingsvoorstel vermeldt<sup>9</sup>. Tegelijkertijd bepaalt artikel 69, §4 van diezelfde wet dat de partiële begrotingsdoelstelling voor de sector farmaceutische specialiteiten na overleg met de vertegenwoordigers van de geneesmiddelenindustrie wordt vastgesteld<sup>10</sup>. Via de opdrachtenbrief laat de regering weten welke maatregelen ze na overleg met de geneesmiddelenindustrie besliste en hoe ze de besparingsinspanning over de verschillende relevante actoren verdeelt:

- **Artsen**: 16 miljoen euro rationeel voorschrijven (zie boven);
- **Open officina**: 20 miljoen euro nog te bepalen besparingsmaatregelen, waarvan 8 miljoen euro geherinverteerd wordt in de vergoedingen voor aflevering van antibiotica per behandeltermijn (netto 12 miljoen euro);
- **Ziekenhuisapotheken**: de partiële facturatie van geneesmiddelen dient 42 miljoen euro op te brengen en het vermijden van een therapieshift naar duurdere geneesmiddelen 20 miljoen euro (totaal: 62 miljoen euro);
- Aan de **patiënt-e** wordt een 'solidaire bijdrage' van minimum 2 euro voor elke verpakking geneesmiddelen gevraagd – minimum 1 euro voor mensen met recht op de verhoogde tegemoetkoming. Het gebruik van maagzuurremmers (PPI) en statines wordt financieel ontmoedigd. De solidaire bijdrage zou 26,2 miljoen euro opbrengen en het doelmatiger geneesmiddelengebruik 87,2 miljoen euro. Tegelijk wordt geherinverteerd in een uitbreiding van de MAF (8,9 miljoen euro) en in de *Early & Fast access* van nieuwe geneesmiddelen (14 miljoen euro). Dit betekent een totale besparing van 113,4 miljoen euro waarvan 22,9 miljoen euro wordt geherinverteerd;
- **Industrie**: als de geneesmiddelenindustrie geen voor de regering aanvaardbare, structurele maatregelen voorstelt voor 80,3 miljoen euro mindergaven (zie *claw forward* hiervoor), zal voor dit bedrag een prijsdaling ingaan. Het saldo van 188,2 miljoen euro zal met een *clawback* worden geregeld, wat betekent dat men van een heffing voor de overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling uitgaat in plaats van op voorhand de nodige maatregelen te nemen. Voorkomen is nochtans beter dan genezen.

9 Artikel 39 bepaalt: "Het Verzekeringscomité onderzoekt alle gegevens die door de bevoegde commissies zijn bezorgd. In voorkomend geval kan het Verzekeringscomité met een gemotiveerd verzoek de bevoegde commissies vragen [de inventaris van de wijzigingen] van hun subsector opnieuw te evalueren. [Het Verzekeringscomité bezorgt de Algemene Raad en de Commissie voor Begrotingscontrole uiterlijk op de eerste maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar een globaal voorstel dat de groeinorm, de stijging van de gezondheidsindex bedoeld in artikel 40, § 1, derde lid, het begrotingskader, het meerjarentraject en de beleidsmatige prioriteiten inzake nieuw beleid en bijsturingen van het bestaande beleid naleeft.] Teneinde de partiële doelstellingen van dat globale voorstel vast te stellen, vermeldt het Verzekeringscomité voor de betrokken sectoren in verhouding tot de technische ramingen, naargelang van het geval, ofwel het te besparen bedrag, alsook de concrete overeenstemmende besparingsmaatregelen samen met de datum van inwerkingtreding ervan, ofwel bedragen die overeenstemmen met positieve maatregelen, alsook een beschrijving van die maatregelen samen met de datum van inwerkingtreding ervan. Bij gebrek aan dergelijk voorstel op de eerste maandag van oktober is de Algemene Raad bevoegd voor de vaststelling van de partiële doelstellingen".

10 Artikel 69, §5, bepaalt: "De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van de Algemene raad en van het Verzekeringscomité, jaarlijks het globaal budget van de financiële middelen vastleggen voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b), c) en e), alsmede de opsplitsing van dit budget al naargelang voornoemde verstrekkingen worden verleend aan in een ziekenhuis of aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden. Het globaal budget van de voornoemde verstrekkingen wordt vastgesteld na overleg met de [...] vertegenwoordigers van de geneesmiddelenindustrie bedoeld in artikel 191, 15°quater. Bij de vaststelling van dit budget worden vanaf het jaar 2017 de geraamde bedragen die ter compensatie aan het Instituut verschuldigd zijn in uitvoering van de compensatieregels bedoeld in artikel 35bis, § 7, [alsook de geraamde bedragen aan het Instituut verschuldigd in uitvoering van het artikel 31septies, (4, derde lid,)] in mindering gebracht. De Koning kan, binnen het in het [eerste] lid vermeld globaal budget van de financiële middelen voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, [5°, b), c) en e)], een c splitsing in deelbudgetten vaststellen voor de farmacotherapeutische klassen die Hij aanwijst. Hij kan deze deelbudgetten verder opsplitsen in functie van de vergoedingsmodaliteiten die gelden binnen de betrokken farmacotherapeutische klassen."

Het Verzekeringscomité kan alternatieve besparingsmaatregelen voorstellen voor zover de verdeling van de besparingsinspanningen wordt gerespecteerd. Ook bevestigt de regering de beleidsprioriteiten aan de hand van de door de Algemene Raad geselecteerde gezondheidszorgdoelstellingen en vermeldt ze meer concreet volgende sectoren voor prioritaire investeringen:

- Invoering van teleconsultaties in de huisartsenwachtposten;
- Tandzorg;
- Kinesitherapie;
- Zorg verstrekt door vroedvrouwen.

Hoewel de regering het sociaal overleg niet uitsluit, beperkt ze hiermee de bewegingsruimte ervan. Daarbij vergeet men dat een opdracht eind juli laat komt als die met complexere analyses of implementatietrajecten gepaard gaat.

## 2. Begrotingsdoelstelling en technische ramingen

### 2.1. Globale begrotingsdoelstelling 2026

De berekeningswijze voor de globale begrotingsdoelstelling voor een volgend jaar ligt bij wet vast. Elk jaar wordt deze berekend door de globale begrotingsdoelstelling van het lopende jaar

- te vermeerderen met de wettelijke groeinnorm die de regering bij aanvang van de legislatuur vastlegt (2% voor 2026) en met de indexmassa<sup>11</sup>;
- aan te passen voor een raming van de inkomsten artikel 111/81 in de sector geneesmiddelen<sup>12</sup>.

Tabel 4 bevat de toepassing van deze principes voor de globale begrotingsdoelstelling 2026.

Het is een recente gewoonte van de regering om een deel van het budget voor de gezondheidszorg te blokkeren om het federale begrotingstekort te beperken. Het niet te besteden bedrag evolueert van 200,018 miljoen euro in 2025 (Mahieu, 2025) naar 310,439 miljoen euro in 2026.

**Tabel 4: Samenvatting van de berekening van de globale begrotingsdoelstelling voor 2026, in miljoen euro (Bron: RIZIV, 2025b)**

Globale begrotingsdoelstelling 2025	39.812.150
Compensatie volledige ontvangsten art.111/81-2025	-2.000.515
<b>Strikte norm</b>	<b>37.811.635</b>
Reële groeinnorm 2%	756.233
<b>Subtotaal</b>	<b>38.567.868</b>
Gezondheidsindex (2,72%)	630.464
Spilindexmassa 2025 (meerkost in 2026 ten opzichte van doelstelling 2025)	43.963
Spilindexmassa 2026	135.029
<b>Subtotaal</b>	<b>39.377.324</b>
Compensatie volledige ontvangsten art.111/81-2026	1.919.845
<b>Voorstel begrotingsdoelstelling 2026</b>	<b>41.297.169</b>

11 Gezondheidsindex: de waarde van deze index wordt bekomen door een aantal producten uit de korf van het indexcijfer van de consumptieprijzen te halen (alcoholische dranken in de winkel gekocht of in een café geconsumeerd, tabakswaaren en motorbrandstoffen, met uitzondering van LPG ). Als het gemiddelde van de laatste vier gezondheidsindexen x 98% de spilindex bereikt of overschrijdt, worden de sociale uitkeringen en lonen aangepast. Voor werknemers geldt de spilindex (toegepast de eerste maand na overschrijding van 2%).

12 Hiermee wordt verwezen naar art. 111 en volgende (vroeger art. 81 en volgende) van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 op basis waarvan de Staat geneesmiddelen, die over het algemeen zeer duur zijn en waarvan de therapeutische werking nog onzeker is, terugbetaalt, zodat patiënten er zo snel mogelijk van kunnen genieten.

Deze evolutie is te verklaren door een besparing van 91,5 miljoen euro die de regering bij afsluiten van het regeerakkoord in 2025 buiten het budget gezondheidszorg plande, maar uiteindelijk binnen de groeinorm wenst te realiseren. Ook zal de opdracht van 25 miljoen euro handhaving en controle door de mutualiteiten, waarvoor ze buiten norm garant staan, binnen het budget gezondheidszorg een impact hebben. Het te besteden budget bedraagt voor 2026 bijgevolg 40,987 miljard euro.

## 2.2. Technische ramingen voor 2026 en vergelijking met de normberekening

Het RIZIV raamt de gezondheidszorguitgaven voor 2026 bij constant beleid op 41,593 miljard euro. In vergelijking met de gefinancierde globale begrotingsdoelstelling voor 2026 (40,987 miljard euro) wordt een tekort van 606,6 miljoen euro vastgesteld. Net zoals bij de opmaak van het budget 2025, berekent het RIZIV een onderbenutting van het beschikbaar gestelde budget:

- Vertraging in de implementatie van de gereserveerde bedragen<sup>13</sup>: 17,563 miljoen euro;
- Tijdelijke onderbenuttingen<sup>14</sup>: 80,919 miljoen euro;
- Structurele onderbenuttingen<sup>15</sup>: 37,359 miljoen euro.

De herziene technische ramingen bedragen bijgevolg 41,458 miljard euro. Daarmee rekening houdend bedraagt het tekort na vergelijking van de technische ramingen en de begrotingsdoelstelling voor 2026 470,8 miljoen euro (zie Tabel 5).

De partiële begrotingsdoelstelling is voor de sector farmaceutische specialiteiten in juli al vastgelegd op 17,3% van de globale begrotingsdoelstelling, omgerekend 6,759 miljard euro. De herziene technische ramingen van september bedragen voor deze sector 6,986 miljard euro wat betekent dat er finaal een tekort van 227,9 miljoen euro wordt vastgesteld. Dit verwachte tekort ligt in september, op basis van recentere cijfers over de uitgavenevolucie in de sector van de geneesmiddelen, 47 miljoen euro lager dan wat met de initiële technische ramingen voor 2026 in mei werd verwacht. Dit betekent dat het Verzekeringscomité lichtere besparingsvoorstellen voor deze sector kan doen.

Tabel 5: Herziene technische ramingen van de gezondheidsuitgaven voor 2026, in miljoen euro (Bron: RIZIV, 2025b)

	Simulatie begrotingsdoelstelling 2026	Herziene technische ramingen 2026	Vershil
<b>Resultaat in prijzen 2025</b>	40.987	40.828	
<b>Indexmassa</b>			
• Gezondheidsindex 2,72%		630.464	
• Spilindex 2025		135.029	
<b>Resultaat excl. niet te besteden bedragen</b>	40.987	41.593	-607
<b>Gereserveerde bedragen in prijzen 2026</b>		-18	
<b>Tijdelijke onderbenuttingen in prijzen 2026</b>		-81	
<b>Structurele onderbenuttingen in prijzen 2026</b>		-37	
<b>Resultaat incl. gereserveerde bedragen en onderbenuttingen</b>	40.987	41.458	-471
<b>Niet te besteden bedrag</b>	310		
<b>Resultaat in prijzen 2026</b>	41.297		

13 Gereserveerde bedragen zijn gebudgetteerde maatregelen die nog niet in werking zijn getreden. Voor 2026 wordt verwacht dat de implementatie van deze maatregelen niet volledig zal lukken op 1 januari 2026, maar wel in de loop van 2026.

14 Een tijdelijke onderbenutting komt voor wanneer een nieuw initiatief wel al ingevoerd is, maar nog niet op kruissnelheid is.

15 Een structurele onderbenutting wordt vastgesteld wanneer een nieuw initiatief al langere tijd geleden ingevoerd is en waarvan intussen zeker is dat het vooropgestelde budget nooit nodig zal zijn.

### 3. Voorstel van de mutualiteiten en beslissing van de ministerraad

#### 3.1. Bescherming van de patiënt-e en van kwaliteitsvolle zorg

Het sociaal overleg staat voor een grote uitdaging. De budgettaire context en grootteorde van de gevraagde besparingen maken de opmaak van het budget gezondheidszorg voor 2026 zeer moeilijk. De mutualiteiten besluiten een budgetvoorstel in te dienen na een grondige evaluatie van alle uitgaven in het gezondheidszorgsysteem om zo te besparen door inefficiënties er uit te halen. Op die manier kan de patiënt-e zo goed mogelijk beschermd worden en kan de zorgverlener nog steeds kwaliteitsvolle zorg nastreven. De middelen doelmatiger besteden, kan als volgt:

- Vermindering van de uitgaven voor zorg
  - Verspilling vermijden: dit betekent dat zorg die geen gezondheidsmeerwaarde oplevert of negatieve effecten heeft (bijvoorbeeld overmatig gebruik van antibiotica of beeldvorming enz.), moet worden vermeden;
  - Kosten verminderen: minder en/of goedkopere middelen inzetten voor dezelfde effectiviteit (bijvoorbeeld verlaging van de prijs van de basisproducten, aanpassing van de prijszetting conform evoluties van de reële marktprijs, terugdringen van praktijkvariabiliteit);
- Verhogen van de effectiviteit van zorg
  - Verbeteren van de veiligheid van de zorg: bijwerkingen of andere vermijdbare negatieve gevolgen verminderen die extra zorgkosten veroorzaken (bijvoorbeeld wondcomplicaties, ziekenhuisinfecties, vermijdbare heropname in het ziekenhuis, enz.);
  - Verbeteren van de toegang tot de zorg: het voorkomen van verergering van gezondheidsproblemen door een vertraagde behandeling waardoor duurdere zorg vereist is, bijvoorbeeld door vroegtijdige screening, de verbetering van de continuïteit van zorg, met name bij ontslag uit het ziekenhuis, de verbetering van de toegang tot essentiële zorg voor chronisch zieken of het terugdringen van wachttijden.

In de pers woedt in september, wanneer het sociaal overleg een voorstel van budget moet kunnen opmaken, een debat over de verhoging van het remgeld. De mutualiteiten doen er alles aan om een verhoging van de remgelden te voorkomen of minstens te beperken. Immers, in 2020 bedraagt het aandeel eigen betalingen voor de gezondheidszorg ten opzichte van de consumptie-uitgaven van de gezinnen 3,6%, wat meer is dan het EU-gemiddelde. Volgens de OESO bedragen in 2024 de privéuitgaven<sup>16</sup> voor gezondheidszorg 26,2% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, de publieke uitgaven voor gezondheidszorg 73,8% van het totaal. In Frankrijk, Duitsland en Nederland bedragen de respectieve percentages van privéuitgaven 15,5%, 13,7% en 16,8%. Met andere woorden, de privéuitgaven zijn in België nagenoeg twee keer zo hoog als in de drie buurlanden en vormen ruim een kwart van de totale gezondheidsuitgaven. Het aandeel eigen betalingen ligt bijzonder hoog voor tandzorg en medische hulpmiddelen (bijvoorbeeld brillen, hoorapparaten, enz.), blijkt ook uit Belgische performantierapporten<sup>17</sup>.

#### 3.2. Voorstel van de mutualiteiten

De mutualiteiten bespreken met de zorgverleners besparingsmaatregelen voor een bedrag van 242,9 miljoen euro (zie Tabel 6): 470,8 miljoen euro besparingen (zie Tabel 5), verminderd met 227,9 miljoen euro besparingen in de sector farmaceutische specialiteiten (zie boven).

Een eerste pakket voorgestelde maatregelen betreft de **sector van de medische honoraria**, voor een totaal van 150 miljoen euro:

- **Klinische biologie:** herziening van de ambulante forfaitaire honoraria met een impact van 28,4 miljoen euro;
- **Medische beeldvorming:** vermindering van de sleutellasterwaarde van een aantal minder complexe CT's en van de CBCT's (*Cone Beam Computed Tomography*), herziening van de digitale substractie-angiografieën en het honorarium van de artrografie en van de arthroMR. Een aantal van deze maatregelen zullen teruggedraaid worden op basis van aanpassingen, voorgesteld door de Belgische beroepsvereniging van radiologen. Deze aanpassingen zullen eerst in de Technisch Geneeskundige Raad worden besproken. Besparing: 25,2 miljoen euro.

16 Privéuitgaven zijn uitgaven die niet door de verplichte openbare verzekering worden gedekt. Dit omvat wat huishoudens rechtstreeks uit eigen zak betalen; remgeld, supplementen, niet-vergoede zorgkosten, evenals uitgaven die eventueel worden gedekt door het afsluiten van een particuliere verzekering, vrijwillig of via de werkgever.

17 Zie volgende website: Financiële toegang tot gezondheidszorg - Naar een gezond België.

De keuze van de onderzoeken is onder andere bepaald op basis van het bestralingsrisico. Ook de vergoeding voor de echocardiografie wordt met 4 euro verminderd (opbrengst van 5,8 miljoen euro);

- **Niet-geaccrediteerden:** vermindering van de raadplegingen en huisbezoeken van een niet-geaccrediteerde huisarts en de raadplegingen van een niet geaccrediteerde arts-specialist met 3,8 euro. Het doel is niet-geaccrediteerden aan te sporen om zich in te schrijven in de wetenschappelijke waarden van de accreditering. Besparing: 49,5 miljoen euro;
- **Speciale verstrekkingen:** vermindering met 1 euro van de verstrekking ECG (elektrocardiogram) wat kan leiden tot een besparing van 2,2 miljoen euro, en een tijdelijke vermindering van het honorarium van de knieprothese met 5% in afwachting van het vastleggen van duidelijke criteria tot chirurgie (besparing: 1,1 miljoen euro). Het toepassen van een aanpassing van de nomenclatuur voor HER2-FISH (*Human Epidermal growth factor Receptor 2 - Hybridation in situ par fluorescence*) en bijkomende cumulregels geven een besparing van 1 miljoen euro;
- **Heelkunde:** wat betreft de operatieve hulp, is de aanwezigheid van een tweede arts niet bij elke chirurgische ingreep nodig. Daarom zal nagegaan worden waar deze hulp noodzakelijk is en zal de verstrekking met een bepaald bedrag worden herzien. Deze oefening zal gepaard gaan met een besparing van 18,5 miljoen euro. De vermindering met 10 euro van het uitsnijden van poliepen met een diathermische lus levert een besparing op van 1,1 miljoen euro, de vermindering van de tympanoscopie met 1 euro een besparing van 1,3 miljoen euro en de vermindering van de verstrekking van de osteotomie rond een geretineerde tand met 6 euro een besparing van 0,78 miljoen euro. De verstrekking voor het tellen van endotheliale cellen van de cornea wordt met 15 euro verlaagd. Aan de beroepsvereniging wordt gevraagd om criteria voor te stellen voor het correct gebruik van de endotheelceltelling. In de eerste fase levert deze verstrekking een besparing op van 2 miljoen euro;
- **Toezicht:** het toezichthonorarium oncologie in het daghospitaal oncologie vertoont een meerkost die niet onmiddellijk kan worden verklaard. Twee verstrekkingen worden met 10 euro verlaagd in afwachting van een analyse en het eventueel toepassen van bijkomende beperkingen. Besparing: 3,8 miljoen euro;
- **Honoraria buiten nomenclatuur:** triage in de huisartsenwachtposten (HWP). Een deel van de patiënten die de HWP wil consulteren, kan in feite wachten tot de volgende dag om dan de eigen huisarts te consulteren. Dit

project zou een jaarlijkse besparing kunnen opleveren van meer dan 3 miljoen euro. Voor het eerste jaar wordt gerekend op een bedrag van 1,5 miljoen euro. Tot slot worden via de geïntegreerde praktijkpremie voor de huisartsen criteria op basis van indicatoren voorgesteld om het voorschrijfgedrag zowel in de klinische biologie als in de medische beeldvorming doelmatiger te maken. Deze maatregel laat een besparing van respectievelijk 2 miljoen euro en 1,5 miljoen euro toe;

- **Dialyse:** vermindering van het forfaitair honorarium hemodialyse in het ziekenhuis met 6 euro met een totale besparing van 4,4 miljoen euro.

Een tweede pakket van maatregelen situeert zich in de **sector ziekenhuizen**, conform de 'opdrachtenbrief' in het dagziekenhuis (50 miljoen euro):

- **Impact besnijdenis op BFM:** in de beheersingsmaatregelen ten belope van 62,2 miljoen euro in de sector medische honoraria ter compensatie van de tijdelijke onderbenutting in 2025 (zie hoger) is een verstrenging van de voorwaarden voor deze verstrekking overeengekomen. Dit zal resulteren in een besparing binnen het BFM. Het overeenkomstig bedrag zal uit het BFM-budget gehaald worden (0,9 miljoen euro);
- **Impact radiofrequentieablatie van het endometrium op forfait 6:** de invoering van deze nieuwe nomenclatuur zal ervoor zorgen dat de verstrekking 432456 – 432460 (volledige resectie van het endometrium) minder uitgevoerd zal moeten worden. Hierdoor zal ook het aantal facturaties van forfaits groep 6 dagziekenhuis verminderen (2 miljoen euro);
- **Niet te besteden bedrag:** een bijkomende besparing van 47 miljoen euro zal als niet te besteden bedrag ingeschreven worden in de partiële begrotingsdoelstelling 2026 voor de ziekenhuizen, in afwachting van de uitwerking van meer doelmatige en medisch gevalideerde maatregelen. Gezien het gesloten budget, betekent dit een beperking van de beschikbare middelen voor de ziekenhuizen.

Een derde pakket maatregelen wordt voorgesteld in de **sector van de orthopedische technologen**:

- Conform de opdrachtenbrief wat betreft het verminderen van praktijkvariëaties, worden in het kader van doelmatige zorg de nomenclatuur en de terugbetaling voor knieorthesen en thoracolumbale orthesen afgestemd op de beschikbare medische evidentie (3 miljoen euro);
- Daarnaast worden tegen 31 december 2025 enkele selectieve prijsdalingen uitgewerkt (5 miljoen euro).

Een vierde pakket maatregelen betreft de **sector revalidatie**:

- Op basis van wetenschappelijke evaluaties blijkt het op dit moment niet langer noodzakelijk om een specifiek budget voor geavanceerde en dure technologie (GDT) in de diabeteszorg te blijven voorzien (1,4 miljoen euro);
- In afwachting van de herziening van de nomenclatuur voor cardiale revalidatiestrekkingen worden de prestaties lineair met 10% verminderd, zonder de zorg voor de huidige patiëntenpopulatie in het gedrang te brengen. Ook staat deze besparing een toekomstige hervorming niet in de weg (3,4 miljoen euro);
- Hoewel een hervorming van de regelgeving zuurstoftherapie op korte en lange termijn wordt voorbereid, wordt een prijsverlaging voor langdurige zuurstoftherapie alvast doorgevoerd. Deze prijsdaling staat de hervorming niet in de weg (6,9 miljoen euro).

In de **sector van de thuisverpleging** wordt de volgende besparing voorgesteld:

- De afgelopen jaren is een sterke groei merkbaar in de palliatieve forfaits per akte (PP – PN), met grote fluctuaties van jaar tot jaar. Een voorstel van de sector is om vanaf 1 januari 2026 de intrinsieke waarde van bepaalde nomenclatuurnummers te verminderen, rekening houdend met een doelmatiger gebruik op langere termijn. Meer concreet wordt de vergoeding van de forfaits PP (nummer 427173) en PN (nummer 427070) vanaf 1 januari 2026 met 25% verminderd (11,9 miljoen euro).

Een zesde pakket van maatregelen betreft de **sector van de tandzorg**:

- Zeer recent was er een herwaardering van de OPG-radiografie (OrthoPantoGram) waarbij het deel maximumtarief voortaan ook via de verplichte ziekteverzekering wordt vergoed. Onder de 19 jaar is een OPG vooral geïndiceerd bij orthodontische behandelingen. Boven de 19 jaar is een OPG minder frequent geïndiceerd en volstaat een vergoeding om de drie in plaats van om de twee jaar. Dit levert 2 miljoen euro op;
- Verplichte eID lezing vanaf 1 oktober 2026 (4,3 miljoen euro).

In de **sector van de kinesitherapie** wordt volgende maatregel voorgesteld:

- Het weekforfait telemonitoring was vastgelegd op 1,5 keer het honorarium van een individuele kinesithera-piesessie van 30 minuten (standaardprestatie M24). Dit werd namelijk, ter voorbereiding van een implementatie op 1 januari 2026, berekend als budgetneutraal. De maatregel bestaat in een gelijkstelling van dit weekforfait aan het honorarium van een zitting M24 (8,4 miljoen euro).

In de **sector van de implantaten**: vermindering van het budget voor nieuwe middelen met 1,045 miljoen euro.

Tot slot wordt in de **sector van de logopedie** een structurele onderbenutting ingeschat omdat het aantal patiënten met het *Locked-in* syndroom kleiner is dan bij de opstart in 2017 (150.000 euro).

In het voorstel van de mutualiteiten gaan alle maatregelen in op 1 januari 2026, met uitzondering van de nomenclatuuraanpassing voor knieorthesen met afstemming op de beschikbare wetenschappelijke evidentie, de nomenclatuuraanpassing voor thoracolumbale orthesen met inschrijven van indicaties ter bevordering van doelmatig medisch gebruik en de verplichte lezing eID in de tandzorg. Deze maatregelen gaan in op 1 oktober 2026.

Ook stellen de mutualiteiten in overleg met de zorgverleners alternatieve besparingsmaatregelen voor in de **sector van de farmaceutische specialiteiten** (zie Tabel 7). Vergelijken met de technische ramingen van mei waarop de opdrachtenbrief en het voorafgaandelijke bilateraal overleg van de regering met de geneesmiddelenindustrie gebaseerd zijn, moet er op basis van recentere technische ramingen van september 47,2 miljoen euro minder bespaard worden.

**Huisapotheker** – In overleg met de beroepsverenigingen voor de apothekers worden twee aanpassingen gesuggereerd: een aanpassing van de inclusiecriteria voor de doelgroepen van de huisapotheker en een haalbaardere invoering van de aflevering per eenheid voor antibiotica. Er wordt een aanpassing van de inclusiecriteria voorgesteld, bedoeld om de terugbetaling meer te richten op de patiënten met de grootste zorgnoden, namelijk de patiënten voor wie in dezelfde apotheek over een periode van één jaar minstens vijf verschillende terugbetaalde geneesmiddelen, waarvan minstens twee chronische geneesmiddelen (in plaats van één chronisch geneesmiddel), zijn afgeleverd. Voor de patiënten voor wie momenteel reeds een prestatie als ‘huisapotheker’ loopt, is continuïteit van opvolging belangrijk.

De apotheker zal evalueren op welke manier deze continuïteit het best kan worden gewaarborgd, in functie van de individuele behoeften van de patiënt-e (12 miljoen euro). Het Belgische *OneHealth* plan voorziet een aantal maatregelen om antimicrobiële resistentie te bestrijden en rationeler om te gaan met het gebruik van antibiotica. Een van de maatregelen is het afleveren van antibiotica per eenheid of in een meer geschikte verpakking, om het risico op overconsumptie van antibiotica en op zelfmedicatie die tot het fenomeen van antibioticaresistentie leiden, te minimaliseren. Een aflevering per behandeltermijn is ook opgenomen in het federale regeerakkoord. Bij het uitvoeren van de maatregel wordt voorgesteld om de aflevering van antibiotica zo doelmatig mogelijk toe te passen, dus, in de mate van het mogelijke, via de aflevering van adequate verpakkingen. Dit vereist een kleinere investering in een extra honorarium voor de technische en administratieve taken die met het afleveren per behandeltermijn gepaard gaan (-3,3 miljoen euro).

**Ziekenhuisapotheken** – De totale impact via de bijwerkingen van besparingen in andere begrotingsposten leidt ertoe dat er veel meer dan 50 miljoen euro ten laste valt van de sector ziekenhuizen. Naast de besparing op het dagziekenhuis wordt immers ook bespaard via de ziekenhuisapotheek, de revalidatie (zie boven), de implantaten (zie boven) en onrechtstreeks via de afdrachten op verminderde artsenhonoraria (zie boven). Wat de twee maatregelen voor de ziekenhuisapotheken betreft, pleiten de mutualiteiten in overleg met de ziekenhuisfederaties voor voorzichtigheid. De uitdieping van de partiële facturatie van 85% naar 78% dient te worden beperkt tot 81,5% en voor het vermijden van een therapieshift naar duurderes moleculen zonder veel meerwaarde moet eerst een selectieve lijst van moleculen opgemaakt worden zodat de te nemen maatregel een beheersbare impact heeft.

**Patiënt-e** – De opdrachtenbrief van de minister voorziet een verhoging van het remgeld voor geneesmiddelen. De opbrengsten worden geïnvesteerd in een snellere terugbetaling van geneesmiddelen en in de uitbreiding van de maximumfactuur. Ook wordt de overconsumptie van PPI's (protonpompinhibitoren of maagzuurremmers) en statines (gebruikt bij hypercholesterolemie) tegengegaan door de verhoging van de eigen bijdrage bij aankoop ervan, ongeacht de situatie van de patiënt-e. De mutualiteiten stellen voor om overconsumptie van geneesmiddelen niet met een financiële prikkel aan te pakken, maar met het doelmatiger voorschrijven ervan en controle daarop door de mutualiteiten.

PPI's staan nu ingeschreven in hoofdstuk II van de lijst van de terugbetaalde geneesmiddelen. Binnen hoofdstuk II zijn er twee categorieën van terugbetaling (B en C), naargelang de sterkte en de duur van de behandeling. Om meer doelmatig gebruik van PPI's aan te moedigen, wordt voorgesteld om de geneesmiddelen ingeschreven in categorie B in hoofdstuk II naar hoofdstuk IV (geneesmiddelen onderworpen aan een controle van de adviserend arts) over te hevelen, de actuele terugbetaling te behouden, zij het met een beperking van de behandelduur (44,1 miljoen euro). Voor een betere doelmatigheid in het gebruik van statines, ezetimibe en combinaties met ezetimibe, stellen de mutualiteiten voor om in het geval van primaire preventie zonder comorbiditeiten de geneesmiddelen van categorie B naar categorie C in hoofdstuk I over te hevelen en in het geval van primaire preventie met comorbiditeiten (bijvoorbeeld diabetes) de geneesmiddelen met behoud van terugbetaling in categorie B naar hoofdstuk IV te transfereren. Ook in het geval van secundaire preventie wordt een transfer naar hoofdstuk IV met behoud van terugbetaling in categorie B voorgesteld (17,5 miljoen euro).

**Industrie** – Responsabilisering van alle betrokken partijen is noodzakelijk, waaronder ook de farmaceutische industrie. Om de uitgaven onder controle te houden, stellen de mutualiteiten voor om in plaats van met een *clawback*, met deelbudgetten te werken, dit is een partiële begrotingsdoelstelling voor bijvoorbeeld oncologie binnen de partiële begrotingsdoelstelling voor de sector farmaceutische specialiteiten. Eenzelfde mechanisme zou ook toegepast kunnen worden voor andere snelgroeiende klassen van geneesmiddelen. Omdat deze maatregel geen invloed heeft op het voorschijfgedrag, wordt voorgesteld om tegelijk ook in te zetten op een meer rationeel gebruik van oncologische geneesmiddelen, bijvoorbeeld wat betreft mogelijke dosisverlagingen en gebruik aan het levenseinde.

**Ondanks het talrijk overleg, besluiten onder meer de artsensyndicaten en de ziekenhuisfederaties tegen het voorstel van de mutualiteiten te stemmen.** Hun signaal aan de regering is dat er te veel op te korte termijn moet bespaard worden en dat een grotere bijdrage van de patiënt-e aangewezen is. Er wordt geen voorstel van budget gezondheidszorg 2026 vanuit de Verzekeringscomité aan de Algemene Raad overgemaakt. **Het is dus aan de regering, en in het bijzonder aan de minister van Volksgezondheid, om een ontwerp van begroting aan de tafel van de Algemene Raad voor te leggen.**

### 3.3. Beslissing van de Algemene Raad

Het door de minister van Volksgezondheid ingediende begrotingsvoorstel gaat niet in op de wens van sommigen om het remgeld te verhogen om de gevraagde besparingen te realiseren, met uitzondering van de invoering van een remgeld in de sector vroedvrouwen om deze zo beter te vergoeden. Ze respecteert het voorstel van de mutualiteiten mits enkele kleinere aanpassingen (zie Tabel 6):

- **Klinische biologie:** aanpassing voor de sector ziekenhuizen. In totaal een bijna gelijke inspanning, maar 15,4 miljoen euro lineair in afwachting van maatregelen die meer op volume en doelmatigheid gericht zijn en eerst samen met de beroepsverenigingen tegen eind mei 2026 uitgewerkt moeten worden;
- **Medische beeldvorming:** grotere inspanning door voorschrijfrestricties in te voeren;
- **Niet-geaccrediteerde artsen:** een veel kleinere inspanning, met de vraag om het huidige systeem van accreditering en de geïntegreerde praktijkpremie waar het over doelmatigheid en kwaliteit gaat, tegen september 2026 te herzien;

- **Speciale verstrekkingen:** toevoeging van ambulante polysomnografie;
- **Heelkunde:** voornamelijk toevoeging van rugchirurgie en van de forfaitarisering van de extracapsulaire extractie bij cataract met inclusie van pre- en postoperatieve onderzoeken;
- **Ziekenhuizen:** lineair in plaats van niet te besteden bedrag. Alternatieve maatregelen uit te werken in de loop van 2026 met een impact in 2027;
- Besparing bij **vroedvrouwen, logopedisten en kinesitherapeuten** om de videoconsultaties lager te waarderen dan de fysieke consultaties, confer sector medische honoraria;
- Een grotere besparing op **implantaten**;
- Aanpassing van enkele berekeningen die het RIZIV nog nakeek.

1,6 miljoen euro wordt geherinvesteerd in een uitbreiding van de MAF bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Verder is er een budgetneutrale invoering van telefonische triageconsulten in de huisartsenwachtposten.

**Tabel 6: Overzicht van de besparingsmaatregelen beslist door de Algemene Raad in vergelijking met het voorstel van de mutualiteiten**

	Voorstel mutualiteiten	Beslissing Algemene Raad
<b>Sector honoraria voor de artsen</b>		
• Klinische biologie	28.400.00	26.600.000
• Medische beeldvorming	31.000.000	57.400.000
• Raadplegingen, bezoeken en adviezen	49.500.000	8.500.000
• Speciale verstrekkingen	4.300.000	5.900.000
• Heelkunde	23.680.000	43.400.000
• Toezicht	3.800.000	3.800.000
• Honoraria buiten nomenclatuur	5.000.000	0
• Dialyse: honoraria	4.400.000	4.400.000
<i>Totaal</i>	<i>150.080.000</i>	<i>150.000.000</i>
<b>Sector ziekenhuizen</b>		
• Impact besnijdenis op BFM	900.000	921.568
• Impact radiofrequentie ablatie van het endometrium op forfait 6	2.005.326	2.005.326
• Niet te besteden bedrag/lineaire vermindering van de partiële begrotingsdoelstelling	47.083.014	47.073.106
<i>Totaal</i>	<i>50.000.000</i>	<i>50.000.000</i>

<b>Andere sectoren</b>		
<b>• Orthopedisch technologen</b>		
• Aanpassing nomenclatuur knie-orthesen	1.250.000	1.250.000
• Aanpassing nomenclatuur thoraco-lumbale orthesen	1.750.000	1.750.000
• Diverse prijsdalingen	5.000.000	5.000.000
<i>Totaal</i>	<i>8.000.000</i>	<i>8.000.000</i>
<b>• Revalidatie</b>		
• GDT – 7.86.9	1.404.000	1.408.000
• Cardiale revalidatie – 7.82.1	2.178.600	2.312.000
• Langdurige zuurstoftherapie – 7.81	3.367.022	3.546.000
<i>Totaal</i>	<i>6.949.622</i>	<i>7.266.000</i>
<b>• Thuisverpleging</b>		
• Forfait PP (code 427173) en forfait PN (code 427070)	11.907.242	11.907.242
<b>• Tandzorg</b>		
• Beperken van de terugbetaling OPG 1 om de drie jaar naar per twee jaar, en dat voor de 19-jarigen of ouder	2.021.000	2.076.000
• Verplichte lezing eID	4.339.250	4.339.250
<i>Totaal</i>	<i>6.360.250</i>	<i>6.415.250</i>
<b>• Kinesithherapie</b>		
• Uniformisering videoconsultatie	0	2.335.000
• Gelijktelling weekforfait telemonitoring aan het honorarium van 1 zitting M24	8.374.000	6.039.000
<i>Totaal</i>	<i>8.374.000</i>	<i>8.374.000</i>
<b>Implantaten</b>		
• Vermindering van de geraamde middelen voor nieuw beleid	1.045.886	2.442.000
<b>Logopedie</b>		
• Initiatief <i>locked-in</i> syndroom: staat al in onderbenutting TR	150.000	0
• Uniformisering videoconsultatie	0	48.000
<i>Totaal</i>	<i>150.000</i>	<i>48.000</i>
<b>Vroedvrouwen</b>		
Uniformisering videoconsultatie	0	25.000
<b>MAF Psychiatrie</b>		
	0	-1.590.000
<b><i>Totaal</i></b>	<b><i>42.787.000 (*)</i></b>	<b><i>42.887.000 (*)</i></b>

(\*) Het verschil met het bedrag van 50 miljoen euro in de opdrachtenbrief is als volgt te verklaren:

- Het saldo van 4,1 miljoen dat na de herziene technische ramingen van september beschikbaar was gekomen omdat net iets minder bespaard diende te worden, wordt in het voorstel van de mutualiteiten gebruikt om bij te dragen aan de algemene besparingsinspanningen of dus minder in de kleinere sectoren van de ziekteverzekering bespaard. De Algemene Raad beslist een beperkt deel daarvan te herinvesteren in een uitbreiding van de MAF bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- Ook de WGC dragen bij tot de besparing, namelijk met 3 miljoen euro. Hun bijdrage is al in de herziene technische ramingen opgenomen waardoor ze niet in deze tabel wordt genoteerd en in feite nog maar 47 miljoen euro in de andere sectoren wordt gezocht en geen 50 miljoen euro.

Het voorstel volgt de alternatieve besparingsvoorstellen in de sector farmaceutische specialiteiten gedeeltelijk (zie Tabel 7). Het bedrag van 47,2 miljoen euro dat in deze sector uiteindelijk niet moet bespaard worden, wordt door de Algemene Raad grotendeels verdeeld over de geneesmiddelenindustrie (netto 20 miljoen euro minder besparingen) en de sector ziekenhuizen (20 miljoen euro minder besparingen). De patiënt-e wordt helaas niet ontzien. Het voorstel volgt het standpunt van de mutualiteiten om de maatregel inzake cholesterolverlagende medicatie uit te breiden naar ezetemibe en combinaties met ezetimibe wel, maar volgt de gedeeltelijke overheveling ervan naar hoofdstuk IV niet om de administratieve last voor de arts niet te verhogen. Ook komt de regering niet terug op haar opdrachtenbrief

waarin ze al gewag maakte van een remgeld van minstens 2 euro voor alle geneesmiddelen (minstens 1 euro voor personen met recht op de verhoogde tegemoetkoming). De patiënt-e levert bijgevolg een besparingsinspanning van 109,5 miljoen euro of 27% van alle besparingen in de sector farmaceutische specialiteiten, al wordt 22,9 miljoen euro geherinvesteerd in een betere toegankelijkheid van geneesmiddelen. Ook wordt het alternatieve voorstel van de mutualiteiten in verband met de besparingen bij de huisapotheker gevolgd.

De Algemene Raad keurt het voorstel van de minister van Volksgezondheid goed en legt op die manier zowel het budget voor de gezondheidszorg als de partiële begrotingsdoelstellingen vast.

**Tabel 7: Overzicht alternatieve maatregelen sector farmaceutische specialiteiten**

Maatregelen	Opdrachtenbrief	Voorstel mutualiteiten	Beslissing Algemene Raad
<b>Rationeel voorschrijven door artsen</b>	16.000	16.000	16.000
<b>Maatregelen industrie</b>			
• <i>Clawback</i>	188.200	208.200	158.200
• Prijzdaling tenzij alternatieve voorstellen ter vervanging van de <i>claw forward</i>	80.300	80.300	90.300
<b>Open officina</b>			
• Besparing op marge en honoraria	20.000		
• Doelgroep huisapotheker		12.000	12.000
• Aflevering antibiotica per eenheid	-8.000	-3.300	-3.300
<b>Ziekenhuisapothek</b>			
• Facturatie ATC 5 78% in plaats van 85% (81,5% in voorstel van de mutualiteiten)	42.000	21.000	42.000
• Facturatie ATC 4 90%	20.000	20.000	0
<b>Patiënt-e</b>			
• Minimale remgelden	26.200		26.200
• Uitbreiding Maf Cs en Cx	-8.900		-8.900
• <i>Early access</i>	-14.000	-14.000	-14.000
<b>Efficiënt gebruik</b>			
• IPP B/C -> Cx	53.900	44.100	53.900
• Statines B -> C	33.300	17.500	29.400
<b>Totaal</b>	<b>449.000</b>	<b>401.800</b>	<b>401.800</b>

## Conclusie

Hoewel het sociaal overleg onder druk staat, is het omwille van de complexiteit en grootteorde van de uitdaging des te belangrijk om het voldoende kansen te bieden. Het is daarom positief te kunnen vaststellen dat de regering het voorstel van budget voor de gezondheidszorg van de mutualiteiten nagenoeg integraal overnam.

Maar de uiteindelijk goedgekeurde begroting slaat en zalft tegelijkertijd. Zo wordt in 2026 het remgeld voor geneesmiddelen verhoogd maar wordt tegelijk de maximumfactuur uitgebreid. Daarbij komt dat onder budgettaire druk het risico op deconventionering toeneemt, net als het risico dat supplementen aangerekend worden om het verlies in inkomen te compenseren. Ook op het vlak van de niet-vergoedbare prestaties is heel wat creativiteit mogelijk om kosten aan te rekenen aan patiënten. De budgettaire context voor de gezondheidszorg dreigt helaas een gezondheidszorg in twee snelheden te bevorderen.

De budgettaire situatie voor de komende jaren oogt niet rooskleuriger. De ramingen van het Monitoringcomité van 22 september 2025 wijzen op een tekort op de federale begroting van 42,6 miljard euro tegen 2030 of 5,8% van het

bbp bij ongewijzigd beleid (Monitoringcomité, 2025). Op 24 november 2025 beslist de federale regering om 9,2 miljard euro te besparen tegen 2029. Ook in de ziekteverzekering worden tegen 2029 structurele efficiëntiewinsten aangekondigd voor 684 miljoen euro. Tegelijkertijd wordt een remgeldverhoging van 125 miljoen euro op jaarbasis vanaf 1 juli 2026 aangekondigd. Deze remgeldverhoging zal in de sector medische honoraria gerealiseerd worden en zal in de gezondheidszorg kunnen worden geherinvesteerd.

Het verbeteren van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem is een doelstelling van het sociaal overleg. Vanaf 2025 is het sociaal overleg dankzij de nieuwe Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen ondersteund met een wetenschappelijke onderbouwing van de prioriteiten in de verdeling van het gezondheidszorgbudget. De volgende jaren zal het sociaal overleg rekening moeten houden met een opdrachtenbrief van de regering, gebaseerd op de technische ramingen en het rapport van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen. Dit neemt niet weg dat het sterk aangewezen is dat de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen, de Algemene Raad en bij uitstek de regering bereid zijn om naar het sociaal overleg te luisteren en de co-constructie van het gezondheidszorgbeleid verder te zetten.

## Bibliografie

- Cès, S. (2022). Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 18-37.
- Cès, S., & Noirhomme, C. (2025). Doelstellingen bepalen voor een betere dekking van de gezondheidszorgbehoefte. *Gezondheid & Samenleving*, 14, 29-56.
- Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen. (2025). *Gezondheidszorgdoelstellingen: advies van de Commissie GDOS*. Brussel: RIZIV.
- European Commission. (2023). Autumn 2023 Economic Forecast: A modest recovery ahead after a challenging year. Opgehaald van [https://economy-finance.ec.europa.eu/economic-forecast-and-surveys/economic-forecasts/autumn-2023-economic-forecast-modest-recovery-ahead-after-challenging-year\\_en?prefLang=nl](https://economy-finance.ec.europa.eu/economic-forecast-and-surveys/economic-forecasts/autumn-2023-economic-forecast-modest-recovery-ahead-after-challenging-year_en?prefLang=nl).
- European Commission. (2025). *Spring 2025 Economic Forecast: Moderate growth amid global economic uncertainty*. Brussels: European Commission.
- Europese Raad. (2024). *Evaluatie economische governance: Raad en Parlement akkoord over hervorming begrotingsregels*. Opgehaald van <https://www.consilium.europa.eu/nl/press/press-releases/2024/02/10/economic-governance-review-council-and-parliament-strike-deal-on-reform-of-fiscal-rules/>.
- Eurostat. (2023). *Government expenditure by function – COFOG*. Opgehaald van [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government\\_expenditure\\_by\\_function\\_%E2%80%93\\_COFOG](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_by_function_%E2%80%93_COFOG).
- Federaal Planbureau. (2025a). *Economische vooruitzichten 2025-2030*. Brussel: Federaal Planbureau.
- Federaal Planbureau. (2025b). *Indicatoren van duurzame ontwikkeling*. Brussel: Federaal Planbureau.
- FOD Beleid en Ondersteuning. (2025). *Medium-Term Fiscal-Structural Plan*. Brussel: FOD BOSA.
- Mahieu, S. (2020). Budget 2020: zorgverleners, zorgvoorzieningen, mutualiteiten en vakbonden vragen om een budget met visie en met voldoende middelen voor nieuwe initiatieven. *CM-Informatie*, 279, 4-11.
- Mahieu, S. (2024). Budget gezondheidszorg 2024: "eerst de inhoud". *Gezondheid & Samenleving*, 9, 44-55.
- Mahieu, S. (2025). Budget gezondheidszorg 2025: de meerwaarde van het sociaal overleg. *Gezondheid & Samenleving*, 14, 58-72.
- Mahieu, S., & Cès, S. (2023). Begroting voor gezondheidszorg 2023: ondersteuning van de zorgverstrekkers en van de patiënten. *Gezondheid & Samenleving*, 5, 62-72.
- Mahieu, S., & Lambert, L. (2021). Budget 2021: Zorgverstrekkers, zorgvoorzieningen en ziekenfondsen gaan samen voor noodzakelijke hervormingen. *CM-Informatie*, 283, 4-11.
- Mahieu, S., Cès, S., & Lambert, L. (2022). Budget 2022: Een nieuwe methodologie voor de begroting van het budget gezondheidszorg in België. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 6-17.
- Monitoringcomité. (2025). *Actualisatie 2025-2030*. Brussel: FOD Beleid en ondersteuning.
- OESO. (2023). *Health at a Glance 2023 - OECD Indicators*. Paris: OESO.
- Peters, B., & van Cutsem, P. (2019). Budget 2019: totstandkoming, risico's en conclusies. *CM-Informatie*, 275, 15-22.
- Regering De Wever. (2025). *Federaal regeerakkoord 2025-2029*. Brussel: Federale regering.
- Rekenhof. (2006). *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers*. Brussel: Rekenhof.
- Rekenhof. (2011). *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - opvolgingsaudit*. Brussel: Rekenhof.
- RIZIV. (2022). *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024, finaal rapport*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2025a). *Nota ARGV 2025/029*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2025b). *Nota CGV\_2025\_228*. Brussel: RIZIV.
- van Cutsem, P. (2016). Federale begroting 2016 van de Gezondheidszorg. *CM-Informatie*, 263, 26-39.
- van Cutsem, P. (2017). Federale begroting van de gezondheidszorg voor 2017 - Besparingen in de gezondheidszorg en crisis van tarief-overeenkomsten: naar een liberalisering? *CM-Informatie*, 267, 3-18.
- van Cutsem, P. (2018). Budget 2018: Een begroting die oproept tot gematigdheid. *CM-Informatie*, 271, 21-26.
- Vandenbroucke, F. (2025, juli 22). *Opdrachtenbrief*. Brussel: Belgische federale regering.
- Wetenschappelijk Comité. (2022). *Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen*. Brussel: RIZIV.



# Neemt de inkomensongelijkheid in België toe?

Bespreking van het boek *De paradox van ongelijkheid in België*. van A. Decoster, K. Decanq, B. De Rock, en P. Gobbe

Hervé Avalosse — Studiedienst CM-MC

## Samenvatting

In internationale rangschikkingen verschijnt België als een eerder egalitair land: de inkomensongelijkheid is er relatief laag en stabiel in vergelijking met andere westerse landen. Het boek *De paradox van ongelijkheid in België*, dat de resultaten presenteert van fijnmazige analyses door een consortium van onderzoekers (KULeuven, UAntwerpen, ULB), stelt deze geruststellende en flatterende vaststelling opnieuw in vraag. Zij tonen aan dat de gebruikte statistische basis om inkomensongelijkheid te evalueren (de EU-SILC-enquête bij huishoudens), bepaalde inkomsten uit kapitaal onderschat. Dankzij een nieuwe methode, die de gegevens van de nationale rekeningen integreert, laten zij zien dat de inkomensongelijkheid hoger ligt dan doorgaans wordt gerapporteerd en dat ze sinds 2013 significant is toegenomen.

Het boek onderzoekt eveneens de invloed van vier sociodemografische factoren op de inkomensverdeling (bijvoorbeeld de vergrijzing van de bevolking, de toegenomen arbeidsmarktparticipatie van vrouwen, enz.). Samen beschouwd hebben deze factoren een reële impact die bijdraagt aan de toename van de inkomensongelijkheid, al blijft die impact beperkt. Fiscale en sociale beleidsmaatregelen van de opeenvolgende regeringen hadden daarentegen globaal een herverdelend effect, waardoor de invloed van de sociodemografische factoren werd gecompenseerd en aldus bijdroegen aan de schijnbare stabiliteit van de ongelijkheid.

De ambitie van het boek reikt verder dan louter de analyse van de inkomensongelijkheid. Andere ongelijkheden, zoals die inzake huisvesting, de geografische toegankelijkheid van publieke voorzieningen (scholen en ziekenhuizen), alsook intrafamiliale ongelijkheden en nog andere zaken worden verkend. Het boek biedt dus een breed overzicht van ongelijkheid. Alle resultaten worden op een heldere pedagogische manier gepresenteerd en toegelicht, ondanks de verfijnde concepten en methoden die worden ingezet.

Sleutelwoorden: Ongelijkheid, inkomen, voor u gelezen

## Inleiding

Is de inkomensongelijkheid in België toegenomen? Dat lijkt alvast het algemene gevoel van de inwoners zoals toch blijkt uit een OESO-studie over de perceptie van ongelijkheid. Op de vraag “Wat betreft de evolutie van de inkomensongelijkheid in uw land in het voorbije decennium: denkt u dat deze is afgenomen, stabiel is gebleven of is toegenomen?”, was 56% van de respondenten van mening dat deze ongelijkheid (een beetje of veel) was toegenomen (OESO, 2022, p. 52).

Toch komt België in tal van internationale rangschikkingen niet naar voren als een land met grote ongelijkheid. Integendeel, onder de westerse landen zou het eerder aanleunen bij de Scandinavische landen die als ‘egalitair’ beschouwd worden. Bovendien wijzen de indicatoren niet op een verslechtering van de situatie. Zo loopt in 2024 18,3% van de Belgische bevolking een risico op armoede of sociale uitsluiting. Maar dat percentage is stabiel of zelfs dalend (in 2019 geraamd op 20%) (STATBEL, 2025). Ook de Gini-coëfficiënt (een maatstaf voor de ongelijkheid in de inkomensverdeling binnen de bevolking) blijft een van de laagste van de Europese landen (wat België plaatst bij de minst ongelijke landen) en evolueert nauwelijks (25,1 in 2019; 24,7 in 2024) (EUROSTAT, 2025).

Het is deze paradox die een consortium van onderzoekers uit drie universiteiten (KULeuven, UAntwerpen, ULB) tracht te verklaren. Hoe meten we ongelijkheid? Met welke instrumenten? Hoe evolueert ze in de tijd? Waardoor wordt ze beïnvloed? Hieronder vatten we enkele zeer interessante resultaten van dit onderzoek samen.

## 1. Inkomensongelijkheid meten

Om de inkomensongelijkheid te meten en de evolutie ervan te volgen, houdt men een enquête over het inkomen en de levensomstandigheden van huishoudens: de EU-SILC-enquête (*Statistics on Income and Living Conditions*). Deze enquête wordt op regelmatige basis uitgevoerd in de landen van de Europese Unie aan de hand van een geharmoniseerde vragenlijst.

Voor België wordt deze enquête afgenomen bij een steekproef van 10.000 huishoudens. Hoewel dit instrument toelaat de beschikbare inkomens van huishoudens te schatten, moeten de beperkingen ervan ook worden benadrukt. Met EU-SILC worden immers vooral de aan arbeid gerelateerde inkomsten, evenals onroerende inkomsten, correct gemeten. Voor inkomsten uit financieel kapitaal is dat niet het geval.

De onderzoekers identificeren twee soorten kapitaalgereleerde inkomsten die in de EU-SILC-enquête sterk worden onderschat: de roerende inkomsten en de niet-uitgekeerde winsten aan vennootschappen. Om deze onderschatting te corrigeren, doen zij een beroep op de DINA-methode (*Distributional National Accounts*), die gegevens uit de nationale rekeningen combineert met gegevens uit inkomens-enquêtes en andere microdatabanken.

De meting van ongelijkheid in beschikbaar inkomen die dankzij deze DINA-methode wordt verkregen, levert dan een ander beeld op van de inkomensongelijkheid in België.

- Voor het jaar 2022 bedraagt de Gini-coëfficiënt op basis van de EU-SILC-enquête net geen 25, terwijl die met de DINA-methode rond 37 ligt. Bovendien “bedraagt de Gini-coëfficiënt over de periode 2003-2022 gemiddeld 26,2 op basis van inkomensenquêtes, tegenover gemiddeld 33,9 wanneer we de DINA-methode toepassen” (Decoster, Decancq, De Rock & Gobbi, 2024, p. 157, eigen vertaling). Dat betekent dat het ongelijkheidsniveau veel hoger ligt zodra alle kapitaalinkomsten in rekening worden gebracht.
- Nog een belangrijke vaststelling betreft de evolutie van de inkomensongelijkheid. Met de DINA-methode is er wel degelijk sprake van “een uitgesproken toename van de inkomensongelijkheid sinds 2013” (Decoster, Decancq, De Rock & Gobbi, 2024, p. 158, eigen vertaling). Volgens de auteurs “heeft de onderschatting van de kapitaalinkomsten in inkomensenquêtes deze stijging van de ongelijkheid gemaskeerd en zo een blinde vlek gecreëerd in deze enquêtes” (Decoster, Decancq, De Rock & Gobbi, 2024, p. 324, eigen vertaling).

In elk geval lijkt de paradox op basis van deze onderzoeksresultaten opgehelderd: het aanvoelen van de inwoners van België dat de inkomensongelijkheid toeneemt, is wel degelijk reëel.

## 2. Factoren die de inkomensongelijkheid beïnvloeden

Verskillende hoofdstukken van het boek zijn gewijd aan diverse factoren die de inkomensverdeling binnen de bevolking kunnen beïnvloeden. Heeft bijvoorbeeld de **vergrijzing** van de bevolking een impact op de inkomensongelijkheid? Een vergrijzende bevolking is ook een bevolking waarin het aantal gepensioneerden toeneemt. Aangezien pensioenen lager liggen dan arbeidsinkomens, mogen we dan verwachten dat de inkomensongelijkheden toenemen? Volgens de auteurs is dat inderdaad zo. Toch is de impact van de vergrijzing op de inkomensongelijkheid gering.

Ook andere sociodemografische veranderingen werden geëvalueerd: de tendens tot **fragmentatie van de huishoudsamenstelling** (meer eenpersoonshuishoudens, meer eenoudergezinnen), de **stijging van het opleidingsniveau** en de **arbeidsmarktparticipatie van vrouwen**. Deze sociodemografische veranderingen kunnen op verschillende manieren wegen op de beschikbare inkomens en hun verdeling binnen de bevolking. Zo gaat een hoger opleidingsniveau vaak samen met hogere inkomens. De toegenomen arbeidsmarktparticipatie van vrouwen verhoogt globaal het aantal actieve werknemers, maar de inkomens van deze werkende vrouwen hangen onder meer ook af van hun kwalificaties. Kregen zij toegang tot beroepen waardoor ze zich eerder aan de bovenkant dan aan de onderkant van de inkomensverdeling situeren? In dit verband tonen empirische observaties aan dat de toegenomen participatie van vrouwen vooral tot gevolg had dat de inkomens van huishoudens aan de onderkant van de inkomensverdeling stegen (Decoster, Decancq, De Rock & Gobbi, 2024, p. 88). Wat de fragmentatie van de huishoudsamenstelling betreft, lopen eenpersoonshuishoudens en eenoudergezinnen vaker risico op armoede of sociale uitsluiting (respectievelijk 27,4% en 38,3%) (STATBEL, 2025) en zijn hun gemiddelde inkomens lager (Decoster, Decancq, De Rock & Gobbi, 2024, p. 84). We mogen dus verwachten dat de toename van het aantal huishoudens van deze twee types een effect kan hebben op de inkomensverdeling.

Globaal vatten de auteurs de resultaten van al hun analyses over deze sociodemografische veranderingen als volgt samen: “Als we de vier sociodemografische veran-

deringen samen beschouwen, stellen we vast dat **de inkomensongelijkheid vandaag lager zou zijn indien de vier onderzochte veranderingen niet hadden plaatsgevonden, ceteris paribus.**” Maar dit effect wordt door de auteurs omschreven als “relatief beperkt” (Decoster, Decancq, De Rock & Gobbi, 2024, p. 91). Ten slotte dient opgemerkt te worden dat van de onderzochte sociodemografische veranderingen alleen de toegenomen arbeidsmarktparticipatie van vrouwen de inkomensongelijkheid reduceert.

Andere analyses hebben betrekking op het fiscale en sociale beleid van de verschillende regeringen die elkaar sinds 1985 zijn opgevolgd. Dat beleid heeft zeker invloed gehad op het beschikbare inkomen van de inwoners van België. Maar in welke richting? Heeft het tot gevolg gehad dat de ongelijkheid toenam of afnam? Om deze vraag te beantwoorden, voerden de onderzoekers simulaties uit van de hervormingen met een rechtstreeks effect op het beschikbare inkomen, namelijk deze aangaande de personenbelasting, de sociale zekerheidsbijdragen (maar niet de werkgeversbijdragen) en, gedeeltelijk, de sociale uitkeringen. Ondanks hun beperkingen zijn deze simulaties leerrijk. Volgens de auteurs “zet de Belgische welvaartsstaat, met haar sociale bescherming en progressieve belastingen, een neerwaartse druk op de inkomensongelijkheid. Het herverdelende effect van het beleid is vooral toegenomen in de verschillende politieke periodes tussen 1992 en 2014. De regelmatige aanpassingen van de sociale uitkeringen in functie van de nominale loonstijging speelden daarbij een belangrijke rol” (Decoster, Decancq, De Rock & Gobbi, 2024, p. 322, eigen vertaling). De impact van het fiscale en sociale beleid zou dus de impact compenseren die voortvloeit uit de sociodemografische veranderingen.

## 3. Heel wat andere ongelijkheden

### 3.1. Huisvesting

Het boek behandelt meer dan enkel inkomensongelijkheid. Een zeer interessant en origineel hoofdstuk is gewijd aan ongelijkheid op vlak van huisvesting. Dankzij kadastrale gegevens konden de onderzoekers de ongelijkheden in de waarde en de oppervlakte van woningen in kaart brengen.

Hieruit blijkt dat de ongelijkheid inzake huisvesting (naar waarde) in ons land globaal laag is. De situatie verschilt echter volgens regio. “Wat de woningwaarde betreft, is Wallonië de meest ongelijke regio, omdat daar het grootste aantal woningen met een lage waarde voorkomt. In Brussel is de ongelijkheid in termen van waarde relatief laag, maar in termen van bewoonbare oppervlakte veel hoger, omdat zelfs kleine oppervlakten er duur zijn. Tot slot is Vlaanderen de minst ongelijke regio, zowel wat waarde als wat bewoonbare oppervlakte betreft” (Decoster, Decancq, De Rock & Gobbi, 2024, p. 211, eigen vertaling).

### 3.2. Toegankelijkheid van publieke voorzieningen

De onderzoekers brachten ook de ruimtelijke toegankelijkheid (op basis van een referentiereistijd) van bepaalde publieke voorzieningen in kaart: school en ziekenhuis. Een interessant resultaat is de vergelijking van de toegankelijkheid van deze publieke voorzieningen per provincie (waarbij Brussel als referentie wordt gebruikt). Daaruit blijkt dat “de toegankelijkheid van het onderwijs in Vlaanderen systematisch hoger is dan in Wallonië. Dat zou het gevolg kunnen zijn van een expliciete beleidskeuze in Vlaanderen om het onderwijs te organiseren in kleinere scholen die dichter bij de betrokken bevolking liggen” (Decoster, Decancq, De Rock & Gobbi, 2024, p. 234, eigen vertaling). Wat de geografische toegankelijkheid van het ziekenhuis betreft, scoren ook de Waalse provincies minder goed (met uitzondering van Waals-Brabant). Voor de toegankelijkheid van zowel scholen als ziekenhuizen, zijn de twee minst bedeelde provincies Namen en Luxemburg.

### 3.3. Ook ongelijkheden binnen gezinnen

Wanneer we spreken over beschikbare inkomens, doelen we op de beschikbare inkomens van huishoudens. Die kunnen van verschillende grootte zijn. Om ze vergelijkbaar te maken, past men een equivalentieschaal toe. Door die schaal te gebruiken, gaat men er echter van uit dat bij een gegeven inkomen alle leden van het huishouden dezelfde levensstandaard hebben. Dat stemt niet noodzakelijk overeen met de realiteit. Deze hypothese wordt in elk geval door de onderzoekers bevestigd aan de hand van een MEqIN-databank (*Measuring Equivalent Incomes*), die toelaat de tijdsbesteding en de uitgavenverdeling binnen een steekproef van huishoudens te analyseren.

De analyse beperkt zich tot huishoudens bestaande uit een koppel, met of zonder kinderen. Wanneer hun uitgaven voor niet duurzame goederen en diensten worden onderzocht (bijvoorbeeld voeding, producten voor persoonlijke verzorging, vrijetijdsuitgaven), observeren de onderzoekers dat “de uitgaven van mannen en vrouwen binnen koppels soms sterk verschilden” (Decoster, Decancq, De Rock & Gobbi, 2024, p. 327, eigen vertaling). Wanneer men vervolgens de verdeling evalueert van de private uitgaven (het gaat dan om uitgaven die enkel de persoon ten goede komen voor wie ze zijn bestemd), varieert het aandeel van deze uitgaven voor vrouwen binnen het koppel van 35% tot 65%. De auteurs preciseren nog dat het eerder “vrouwen met een laag inkomen [zijn die] minder vrije tijd hebben en een kleiner aandeel in de private uitgaven krijgen dan hun echtgenoten” (Decoster, Decancq, De Rock & Gobbi, 2024, p. 248, eigen vertaling). Wat de tijdsbesteding betreft, zijn aan mannezijde de tendensen als volgt: vergeleken met vrouwen besteden zij (gemiddeld) meer tijd aan betaald werk, minder aan huishoudelijke taken en beschikken zij ook over meer vrije tijd.

Al deze intrafamiliale ongelijkheden zijn verre van verwaarloosbaar en verdienen het om beter in rekening te worden gebracht en verder te worden bestudeerd. Jammer genoeg wordt dit aspect van ongelijkheid volgens de auteurs door het huidige onderzoek veronachtzaamd (Decoster, Decancq, De Rock & Gobbi, 2024, p. 327, eigen vertaling).

## Conclusie

België verschijnt in internationale rangschikkingen als een land waar de inkomensongelijkheid laag en relatief stabiel is. Dit beeld moet echter worden gerelativeerd. De EU-SILC-enquête, de statistische basis die wordt gebruikt om inkomensongelijkheid te meten, onderschat namelijk bepaalde kapitaalinkomsten. Zodra die mee in aanmerking worden genomen, volgens een nieuwe methode die de gegevens van de nationale rekeningen integreert, blijkt het niveau van inkomensongelijkheid in ons land hoger dan wat in internationale rangschikkingen wordt weergegeven en – vooral – stijgend sinds 2013.

Maar in hun boek nemen de onderzoekers geen genoegen met een rechtzetting wat betreft de meetmethode van inkomensongelijkheden. Hun ambitie reikt verder: ze willen nog heel wat andere facetten van ongelijkheid in ons land verkennen en meten. In dat verband zijn verschillende hoofdstukken originele bijdragen die andere vormen van ongelijkheid laten zien, zoals huisvesting, de ruimtelijke toegankelijkheid van scholen en ziekenhuizen, intrafamiliale ongelijkheden (en nog veel meer).

Het verkennen, in kaart brengen en meten van ongelijkheden is geen doel op zich. Uiteraard is het beschikken over een breed panorama van de ongelijkheden die zich in ons land manifesteren een waardevol instrument. Vanuit dat oogpunt is het boek *De paradox van ongelijkheid in België* een belangrijke referentie, ook voor de toekomst. Maar de volgende stap is meer politiek en belangt ons allen aan: nadenken over de oorzaken van deze ongelijkheden en daaruit acties afleiden om ze te verminderen.

*Deze bijdrage is geschreven op basis van de Franstalige editie van het boek. Het boek is eveneens beschikbaar in het Nederlands: Decoster, A., Decancq, K., De Rock, B., & Gobbi, P. (2024). De paradox van ongelijkheid in België. Leuven: Lannoo Campus.*

## Bibliografie

Decoster, A., Decancq, K., De Rock, B., & Gobbi, P. (2024). *Inégalités en Belgique. Un paradoxe ?* Bruxelles : Racine.

EUROSTAT. (2025). *Living conditions in Europe - income distribution and income inequality*. Geraadpleegd op 8 september 2025, op [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living\\_conditions\\_in\\_Europe\\_-\\_income\\_distribution\\_and\\_income\\_inequality](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-_income_distribution_and_income_inequality).

OCDE. (2022). *Les inégalités comptent-elles ? Comment les gens perçoivent les disparités économiques et la mobilité sociale*. Paris : Editions OCDE.

STATBEL. (2025). *Risico op armoede of sociale uitsluiting*. Geraadpleegd op 8 september 2025, op <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/risico-op-armoede-sociale-uitsluiting>.



*Gezondheid & Samenleving* is het driemaandelijkse tijdschrift van de Studiedienst van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van de belangrijkste CM-studies evenals achtergrondinformatie over de regionale en federale systemen van sociale bescherming, andere takken van de sociale zekerheid en het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Het adressenbestand wordt uitsluitend gebruikt voor de verspreiding van het tijdschrift en wordt conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG of GDPR) beheerd en bewaard. Je kan op elk moment vragen om je persoonsgegevens te raadplegen, aan te passen of te verwijderen. Onjuiste of onvolledige gegevens kan je bovendien kosteloos laten verbeteren. Voor meer informatie in verband met de verwerking van je persoonsgegevens en de uitoefening van je rechten, kan je de privacyverklaring raadplegen op onze website <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>

Indien je vragen hebt over het rechtmatig verwerken van je persoonsgegevens, kan je contact opnemen met onze Data Protection Officer. Dit kan zowel:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van de data protection officer naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek, België
- Per mail: naar [privacy@cm.be](mailto:privacy@cm.be)

Indien je klachten hebt, dan kan je je eveneens tot de CM-Ombudsman richten:

- Schriftelijk door een brief te sturen ter attentie van CM-Ombud naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar [cm.ombud@cm.be](mailto:cm.ombud@cm.be)

Indien je *Gezondheid & Samenleving* niet meer wenst te ontvangen, kan je dit laten weten:

- Schriftelijk: door een brief te sturen ter attentie van Mieke Hofman naar de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – Studiedienst, Haachtsesteenweg 579, 1031 Schaarbeek
- Per mail: naar [GezondheidEnSamenleving@cm.be](mailto:GezondheidEnSamenleving@cm.be)

# Inhoud

- Edito:** Om goed oud te worden, moet men goed geleefd hebben: de uitdaging van *Active Ageing* · 02
- Studie:** Zorg aan het levenseinde. Retrospectieve studie naar het profiel van overleden CM-leden, de plaats van overlijden en het zorgtraject · 04  
Literatuuroverzicht · 06  
Methode · 08  
Resultaten · 11  
Bespreking van de resultaten · 23  
Aanbevelingen · 26
- Studie:** Langdurig gebruik van antidepressiva in België · 32  
Literatuuroverzicht · 34  
Methode · 36  
Resultaten · 39  
Bespreking · 46  
Aanbevelingen · 49
- Analyse:** Budget gezondheidszorg 2026: het overlegmodel onder budgettaire druk · 60  
Kader voor het paritair beheer bij de opmaak van het budget gezondheidszorg 2026 · 62  
Begrotingsdoelstelling en technische ramingen · 68  
Voorstel van de mutualiteiten en beslissing van de ministerraad · 70
- Voor u gelezen: Neemt de inkomensongelijkheid in België toe? · 80

# Colofon

Verantwoordelijke uitgever	Luc Van Gorp, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel
Hoofdredactie	Nicolas Rossignol
Eindredactie	Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova
Redactiecomité	Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens, Clara Noirhomme, Nicolas Rossignol, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest
Lay-out	Gevaert Graphics
Druk	Albe De Coker
Retouradres	CM-MC Studiedienst, Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel
Copyright	De studies van Gezondheid & Samenleving worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons "by/nc/nd"