

GEZONDHEID & SAMENLEVING

Onderzoeken en analyses van de CM-Studiedienst

06 Zorggebruik van ouderen

38 De digitale kloof en toegankelijkheid
van gezondheidszorg

13 Moeilijk bereikbare zorg

april 2025

Moeilijk bereikbare zorg

Edito



Er wordt vaak gezegd dat de gezondheidszorg maar een beperkte impact heeft op de gezondheid, dat ze slechts 10% uitmaakt van de determinanten die de gezondheidstoestand beïnvloeden. Het slechte nieuws is dat dit cijfer nog lager is als we ook rekening houden met de niet-medische factoren die de toegang tot de gezondheidsdiensten belemmeren of het gebruik ervan tegenhouden. In werkelijkheid is onze gezondheidstoestand dus veel minder het resultaat van de gezondheidszorg zelf, dan van de complexe interacties tussen deze zorg, de toegankelijkheid ervan, onze omgeving en de sociaaleconomische kenmerken van patiënten.

Zelf naar een praktijk kunnen gaan, de consultatie kunnen betalen, weten dat een specialist preventieve zorg kan verlenen, de website kunnen gebruiken om een afspraak voor een consultatie te maken, zijn allemaal potentiële obstakels voor toegang tot zorg, zelfs in een situatie waarin de zorg daadwerkelijk wordt verleend. Dit nummer van *Gezondheid & Samenleving* is dan ook een nieuwe gelegenheid om nogmaals te wijzen op het belang van gezondheid als onderdeel van alle beleidsdomeinen (*Health in All Policies*) met een aanpak van proportioneel universalisme, ook in de gezondheidszorg.

Investeren in *outreaching* werken, in openbaar vervoer naar zorgvoorzieningen en in digitale vorming zijn allemaal instrumenten die de toegangsdrempels tot gezondheidszorg verlagen en zo de volksgezondheid kunnen versterken.

Dit nummer zoomt in op twee specifieke uitdagingen: oudere bevolkingsgroepen en de digitalisering van gezondheidsdiensten. Onze eerste studie, *Zorggebruik van ouderen*, analyseert het effectieve gezondheidszorggebruik door CM-leden van 65 jaar en ouder. Dit artikel laat toe om regionale verschillen of verschillen volgens leeftijd of sociaal statuut te identificeren. Maar veel verschillen zijn ook toe te schrijven aan toegankelijkheidsproblemen. De studie wijst op verschillende belangrijke uitdagingen op het gebied van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. De afname van het aantal huisbezoeken suggereert dat de mobiliteitslast steeds meer bij de patiënten komt te liggen. Dit kan een obstakel zijn voor mensen met verlies van autonomie, die vaak afhankelijk zijn van formele diensten en informele hulp om een beroep te kunnen doen op zorg: een familielid of vrijwilliger die hen naar de praktijk brengt, een verpleegkundige die thuiszorg verleent, een tandarts die naar een woonzorgcentrum gaat.

Met het verlies van autonomie, neemt de behoefte aan zorg echter toe. Er is dus een hele organisatie van zorg nodig bovenop het momenteel bestaande systeem. Een dergelijke coördinatie van zorgactoren en zorgtrajecten is niet vanzelfsprekend en leidt tot grote ongelijkheden, naargelang formele diensten wel of niet beschikbaar zijn en volgens de mate van isolement van de persoon. Veel institutionele zorg is een gevolg van het feit dat zorg op afstand niet kan worden gegarandeerd.

Dit is ook de reden waarom we verontrust zijn door het feit dat het aantal huisbezoeken aan deze patiënten neigt af te nemen ten voordele van consultaties. We zien dat voor deze patiënten tandzorg eveneens een echte uitdaging blijft. Slechts 52% van de patiënten van 65 jaar en ouder had in 2023 minstens één contact met een tandarts. Nogtans is het behoud van een goede mondgezondheid cruciaal om bepaalde hart- of ademhalingsproblemen te voorkomen. Parodontologische zorg, weinig erkend en beperkt terugbetaald, is onvoldoende toegankelijk voor ouderen. De ongelijkheid in toegang tot specialisten en tandzorg, deels gerelateerd aan kosten en aan beschikbaarheid van zorgverleners, vraagt om maatregelen om conventietarieven te garanderen en het zorgaanbod te verbeteren. Tandzorg voor ouderen is van cruciaal belang om hen een goede levenskwaliteit te garanderen: tandproblemen kunnen leiden tot ondervoeding en ernstige tekorten.

We hadden verder nog aandacht voor polyfarmacie bij ouderen. Voor deze indicator vonden we dat 38% van de patiënten minstens vijf verschillende geneesmiddelen gebruikt (meer dan 80 DDD per jaar). Er zijn echter weinig studies over de geneesmiddeleninteracties bij het gelijktijdig gebruik van zoveel geneesmiddelen. In termen van kwaliteit roepen de hoge prevalentie van polyfarmacie en van potentieel onaangepast geneesmiddelengebruik vragen op over de opvolging van voorgeschreven medicatie en de coördinatie van zorg. Continuïteit van zorg is eveneens een uitdaging, vooral omwille van de verkorte hospitalisatieduur en de nood aan adequate nazorg na hospitalisatie.

Gezien deze bevindingen, is het noodzakelijk preventiestrategieën te versterken, betere ondersteuning te bieden aan de meest kwetsbaren en een zorgorganisatie te garanderen die rekening houdt met de specifieke behoeften van ouderen, zowel wat betreft de beschikbaarheid als de kwaliteit van de diensten.

Om een optimale toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor ouderen te kunnen garanderen, is een holistische benadering essentieel, die rekening houdt met de verschillende geïdentificeerde dimensies. De belangrijkste uitdaging ligt in het vermogen om beleid en praktijken te ontwikkelen die gevoeligheid voor specifieke behoeften, effectieve beschikbaarheid van diensten, aanvaardbaarheid van zorg en financiële toegankelijkheid combineren. Dit vergt niet alleen structurele aanpassingen, zoals het versterken van preventieve zorg en het aanpakken van onvervulde behoeften op het gebied van tandzorg of vaccinatie, maar ook een reflectie over hoe terreinactoren beter kunnen inspelen op de verwachtingen van patiënten. Investeren in gezondheidsvaardigheden, informatie toegankelijker maken en zorgverleners beter ondersteunen zijn allemaal hefboomen die de ongelijkheden in toegang kunnen verminderen en ouderen betere zorg kunnen garanderen.

Ten slotte vereist het garanderen van echte financiële toegankelijkheid een sterke betrokkenheid van de overheid wat betreft tarieven en sociale beschermingsmechanismen. Een verbod op supplementen en de veralgemening van de verplichte derdebetalersregeling zijn belangrijke stappen voorwaarts, die verder moeten worden versterkt om te voorkomen dat patiënten om economische rede-

nen afzien van zorg. Parodontologie illustreert goed het belang van een progressieve benadering gebaseerd op de werkelijke behoeften van de bevolking. Meer in het algemeen moeten alle beslissingen in dit domein *evidence based* zijn, waarbij ervoor wordt gezorgd dat ze effectief inspelen op de geïdentificeerde uitdagingen. De voortdurende verbetering van de zorgkwaliteit is gebaseerd op een rigoureuze en multidisciplinaire aanpak, die zowel medische expertise als feedback van patiënten integreert, volgens een logica van co-creatie van gezondheidsbeleid.

Het tweede domein waarvoor we een methodische analyse hebben uitgevoerd van de gevolgen van een evolutie in de zorgomgeving voor de toegankelijkheid, is digitalisering. Digitalisering en de evolutie in digitale technologieën hebben een aanzienlijke impact op de gezondheidszorg. Nieuwe vormen van consultaties en opvolging van patiëntendossiers gaan gepaard met nieuwe breuklijnen voor degenen die deze nieuwe systemen niet kunnen gebruiken of niet weten hoe ze te gebruiken. De studie *De digitale kloof en de toegankelijkheid van gezondheidszorg*, die we in dit nummer voorstellen, onderzoekt de wederzijdse afhankelijkheid van toegang tot zorg en digitalisering.

Digitalisering transformeert de toegang tot zorg ingrijpend en zorgt soms voor een grotere en meer diverse beschikbaarheid (bijvoorbeeld door het vergemakkelijken van het maken van afspraken of het vermenigvuldigen van contactkanalen). Maar ze vergroot ook de ongelijkheden. Ondanks de geleidelijke verbetering van de toegang tot digitale hulpmiddelen, blijft een deel van de bevolking, in het bijzonder kwetsbare personen, aan de zijlijn van deze evolutie staan. Dit is niet alleen te wijten aan een gebrek aan technische vaardigheden, internetverbindingen of digitale apparaten, maar is ook een kwestie van aanvaardbaarheid en vertrouwen in deze technologieën. Terwijl sommi-

gen digitalisering zien als een kans voor een effectievere opvolging van hun gezondheid, worden anderen, door een gebrek aan vertrouwdheid of door een persoonlijke keuze, benadeeld, met het risico dat de kwaliteit van hun toegang verslechtert in een zorgsysteem met twee snelheden.

Digitalisering is niet louter een kwestie van toegang. Ze herdefinieert ook de rol van patiënten en zorgverleners. Ze transformeert interacties, vermindert de plaats van het fysieke contact en verandert de aard van de zorg. De opkomst van de 'digitaal betrokken patiënt-e' schept nieuwe verwachtingen: opvolging in '*realtime*', verzameling van persoonlijke gegevens en virtuele interacties. Hoewel deze evolutie de autonomie van sommigen kan bevorderen, kan ze ook angst veroorzaken en ongelijkheden in de toegang tot zorg versterken. Bovendien leidt de verschuiving van zorglocaties naar digitale ruimtes tot een paradigmaverandering, waarbij het ziekenhuis en het medisch consult niet langer de enige plaatsen zijn voor gezondheidsopvolging.

De uitdaging ligt in de eerste plaats bij deze technologieën, om te voorkomen dat ze bestaande ongelijkheden versterken (bijvoorbeeld door het gebruik van algoritmen die niet representatief zijn voor de diversiteit van de bevolking) of medische fouten veroorzaken. Dit omvat ook het respecteren van de aanvaardbaarheid voor de patiënt-e van technologiegebruik, bijvoorbeeld in de keuze om hun gezondheidsgegevens te delen of in het type opvolging dat hen wordt aangeboden. Verder ligt de uitdaging in de continuïteit van de kwaliteit van de dienstverlening buiten deze technologieën: zoals vermeld voor de eerste studie, zijn sommige patiënten die sterk afhankelijk zijn van het zorgsysteem, zoals ouderen, chronisch zieken of personen met een beperking, vooral ook degenen die uitgesloten of kwetsbaar kunnen zijn als het gaat om digitale hulpmiddelen.

Gezien deze uitdagingen is het essentieel een inclusieve aanpak te hanteren die een eerlijke toegang tot zorg waarborgt. Dit omvat het behoud van niet-digitale alternatieven, bijzondere aandacht voor de behoeften van gebruikers en strikte regelgeving op vlak van gegevensbescherming. Digitalisering mag geen doel op zich zijn, maar een hulpmiddel om de gezondheidszorg meer toegankelijk en doeltreffend te maken. Het is daarom van cruciaal belang om deze uitdagingen te integreren in de ontwikkeling en de evaluatie van digitaal gezondheidsbeleid om nieuwe sociale breuklijnen te voorkomen en ervoor te zorgen dat technologie ten dienste blijft van individuen, en niet andersom.

Élise Derroitte
Ondervoorzitter CM-MC



Zorggebruik van ouderen

Katte Ackaert, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest — Studiedienst CM

Samenvatting

De verdere vergrijzing van de bevolking de komende jaren, zal leiden tot een toename in de vraag naar zorg en ondersteuning. Hierop een adequaat antwoord formuleren vergt inzicht in het huidige zorggebruik van ouderen. Daarom onderzoeken we in deze studie het zorggebruik bij CM-leden vanaf 65 jaar, met een focus op de intensiteit van gebruik. Hoe vaak hebben ze contact met een huisarts of specialist? Hoeveel geneesmiddelen gebruiken ze? Hoeveel ouderen doen een beroep op tandzorg? Zijn er evoluties in de tijd of verschillen volgens leeftijd, regio, verblijfplaats en kwetsbaarheid?

De bespreking van de resultaten vanuit het oogpunt toegankelijke zorg, levert enkele aandachtspunten op. Daar waar huisartsenzorg voor veel ouderen betaalbaar, aanvaardbaar en beschikbaar lijkt, is dit bijvoorbeeld voor zorg door specialisten en zeker voor tandzorg in het algemeen en parodontologie in het bijzonder veel minder het geval. Slechts 52% van de ouderen had in 2023 een tandartscontact. Verder laten steeds meer ouderen de parodontale situatie van hun mond evalueren, maar kunnen ze voor eventuele noodzakelijke behandelingen niet rekenen op terugbetaling vanuit de verplichte ziekteverzekering. Voorts stellen we binnen het domein preventie verbetermarge vast voor de griepvaccinatiegraad bij thuiswonende ouderen. Ten slotte lijken de cijfers over geneesmiddelengebruik indicaties te bevatten dat de zorgkwaliteit eveneens een uitdaging blijft. Heel wat ouderen gebruiken veel geneesmiddelen over een langere periode (polyfarmacie) en een deel van de afgeleverde geneesmiddelen valt onder de definitie van potentieel onaangepast geneesmiddelengebruik.

Op basis van deze vaststellingen formuleren we enkele aanbevelingen die kunnen bijdragen aan een meer toegankelijke en kwaliteitsvolle ouderenzorg.

Sleutelwoorden: Ouderen, zorggebruik, geneesmiddelengebruik, tandzorg, kinesithérapie, toegankelijkheid, kwaliteit, kwantitatieve studie

Inleiding

Bij een vergrijzende bevolking gaat de toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen en functionele of cognitieve beperkingen samen met een stijgende vraag naar professionele zorg en ondersteuning (Gerken, et al., 2024a). Opdat beleidsmakers, zorgverleners en de samenleving adequaat op deze uitdaging zouden kunnen inspelen, is inzicht nodig in het huidige profiel van ouderen inzake gezondheid en gezondheidszorggebruik, evenals in eventuele evoluties en verschillen hierin. CM deed hier rond al onderzoek, zij het fragmentarisch en gericht op een specifiek domein (woonzorgcentra, geneesmiddelen, enz.) (Verniest, Vandeleeene, & Avalosse, 2020; Noirhomme & Lambert, 2020). In een eerste systematische studie over het algemeen gezondheidsprofiel van CM-ouderen, stelden we vast dat niet iedereen oud wordt in goede gezondheid en dat het aandeel ouderen dat een beroep doet op bepaalde gezondheidszorg toeneemt met de leeftijd (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Naast verschillen volgens regio, leeftijd en geslacht, zagen we dat vooral kwetsbaarheid, gemeten op basis van het recht op verhoogde tegemoetkoming (VT), een grote rol speelt. Wie het VT-statuuut heeft, scoort systematisch slechter in termen van zowel gezondheid als zorggebruik.

In deze vervolgstudie ligt de focus vooral op het **profiel van CM-ouderen inzake de intensiteit van zorggebruik**. Hoe vaak consulteren ze op jaarbasis een huisarts of specialist of doen ze een beroep op kinesitherapie of thuisverpleging? Hoe vaak komen ze terecht op de spoeddienst of worden ze in het ziekenhuis opgenomen? Twee thema's bekijken we meer in detail: tandzorg (waaronder parodontologie) en geneesmiddelengebruik (waaronder polyfarmacie en potentieel onaangepast geneesmiddelengebruik). Verder gaan we na volgens welke parameters het zorggebruik verschilt en of er evoluties zijn in de tijd. Deze verdere analyses moeten toelaten de toekomstige ouderenzorg nog beter te kunnen voorbereiden.

Na een kort literatuuroverzicht (deel 1) en de toelichting van de methode (deel 2), worden de voornaamste onderzoeksresultaten via een beschrijvende analyse voorgesteld (deel 3) en vervolgens besproken (deel 4). Tot slot formuleren we enkele aanbevelingen (deel 5).

1. Literatuuroverzicht

De combinatie van een laag vruchtbaarheidscijfer en de stijgende levensverwachting doet de Belgische bevolking de komende jaren verder vergrijzen. Naar verwachting evolueert tussen 2022 en 2050 het aandeel 65-plussers van 19,6% tot 25,1% en het aandeel 80-plussers van 5,6% tot 10,0% van de totale bevolking (Federaal Planbureau & Statbel, 2024). Uit studies bleek al dat de vergrijzing niet neutraal is voor de gezondheidszorg: ouderdom gaat vaak gepaard met gezondheidsproblemen en een verminderde zelfredzaamheid en mobiliteit (Nie, Wang, Tracy, Moineddin, & Upshur, 2008; Dibello, et al., 2021), waardoor **voor heel wat vormen van zorg en ondersteuning het aandeel gebruikers toeneemt volgens leeftijd**. Dit is voor België al beschreven in onder meer de gezondheidsenquête van Sciensano (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020) en in de CM-studie over het profiel van CM-ouderen (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024).

Dit **leeftijdseffect** is eveneens al vastgesteld voor de **intensiteit van zorggebruik**. Zo tonen de cijfers van het Inter-mutualistisch Agentschap (IMA) voor 2021 een stijgende trend in het gemiddeld aantal **huisartscontacten** volgens leeftijd: gemiddeld 6,1 contacten voor de gehele bevolking, 7,1 voor 65-74-jarigen en 10,3 voor 75-plussers¹ (IMA, 2024a). Uit gegevens van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid blijkt ook voor **ziekenhuiszorg** een leeftijdseffect. In 2019 betrof 38% van de ziekenhuisverblijven patiënten van 65 jaar of ouder, op dat moment ongeveer 19% van de bevolking. Voor deze doelgroep bedroeg de gemiddelde verblijfsduur 9,8 dagen, maar nam deze toe met de leeftijd van de patiënt: 7,3 voor mannen en 7,9 voor vrouwen bij 65-74-jarigen en 12,1 voor mannen en 13,7 voor vrouwen bij 85-plussers (FOD Volksgezondheid, 2022). Wel is er voor ziekenhuiszorg algemeen, en dus ook bij ouderen, een afname van de verblijfsduur over de jaren heen. Verder is er een sterke globale toename van het aantal opnames in het dagziekenhuis (Belgium.be, 2023).

Een vaak bestudeerd thema is het **geneesmiddelengebruik** bij ouderen. Door de hogere prevalentie van aandoeningen en de toenemende comorbiditeit met stijgende leeftijd, krijgen zij vaak meerdere geneesmiddelen voorgeschreven. Dit wordt geduid als **polyfarmacie**. In België nam in 2022 bijna 14% van de bevolking over een langere periode

¹ Voor deze analyses is enkel rekening gehouden met huisartscontacten tijdens de reguliere uren en dus niet met contacten 's avonds, 's nachts, tijdens het weekend en op feestdagen.

minstens vijf verschillende geneesmiddelen² (polyfarmacie) en bijna 3% tien (excessieve polyfarmacie). De kans op polyfarmacie neemt toe met de leeftijd en is het hoogst in de leeftijdscategorie 85-89 jaar (bijna 60% neemt vijf en 16% tien geneesmiddelen) (IMA, 2024b). Hoewel in de behandeling van aandoeningen medicatie vaak onontbeerlijk is, wijzen onderzoekers er evengoed op dat polyfarmacie soms het resultaat is van niet-optimaal voorschrijfgedrag en een risicofactor vormt voor hospitalisatie en heropname (Guillot, Maumus-Roberta, & Bezina, 2020). Het gelijktijdig gebruik van meerdere geneesmiddelen vergroot verder het risico op bijwerkingen, interacties, therapieontrouw en een verhoogde kwetsbaarheid van de oudere (Gerkens, et al., 2024a).

Verschiedende studies onderzochten het aandeel van **potentieel onaangepast geneesmiddelengebruik** (*Potentially Inappropriate Medication Use of PIM*), of “geneesmiddelen die bij oudere mensen vermeden moeten worden omdat het risico op bijwerkingen groter is dan het verwachte voordeel, vooral wanneer er meer of veiligere alternatieven beschikbaar zijn voor dezelfde aandoening” (Nascimento, Andrade, Cabrita, Pais, & De la Puerta, 2024, p.1, eigen vertaling). Gezien medicatiegebruik met verschillende methodes of lijsten geëvalueerd kan worden, waaronder de *STOPP-START*-lijst, de *Beers*-lijst en de *EU(7)-PIM*-lijst, lopen de resultaten hierover tussen studies soms sterk uiteen. Na een systematische literatuurstudie over onderzoeken uit diverse landen, met elk een specifieke methode en studiepopulatie, besluiten Malkouti et al. (2021) dat de prevalentie van PIM onder ouderen globaal 30% of meer bedraagt. In studies die gebruik maken van de *EU(7)-PIM*-lijst, is een prevalentie van minstens 50% vastgesteld. De onderzoekers besluiten verder dat benzodiazepines, ontstekingsremmende pijnstillers en cardiovasculaire medicatie de meest voorkomende PIM zijn. Een studie in Belgische woonzorgcentra (WZC) wees uit dat ruim 88% van de studiepopulatie minstens één potentieel onaangepast geneesmiddel nam en de helft minstens twee, met vooral psychotropica, anticholinergica en maagzuurremmers (PPI). In deze studie bleek dat de sterkste voorspeller voor een hoger percentage PIM het gebruik van een hoger aantal geneesmiddelen was, terwijl hogere leeftijd (85+) samenging met een lager percentage PIM. Als mogelijke verklaring voor dit laatste wijzen de onderzoekers op het potentieel voorzichtiger voorschrijfgedrag van artsen die deze bewoners als meer kwetsbaar zien (Anrys, et al., 2018). Wat betreft de risico's en mogelijk schadelij-

ke gevolgen, vermeldt de literatuur onder meer het risico op verminderde therapietrouw, bijwerkingen, interactie tussen geneesmiddelen, valincidenten en hospitalisaties (Gerkens, et al., 2024a; Malkouti, et al., 2021). Voor de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is het garanderen van veilig medicatiegebruik en het instellen van procedures om dit te verbeteren een belangrijk en prioritair aandachtspunt (WHO, 2019).

Het leeftijdseffect in zorggebruik varieert echter volgens zorgtype. Zo is er voor **ambulante contacten met een specialist** in de gezondheidsenquête een piek in de leeftijdsgroep 45-54 jaar, waar 6,9% van de bevolking meerdere contacten had in de loop van een maand. Daarna neemt dit aandeel af tot 4,6% bij de 55-64-jarigen, 5,7% bij de 65-75-jarigen en 4,3% bij de 75-plussers (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020).

Voor **tandzorg** wijst de onderzoeksliteratuur op een **omgekeerd leeftijdseffect**: naarmate mensen ouder worden, doen ze doorgaans minder een beroep op **tandzorg** (Niesten, van der Sanden, & van Mourik, 2013; Kovács, Liska, Idara-Umoren, Mahrouseh, & Varga, 2023). In de gezondheidsenquête 2018 verklaart bijna 69% van de respondenten dat die in het voorgaande jaar minstens één contact had met een tandarts of orthodontist. In de groep tot 64 jaar is dit, naargelang de leeftijdscategorie, 67% tot 75%, terwijl dit bij de 65-74-jarigen en 75-plussers daalt tot respectievelijk 64% en 43% (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020). Uit de IMA-atlas blijkt dat in 2022 van de 65-74-jarigen 29% gedurende drie jaar geen enkel tandartscontact had. Bij de 75-plussers was dit zelfs 42% (IMA, 2025). Met betrekking tot WZC-bewoners benadrukt het verslag van het Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden het volgende: “regelmatig contact met de tandarts, gedefinieerd als tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren [periode 2002-2008], lag [...] zeer laag bij [...] ouderen tussen de 65 en 90 (rond de 20%) tot extreem laag bij 90-plussers (2%)” (RIZIV, 2011, p. 267). Bovendien zag bijna de helft van de bewoners de laatste vijf jaar geen tandarts. En het zijn vooral urgente problemen die aanleiding geven tot tandartsbezoek (RIZIV, 2011; Janssens, et al., 2017). Tot slot, hoewel de mondgezondheid bij nieuwe generaties ouderen beter is, kampen zij in veel landen – ook in België – niettemin nog steeds met heel wat problemen, waaronder tandbederf, losstaande tanden en parodontitis³ (Kossioni, 2023; De Visschere, Janssens,

2 Het IMA kijkt voor deze analyses naar de terugbetaalde geneesmiddelen met een aflevering van minstens 80 standaard dagdosissen (DDD) in één jaar.

3 Dit is vergevorderde tandvleesontsteking.

De Reu, Duyck, & Vanobbergen, 2016; Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019).

Tegelijkertijd benadrukken onderzoekers het belang van een goede mondgezondheid gezien de vastgestelde correlatie ervan met de algemene gezondheid en welzijn, waarbij een slechte mondgezondheid geassocieerd wordt met zowel een gebrek aan eigenwaarde en waardigheid en verminderde levenskwaliteit, als met andere aandoeningen als diabetes, longontsteking, depressie en hartaandoeningen. Naast dagelijkse mondzorg zijn dus een jaarlijkse controle bij de tandarts en de tijdige behandeling van problemen bij ouderen evenzeer essentieel voor het behoud van een gezonde mond (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019; Dibello, et al., 2021).

Enkele negatief beïnvloedende factoren voor ontoereikende mondzorg bij ouderen zijn hoge leeftijd, grote zorgafhankelijkheid en verblijf in een WZC. Maar het onderschatten van het belang, een niet ervaren tandzorgnood bij ouderen zelf, de afhankelijkheid van anderen voor mondhygiëne, de prioritaire aandacht voor andere gezondheidsproblemen, financiële drempels, de ontoegankelijkheid van diensten en de soms ontoereikende kennis van zorgverleners spelen eveneens een rol (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019; Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2023; Kovács, Liska, Idara-Umoren, Mahrouseh, & Varga, 2023). Deze *unmet need* op vlak van mond- en tandzorg wordt beschouwd als een belangrijke uitdaging voor vergrijzende samenlevingen (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019).

De **groep ouderen is niet homogeen wat betreft het zorgvolume**. Er is variatie volgens meerdere parameters. In de gezondheidsenquête zien we bijvoorbeeld regionale verschillen in het aandeel Belgen dat op maandbasis meermaals de huisarts ziet, met een significant lager aandeel in het Brussels Gewest (4% tegenover 6% in het Vlaams Gewest en in het Waals Gewest) (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020). Voor deze indicator is er ook een socio-economische gradiënt in het nadeel van kortgeschoolden die, in vergelijking met langgeschoolden, vaker meerdere huisartscontacten hebben (bijna 12% tegenover bijna 4%). **Regionale verschillen** en een **socio-economische gradiënt** zijn eveneens vastgesteld voor tandartscontacten en voor polyfarmacie (Gerken, et al., 2024a; Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020).

Onder meer de WHO spreekt zich uit over hoe ouderenzorg in de toekomst uitgebouwd kan worden en promoot hierbij

het concept '**actief ouder worden**' ('*active ageing*'), wat inhoudt dat beleid en zorg streven naar het optimaliseren van gezondheid, participatie en veiligheid om de levenskwaliteit van ouderen te verbeteren (WHO, 2002). Dit vergt een holistische benadering van gezondheid en welzijn, met nadruk op **gezond ouder worden** (preventie) en **gepaste en kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning**. Voorts zijn mogelijkheden voor ouderen om **actief te kunnen bijdragen aan de samenleving**, zich persoonlijk te kunnen ontwikkelen en in een veilige omgeving te kunnen wonen, enz., ongeacht hun leeftijd of gezondheidstoestand, eveneens essentieel.

Ook in België zal de vergrijzing de komende decennia zorgen voor een toename van het aantal zorgvragers en het globale zorgvolume. Dit is af te leiden uit diverse studies over specifieke zorgdomeinen (uit andere landen) en uit de Belgische gezondheidsenquête die evenwel gebaseerd is op zelfrapportering over zorggebruik. Voor een adequaat antwoord op deze uitdaging, is een diepgaandere analyse van en kritische kijk op het huidige zorggebruik door ouderen op basis van objectieve gegevens een waardevolle aanvulling. Het **doel van deze studie** is bijgevolg tweeledig: 1) door een analyse van facturatiegegevens een **meer gedetailleerd beeld schetsen van het zorggebruik van CM-leden van 65 jaar en ouder** en de verschillen hierin en 2) in de bespreking van de resultaten **nagaan of er indicaties zijn van mogelijke problemen op vlak van toegang tot en kwaliteit van zorg**.

2. Methode

2.1. Selectie van de studiepopulatie

Voor deze studie zijn in 2024 de gegevens geanalyseerd van alle CM-leden die in de periode 2016-2023 in de loop van een kalenderjaar 65 jaar of ouder zijn, met zowel de profielgegevens als de facturatiegegevens van de verplichte ziekteverzekering en in beperkte mate van de regionale systemen van sociale bescherming, die het gebruik van het gezondheidssysteem weergeven. Voor de analyses voor 2016 zijn 1.005.309 65-plussers geïncludeerd, voor het jaar 2023 1.086.905. Eind 2023 bedroeg het marktaandeel van CM bij de 65-plussers 46,2% (INAMI, 2025). Het profiel van de CM-leden van 65 jaar en ouder evolueert amper in de periode 2016-2023, met uitzondering van het VT-statuuut. Tabel 1 geeft het profiel weer voor de jaren 2016 en 2023.

Tabel 1: Profiel CM-leden van 65 jaar en ouder volgens leeftijd, geslacht, VT-status en regio (Bron: CM)

		2016	2023
Leeftijdscategorie	65-74 jaar	49,2%	48,7%
	75-84 jaar	34,3%	33,6%
	85 jaar en ouder	16,5%	17,7%
Geslacht	Man	44,0%	44,7%
	Vrouw	56,0%	55,3%
VT-status	Niet-VT	71,0%	80,4%
	VT	29,0%	19,6%
Regio	Brussel	2,8%	2,5%
	Vlaanderen	76,2%	77,2%
	Wallonië	21,0%	20,3%

2.2. Indicatoren van zorggebruik

Het profiel van de CM-ouderen inzake hun gezondheidszorggebruik is gebaseerd op een analyse van CM-facturatiegegevens. Tabel 2 bevat het overzicht van de voor deze studie geselecteerde indicatoren van zorggebruik en de uitgevoerde analyses. Voor deze indicatoren is, naast het

aandeel gebruikers en de spreiding van het aantal prestaties binnen de groep gebruikers, ook gekeken naar eventuele verschillen volgens bepaalde parameters zoals leeftijd, geslacht, regio en kwetsbaarheid, gemeten op basis van het recht op verhoogde tegemoetkoming⁴.

Tabel 2: Indicatoren zorggebruik

Type zorg	Analyses
Zorg door huisartsen	Aandeel personen met minstens één contact op jaarbasis. Aantal contacten per persoon en per jaar: • Algemeen; • Volgens type contact (raadpleging in kabinet, huisbezoek, advies); • Volgens tijdstip contact (tijdens de week overdag versus tijdens de week 's avonds of 's nachts, tijdens het weekend of op een feestdag); • Alleenstaanden versus samenwonenden⁵; • Volgens verblijfplaats (thuis versus voorziening); • Met een wachtpost.
Zorg door specialisten	Aandeel personen met minstens één ambulante contact op jaarbasis. Aantal ambulante contacten per persoon en per jaar, ongeacht het type specialist.
Thuisverpleging	Aandeel personen met minstens één contact op jaarbasis. Aantal dagen met een contact* per persoon en per jaar.
Kinesitherapie	Aandeel personen met minstens één zitting ambulante kinesitherapie. Aantal zittingen ambulante kinesitherapie per persoon en per jaar (artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, zonder verstrekkingen perinatale kinesitherapie gezien de doelgroep van de studie).
	Globale analyse en analyse per type zitting (CM, Kinesitherapie, 2025): • Courante prestaties; • Prestaties voor bepaalde zware pathologieën (E-lijst), acute pathologieën (Fa-lijst), chronische (Fb-lijst); • Verzekering aan huis voor palliatieve patiënten (564211 of 564233).

⁴ Het VT-status is een indicatie van een beperkt inkomen.

⁵ Op basis van de gezinssamenstelling worden de alleenstaanden geïdentificeerd. Het begrip huishouden is dat van de maximumfactuur. Het komt overeen met het de facto huishouden, dus alle personen die volgens het rijksregister op 1 januari van het betreffende jaar op hetzelfde adres wonen.

Tandzorg	Aandeel personen met minsten één ambulant contact op jaarbasis met een tandarts. Per persoon en per jaar, aantal dagen waarop ambulante tandzorg geattesteerd werd (artikel 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen).
	Parodontologie: verstrekking 301254 (bepaling parodontale index - DPSI ⁶), de enige verstrekking parodontologie die voor 65-plussers wordt terugbetaald.
Geneesmiddelen	Terugbetaalbare ambulante geneesmiddelen afgeleverd door openbare officina.
	Geneesmiddelenvolume: aantal DDD ⁷ per persoon en per jaar.
	Detectie van potentieel onaangepaste geneesmiddelen: op basis van de <i>EU(7)-PIM</i> -lijst, specifiek opgesteld voor ouderen (Renom-Guiteras, Meyer, & Thürmann, 2015; Zacarin, Strumia, Piau, & Bagheri, 2020).
	Detectie van polyfarmacie: gebruik van meer dan 80 DDD per jaar van minstens 5 verschillende geneesmiddelen (Gerkens, et al., 2024a, p. 116), differentiatie tussen geneesmiddelen op basis van ATC 5 (chemische stof).
Ziekenhuiszorg	Griepvaccins: ATC-code J07BB. Aandeel personen dat dergelijke vaccins kreeg, met uitsluiting van de WZC-bewoners (Gerkens, et al., 2024b, p. 24).
	Per persoon en per jaar: • Aantal spoedopnames*; • Klassieke hospitalisatie (= met overnachting; exclusief psychiatrische ziekenhuizen): aantal opnames en totaal aantal opnamedagen; • Aantal opnames dagziekenhuis.
(Semi-) residentiële zorg	Betrokken voorzieningen: woonzorgcentra (WZC), centra voor kortverblijf (CVK), dagverzorgingscentra (DVC), psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en initiatieven voor beschut wonen (IBW).
	Per type voorziening: aandeel gebruikers en aantal opnamedagen per persoon en per jaar. Detectie op basis van pseudonomenclatuurcodes ⁸ .
Revalidatie	Alle overeenkomsten functionele revalidatie, zowel deze die zorg thuis organiseren als deze die een verblijf in een centrum vereisen.
	Sommige overeenkomsten ressorteren onder de federale verplichte ziekteverzekering. Detectie op basis van de pseudo-codes die tot boekhoudcode N88 behoren. Bepaalde overeenkomsten zijn geregionaliseerd. Detectie op basis van pseudonomenclatuurcodes ⁸ .
	Aandeel personen dat een beroep deed op zorg in het kader van één van deze overeenkomsten. Aantal dagen dat deze zorg werd geattesteerd per persoon en per jaar.

* Ingeval van meerdere contacten per dag, is slechts één contact in rekening gebracht

6 DPSI staat voor *Dutch Periodontal Screening Index*. Het gebit wordt verdeeld in zes gebieden. Elk gebied krijgt een DPSI-score van 0 tot 4, die de parodontale situatie ervan weergeeft. De screening geeft dus een beeld van de mate waarin het tandvlees gezond is of aangetast door gingivitis (ontsteking in de tandvleesrand) of parodontitis (een vergevorderde tandvleesontsteking met aantasting van het ondergelegen kaakbot die leidt tot het loskomen of verlies van tanden).

7 "DDD is een Engels acroniem voor *defined daily dose* of standaard dagdosis. Het is de gemiddelde aangenomen onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel wanneer het voor de hoofddindicatie is voorgeschreven bij een volwassene. [...] De DDD wordt toegewezen door een expertenbureau van de Wereldgezondheidsorganisatie [WGO] voor elk actief bestanddeel in de internationale ATC-classificatie [*Anatomical Therapeutic Chemical*] van de actieve bestanddelen" (Seys, Houben, Marchal, Spago, & Vansnick, 2001, p. 457).

8 Bronnen:

- Brussel (Iriscare): via applicatie Nomiris: <https://www.iriscare.brussels/nomiris/>;
- Wallonië (Aviq): via applicatie NomenWal: <https://nomenwal.aviq.be/>;
- Vlaanderen (VSB): via facturatie-instructies Departement Zorg:
 - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/handleiding-digitaal-opname-en-facturatieproces-tussen-ouderenvoorzieningen-en-zorgkassen> (WZC, DVC, CVK);
 - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/publicaties-en-documenten/facturatie-instructies-pseudonomenclatuurcodes-en-voorzieningen-die-mogen-factureren> en <https://www.zorg-en-gezondheid.be/facturatie-instructies-vanaf-inkanteling-in-vs-b> (PVT, IBW, revalidatie).

2.3. Beperkingen van de studie

Voor deze studie gelden verschillende beperkingen⁹. Voor eerst is de analyse beperkt tot gegevens van CM-leden, waardoor het beschreven profiel niet noodzakelijk overeenstemt met dat van de Belgische bevolking. Zo kent de CM-ledenpopulatie een groter aandeel 65-plussers dan de totale Belgische bevolking en is de vergrijzing ervan iets meer uitgesproken. Verder verschilt het CM-marktaandeel volgens gewest, met vooral een beperkter aandeel in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Bijgevolg zijn de resultaten niet zomaar te veralgemenen naar de Belgische bevolking van 65 jaar en ouder.

Voorts zijn de gegevens waarover ziekenfondsen beschikken in de eerste plaats administratieve gegevens, verzameld in het kader van ledenbeheer en gezondheidszorgfacturatie.

- Bepaalde kenmerken zoals kwetsbaarheid moeten daarom gemeten worden met proxyvariabelen, met als risico dat niet alle leden met dit kenmerk geïdentificeerd worden.
- Er zijn enkel gegevens beschikbaar over het gebruik van zorg voor zover ze terugbetaald wordt door de verplichte ziekteverzekering (ZIV). Verder is er gedeeltelijke informatie over zorg die vergoed wordt door regionale systemen van sociale bescherming, met uitzondering van de Duitstalige Gemeenschap. Er is geen informatie over zorg en ondersteuning die niet terugbetaald wordt door de ZIV (bijvoorbeeld bepaalde geneesmiddelen) of over andere regionale zorg en ondersteuning (bijvoorbeeld opvangstructuren voor ouderen zoals Collectieve Autonome Dagopvang (CADO) in Vlaanderen en 'Centres de jours' (dagcentra) in Wallonië en Brussel).
- Voor geneesmiddelen gaat het bovendien om terugbetaalde medicatie afgeleverd op naam van een specifiek lid. Het kan evenwel zijn dat dit lid de medicatie niet effectief gebruikt heeft of dat die met een andere dosering is gebruikt dan de DDD, gebruikt in de analyses.
- Een deel van de huisartscontacten vindt plaats in een wijkgezondheidscentrum (WGC – medisch huis). Ziekenfondsen weten enkel of een lid wel of niet is ingeschreven in een erkend WGC, maar hebben geen informatie over het volume aan contacten met dit centrum (contact met huisarts, verpleegkundige, kinesist, enz.). Aangezien we vaststelden dat de impact op de resultaten beperkt is, zijn alle analyses in deze studie, dus ook deze over huisartscontacten, inclusief patiënten ingeschreven in een WGC.

- De facturatiegegevens laten geen directe of volledige evaluatie toe van de toegankelijkheid noch van de kwaliteit van zorg.

Gezien de veelheid aan facturatiegegevens en analysemogelijkheden, is hierin een keuze gemaakt en is het geschetste beeld van het zorggebruik niet exhaustief. Zo is beslist gegevens rond geestelijke gezondheidszorg in deze studie niet te analyseren. Gezien het belang van het thema is het wenselijk hieraan een afzonderlijk onderzoek te wijden. Ten slotte benadrukken we dat bij de beschrijving van resultaten volgens parameters als leeftijd, geslacht, regio, enz. geen uitspraken kunnen gedaan worden over causaliteit.

3. Resultaten

3.1. Eerstelijnszorg

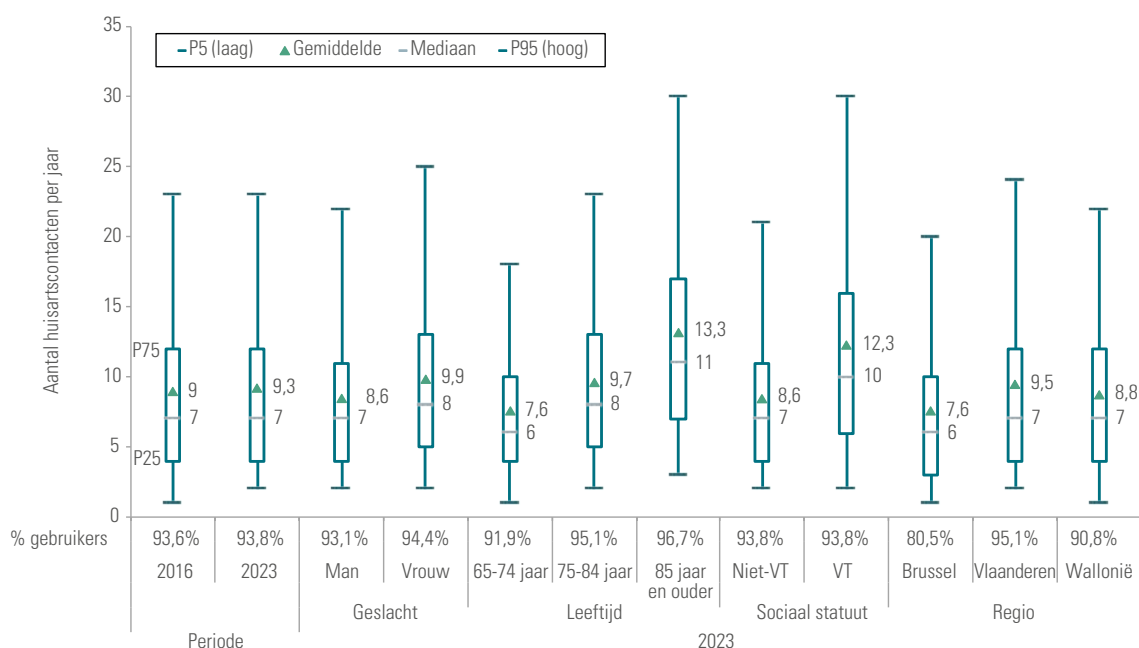
3.1.1. Huisarts

Globale analyse

In 2023 had bijna 94% van de 65-plussers minstens één contact met de huisarts. Dit aandeel varieert volgens leeftijd (65-74 jaar: 91,9%, 75-84 jaar: 95,1% en 85-plussers: 96,7%) en regio (Brussel: 80,5%, Wallonië: 90,8% en Vlaanderen: 95,1%), maar niet volgens geslacht of VT-statuuut. Het volume contacten per persoon op jaarbasis is tussen 2016 en 2023 stabiel: gemiddeld ongeveer 9 (mediaan: 7) (zie Figuur 1). Volgens geslacht zien we in 2023 een iets hoger gemiddeld en mediaan aantal contacten voor vrouwen, omdat zij gemiddeld ook ouder zijn. Leeftijd blijkt inderdaad een meer bepalende indicator voor het volume aan contacten op jaarbasis: hoe ouder, hoe meer contacten. Er is eveneens een verschil volgens VT-statuuut, waarbij ouderen met dit statuut in de loop van een jaar doorgaans vaker contact hebben met de huisarts. In Vlaanderen is niet alleen het aandeel ouderen met minstens één huisartscontact op jaarbasis hoger dan in de andere regio's. Dit is ook zo voor het gemiddeld aantal contacten: 9,5 contacten tegenover 8,8 in Wallonië en 7,6 in Brussel. Als we inzoomen op de 85-plussers, zijn de regionale verschillen nog groter: Vlamingen hebben gemiddeld 13,7 contacten (mediaan: 12), Walen 12,1 (mediaan: 11) en Brusselaars 10,2 (mediaan: 9). Dit heeft mogelijk te maken met de sterkere vergrijzing in Vlaanderen.

⁹ Zie ook Ackaert, Avalosse, & Verniest (2024).

Figuur 1: Distributie van het aantal huisartscontacten per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 jaar en ouder volgens geslacht, leeftijd, VT-status en regio (Bron: CM)



Analyse volgens type contact

Vervolgens deden we een analyse **volgens type huisarts-contact**, met een onderscheid tussen raadpleging in het kabinet van de huisarts, huisbezoek en advies¹⁰. In tabel 3 zien we tussen 2016 en 2023 een verschuiving in het aandeel CM-ouderen met minstens één huisartscontact op jaarbasis volgens type contact: een afname van het aandeel met minstens één huisbezoek en tegelijk een toename van het aandeel met minstens één raadpleging. Deze evolutie zien we ook bij de 85-plussers, met een nog sterkere toename van het aandeel met minstens één raadpleging, maar een beperktere afname van het aandeel met minstens één huisbezoek. Een andere opvallende vaststelling

is de sterke toename van het aandeel ouderen voor wie minstens één advies is gefactureerd: van 2,3% in 2016 naar 21,3% in 2023.

Wat betreft het volume aan contacten, zijn in 2023 per persoon gemiddeld 2,3 adviezen gefactureerd, met weinig variatie volgens de verschillende parameters. Het grootste volume huisartscontacten vinden we bij de raadplegingen (64% van alle contacten). Tussen 2016 en 2023 bleef het gemiddeld aantal raadplegingen per persoon op jaarbasis vrij stabiel, behoudens een lichte daling tijdens de coronajaren 2020 en 2021 en vervolgens een lichte toename in 2023.

Tabel 3: Evolutie tussen 2016 en 2023 van het aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder met een huisartscontact volgens type contact (Bron: CM)

Jaar	Totaal 65-plussers		85-plussers	
	Raadpleging	Huisbezoek	Raadpleging	Huisbezoek
2016	75,4%	42,3%	41,9%	83,0%
2023	85,7%	31,1%	71,0%	74,0%
Evolutie	+13,7%	-26,5%	+69,5%	-10,8%

¹⁰ Onder advies wordt verstaan, het opmaken en ondertekenen, buiten welk onderzoek van de zieke ook, van getuigschriften, farmaceutische voorschriftbriefjes en allerlei bescheiden. Honorarium voor advies mag nooit samengevoegd worden met honorarium voor raadpleging of bezoek (RIZIV, Nomenclatuur en pseudonomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, 2025).

Tabel 4: Aantal raadplegingen en huisbezoeken bij CM-leden van 65 jaar en ouder volgens VT-status en leeftijd in 2023 (Bron: CM)

			Gemiddelde	Mediaan
Raadplegingen	Totaal 65-plussers		6,5	5
	Sociaal statuut	Niet-VT	6,5	5
		VT	6,6	5
	Leeftijd	65-74 jaar	6,4	5
		75-84 jaar	7,0	6
		85 jaar en ouder	5,6	4
Huisbezoeken	Totaal 65-plussers		8,6	6
	Sociaal statuut	Niet-VT	7,4	4
		VT	10,9	9
	Leeftijd	65-74 jaar	5,5	2
		75-84 jaar	7,5	4
		85 jaar en ouder	11,1	10

Het mediaan aantal contacten bleef in de bestudeerde periode constant. Een analyse volgens leeftijdscategorie geeft een genuanceerder beeld (zie Tabel 4). Voor ouderen vanaf 85 jaar, zijn er in 2023 minder raadplegingen en een aanzienlijk hoger aantal huisbezoeken in vergelijking met de jongere ouderen. Bovendien is er een duidelijk verschil in het aantal huisbezoeken tussen ouderen met en zonder VT-status, waarbij de huisarts vaker zelf langsgaat bij ouderen met VT-status.

De analyse **volgens type contact en volgens gezinssamenstelling** – alleenstaand versus samenwonend – toont dat bij alleenstaande 65-plussers het aandeel met in 2023 minstens één huisbezoek beduidend hoger is dan bij de samenwonenden (zie Tabel 5). Het omgekeerde zien we voor de raadplegingen. Wat het volume aan contacten betreft, is er voor de raadplegingen geen verschil volgens gezinssamenstelling. Dit is wel het geval voor de huisbezoeken waar de huisarts vaker langsgaat bij alleenstaanden. Verder blijkt uit tabel 5 nog dat alleenstaande 65-plussers met VT-status de grootste kans hebben op een bezoek door de huisarts en dat het aantal huisbezoeken bij deze groep het hoogst is.

Tabel 5: Aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder en aantal contacten in 2023 volgens type contact, gezinssamenstelling en VT-status (Bron: CM)

		Totaal		Niet-VT		VT	
		Alleenstaand	Samenwonend	Alleenstaand	Samenwonend	Alleenstaand	Samenwonend
Huisbezoeken	Aandeel gebruikers	47,7%	29,7%	40,7%	24,6%	60,7%	42,6%
	Gemiddelde	10,2	8,6	9,1	7,6	11,5	10,1
	Mediaan	8	6	7	5	10	7
Raadplegingen	Aandeel gebruikers	77,1%	83,8%	80,1%	85,3%	71,5%	80,0%
	Gemiddelde	6,2	6,6	6,2	6,4	6,2	6,9
	Mediaan	5	5	5	5	5	5

Tabel 6: Aantal huisartscontacten bij CM-leden van 85 jaar en ouder in 2023 volgens regio en verblijfplaats (Bron: CM)

	Totaal		Brussel		Vlaanderen		Wallonië	
	Thuis	Voorziening	Thuis	Voorziening	Thuis	Voorziening	Thuis	Voorziening
Gemiddelde	12,3	14,7	9,1	12,2	12,6	15,3	11,5	12,8
Mediaan	10	13	7	11	11	14	10	11

Analyse volgens verblijfplaats

Ook de verblijfplaats van een oudere speelt een rol bij het volume huisartscontacten: ongeacht de leeftijdscategorie, heeft wie thuis woont minder contacten met de huisarts dan wie hoofdzakelijk (minstens 90% van een jaar) in een voorziening verblijft (WZC, CVK, IBW, PVT). Tabel 6 illustreert dit voor de 85-plussers: gemiddeld 12,3 (mediaan: 10) voor wie thuis woont en gemiddeld 14,7 (mediaan: 13) voor wie in een voorziening verblijft. Uit tabel 6 blijken eveneens regionale verschillen: in Brussel hebben zowel thuiswonende 85-plussers als diegenen die er in een voorziening verblijven, minder contacten met een huisarts dan 85-plussers in Vlaanderen en Wallonië. In Wallonië heeft de verblijfplaats slechts een beperkte impact op het aantal huisartscontacten. In Brussel en Vlaanderen is dit veel meer het geval.

Analyse volgens tijdstip prestatie

Bij de analyse van de huisartscontacten (raadplegingen en huisbezoeken) volgens tijdstip van prestatie, keken we in het bijzonder naar prestaties tijdens het weekend, op feestdagen of 's avonds / 's nachts (= niet-reguliere uren). Tussen 2016 en 2023 neemt het aandeel ouderen met minstens één contact op een niet-regulier moment toe van

28,5% naar 38,3%. Het aantal contacten tijdens niet-reguliere uren kent in dezelfde periode een lichte toename (zie Tabel 7). Er is ook een verschil volgens leeftijd, VT-statuuut en regio, met een hoger aantal huisartscontacten tijdens niet-reguliere uren naarmate men ouder is, het VT-statuuut heeft of in Brussel of Wallonië woont.

Met het oog op de continuïteit van huisartsenzorg buiten reguliere praktijktijden, kunnen patiënten voor (semi)dringende zorgvragen terecht in een huisartsenwachtpost. Het is een systeem dat de beschikbaarheid en dus de toegankelijkheid van huisartsenzorg ten goede komt. Toch is er tussen 2016 en 2023 weinig evolutie in het gebruik van deze wachtposten. Noch het percentage CM-ouderen met minstens één contact met een wachtpost, noch het aantal contacten is substantieel gewijzigd. Opvallend is wel het grote verschil tussen Vlaanderen en de rest van het land: 21,6% van de Vlaamse CM-ouderen maakt in 2023 minstens één maal gebruik van een wachtpost. Dit is ongeveer driemaal zoveel als deze in Wallonië (7,4%) en viermaal zoveel als deze in Brussel (5,2%). In deze regio's is er wel een stijging te zien tegenover 2016 (4,0% en 2,7%). Het aantal keer dat een oudere in 2023 een wachtpost consulteert, is voor alle regio's gemiddeld ongeveer 1,5.

Tabel 7: Aantal huisartscontacten tijdens niet-reguliere uren bij CM-leden van 65 jaar en ouder volgens leeftijd, VT-statuuut en regio (Bron: CM)

	Evolutie		2023							
			Leeftijd			VT-statuuut		Regio		
	2016	2023	65-74 jaar	75-84 jaar	85 en ouder	Niet-VT	VT	Brussel	Vlaanderen	Wallonië
Gemiddelde	2,4	3,1	2,8	3,2	3,7	2,9	3,7	4	2,9	4,1
Mediaan	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2

3.1.2. Ambulante contacten specialist

De voorbije jaren steeg het aandeel 65-plussers met minstens één ambulant contact met een specialist (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024) (zie Figuur 2). In dit aandeel is er wel een verschil volgens regio, leeftijd, geslacht en VT-statuuat. Dit is hoger in Vlaanderen en Wallonië in vergelijking met Brussel, bij de jongste ouderen in vergelijking met de 85-plussers, bij mannelijke 65-plussers in vergelijking met vrouwelijke en bij ouderen zonder VT-statuuat in vergelijking met ouderen met VT-statuuat.

Tussen 2016 en 2023 nam ook het volume aan ambulante contacten met een specialist per jaar toe: van gemiddeld 4,8 tot gemiddeld 5,3. De mediaan bleef in diezelfde periode stabiel. Daar waar voor het aantal huisartscontacten een leeftijdseffect is vastgesteld, is het beeld voor ambulante contacten met een specialist niet eenduidig. In 2023 vinden we het hoogste aantal bij de 75-84-jarigen en hebben 85-plussers gemiddeld minder contacten met een specialist. De mediaan bedraagt voor de jongste twee leeftijdscategorieën 4, voor de 85-plussers is dit 3. Volgens regio valt op dat in Brussel, ondanks het beperkter aandeel ouderen met minstens één contact, het aantal contacten doorgaans hoger is dan in de andere regio's. Qua volume contacten is er geen verschil volgens geslacht of VT-statuuat.

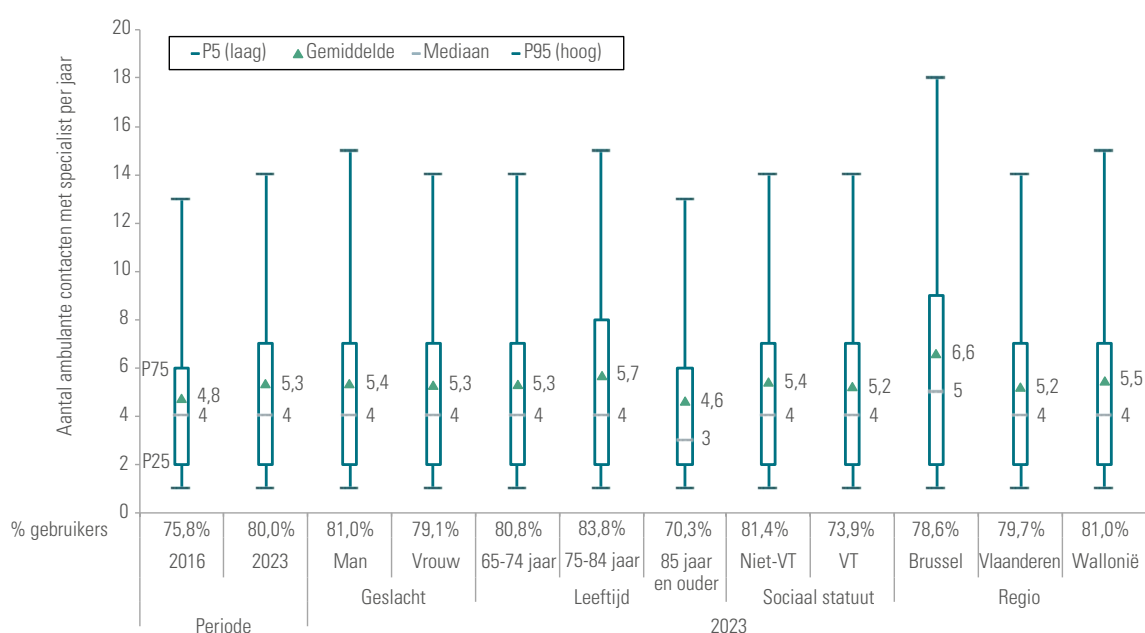
Ambulante prestaties door een specialist op niet-reguliere uren (weekend, avond, nacht of feestdag) komen in 2023 maar beperkt voor. Het aandeel ouderen met minstens één contact blijft met bijna 1% heel laag, al is dit wel een verdubbeling in vergelijking met 2016. Deze stijging is regio-gebonden: in Vlaanderen steeg dit percentage van 0,5% naar 0,9% en in Wallonië van 0,3% naar 1,1%. De grootste stijging is echter te vinden in Brussel: van 0,4% naar 1,8%.

3.1.3. Thuisverpleging

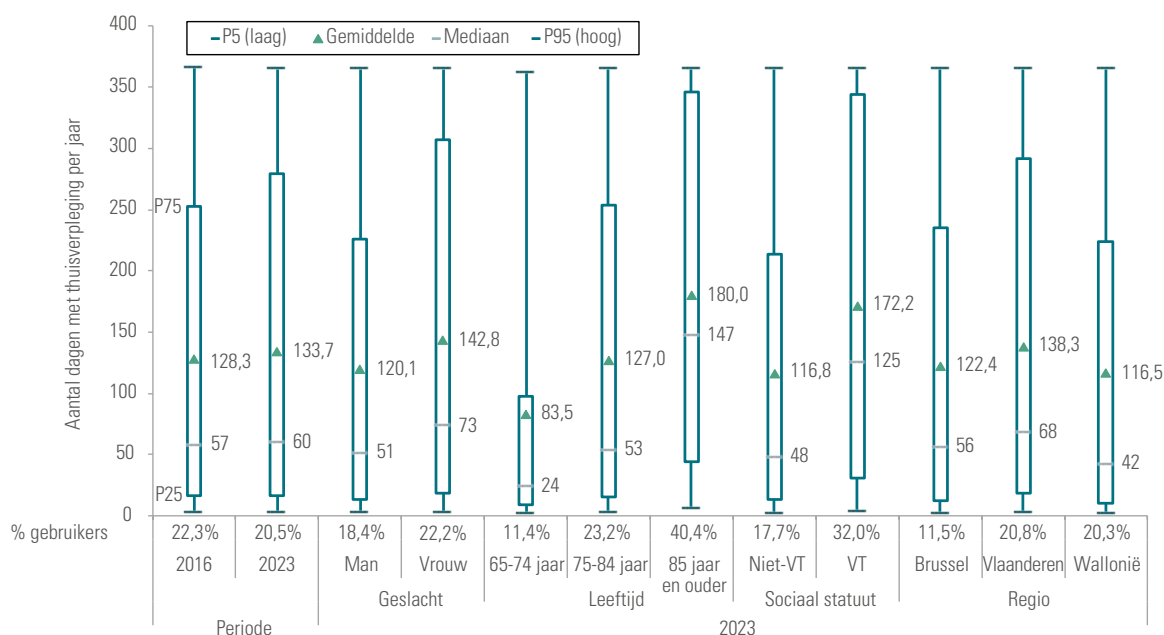
Eén vijfde van de CM-ouderen doet in 2023 minstens één dag een beroep op een thuisverpleegkundige. Het gemiddeld aantal dagen per jaar waarop een thuisverpleegkundige een patiënt-e bezoekt stijgt doorheen de tijd van 128 in 2016 naar 134 in 2023, met een lichte piek in de coronajaren 2020 en 2021 (beide 135 dagen). De mediaan stijgt in de periode 2016-2023 van 57 naar 60 dagen (zie Figuur 3).

Gemiddeld krijgen vrouwen op jaarbasis drie weken meer een thuisverpleegkundige over de vloer dan mannen (143 dagen tegenover 120; mediaan: 73 dagen tegenover 51).

Figuur 2: Distributie van het aantal ambulante contacten met een specialist per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 jaar en ouder volgens geslacht, leeftijd, VT-statuuat en regio (Bron: CM)



Figuur 3: Distributie van het aantal dagen met thuiszorg per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 jaar en ouder volgens geslacht, leeftijd, VT-statuuat en regio (Bron: CM)



Van de Brusselse CM-ouderen maakt slechts 11,5% gebruik van thuiszorg, terwijl dit in Vlaanderen en Wallonië respectievelijk 20,9% en 20,3% is. Ook de frequentie verschilt aanzienlijk tussen de regio's. Gemiddeld maken Vlaamse ouderen op jaarbasis twee weken meer gebruik van thuiszorg (138 dagen) in vergelijking met Waalse (117) en Brusselse ouderen (122). De helft van de Vlaamse ouderen die thuisverpleging krijgen, ziet de thuisverpleegkundige minstens twee maanden (68 dagen) per jaar, dit is bijna vier weken meer dan ouderen in Wallonië (42) en bijna twee weken meer dan ouderen in Brussel (56).

Bijna één op de drie 65-plussers met VT-statuuat (32,0%) doet een beroep op een thuisverpleegkundige. Bij de CM-ouderen zonder VT-statuuat is dit minder dan één op vijf (17,7%). Ook het aantal dagen per jaar met verpleegkundige thuiszorg verschilt volgens VT-statuuat: gemiddeld 117 dagen bij ouderen zonder VT-statuuat (mediaan: 48), gemiddeld 172 dagen bij ouderen met VT-statuuat (mediaan: 125).

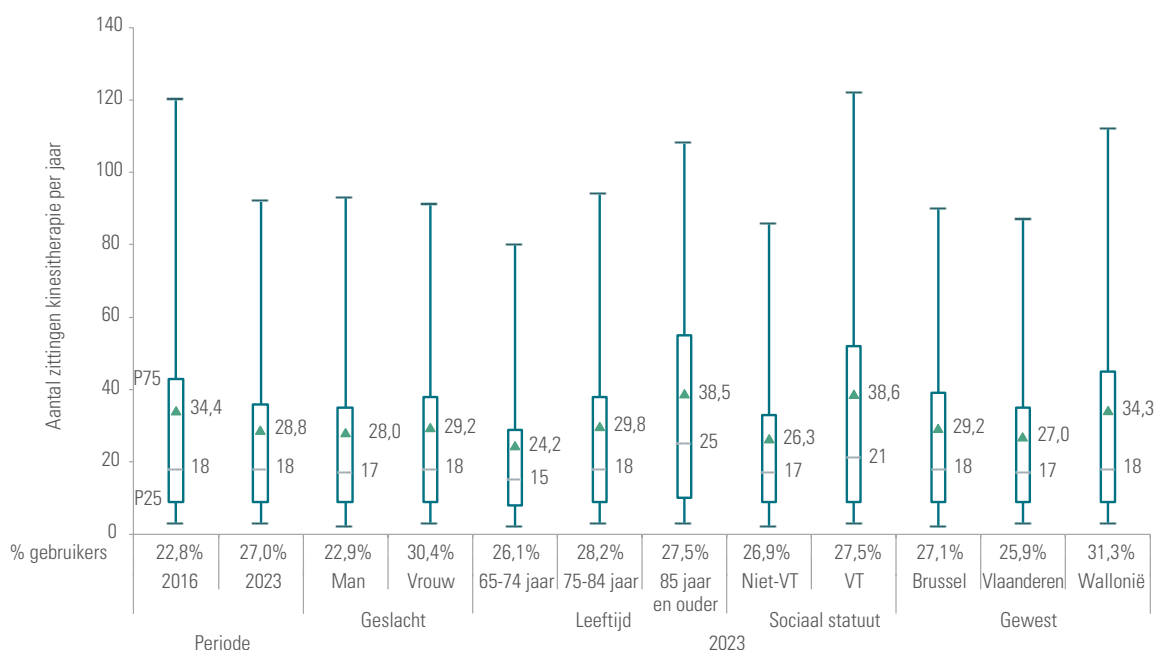
Maar vooral leeftijd is bepalend in het al dan niet krijgen van thuisverpleging en in de hoeveelheid thuisverpleging. Van de 65-74-jarigen doet in 2023 slechts 11,4% er een beroep op, met voor de helft van deze leeftijdscategorie maximaal 24 dagen thuiszorg. In de leeftijdscategorie 75-84 jaar verdubbelt het aantal personen dat een thuisverpleegkundige aan huis laat komen (23,2%), net als het volume prestaties per persoon per jaar. De helft van de ouderen in deze leeftijdscategorie ziet in 2023 minstens 53 dagen een thuisverpleegkundige. De hoogste waarden vinden we echter bij de 85-plussers: 40,4% doet een beroep op thuisverpleging. De helft van de 85-plussers die er een beroep op doen, doet dit minstens 147 dagen.

3.1.4. Kinesitherapie

Globale analyse

In 2023 heeft bijna 27% van de CM-65-plussers minstens één ambulant contact met een kinesist (in 2016: 23%). Dit percentage schommelt volgens geslacht en regio. Volgens leeftijdscategorie en VT-statuuat is weinig verschil vastgesteld (zie Figuur 4).

Figuur 4: Distributie aantal zittingen ambulante kinesitherapie per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 jaar en ouder volgens geslacht, leeftijd, VT-statuuat en regio (Bron: CM)



In 2023 bedraagt het gemiddeld aantal zittingen per persoon 29 (mediaan: 18). 25% van de personen die een beroep doen op kinesitherapie, krijgt 36 zittingen of meer (P75). Hier is een leeftijdseffect merkbaar: het aantal zittingen stijgt met de leeftijdscategorie. Ook het VT-statuuat heeft een invloed: het gemiddeld en mediaan aantal zittingen is hoger voor personen met VT-statuuat dan voor personen zonder dit statuut.

Analyse per type behandeling

Het aandeel gebruikers van kinesitherapie en de gebruiksintensiteit variëren sterk volgens het type kinesitherapie. Tabel 8 toont voor 2023 het gemiddeld en mediaan aantal zittingen kinesitherapie per type.

- Voor de **courante verstrekkingen**, waar 18% van de 65-plussers gebruik van maakt, is het gemiddeld aantal zittingen 12 (mediaan: 9). Hierbij moet rekening worden gehouden met de wetgeving die het aantal terugbetaalde zittingen beperkt tot 18, voor eenzelfde pathologie (indien er extra behandeling nodig is, kan er maximum twee keer een nieuwe reeks van 18 zittingen worden toegekend aan verminderde terugbetaling).
- Voor een bepaald aantal **acute pathologieën** (Fa-lijst) worden maximum 60 zittingen terugbetaald (soms 120). Daarom is het gemiddeld aantal zittingen hier hoger: 27 (mediaan: 23). Ongeveer 4,7% van de 65-plussers maakt gebruik van deze vorm van kinesitherapie.
- Voor een aantal **chronische pathologieën** (Fb-lijst) worden maximum 60 zittingen terugbetaald (en eventueel 20 extra zittingen). Ongeveer 4,6% van de 65-plussers krijgt deze behandeling. Het gemiddeld aantal zittingen bedraagt 41 (mediaan: 36) en stijgt met de leeftijd. Ook het sociaal statuut heeft een invloed: VT-rechthebbenden hebben meer zittingen per jaar dan personen zonder VT-statuuat.
- Verder bestaat nog een lijst van **zware pathologieën** (E-lijst) zonder bepaling van het aantal zittingen (behalve uitzonderingen). Iets meer dan 3% van de CM-leden van 65 en ouder is in dit kader behandeld. De gebruiksintensiteit is hier zeer hoog met gemiddeld 70 zittingen (mediaan: 60). Er is een klein leeftijdseffect met meer zittingen bij 85-plussers dan bij de andere leeftijdscategorieën. De invloed van het VT-statuuat is echter meer uitgesproken: VT-rechthebbenden hebben gemiddeld 20 zittingen meer dan wie geen VT-statuuat heeft.

Tabel 8: Aantal ambulante zittingen in 2023 per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 jaar en ouder volgens type kinesitherapie (Bron: CM)

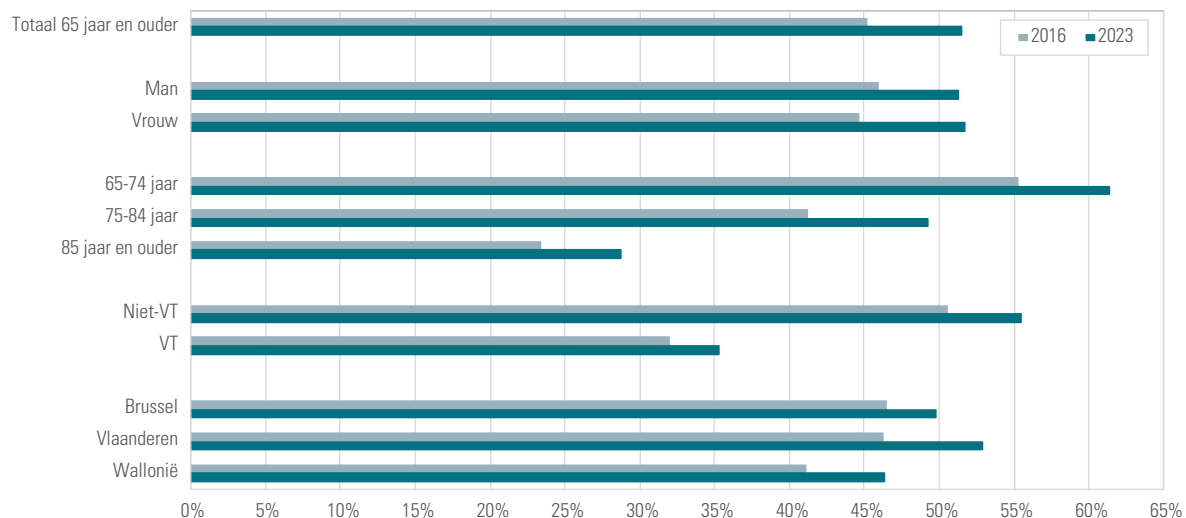
			Gemiddelde	Mediaan
Courante verstrekkingen	Totaal 65-plussers		12,3	9
	Sociaal statuut	Niet-VT	12,2	9
		VT	13,2	10
	Leeftijd	65-74 jaar	12,1	9
		75-84 jaar	12,5	9
		85-plussers	13,0	10
Acute pathologieën (Fa-lijst)	Totaal 65-plussers		27,0	23
	Sociaal statuut	Niet-VT	26,6	23
		VT	28,3	24
	Leeftijd	65-74 jaar	26,4	22
		75-84 jaar	27,3	24
		85-plussers	28,0	24
Chronische pathologieën (Fb-lijst)	Totaal 65-plussers		40,6	36
	Sociaal statuut	Niet-VT	38,7	34
		VT	44,4	40
	Leeftijd	65-74 jaar	36,2	32
		75-84 jaar	38,8	34
		85-plussers	43,8	39
Zware pathologieën (E-lijst)	Totaal 65-plussers		71,0	60
	Sociaal statuut	Niet-VT	65,8	54
		VT	85,6	76
	Leeftijd	65-74 jaar	70,2	58
		75-84 jaar	70,2	60
		85-plussers	75,6	68
Patiënten met palliatieve thuiszorg	Totaal 65-plussers		57,7	33
	Sociaal statuut	Niet-VT	55,7	31
		VT	61,0	39
	Leeftijd	65-74 jaar	57,9	32
		75-84 jaar	57,7	31
		85-plussers	57,6	36

- Ten slotte maken slechts zeer weinig **patiënten met palliatieve thuiszorg** gebruik van kinesitherapie (0,5%). Maar als zij hiervan gebruik maken, is het wel zeer intensief: gemiddeld 58 zittingen (mediaan: 33). Hier zien we dat personen met VT-statuuat meer zittingen hebben dan deze zonder VT-statuuat.

3.1.5. Tandzorg

Globaal krijgt in 2023 iets minder dan 52% van de CM-leden van 65 en ouder één of andere verstrekking **ambulante tandzorg** (2016: 45%). Dit percentage schommelt volgens leeftijd, VT-statuuat en regio, maar niet volgens geslacht (zie Figuur 5). Inzake gebruiksvolume wordt gemiddeld en mediaan twee dagen per jaar een beroep gedaan op tandzorg. Deze indicatoren variëren niet volgens de verschillende analysecriteria.

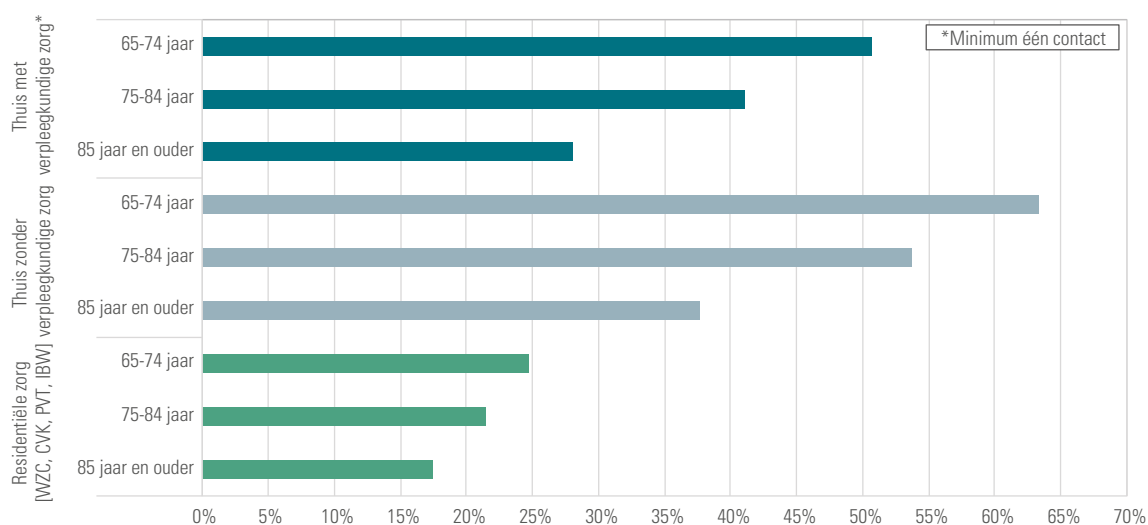
Figuur 5: Aandeel CM-leden vanaf 65 jaar en ouder met ambulante tandzorg volgens geslacht, leeftijd, VT-status en regio, in 2016 en 2023 (Bron: CM)



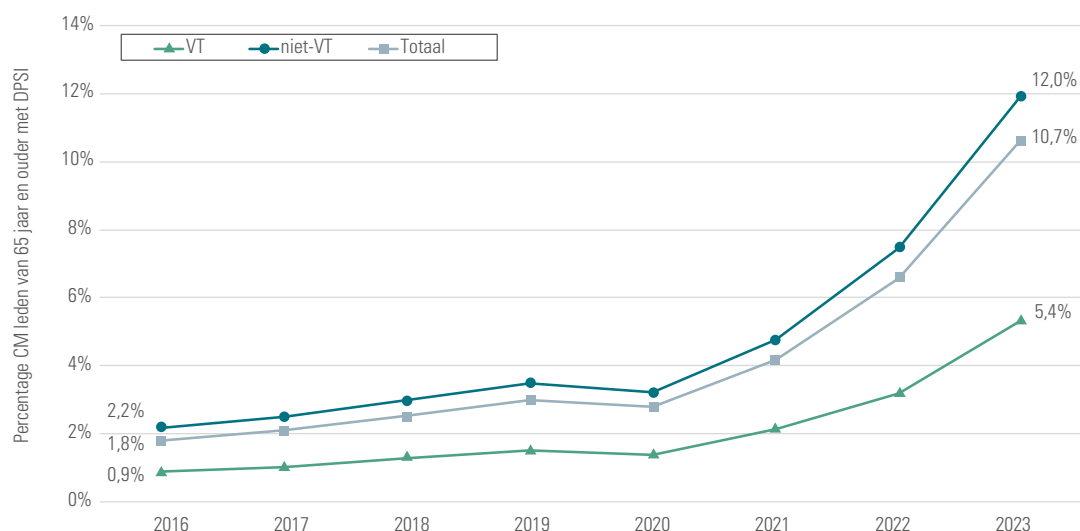
Wie in een zorgvoorziening verblijft, heeft veel minder tandzorg, ongeacht de leeftijdscategorie (zie Figuur 6). Voor wie thuis woont, stellen we vast dat zij veel minder tandzorg hebben als zij ook thuisverpleging krijgen. 85-plussers die thuis wonen zonder thuiszorg, hebben zelfs twee keer meer tandzorg ten opzichte van wie in een zorgvoorziening verblijft.

Bij steeds meer ouderen vindt een verstrekking tandzorg plaats waarbij de parodontale index **DPSI** wordt bepaald (enige parodontologieverstrekking die bij 65-plussers wordt terugbetaald). Bij de 65-plussers steeg het aandeel dat deze verstrekking kreeg van 1,8% in 2016 tot 10,7% in 2023. Zoals blijkt uit figuur 7, steeg dit aandeel vooral de jongste jaren snel (behalve in 2020, het jaar van de coronapandemie).

Figuur 6: Aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder met ambulante tandzorg volgens verblijfplaats en leeftijd, in 2023 (Bron: CM)



Figuur 7: Percentage CM-leden van 65 en ouder met een prestatie parodontale index DPSI, volgens VT-statuu, van 2016 tot 2023 (Bron: CM)



Er is een groot verschil merkbaar volgens VT-statuu (in 2023, VT: 5,4%, niet-VT: 12,0%), volgens regio (in 2023, Vlaanderen: 11,5%, Wallonië: 7,7%, Brussel: 8,5%) en volgens leeftijds categorie (in 2023, 65-74 jaar: 15,4%, 85-plussers: 2,1%).

Het volume varieert ook volgens verblijfplaats. Voor wie in een zorgvoorziening verblijft, is het gemiddeld volume 1.521 DDD (mediaan: 1.352). Voor wie thuis woont, is het gemiddeld volume, naargelang er wel of geen thuisverpleging is, respectievelijk 1.802 DDD (mediaan: 1.605) en 1.192 DDD (mediaan: 980).

3.2. Ambulante geneesmiddelen

3.2.1. Geneesmiddelenvolume

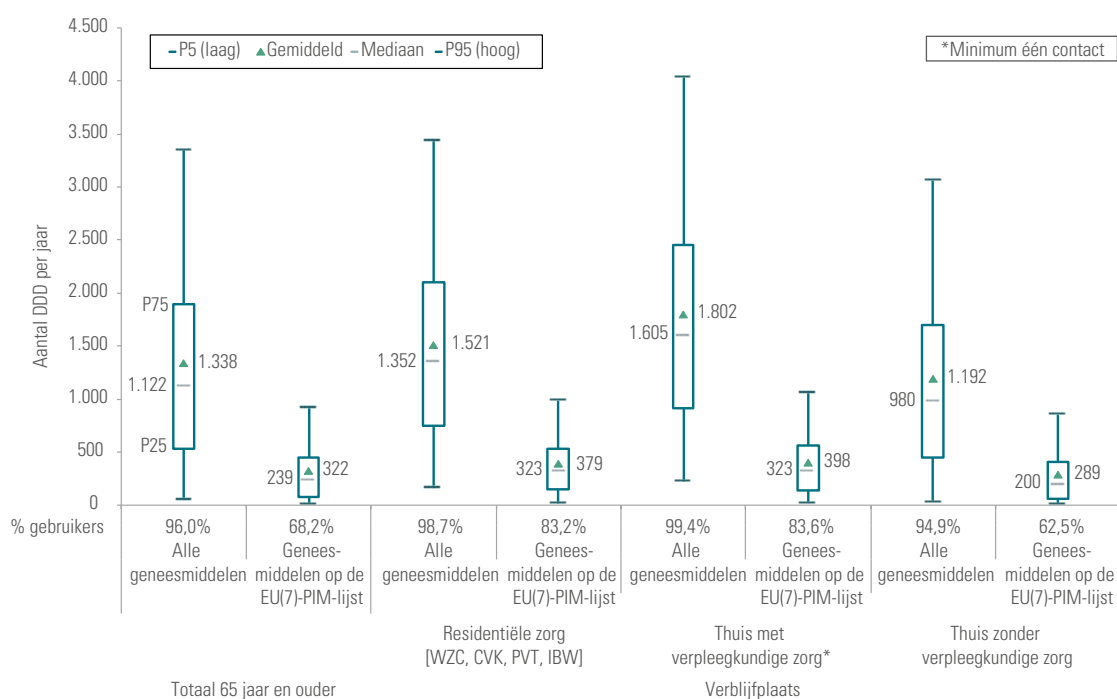
Onze vorige studie toonde aan dat bijna alle CM-65-plussers een ambulant geneesmiddel nemen (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Figuur 8 toont voor 2023 de spreiding van het **geneesmiddelenvolume** in DDD. Het gemiddeld volume bedraagt 1.338 DDD (mediaan: 1.122). Bij sommige personen is dat volume nog hoger: 25% van de gebruikers heeft 1.875 DDD of meer (P75).

Dit volume varieert volgens geslacht (gemiddeld 1.389 DDD bij de mannen en 1.298 DDD bij de vrouwen), volgens leeftijd (gemiddeld 1.171 DDD voor de 65-74-jarigen, 1.512 DDD voor de 85-plussers), volgens VT-statuu (gemiddeld 1.579 DDD bij VT en 1.279 DDD zonder VT) en volgens regio (gemiddeld 1.327 DDD in Vlaanderen, 1.391 DDD in Wallonië en 1.262 DDD in Brussel).

Deze volumes kunnen vragen oproepen over de kwaliteit van het voorschrijven van geneesmiddelen. Om een schatting te hebben van het **volume aan potentieel onaangepaste geneesmiddelen**, gebruikten wij de *EU(7)-PIM*-lijst. Globaal nam in 2023, 68% van de CM-65-plussers minstens één geneesmiddel uit deze lijst. Voor wie in een zorgvoorziening verblijft, stijgt dit percentage tot 83%. Bij personen die thuis wonen, bedraagt dit percentage respectievelijk 84% en 62%, naargelang ze wel of geen thuisverpleging krijgen.

In 2023 bedraagt het volume van deze potentieel onaangepaste geneesmiddelen 322 DDD (mediaan: 239). De grootteorde is vergelijkbaar naar gelang de ouderen in een zorgvoorziening of thuis wonen met thuisverpleging (gemiddeld: 379 DDD en 398 DDD; mediaan: 323 DDD). Dit volume is echter lager bij ouderen die thuis wonen zonder thuisverpleging (gemiddeld: 289 DDD; mediaan: 200 DDD).

Figuur 8: Distributie ambulante geneesmiddelen (raming in DDD) per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 en ouder volgens verblijfplaats, in 2023 (Bron: CM)

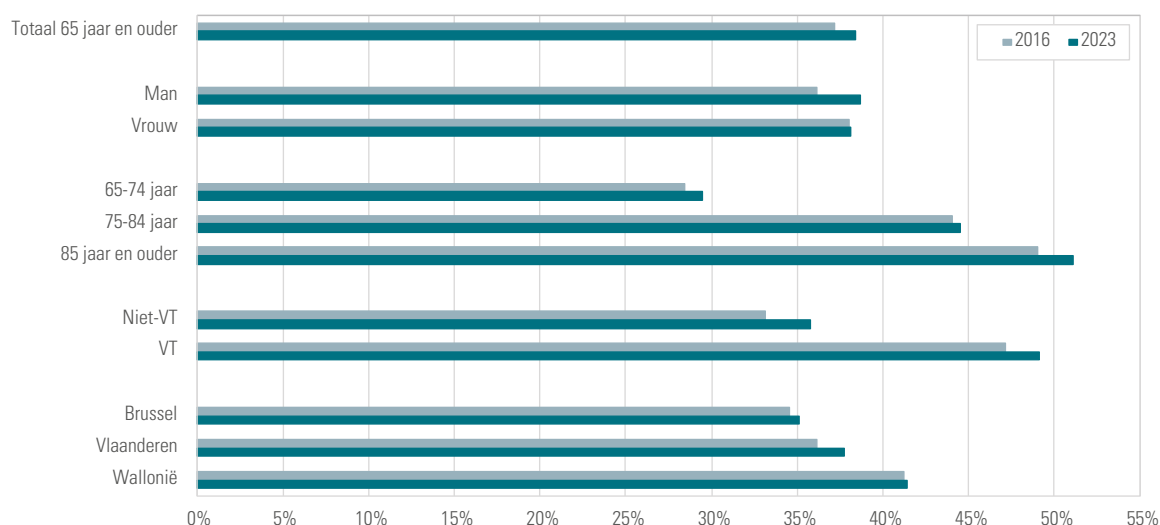


3.2.2. Polyfarmacie

Een andere manier om het volume van ambulante geneesmiddelen te bekijken, is nagaan **hoeveel verschillende geneesmiddelen** ouderen nemen. Er is sprake van polyfarmacie bij regelmatig gebruik van minstens vijf verschillende geneesmiddelen.

Polyfarmacie komt vrij frequent voor bij CM-leden van 65 jaar en ouder: globaal 38% in 2023 (2016: 37%) (zie Figuur 9). Dit aandeel stijgt volgens de leeftijd. Polyfarmacie komt veel vaker voor bij personen met VT-statuut dan bij diegenen zonder dit statuut.

Figuur 9: Aandeel CM-leden van 65 en ouder met polyfarmacie volgens geslacht, leeftijd, VT-statuut en regio in 2016 en 2023 (Bron: CM)



Ook zijn er regionale verschillen met een groter aandeel polyfarmacie in Wallonië dan in Vlaanderen en Brussel. Ten slotte speelt de verblijfplaats een rol: het percentage polyfarmacie bedraagt 52% bij ouderen die gewoonlijk in een zorgvoorziening verblijven. Wanneer zij thuis wonen, daalt dit percentage tot 31% zonder thuisverpleging maar het loopt op tot 59% met thuisverpleging.

3.2.3. Griepvaccin

Bij de ambulante geneesmiddelen is de evolutie van de **vraag naar het griepvaccin** bij CM-65-plussers (die niet in een WZC verblijven¹¹) interessant om te onderzoeken. Van 2016 tot 2019 bleef de vraag algemeen stabiel (57 tot 58%) met dan een piek in 2020 (68%) en daarna een progressieve daling tot 62% 65-plussers dat zich in 2023 liet inenten. Het aandeel gevaccineerden in 2023 is nog hoger dan vóór de coronapandemie in 2020. Deze evolutie is te merken voor de drie leeftijdscategorieën: 65-74 jaar, 75-84 jaar, 85 jaar en ouder (zie Figuur 10).

Een andere belangrijke evolutie: vóór de pandemie vroegen iets meer VT-rechthebbenden het griepvaccin dan wie geen VT had (in 2019: 61% bij VT-statutuut en 57% zonder VT-statutuut). Deze trend keert echter na 2020 (in 2023: 59% bij VT-statutuut en 62% zonder VT-statutuut). De regionale ver-

schillen blijven ook duidelijk aanwezig in de periode 2016 tot 2023: in Vlaanderen is het percentage 65-plussers dat het griepvaccin liet zetten het hoogst (2023: 66%), terwijl dit in Wallonië en Brussel aanzienlijk lager is (in 2023, respectievelijk: 48% en 47%).

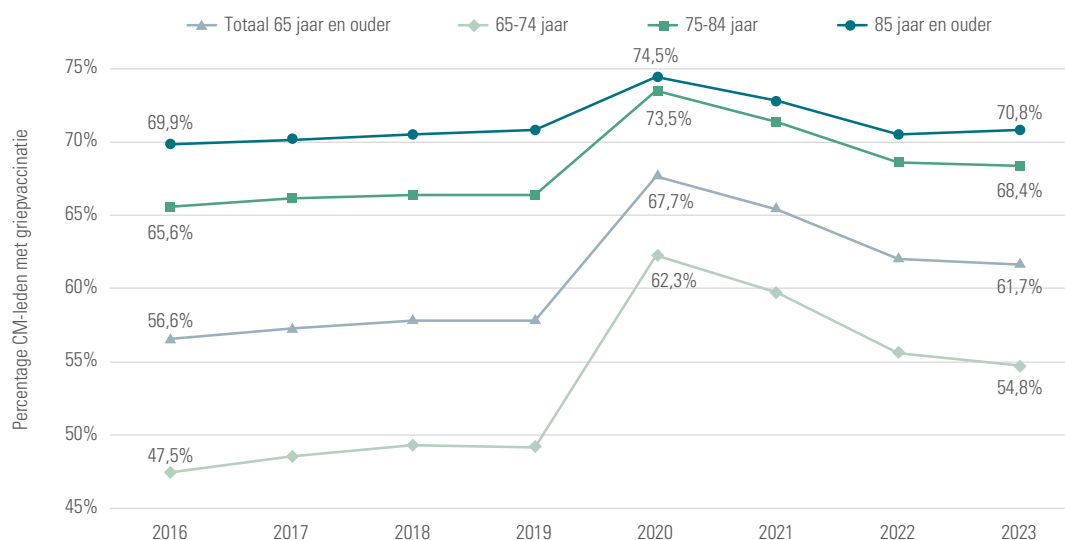
3.3. Ziekenhuiszorg

3.3.1. Contact met de spoedafdeling van een ziekenhuis

In de eerste studie rond ouderenzorg bleek tussen 2016 en 2022 al een licht stijgende trend in het aandeel CM-65-plussers dat in de loop van een jaar een beroep doet op de spoedafdeling van een ziekenhuis (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). In 2023 heeft minstens één op de vijf 65-plussers een contact met een spoedafdeling (2016: 18,6%). Er zijn wel regionale verschillen: 20,3% van de 65-plussers uit Vlaanderen, 23,1% van de Waalse en 25,8% van de Brusselse.

Het gemiddeld aantal contacten stijgt in de periode 2016-2023 echter niet en bedraagt 1,5 (mediaan: 1) in 2023. Het gemiddeld aantal contacten van een patiënt-e varieert niet ongeacht de analysecriteria.

Figuur 10: Aandeel CM-leden van 65 en ouder met een griepvaccin volgens leeftijd, van 2016 tot 2023, zonder WZC-bewoners (Bron: CM)



11 In Vlaanderen zijn de vaccins voor woonzorgcentrumbewoners gratis. De Vlaamse Gemeenschap financiert ze en deze uitgaven verschijnen niet in de mutualistische gegevens (Gerkens, et al., 2024b, p. 25).

3.3.2. Dagziekenhuis (chirurgisch en niet-chirurgisch)

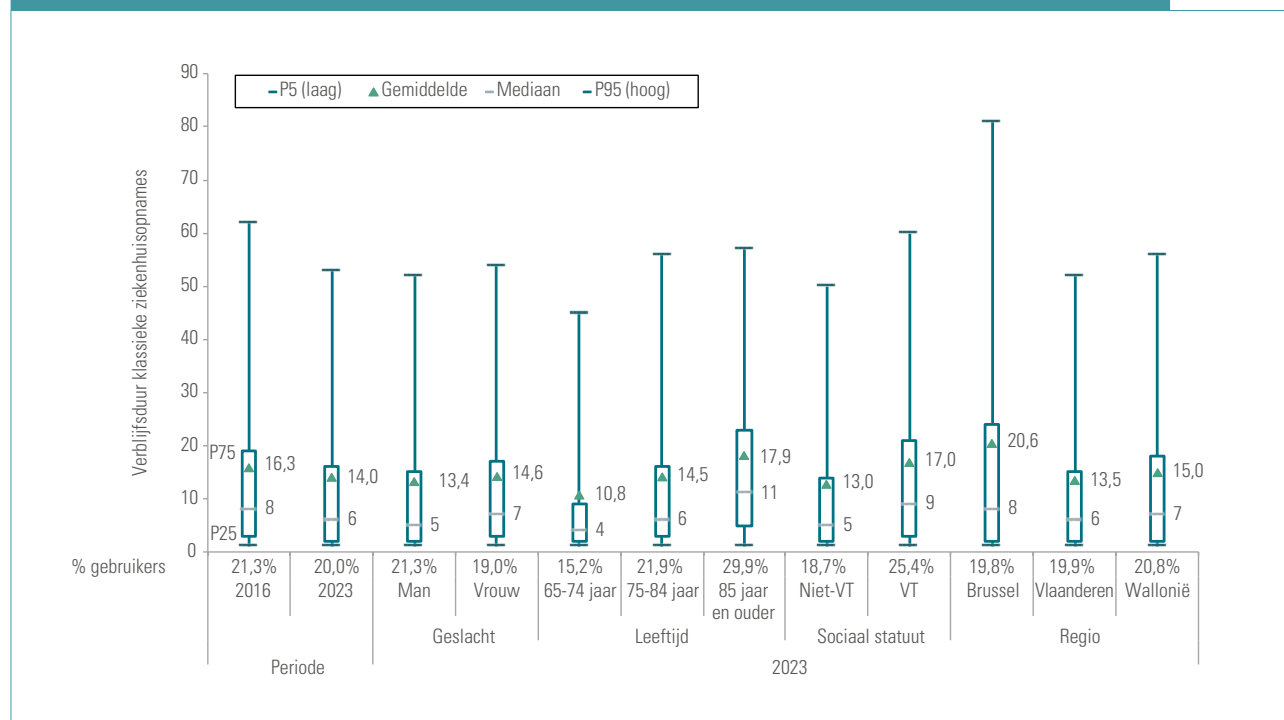
In totaal maakt in 2023 meer dan één vierde (25,9%) van de CM-65-plussers gebruik van het dagziekenhuis, chirurgisch of niet-chirurgisch. Ten opzichte van 2016 is dit percentage gestegen met 5,1%. Opvallend hierbij zijn de regionale verschillen: terwijl in Brussel de stijging 2,3% bedraagt (van 21,7% naar 24,0%), is dit in Vlaanderen en Wallonië respectievelijk 5,2% (van 21,4% naar 26,7%) en 4,9% (van 18,4% naar 23,3%). De sterkere stijging in Vlaanderen en Wallonië is vooral toe te schrijven aan het niet-chirurgisch dagziekenhuis (zie Tabel 9). In het chirurgisch dagziekenhuis is er een algemene stijging van 1,9%, met 1,4% in Brussel, 2,0% in Vlaanderen en 1,8% in Wallonië. Voor het niet-chirurgisch dagziekenhuis zijn de verschillen meer uitgesproken: een algemene stijging van 4,0%, maar van slechts 1,2% in Brussel tegenover 4,1% in Vlaanderen en 3,8% in Wallonië.

Indien 65-plussers opgenomen worden in het chirurgisch of niet-chirurgisch dagziekenhuis, is dit zowel in 2016 als in 2023 gemiddeld ongeveer drie keer per jaar, maar minstens de helft heeft slechts één opname. Het gemiddeld aantal opnames verschilt lichtjes tussen mannen (3,4) en vrouwen (3,0), tussen ouderen zonder VT-statuuut (3,0) en ouderen met dit statuut (3,7), volgens leeftijd (65-74-jarigen: 2,8; 75-74-jarigen: 3,5 en 85-plussers: 3,4) en volgens regio (Brussel: 3,5; Vlaanderen: 3,1 en Wallonië: 3,3). Gemiddeld zijn er 3,5 opnames in 2023 voor het niet-chirurgisch dagziekenhuis (mediaan: 1) en 1,4 opnames voor het chirurgisch dagziekenhuis (mediaan: 1).

Tabel 9: Aandeel CM-leden van 65 jaar en ouder met een opname in het dagziekenhuis (chirurgisch en niet-chirurgisch) volgens regio, in 2016 en 2023 (Bron: CM)

Jaar	Niet-chirurgisch dagziekenhuis				Chirurgisch dagziekenhuis			
	Totaal	Brussel	Vlaanderen	Wallonië	Totaal	Brussel	Vlaanderen	Wallonië
2016	16,2%	17,6%	16,8%	13,9%	6,1%	5,7%	6,2%	5,7%
2023	20,2%	18,7%	20,9%	17,7%	8,0%	7,1%	8,2%	7,5%

Figuur II: Distributie van de verblijfsduur (klassieke opname) per persoon en per jaar voor CM-leden van 65 jaar en ouder volgens geslacht, leeftijd, VT-statuuut en regio (Bron: CM)



3.3.3. Klassieke opname

Het aandeel CM-ouderen dat in de loop van een jaar opgenomen wordt voor een klassieke opname, blijft in de bestudeerde periode stabiel: één op vijf (zie Figuur 11). Met een aandeel van 29,9% in 2023 is het risico op minstens één opname wel groter bij 85-plussers, net als bij ouderen met VT-statuu (25,4% tegenover 18,7% van de 65-plussers zonder dit statuut). Indien een 65-plusser opgenomen wordt in het ziekenhuis, dan gaat het gemiddeld om anderhalve opname per jaar (mediaan: 1). Er is geen evolutie in de periode 2016-2023. In 2023 is er ook geen verschil in het aantal opnames volgens geslacht, leeftijdscategorie, VT-statuu of regio.

Bij de analyse per jaar van de gemiddelde totale ligduur per persoon van alle klassieke opnames samen, stellen we vast dat deze daalt van 16,3 dagen in 2016 (mediaan: 8) tot 14,0 in 2023 (mediaan: 6). In 2023 zien we dat ouderen met VT-statuu een langere verblijfsduur in het ziekenhuis hebben (gemiddeld: 17,0; mediaan: 9) dan ouderen zonder dit statuut (gemiddeld: 13,0, mediaan: 5). Er is een klein verschil volgens geslacht: vrouwen verblijven één tot twee dagen langer in het ziekenhuis dan mannen. Uit figuur 11 blijkt een duidelijk leeftijdseffect: hoe ouder de patiënt-e, hoe langer het ziekenhuisverblijf. Mensen tussen 65 en 74 jaar hebben een gemiddelde verblijfsduur van ongeveer 11 dagen (mediaan: 4), terwijl de verblijfsduur voor 75 tot 84-jarigen 14,5 dagen bedraagt (mediaan: 6) en voor 85-plussers 17,9 (mediaan: 11). We stellen ook regionale verschillen vast met een hogere verblijfsduur in Brussel (gemiddeld: 20,6; mediaan: 8) vergeleken met Vlaanderen (gemiddeld: 13,5; mediaan: 6) en Wallonië (gemiddeld: 15,0; mediaan: 7).

3.4. Revalidatie

In 2023 doet 7,8% van de CM-65-plussers (= 86.500 personen) een beroep op zorg in het kader van een van de revalidatieovereenkomsten (in 2016: 6,2%). Dit aandeel is hoger bij mannen (10,4%) dan bij vrouwen (5,6%), bij personen met VT-statuu (8,7%) ten opzichte van diegenen zonder dit statuut (7,6%), bij de 65-84-jarigen (8,3%) ten opzichte van de 85-plussers (5,4%). Meestal is die zorg zeer intensief. Het aantal dagen dat revalidatie wordt geattesteerd,

is zeer hoog: gemiddeld 209 dagen in 2023 (mediaan: 337 dagen). Veel patiënten krijgen deze zorg dagelijks.

Deze zorg vereist niet noodzakelijk een verblijf in een gespecialiseerd centrum. Ze kan ook ambulant verstrekt worden of thuis bij de patiënt-e (het centrum zal dan de diagnose stellen en de behandeling bepalen, bijstand bieden en materiaal ter beschikking stellen, enz.). Dat is bijvoorbeeld het geval bij de overeenkomst 7.85 voor langdurige chronische ademhalingsondersteuning thuis. Dankzij deze overeenkomst kan vastgesteld worden of iemand lijdt aan het obstructief slaapapneusyndroom, in welk geval die baat heeft bij een thuisbehandeling met een CPAP-toestel (*continuous positive airway pressure*) of een onderkaakorthese. In 2023 maken bijna 32.000 65-plussers gebruik van zorg in het kader van deze overeenkomst.

3.5. Residentiële en semi-residentiële zorg

In 2023 verblijft van de CM-leden van 65 jaar en ouder 0,5% minstens één dag in een dagverzorgingscentrum (DVC), 1,3% in een centrum voor kortverblijf (CVK) en 7,2% in een woonzorgcentrum (WZC). Het aandeel gebruikers verschilt volgens regio en geslacht en vooral volgens leeftijd. Verder doen ouderen met VT-statuu vaker een beroep op deze voorzieningen.

Tabel 10 bevat voor de verschillende types voorzieningen informatie over het aantal verblijfsdagen per persoon in 2023. Zo doen 65-plussers gemiddeld 63 dagen per jaar een beroep op een DVC, omgerekend 1,2 dagen per week. Voor kortverblijf, waar het gemiddeld aantal opnamedagen 41 bedraagt, moet er bij het lezen van de resultaten rekening gehouden worden met de reglementering die het aantal opnamedagen op jaarbasis beperkt: 90 dagen in Brussel en Wallonië en 60 dagen in Vlaanderen. Zoals verwacht ligt het aantal opnamedagen in een WZC hoog en verblijft een groot deel van de ouderen er het ganse jaar. Bij de drie types voorzieningen zien we bij ouderen met VT-statuu een hoger aantal opnamedagen. Bij DVC is een omgekeerd leeftijdseffect vastgesteld met minder verblijfsdagen naarmate men ouder wordt.

Tabel 10: Aantal verblijfsdagen in 2023 voor CM-leden van 65 jaar en ouder in ouderenvoorzieningen volgens VT-status en leeftijd (Bron: CM)

			Gemiddelde	Mediaan
Dagverzorgingscentrum	Totaal 65-plussers		63,0	45
	Sociaal statuut	Niet-VT	59,0	41,5
		VT	70,5	51
	Leeftijd	65-74 jaar	68,0	49
		75-84 jaar	61,7	45
		85-plussers	62,8	42
Centrum voor Kortverblijf	Totaal 65-plussers		41,0	33
	Sociaal statuut	Niet-VT	40,4	32
		VT	42,3	33
	Leeftijd	65-74 jaar	38,6	30
		75-84 jaar	40,2	32
		85-plussers	41,8	33
Woonzorgcentrum	Totaal 65-plussers		273,4	354
	Sociaal statuut	Niet-VT	267,4	351
		VT	281,7	357
	Leeftijd	65-74 jaar	275,2	356
		75-84 jaar	267,7	351
		85-plussers	275,3	355

4. Bespreking van de resultaten

Deze studie toont dat heel wat ouderen in de loop van een jaar met diverse zorgverleners een of meerdere contacten hebben en dat hierin, naar gelang de onderzochte indicator, verschillen zijn volgens parameters als leeftijd, geslacht, VT-status en regio. Voor de duiding van de resultaten gebruiken we het analysekader van zorgtoegankelijkheid waarbij we voor de verschillende dimensies ervan – gevoeligheid, beschikbaarheid, aanvaardbaarheid en betaalbaarheid (Cès, 2021) – enkele frappante bevindingen vermelden. Wel moet er hierbij rekening mee worden gehouden dat toegankelijkheid multidimensionaal is en de mate van toegankelijkheid van een specifieke zorgvorm afhankelijk is van aspecten op meerdere dimensies tegelijk. Ook gaat het hier om het effectieve zorggebruik van ouderen dat niet noodzakelijk overeenkomt met het verwachte zorggebruik op basis van klinisch geobjectiveerde behoeften. Verschillende drempels kunnen er immers toe leiden dat sommigen zorg uitstellen of ervan afzien. De bespreking van de resultaten rond polyfarmacie en potentieel onangepast geneesmiddelengebruik gebeurt vanuit de invalshoek zorgkwaliteit.

4.1. Toegankelijkheid van zorg

4.1.1. Gevoeligheid

Gevoeligheid voor zorg betekent dat men **een gezondheidsprobleem of -risico kan identificeren**. Dit gebeurt vaak door de **persoon zelf of door een naaste**, bijvoorbeeld op basis van (ervaren) symptomen. We stelden vast dat een meerderheid van de CM-ouderen in de loop van een jaar contact heeft met de huisarts en dat het aantal contacten op jaarbasis hoger is voor de oudste leeftijdscategorie en voor personen met VT-status, twee groepen wiens gezondheidssituatie doorgaans minder gunstig is (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Het lijkt er dus op dat ouderen makkelijk contact opnemen met de huisarts, hetzij voor een specifiek probleem, hetzij uit preventieve overwegingen. Eerder onderzoek toonde trouwens aan dat de huisarts een groot vertrouwen geniet en deze zo een centrale plaats inneemt in de ouderenzorg (Demarest, Charafeddine, Drieskens, & Berete, 2019).

Toch mogen we vanuit het standpunt van de patient-e niet blind zijn voor eventuele **drempels inzake gevoeligheid**. Het vermogen om gezondheidsproblemen te herkennen wordt immers beïnvloed door meerdere factoren waaronder de mate van sociaaleconomische kwetsbaarheid, iemands gezondheidsvaardigheden en sociaal netwerk. Onderzoek leert dat ouderen vanaf 75 jaar significant lagere scores op gezondheidsvaardigheden (Charafeddine, Demarest, & Berete, 2019) en dat 32% vindt dat die een beperkt sociaal netwerk heeft (De Witte & Van Regenmortel, 2019). Dit vergroot het risico dat ze gezondheidsproblemen missen (Cès, 2021).

Daarom zijn **zorgverleners mee verantwoordelijk** om behoeften op te sporen en een behandeling te initiëren, bijvoorbeeld door tijdens een patiëntencontact voldoende aandacht te hebben voor gezondheids- en afhankelijkheidsproblemen en deze te bespreken. Ze hebben tevens een belangrijke rol op vlak van **preventie**: een zorgverlener (bijvoorbeeld huisarts, thuisverpleegkundige of apotheker) kan mensen onder meer proactief informeren over het belang van **griepvaccinatie**. In de studie stelden we voor 2023 bij thuiswonende ouderen immers een griepvaccinatiegraad van slechts 62% vast, met een nog lager aandeel bij de 65-74-jarigen, personen met VT-statuuat en in Wallonië en Brussel. En hoewel de vaccinatiegraad hoger ligt dan het EU-gemiddelde van 43% (Belgium.be, 2024a), scoort ons land globaal onder de door de WHO vooropgestelde 75%-norm (WHO, 2003) die is overgenomen door de Europese Raad (Europese Raad, 2009). Nochtans omschrijft de WHO vaccinatie als “de meest efficiënte manier van preventie tegen de ziekte of de ernstige gevolgen ervan” (WHO, 2009, eigen vertaling) en beveelt het vaccinatie aan voor risicogroepen waaronder ouderen en personen met gezondheidsproblemen (WHO, 2018), gezien het groter risico op een ernstig verloop van de ziekte, hospitalisatie en zelfs overlijden (Sciensano, 2024; WHO, 2022). Ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) vermeldt de ontoereikende griepvaccinatiegraad in België als een waarschuwingssignaal op het vlak van preventie (Gerken, et al., 2024a).

Ander onderzoek verwijst naar de rol van de huisarts in de detectie van **thuiszorgnoden**, waaronder problemen bij het uitvoeren basisactiviteiten van het dagelijks leven. Dit is momenteel onvoldoende gegarandeerd: 41% tot 58% van de personen met moeilijkheden om zich te wassen en die geen thuisverpleging krijgen, gaat wel minstens eens per maand bij de huisarts (Cès, et al., 2016).

In het domein **tandzorg** is, zeker bij zorgbehoevende ouderen, eveneens een belangrijke rol weggelegd voor zorgverleners. In onze studie zagen we dat in 2023, ondanks een toename sinds 2016, nog steeds amper de helft van de 65-plussers een tandartscontact had. Dit is zorgwekkend gezien het belang van een goede mondgezondheid en de samenhang ervan met de algemene gezondheid en het welzijn van ouderen (Dibello, et al., 2021). Uit de literatuur weten we dat ondergebruik van tandzorg bij ouderen onder meer het gevolg kan zijn van een onvoldoende bewustzijn van goede mond- en tandhygiëne of dat problemen op dit vlak als secundair worden ervaren wanneer er nog andere ernstige gezondheidsproblemen zijn (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019). Dit laatste verklaart wellicht het lagere aandeel ouderen met minstens één bezoek aan de tandarts onder WZC-bewoners of bij wie thuisverpleging ontvangt, aangezien zij doorgaans in een minder goede gezondheid verkeren.

Het is dan ook essentieel dat zorgverleners ouderen en hun naasten blijven sensibiliseren rond het belang van goede mondhygiëne en hen hierbij, indien nodig, helpen of doorverwijzen naar de juiste zorg. Informatie uit de preventiebarometer Vlaanderen rond tandzorg toont dat er op het terrein al initiatieven zijn in die zin: 65% van de deelnemende WZC informeert bewoners en naasten over mondgezondheid, 40% stelde een mondzorgcoördinator aan en ruim 80% zorgt ervoor dat bewoners het juiste materiaal hebben en stimuleert hen op vlak van dagelijkse mondzorg of neemt deze zorg over indien nodig (Willems, 2023). Toekomstig onderzoek moet uitwijzen wat hiervan de impact is op het terrein. Ook een voldoende en permanente vorming van zorgverleners over het belang van mondzorg en specifieke aandachtspunten bij deze zorg bij ouderen is belangrijk, aangezien uit de literatuur bleek dat ook op dit vlak verbetermarge bestaat (Janssens, et al., 2017; Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019).

4.1.2. Beschikbaarheid

De toegankelijkheid van zorg wordt ook bepaald door de mate waarin diensten beschikbaar en bereikbaar zijn. Het aanbod aan zorg- en dienstverlening moet dus voldoende groot, gediversifieerd en gespreid zijn, en bovendien vlot bereikbaar en toegankelijk op fysiek en organisatorisch vlak (bijvoorbeeld openingsuren, manier van contacteren, enz.). De diensten moeten aanpasbaar zijn om te kunnen voldoen aan de specifieke behoeften van elke patient-e (bijvoorbeeld taal, toegankelijkheid voor personen met verminderde mobiliteit, enz.). Hoewel we op basis van de beschikbare gegevens niet kunnen oordelen of vastgestelde verschillen in zorggebruik te wijten zijn aan problemen rond beschikbaarheid en in welke mate effectieve gebruikers op dit vlak problemen ondervonden, is het toch interessant enkele vaststellingen vanuit deze dimensie van toegankelijkheid te bekijken.

De onderzoeksresultaten wezen er bijvoorbeeld op dat de **huisarts ruim beschikbaar** is: de meeste ouderen komen er de loop van een jaar een of meerdere keren mee in contact en in 2023 had bijna een derde van de 65-plussers een **huisbezoek**, een aandeel dat bovendien hoger ligt bij 85-plussers (74%), ouderen met recht op VT (54%) en alleenstaanden (48%). De huisarts is bij toenemende leeftijd en bij ouderen met VT-statuuat tevens meer beschikbaar op niet-reguliere uren. Dit zijn positieve vaststellingen die er lijken op te wijzen dat huisartsen bereid zijn zich naar een patient-e te verplaatsen wanneer deze zelf niet meer naar de praktijk kan komen, bijvoorbeeld door een grote mate van zorgbehoevendheid, en dat die in zekere mate ook beschikbaar is voor dringende raadplegingen 'buiten de uren'. Een belangrijke kanttekening hierbij is evenwel de vastgestelde **dalende trend** sinds 2016 in het aandeel ouderen dat op jaarbasis een huisbezoek kreeg: globaal van 42% naar 31% en bij 85-plussers van 83% naar 74%. Een mogelijke verklaring kan de combinatie zijn van het tekort aan huisartsen met de toenemende zorgvraag door de vergrijzing, waardoor artsen misschien minder tijd kunnen vrijmaken voor huisbezoeken. Tegelijk stelden we vast dat dit niet gecompenseerd wordt door een toename in het gebruik van wachtposten.

Het afnemend aantal huisbezoeken beïnvloedt de **verwachte 'beschikbaarheid' van patiënten**, in de zin dat ze zich dan vaker zelf naar de huisartsenpraktijk zullen moeten verplaatsen. We zagen bijvoorbeeld al een toename in het aandeel 85-plussers met minstens één raadpleging en een significante daling in het aandeel met minstens één huisbezoek. En ongeacht de leeftijdscategorie of het

VT-statuuat, nam ook het volume aan huisbezoeken per persoon op jaarbasis af. Dit verhoogt voor de bestudeerde populatie het risico op een *unmet need* aangezien sommige ouderen niet over de nodige vervoersmogelijkheden beschikken of zich door hun gezondheidsproblemen moeilijker kunnen verplaatsen. Deze **drempel** speelt bijvoorbeeld ook voor zorg door specialisten en tandartsen, en zeker voor kinesithérapie (Cès, et al., 2016) en revalidatie. Bij kinesithérapie bijvoorbeeld is de uitdaging des te groter aangezien deze zorg op meer frequente basis nodig is, zoals bleek uit het aantal kinesithérapiessessies op jaarbasis voor chronische en zware pathologieën. Bij revalidatie is een bijkomende potentiële drempel het feit dat het aanbod aan bepaalde gespecialiseerde zorg gecentraliseerd is in een beperkt aantal centra, waardoor voor sommige ouderen de afstand groot is. Het **risico** bestaat dus **dat ouderen noodzakelijke diensten niet bereiken** en dit risico is **groter voor de meest kwetsbaren**.

Heel wat ouderen zijn **voor de verplaatsingen naar zorgverleners afhankelijk van anderen**, zoals een mantelzorger, al mag dit niet als een sluitende oplossing gezien worden. Mantelzorgers, vaak de partner of de kinderen, zijn niet altijd beschikbaar bijvoorbeeld door de eigen zorgafhankelijkheid of door andere verplichtingen op het werk of in het gezin. De beschikbaarheid van mantelzorg zal de komende decennia naar verwachting om verschillende redenen trouwens afnemen (gezinsverdunding, naasten wonen verder van elkaar, hogere arbeidsmarktparticipatie van vrouwen, enz.) (Belgium.be, 2024c). Bovendien is er een socio-economische gradiënt waarbij minder bevoorrechte groepen in mindere mate de rol van mantelzorger opnemen (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Verder blijkt uit de gezondheidsenquête dat ouderen in vergelijking met jongeren de kwaliteit van de sociale ondersteuning vaker als zwak of matig ervaren (Braekman, Berete, Drieskens, & Charafeddine, 2020).

Het openbaar vervoer is evenmin een toereikend alternatief omwille van een onvoldoende beschikbaarheid, het niet afgestemd zijn om de locatie van zorgaanbieders te bereiken en het niet op maat zijn van zorgbehoevende ouderen. Zo klaagde de Vlaamse Ouderenraad de nieuwe dienstregeling van De Lijn aan omdat die ouderen dreigt achter te laten in vervoersarmoede. Ze waarschuwde dat het afschaffen van heel wat haltes maatschappelijke diensten minder bereikbaar maakt, en onder meer een bezoek aan de dokter veel complexer of zelfs onhaalbaar wordt (Vlaamse Ouderenraad, 2024). Het CAS (*Coordination des Associations de Seniors*), een Franstalige pluralistische belangenorganisatie voor ouderen, pleitte in 2016 voor een

rechtvaardige spreiding van mobiliteit over het grondgebied. Ze vroeg een overmatige fragmentatie van het openbaar vervoer te vermijden wanneer mensen genoodzaakt zijn om meerdere vervoerswijzen te combineren, aangezien dit voor heel wat ouderen of personen met beperkte mobiliteit een te grote fysieke uitdaging zou vormen. De organisatie wees er verder op dat de fysieke toegankelijkheid van het openbaar vervoer (stations, perrons, voertuigen), ondanks de al geleverde inspanningen, nog vaak ontoereikend is voor deze doelgroep (CAS, 2016).

Op het terrein proberen talrijke initiatieven een antwoord te bieden op de beschikbaarheidsproblematiek, onder meer met een aanbod aan **outreachende zorg** waarbij zorgverleners zich naar patiënten begeven. Zo zijn er zowel in België als in het buitenland mobiele praktijken waar tandartsen naar kwetsbare personen thuis of in woonzorgcentra trekken en er preventieve en curatieve mondzorg leveren¹². Zowel in België als bijvoorbeeld ook in Nederland zijn er verder nog initiatieven waarbij **nieuwe types zorgverleners** worden ingezet, zoals mondhygiënisten die bepaalde prestaties, vooral op vlak van preventieve zorg van de tandarts kunnen overnemen¹³. Daarnaast zijn er vervoersdiensten, onder meer georganiseerd door ziekenfondsen en lokale besturen, die **met vrijwilligers niet-dringend ziekenvervoer** van minder mobiele personen naar een medische behandeling aanbieden. Ook dit laatste is geen structurele oplossing. Het aanbod is immers niet transparant en onvoldoende gecoördineerd, niet altijd aangepast aan de noden van een patiënt-e, het gebruik is aan voorwaarden onderhevig waardoor niet iedereen er een beroep kan op doen of de vervoerskosten zijn niet haalbaar door financiële kwetsbaarheid (Observatorium chronische ziekten, 2021).

Ten slotte kunnen ook enkele **regionale verschillen** geduid worden vanuit de dimensie beschikbaarheid. Bij de **huisarts** bijvoorbeeld is het aandeel gebruikers lager en het aantal contacten op jaarbasis beperkter bij Brusselaars. Het aandeel Brusselaars dat in de loop van een jaar een **specialist** raadpleegt is beperkter dan in de andere regio's, maar onder de gebruikers is het aantal contacten dan weer hoger dan in de andere regio's. Een deel van de verklaring hiervoor ligt mogelijk in het groter aanbod aan specialisten in de onmiddellijk nabijheid in Brussel, gezien de aanwezigheid van meerdere ziekenhuizen. Tegelijk berekende een studie dat, naargelang het gehanteerde scenario, het

aantal wijken met een mogelijk tekort aan huisartsen in Brussel in 2018 varieert van 41 tot 67 (Missinne & Luyten, 2018). De grotere beschikbaarheid van ziekenhuizen verklaart wellicht ook het groter aandeel 65-plussers uit Brussel dat op jaarbasis minstens één keer op de **spoedafdeling** van een ziekenhuis komt. In het aantal contacten is er dan weer geen verschil vastgesteld met de andere regio's. Nog een domein waar het aanbod deels de regionale verschillen kan verklaren, is de thuisverpleging. Daar stelden we een meer intens gebruik vast bij 65-plussers in Vlaanderen, waar dit aanbod traditioneel sterker uitgebouwd is (Belgium.be, 2024b).

4.1.3. Aanvaardbaarheid

Opdat mensen ermee instemmen zorg te zoeken, moet deze aanvaardbaar zijn en moet er dus garantie zijn op een **minimaal ervaren kwaliteitsniveau** (zowel medisch als persoonlijk). Een analyse van de CM-facturatiegegevens laat uiteraard niet toe uitspraken te doen over de mate waarin de zorg voor mensen aanvaardbaar is. Meer inzicht hierover kan enkel door een rechtstreekse bevraging van ouderen en andere betrokkenen. Toch kunnen enkele resultaten vanuit deze dimensie van toegankelijkheid bekeken worden.

Zo kan het frequente beroep op de **huisarts** erop wijzen dat ouderen diens zorg en ondersteuning aanvaardbaar vinden. Ook de gezondheidsenquête leert dat mensen, ongeacht hun opleidingsniveau, huisartscontacten positief evalueren en vinden dat de arts voldoende tijd neemt, de zaken op een verstaanbare manier uitlegt, ruimte laat voor het bespreken van vragen of bezorgdheden en de patiënt-e betreft bij beslissingen over zorg en behandeling. Dit geldt minder voor contacten met **specialisten** waar vooral kortgeschoolden minder tevreden zijn over deze aspecten, met uitzondering van de voorziene tijd (Demarest, Charafeddi-ne, Drieskens, & Berete, 2019).

Voor **thuiszorg en thuiszorgondersteuning** blijken op basis van de literatuur eveneens drempels te bestaan op vlak van aanvaardbaarheid en kan de weigering om hulp in te schakelen onder meer toegeschreven worden aan ontevredenheid over de kwaliteit ervan. Dit heeft dan bijvoorbeeld te maken met de organisatie waar bij het inplannen van een zorgcontact geen rekening wordt gehouden met

12 Zie bijvoorbeeld Gerodent (UZ Gent, 2024), <https://www.rtbf.be/article/projet-pilote-wallon-wavre-va-mettre-en-place-la-premiere-equipe-mobile-de-soins-dentaires-11164511>, <https://www.maisonmedicale.org/si-tu-ne-vois-pas-au-dentiste-le-dentiste-ira-a-toi/> en Fiche expérience régionale - SMS Dent | Gérotopôle Sud.

13 Voor meer informatie zie onder meer <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/mondhygiënisten> en ABN AMRO Bank sectorspecialisten Mondzorg (2024).

het ritme van de zorgbehoevende of waarbij de manier van zorgverlening als onaangenaam wordt ervaren. Onderzoek van Ces et al. (2016) bracht ondergebruik van thuiszorg al in kaart. De onderzoekers stelden vast dat amper 37% van de personen met een duidelijke nood aan hygiënische zorg, op regelmatige basis verpleegkundige hygiënische zorg kreeg¹⁴. Heel wat ouderen met zorgnood en die een oudere mantelzorger hebben (75+), ontvangen toch geen formele zorg: 31% bij ouderen met incontinentie- en ernstige functionele maar zonder cognitieve problemen en nog steeds 17% wanneer de zorgbehoevende ook cognitieve problemen kent. Deze situaties zonder formele zorg vormen een risico voor zowel de mantelzorger (uitputting, gezondheids- en sociale problemen, enz.) als voor de zorgbehoevende (mishandeling, niet-ingevulde essentiële behoeften, enz.). Als drempels vermeldt de studie onder meer het feit dat de zorgkwaliteit soms als onvoldoende wordt gepercipieerd waardoor mensen liever afzien van zorg, eerder dan zorg te krijgen die niet aan de verwachtingen voldoet. Verder is het voor een deel van de zorgbehoevenden niet makkelijk om bepaalde zorg te delegeren aan professionals (bijvoorbeeld intieme zorg), of hebben ze schrik, bijvoorbeeld voor het oordeel van een zorgverlener. Ten slotte zijn mensen zijn ook niet altijd goed geïnformeerd over de zorg waarop ze een beroep kunnen doen.

Een ander voorbeeld zijn de dagverzorgingscentra waar de aangeboden activiteiten niet altijd aansluiten bij de behoefte van een gebruiker (Cès, et al., 2016). Een CM-studie bracht aan het licht dat het beperkt gebruik van respijtzorg zoals dagverzorgingscentra, ook voor een deel te wijten is aan subjectieve redenen zoals persoonlijke weerstand bij ouderen of hun mantelzorger of angst voor het oordeel van de omgeving (Gérain & Avalosse, 2020).

Ten slotte is er ook voor **woonzorgcentra** een probleem van aanvaardbaarheid en verklaart die mee waarom ouderen, ook wanneer ze zorgbehoevend zijn, zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving willen blijven. Zo blijkt uit een bevraging van de Koning Boudewijnstichting dat 38% van de respondenten een negatief beeld heeft over dit type voorziening en dat 71% hoopt er nooit te moeten gaan wonen. De deelnemers weten bovendien niet of het WZC tegemoet zal kunnen komen aan de verwachtingen. Het imago van deze voorzieningen is bovendien negatiever bij mensen die weinig sociale steun ervaren, sociaal geïsoleerd leven en zich frequent eenzaam voelen (Borgers, et al., 2022).

Op het terrein zijn er wel initiatieven die kunnen bijdragen aan een betere aanvaardbaarheid van noodzakelijke zorg. Een voorbeeld zijn de *Community Health Workers* die onder andere als opdracht hebben mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties de nodige begeleiding te geven, hen te informeren en hen toe te leiden naar zorg- en welzijnsvoorzieningen en hen te ondersteunen in het gebruik ervan. Ze gaan hierbij proactief en *outreaching* te werk¹⁵. Bovendien dragen deze *Community Health Workers* bij aan een beter toegankelijke zorg door ook in te zetten op de overige dimensies ervan (gevoeligheid, beschikbaarheid bijvoorbeeld door mensen te ondersteunen om een afspraak te maken of naar een consultatie te gaan, en betaalbaarheid, onder meer door mensen te wijzen op en hen toe te leiden naar tegemoetkomingen of systemen waarop ze recht hebben). Ook de ziekenfondsen participeren actief aan dit initiatief.

4.1.4. Betaalbaarheid

Bij de vierde dimensie van toegankelijkheid, de betaalbaarheid, is het essentieel dat de eigen bijdragen (remgeld, supplementen, enz.) voor zorg en ondersteuning voldoende beperkt zijn zodat ze geen drempel vormen om een beroep te doen op noodzakelijke zorg. Bovendien mag het zorggebruik geen risico inhouden op financiële moeilijkheden. In deze studie lag de focus niet op het analyseren van de kostprijs van de zorg voor ouderen. Niettemin detecteren we op basis van de resultaten over zorggebruik enkele aandachtspunten en bezorgdheden.

Bijna alle ouderen doen op jaarbasis een beroep op de **huisarts**, met een stijgend aantal contacten volgens leeftijd. Een vijfde kreeg in 2023 **thuisverpleging**, met een toenemend aantal gebruikers en aantal contacten volgens leeftijd en volgens VT-statuuat, wellicht verklaard door de slechtere gezondheid en dus de hogere zorgnood. Het lijkt er dus op dat zowel de zorg door de huisarts als deze door de thuisverpleegkundige voor patiënten financieel toegankelijk zijn, mede door de beperkte eigen bijdrage en het hoge aandeel volledig geconventioneerde zorgverleners. Bij de huisartsen is dit 89% (De Wolf, Willaert, & Landtmeters, 2023), bij de verpleegkundigen 86% (Germonpré & Willaert, 2023), waardoor het risico op supplementen klein is. Ook het KCE concludeerde dat huisartsenzorg toegankelijk is en dat de verhoogde tegemoetkoming, in combinatie met de derdebetalersregeling voor personen met dit statuut, een effectieve maatregel is om drempels weg te nemen.

14 In de maand voorafgaand aan de evaluatie van de functionele beperkingen aan de hand van het inschalingsinstrument BelRAI Home Care.

15 Zie <https://www.chwv-intermut.be/>.

Niettemin zijn er nog aandachtspunten. Zo ondervinden volgens het KCE personen met een armoederisico zonder VT-recht nog steeds drempels (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Dit heeft onder meer te maken met de niet-automatische toekenning van dit recht, waardoor sommigen zelf stappen moeten zetten om het recht te verkrijgen. Goedemé et al. (2022) schatten de *non-take-up* van het VT-statuuut onder de in aanmerking komende 65-plussers voor 2019 op 17 à 32%, waarbij de administratieve last die met de aanvraag gepaard gaat een rol speelt.

Voor **ambulante specialistische zorg** is de situatie anders: de conventioneringsgraad bedraagt globaal 67%, maar met grote verschillen volgens specialisatie. Van de geriaters en inwendig geneeskundigen is de grote meerderheid volledig geconventioneerd (90%), maar bij reumatologen (68%) en cardiologen (65%) is dit maar ongeveer twee op de drie en bij orthopedisch heelkundigen amper een derde (35%) (De Wolf, Willaert, & Landtmeters, 2023). Het risico op hogere uitgaven als gevolg van supplementen, in combinatie met de chroniciteit van aandoeningen en de hogere zorgnood, vormen dan ook een bedreiging voor de financiële toegankelijkheid van specialistische zorg. Al kan uit onze gegevens uiteraard niet afgeleid worden of dit ook de (voornaamste) verklaring is voor het minder gebruik van deze zorg bij de oudste leeftijdsgroep. Ook andere factoren kunnen een rol spelen zoals de niet-ervaren nood aan deze zorg, eventuele problemen met de bereikbaarheid en beschikbaarheid (wachtlijsten), enz.

Dit **risico op hoge eigen uitgaven** verklaart wellicht zeker voor een deel de resultaten over het gebruik van specialistische zorg volgens VT-statuuut. Nadat we vaststelden dat het aandeel personen met dit statuuut dat in de loop van een jaar een ambulante specialist consulteert lager ligt dan bij wie dit statuuut niet heeft (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024), zagen we in deze studie dat het zorgvolume van specialistische zorg bij 65-plussers juist niet verschilt volgens VT-statuuut. Gezien de minder gunstige gezondheidssituatie van personen met VT-statuuut, stemt dit resultaat niet overeen met wat verwacht kon worden. Dit is ook het besluit van een KCE-rapport dat in dit verband spreekt over een '*fairness gap*' of "de afwijking tussen het geobserveerde zorggebruik van een individu en het zorggebruik dat men zou verwachten louter op basis van diens zorgnood, zonder invloed van inkomen, opleidingsniveau en andere kenmerken die tot onrechtvaardige ongelijkheden leiden" (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020, p.10). Deze afwijking is onder meer vastgesteld voor specialistische zorg waar in het aantal consultaties geen socio-economische verschillen zijn vastgesteld, terwijl de

zorgnood hoger is (Gerken, et al., 2024a). De onderzoekers concluderen tegelijk dat dit mogelijk gecompenseerd wordt door een hoger aantal contacten met de huisarts: "Een hoger aantal huisartsenraadplegingen ten voordele van minder bevoorrechte groepen is enerzijds een positief signaal met betrekking tot betaalbare toegang tot huisartsenzorg, maar anderzijds kan het een compensatie zijn voor geconstateerde onbillijkheden in raadplegingen bij een arts-specialist en moet het daarom ook worden beschouwd als een waarschuwingssignaal voor toegangs drempels in andere zorgvormen" (Gerken, et al., 2024a, p. 76).

In de literatuur wordt het beperkter gebruik van **tandzorg** bij ouderen evenzeer deels toegeschreven aan financiële drempels (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019), wellicht mede door de vrij beperkte conventioneringsgraad van tandartsen in ons land. In 2022 was slechts een op de drie algemeen tandartsen volledig geconventioneerd waardoor het risico op supplementen hoog is (De Wolf & Willaert, 2023). Het KCE-performantierapport wijst eveneens op de grote en toenemende onbillijkheid van tandheelkundige zorg waarvoor een grote sociale gradiënt is vastgesteld. In 2023 meldde dan ook iets meer dan 4% van de 65-plussers een niet-vervulde behoefte aan tandzorg. 61% van wie in België geen tandzorg kreeg, ondanks een zorgnood, verwijst naar de kostprijs als reden (Statbel, 2024a). Het KCE concludeerde wel dat voor de toegang tot tandzorg ook andere drempels spelen die verdergaan dan louter het financiële (Gerken, et al., 2024a). De literatuur vermeldt inderdaad nog andere redenen zoals een onvoldoende bewustzijn over het belang van goede mondzorg vanwege de samenhang met de globale gezondheid.

Meer algemeen stelt het KCE-rapport dat het recht op VT zowel voor tandzorg als voor specialistische zorg minder doeltreffend was om de toegang ertoe te verzekeren en dat de beperktere conventioneringsgraad onder deze zorgverleners een van de oorzaken hiervoor is. Voor tandzorg wordt bovendien nog gewezen op diensten die niet gedekt zijn binnen de verplichte ziekteverzekering. In het kader van onze studie vestigen we hier de aandacht op de resultaten voor **parodontologie**. We stelden vast dat voor een toenemend aantal ouderen de prestatie parodontale index (DPSI) gefactureerd wordt. Dit is echter de enige prestatie binnen de parodontologie die ook voor ouderen wordt terugbetaald. Indien op basis van de screening een parodontologische zorgnood wordt vastgesteld, zijn de behandelkosten volledig ten laste van de patiënt-e, aangezien parodontologische behandelingen boven 65 jaar niet vergoed worden, terwijl er wel objectieve noden zijn.

Nog een aandachtspunt inzake betaalbaarheid is het hogere risico bij ouderen op een hoog totaalbedrag aan eigen uitgaven. Gezien de toenemende comorbiditeit en afhankelijkheidsproblemen volgens leeftijd, doen zij vaak een beroep op meerdere zorgverleners en ondersteunen de diensten waardoor **de totale som van de eigen bijdragen hoog kan oplopen**. Volgens de budgetenquête wordt in gezinnen waarvan het oudste lid tussen de 64 en 75 jaar is, op jaarbasis 4,4% van het gezinsbudget (gemiddeld 1.140 euro) uitgegeven aan gezondheidszorg. Dit aandeel loopt op tot 7% (gemiddeld 2.400 euro) voor een gezin waarvan het oudste lid 75 jaar of ouder is (Statbel, 2023).

4.2. Kwaliteit van zorg

Nog een belangrijke indicator van een performant gezondheidssysteem is de kwaliteit van zorg, omschreven als “de mogelijkheid om zorg te verlenen die de kans vergroot op het bereiken van de gewenste gezondheidsresultaten, en die overeenstemt met de huidige wetenschappelijke kennis” (Belgium.be, 2024d). Omdat de ziekenfondsgegevens geen informatie bevatten over aandoeningen en gezondheidsproblemen, noch over andere factoren die een rol spelen bij behandelkeuzes, is een uitgebreide en objectieve beoordeling van de zorgkwaliteit in deze studie niet mogelijk. Toch kunnen we enkele resultaten vanuit de invalshoek kwaliteit onder de aandacht brengen, namelijk deze over **polyfarmacie en potentieel onaangepast geneesmiddelengebruik**, twee indicatoren die samenhangen met therapietrouw, nevenwerkingen, interactie tussen geneesmiddelen en een verhoogde kwetsbaarheid (Gerkens, et al., 2024a; Renom-Guiteras, Meyer, & Thürmann, 2015).

In onze studiepoppulatie bedroeg de prevalentie van **polyfarmacie** globaal 38%, maar was deze hoger bij toenemende leeftijd (51% bij 85-plussers) en bij personen met VT-statuu (49%). Dit is in lijn met de gegevens in het KCE-rapport over de performantie van het Belgisch gezondheidssysteem waarin polyfarmacie als indicator van kwaliteit van zorg opgenomen is in de subindicator gepastheid van zorg (= zorg die is aangepast aan de klinische behoeften, in het licht van de huidige wetenschappelijke kennis) (Belgium.be, 2024d). Volgens dit rapport bedroeg in 2022 de globale prevalentie van polyfarmacie 42%, met hogere percentages bij toenemende leeftijd en bij meer kwetsbare personen (Gerkens, et al., 2024a). Het KCE beschouwt het globale resultaat voor België als gemiddeld, maar stelt tegelijk dat “het aantal patiënten met polymedicatie relatief hoog blijft in vergelijking met andere landen, maar in de loop van de tijd licht is gedaald” (Gerkens, et al., 2024a, p. 117).

Opvallend in onze studie was het verschil in prevalentie van polyfarmacie **volgens verblijfplaats**: 31% bij thuiswonende ouderen zonder thuisverpleging tegenover 52% voor wie in een voorziening verblijft en zelfs 59% voor wie thuis verblijft maar wel thuisverpleging ontvangt. Deze verschillen kunnen mogelijk voor een deel verklaard worden door de minder goede gezondheid en dus de potentieel hogere behoefte aan geneesmiddelen voor wie opgenomen is in een voorziening of thuisverpleging ontvangt. De hogere prevalentie in voorzieningen, hier het WZC, is trouwens ook gedocumenteerd in de literatuur. Maar er is verder onderzoek nodig naar de hogere prevalentie bij ouderen die thuisverpleging ontvangen in vergelijking met wie in een voorziening verblijft, al heeft het misschien te maken met de lagere prevalentie van polyfarmacie bij ouderen vanaf 90 jaar (Gerkens, et al., 2024a), in samenhang met de hoge leeftijd van WZC-bewoners.

Ook de resultaten over **potentieel onaangepast geneesmiddelengebruik** kunnen bekeken worden vanuit het kader van zorgkwaliteit. We stelden vast dat ruim twee op de drie 65-plussers geneesmiddelen voorgeschreven krijgen die mogelijk niet de meest gepaste behandeling zijn. Dit aandeel is beduidend hoger bij thuiswonende ouderen die thuisverpleging ontvangen (84%). Dit is ook het geval bij WZC-bewoners, aangesloten bij CM, waar het aandeel 83% bedraagt, een percentage dat ook in de literatuur is gevonden (Anrys, et al., 2018).

Op het terrein bestaan al initiatieven gericht op het rationeel gebruik van geneesmiddelen. Enkele voorbeelden hiervan zijn de overheids campagne rond antibioticagebruik (Belgium.be, 2025), het medicatienazicht door de huisapotheker voor thuiswonende personen met polyfarmacie (BCFI, 2023) en de Vlaamse projecten waarbij procesbegeleiders WZC ondersteunen rond het psychofarmacabeleid (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2025). **Niettemin wijzen de eigen onderzoeksresultaten, in combinatie met bevindingen in de wetenschappelijke literatuur, erop dat het geneesmiddelengebruik nog meer aandacht moet krijgen.**

Over een gegarandeerde **zorgcontinuïteit**, ook onderdeel van zorgkwaliteit (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020), kan niets afgeleid worden uit de studieresultaten. Toch wijzen we graag op een in deze context relevant aandachtspunt. We zagen een afname in de gemiddelde opnameduur bij klassieke hospitalisaties en een toename van het aantal opnames in het dagziekenhuis, wat in lijn is met de vaststellingen in de literatuur.

Dat ouderen, waar mogelijk, **korter in het ziekenhuis verblijven**, is een positieve evolutie, aangezien een opname een ingrijpende gebeurtenis is (Bakerjian, 2024). Het betekent wel dat er voldoende aandacht moet blijven gaan naar ontslagmanagement en het **garanderen van de noodzakelijke nazorg thuis**.

5. Aanbevelingen

Met het oog op een adequaat antwoord op de vastgestelde uitdagingen op vlak van toegankelijke en kwaliteitsvolle ouderenzorg, formuleren we enkele aanbevelingen gericht naar zowel beleidsverantwoordelijken, aanbieders van zorg- en dienstverlening als middenveldorganisaties.

5.1. Gevoeligheid

Aanbevelingen aan zorgverleners, beleidsverantwoordelijken en middenveldorganisaties met het oog op meer gevoeligheid voor zorgbehoeften:

- Wees voldoende alert voor gezondheidsproblemen bij ouderen en maak deze bespreekbaar.
- Investeer in initiatieven die de gezondheidsvaardigheden van ouderen versterken, onder meer door het voorzien van voldoende en toegankelijke informatie over het bestaande aanbod aan zorg en ondersteuning.
- Besteed nog meer aandacht aan preventieve zorg. Informeer patiënten bijvoorbeeld over het belang van griepvaccinatie, goede mond- en tandhygiëne en preventieve en curatieve tandzorg.
- Blijf investeren in sensibiliseringscampagnes naar zorgverleners en de brede samenleving in domeinen waar nog verbetermarge is, zoals het geneesmiddelengebruik, griepvaccinatie en preventieve mond- en tandzorg.

5.2. Beschikbaarheid

Aanbevelingen aan beleidsverantwoordelijken en zorgaanbieders met het oog op meer beschikbaarheid van zorg:

- Breng zorgnaden gedetailleerd in kaart, zowel naar type als naar omvang, en stem het aanbod hierop af.
- Investeer in de aantrekkelijkheid van zorgberoepen en denk na over taakdelegatie en een efficiënte en comple-

mentaire inzet van zorgverleners, gezien het (dreigende) tekort aan bepaalde profielen (Janssens & Lavergne, 2024). Wat betreft de complementaire inzet van zorgverleners, moeten binnen het domein tandzorg de huidige projecten rond mondhygiënist^{en} geëvalueerd worden. Daarbij moet nagegaan worden hoe zij op een structurele manier in het aanbod geïntegreerd en gefinancierd kunnen worden. Zij kunnen immers bijdragen aan de versterking van preventieve tandzorg en aan het ondersteunen van kwetsbare personen voor wie tandzorg momenteel onvoldoende toegankelijk is, en dit niet alleen binnen de tandartsenpraktijken.

- Verbeter de fysieke bereikbaarheid van zorg met ondersteunende maatregelen en investeer in innovatieve oplossingen zoals *outreaching* zorg.
- Garandeer de duurzame beschikbaarheid van mantelzorgers en ondersteun hen door financiële en organisatorische drempels weg te nemen en mantelzorgverlof te versterken. Garandeer tegelijk dat mantelzorg een vrije keuze blijft en niet het gevolg is van ervaren problemen op vlak van beschikbaarheid, bereikbaarheid of financiële toegankelijkheid van de professionele zorg en ondersteuning.

5.3. Aanvaardbaarheid

Aanbeveling aan beleidsverantwoordelijken, zorgaanbieders en middenveldorganisaties met het oog op meer aanvaardbaarheid van zorg:

- Monitor meer in detail de drempels van aanvaardbaarheid van zorg bij ouderen en pak deze adequaat aan. Bekijk wat hierbij de rol van intermediaire actoren als middenveldorganisaties en bestaande initiatieven als de *Community Health Workers* kan zijn.

5.4. Betaalbaarheid

Aanbevelingen aan beleidsverantwoordelijken met het oog op meer financiële toegankelijkheid van zorg:

- Zorg voor betaalbare zorg en ondersteuning door blijvend te investeren in een voldoende en gedifferentieerd aanbod met een aanvaardbare eigen bijdrage. Een bijzonder aandachtspunt is het garanderen van tariefzekerheid voor de patiënten, bijvoorbeeld door een verbod op supplementen of door initiatieven die bijdragen aan een hogere conventioneringsgraad bij zorgverleners.

- Verbeter de financiële toegankelijkheid door het uitbreiden van de verplichte derdebetalersregeling en de automatische toekenning van beschermingsmechanismen zoals de verhoogde tegemoetkoming.
- Voer in het bijzonder voor parodontologie verder de implementatie door van het groeipad waardoor uiteindelijk de leeftijdsgrens voor terugbetaling van deze behandeling afgeschaft wordt.
- Voorzie, meer algemeen, *evidence based* beslissingen die ook rekening houden met reële behoeften aan zorg.

5.5. Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg, onder meer op vlak van geneesmiddelengebruik, moet een permanent aandachtspunt blijven voor beleidsverantwoordelijken en zorgverleners die hiervoor, waar nodig in multidisciplinair overleg en elk vanuit de eigen expertise samenwerken. Er moet blijvend geïnvesteerd worden in campagnes en initiatieven gericht op meer rationeel geneesmiddelengebruik. Objectieve noden en richtlijnen over adequate behandelingen en ondersteuning moeten hierbij de vertrekpunten zijn.

Besluit

Deze studie bracht op basis van CM-facturatiegegevens meer gedetailleerd het zorggebruik van 65-plussers, aangesloten bij CM in kaart, met ook aandacht voor het jaarlijks volume aan zorg. De bespreking van dit reële zorggebruik vanuit de vier dimensies van zorgtoegankelijkheid, aangevuld met de dimensie kwaliteit, is niet evident. Toch konden we, mede door de combinatie van deze analysekaders en de literatuur, enkele opmerkelijke resultaten onder de aandacht brengen, zoals de *unmet need* op vlak van tandzorg, de mogelijke risico's verbonden aan het geneesmiddelengebruik en de ontoereikende griepvaccinatiegraad. Al vergt de vraag naar de mate van overeenstemming tussen het reële zorggebruik en de objectieve zorgnoden van ouderen, evenals naar de ervaren drempels in toegankelijkheid van de verschillende zorgvormen, bijkomend onderzoek met andere onderzoeksmethodes.

De onderzoeksresultaten en inzichten zijn illustratief voor de belangrijke uitdagingen voor het toekomstig ouderenzorgbeleid zowel inzake gevoeligheid, beschikbaarheid, aanvaardbaarheid en betaalbaarheid, als inzake kwaliteit. Een adequaat antwoord hierop, dat vertrekt van de noden en wensen van ouderen zelf, is de gedeelde verantwoordelijkheid van alle stakeholders in de samenleving.

Bibliografie

- ABN AMRO Bank sectorspecialisten Mondzorg. (2024). *Mondzorg in beeld*. Amsterdam: ABN AMRO Bank.
- Ackaert, K., Avalosse, H., & Verniest, R. (2024). Gezondheidsprofiel van onze ouderen. *Gezondheid & Samenleving*, 9, 4-43.
- Anrys, P., Strauven, G., Foulon, V., Degryse, J.-M., Henrard, S., & Spinewine, A. (2018). Potentially inappropriate prescribing in Belgian nursing homes: prevalence and associated factors. *Journal of the American medical directors association*, 19(10), 884-890.
- Bakerjian, D. (2024). *Soins hospitaliers et personnes âgées*. Geraadpleegd op 7 januari 2025, op <https://www.msmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/soins-aux-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/soins-hospitaliers-et-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>.
- BCFI. (2023). Medicatienazicht door de huisapotheeker: een nieuw initiatief. *Folia Pharmacotherapeutica*, 50(4), 1-4. Geraadpleegd op 21 januari 2025, op <https://www.cm.be/nl/diensten-en-voordelen/terugbetaling-geneesmiddelen#huisapotheeker>.
- Belgium.be. (2023). *Evolutie en kenmerken ziekenhuisverblijf*. Geraadpleegd op 8 januari 2025, op Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/activiteit/evolutie-en-kenmerken-ziekenhuisverblijf>.
- Belgium.be. (2024a). *Preventieve zorg*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/preventieve-zorg?highlight=WyJtYWtlIiwibWFrZX-MiLCJtYWtpbmciLCJiZWxlaWRzbWFrZXJzIiwibWFrZW4iLCJvbmdlbWFrIiwidmVtZWtYVWtrZWxpamtd0iwiZ2VicVpa21ha2Vuliv>.
- Belgium.be. (2024b). *Spreiding van zorgpersoneel*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgische-gezondheidssysteem/toegankelijkheid-van-de-zorg/spreiding-van-zorgpersoneel#A-11>.
- Belgium.be. (2024c). *Zorg voor ouderen*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/zorg-voor-ouderen#OLD-3>.
- Belgium.be. (2024d). *Zorgkwaliteit*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgische-gezondheidssysteem/zorgkwaliteit/zorgkwaliteit>.
- Belgium.be. (2025). *Praatoverantibiotica*. Geraadpleegd op 21 januari 2025, op <https://praatoverantibiotica.be/>.
- Borgers, A., Sanders, C., Samyn, W., Minnebo, J., Steyaert, J., Lagrou, R., . . . Verbelen, J. (2022). *Levenskeuzes op latere leeftijd bij niet hulpbehoevende personen*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid - synthese*. KCE Reports 334As. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2023). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*. Copenhagen: World Health Organization - European Region.
- Braekman, E., Berete, F., Drieskens, S., & Charafeddine, R. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: sociale gezondheid*. Brussel: Sciensano.
- CAS. (2016). *La mobilité des seniors en Belgique: travaux de la Coordination des Associations de Seniors*. Charleroi: CAS.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A.-S., Pauwen, N., & Macq, J. (2016). *Mantelzorgers van thuiswonende ouderen in België: een cruciale en complexe rol*. Data-onderzoek. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., & Berete, F. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: opname in het ziekenhuis*. Brussel: Sciensano.
- Charafeddine, S., Demarest, S., & Berete, F. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: gezondheidsvaardigheden*. Brussel: Sciensano.
- CM. (2024). *Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn. Federale, regionale en Europese verkiezingen 2024*. Brussel: Christelijke Mutualiteiten.
- CM. (2025). *Kinesitherapie*. Geraadpleegd op 10 februari 2025, op CM.be: <https://www.cm.be/nl/zorgverleners/kinesitherapeuten>.
- De Visschere, L., Janssens, B., De Reu, G., Duyck, J., & Vanobbergen, J. (2016). An oral health survey of vulnerable older people in Belgium. *Clinical Oral Investigations*, 20(8), 1903-1912.
- De Witte, J., & Van Regenmortel, T. (2019). *Loneliness and social isolation among elderly. An empowerment perspective*. Leuven: HIVA-KULeuven.
- De Wolf, F., & Willaert, D. (2023). *Volume van de ambulante activiteit in tandzorg volgens conventionering van de zorgverstrekker. Actualisatie gegevens 2022*. Brussel: IMA Intermutualistisch Agentschap.
- De Wolf, F., Willaert, D., & Landtmeters, B. (2023). *Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering van de arts. Actualisatie gegevens 2022*. Brussel: IMA Intermutualistisch Agentschap.
- Demarest, S., Charafeddine, R., Drieskens, S., & Berete, F. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Patiëntervaringen*. Brussel: Sciensano.
- Dibello, V., Zupo, R., Lozupone, M., Castellana, F., Dibello, A., Daniele, A., . . . Panza, F. (2021). Oral frailty and its determinants in older age: a systematic review. *The Lancet Longevity*, 2, 507-520.
- Europese Raad. (2009). Council recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination. *Official Journal of the European Union*, 348, 71-72.
- Federaal Planbureau & Statbel. (2024). *Bevolkingsvooruitzichten*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op STATBEL: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/bevolkingsvooruitzichten>.
- FOD Volksgezondheid. (2022). *Ziekenhuisverblijven patiënten 65 jaar en ouder*. Brussel: FOD Volksgezondheid.

- Gérain, P., & Avalosse, H. (2020). Focus op de mantelzorg: hun welzijn en hun gebruik van ondersteunende diensten en respijtzorg. *CM-Informatie*, 282, 4-19.
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024a). *Performance of the Belgian health system: Report 2024*. KCE Reports 376C. Brussels: KCE.
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024b). *Performance of the Belgian health system: Report 2024 – Supplement: technical sheets for indicators – domains*. KCE Reports 376S. Brussels: KCE.
- Germonpré, S., & Willaert, D. (2023). *Remgeld in de thuisverpleging. Nulmeting en simulatie van de kosten voor de patiënt*. Brussel: Intermutualistisch Agentschap IMA-AIM.
- Goedemé, T., Janssens, J., Derboven, J., Van Gestel, R., Lefevre, E., Verbist, G., . . . Verschueren, I. (2022). *Take: reducing poverty through improving take up of social policies. Final report*. Brussels: Belgian Science Policy Office.
- Guillot, J., Maumus-Roberta, S., & Bezina, J. (2020). Polypharmacy: a general review of definitions, descriptions and determinants. *Therapies*, 75(5), 407-416.
- IBSA. (2024). *Offre de soins de santé et offre d'hébergement pour personnes âgées*. Geraadpleegd op 2 december 2024, op IBSA: <https://ibsa.brussels/themes/sante/offre-de-soins-de-sante-et-offre-d-hebergement-pour-personnes-agees>.
- IMA. (2024a). *IMA-Atlas (Gemiddeld aantal bij een huisarts per rechthebbende)*. Geraadpleegd op 11 december 2024, op IMA-AIM: <http://atlas.ima-aim.be/databanken>.
- IMA. (2024b). *Polyfarmacie in België*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op IMA-AIM: <https://ima-aim.be/Polyfarmacie-in-Belgie?lang=nl>.
- IMA. (2025). *IMA-Atlas (Kubus geen tandartsbezoek)*. Geraadpleegd op 8 januari 2025, op AIM-IMA: <http://atlas.ima-aim.be/databanken>.
- INAMI. (2025). *Statistiques sur les personnes affiliées à une mutualité*. Geraadpleegd op 20 januari 2025, op INAMI: <https://webapps.aziv-inami.fgov.be/fr/analytics/Portal/public>.
- Janssens, B., Vanobbergen, J., Petrovic, M., Jacquet, W., Schols, J., & De Visschere, L. (2017). The oral health condition and treatment needs of nursing home residents in Flanders (Belgium). *Community Dental Health Journal*, 34(3), 143-151.
- Janssens, H., & Laverne, T. (2024). Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'. *Gezondheid & Samenleving*, 10, 4-37.
- Janssens, L., Duyck, J., De Visschere, L., & Declerck, D. (2019). *Gezonde Mond: Factsheet mondgezondheid bij kwetsbare ouderen*. Brussel: Vlaams Instituut Mondgezondheid.
- Kossioni, A. (2023). Baby boomers in Europe: demography, socioeconomic and health status, and oral health needs. *Special care in dentistry*, 43(3), 304-312.
- Kovács, N., Liska, O., Idara-Umoren, E., Mahrouseh, N., & Varga, O. (2023). Trends in dental care utilisation among the elderly using longitudinal data from 14 countries: a multilevel analysis. *PLOS ONE*, 18(6), 1-12.
- Malkouti, S., Javan-Naoughabi, J., Yousefzadeh, N., Rezapour, A., Mortavzavi, S., Jahangiri, R., & Moghri, J. (2021). A systematic review of potentially inappropriate medication use and related costs among the elderly. *Value in Health Regional Issues*(25), 172-179.
- Missinne, S., & Luyten, S. (2018). *Huisartsen in het Brussels Gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn mogelijke tekorten?* Brussel: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn GGC.
- Nascimento, T., Andrade, A., Cabrita, C., Pais, S., & De la Puerta, R. (2024). Prevalence of potentially inappropriate medication use in older adults with chronic diseases. *Proceedings*, 99(7), 1-4.
- Nie, J., Wang, L., Tracy, C., Moineddin, R., & Upshur, R. (2008). Health care service utilization among the elderly: findings from the Study to Understand the Chronic Condition Experience of the Elderly and the Disabled (SUCCEED project). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(6), 1044-1049.
- Nielsen, D., van der Sanden, W., & van Mourik, K. (2013). The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study. *BMC Oral Health*, 13(61), 1-12.
- Noirhomme, C., & Lambert, L. (2020). In woonzorgcentra wordt nog altijd veel gebruik gemaakt van antidepressiva en antipsychotica. *CM-Informatie*, 280, 44-52.
- Observatorium chronische ziekten. (2021). *Antwoord van de Raadgevende afdeling van het Observatorium voor chronische ziekten op de vraag omtrent ziekenvervoer van Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke*. Brussel: RIZIV.
- Renom-Guiteras, A., Meyer, G., & Thürmann, P. A. (2015). The EU(7)-PIM list: A list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 71(7), 865-875.
- RIZIV. (2011). *Pilootproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN)*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2025). *Nomenclatuur en pseudonomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen*. Geraadpleegd op 10 januari 2025, op Nomensoft: <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/Nomen/nl/109012>.
- Sciensano. (2024). *Influenza*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op sciensano: <https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/influenza#complicaties-en-sterfte>.

- 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.
- Statbel. (2023). *Budget des ménages*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op STATBEL: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/budget-des-menages>.
- Statbel. (2024a). *Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op STATBEL: https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/Huishoudens/10.7%20Inkomen%20en%20levensomstandigheden/10.7.1%20Armoederisico/Publication_Silc_STATBEL_FR.xlsx.
- Statbel. (2024b). *Structure de la population*. Geraadpleegd op 2 december 2024, op STATBEL: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population#news>.
- UZ Gent. (2024). *Gerodent*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op UZ Gent: <https://www.uzgent.be/patient/zoek-een-arts-of-dienst/tand-mond-en-kaakziekten/gerodent>.
- Van der Heyden, J., Berete, F., & Drieskens, S. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: Ambulante zorg door artsen en tandartsen*. Brussel: Sciensano.
- Verniest, R., Vandeleeene, G., & Avalosse, H. (2020). Wie zijn de bewoners van een woonzorgcentrum: welke uitdagingen voor de toekomst van de woonzorgcentra gaan schuil achter de evolutie van het bewonersprofiel? *CM-Informatie*, 282, 30-45.
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (2025). *Het wzc wil een procesbegeleider psychofarmaca*. Geraadpleegd op januari 21 2025, op Een gratis project voor procesbegeleiding in WZC en LDC?: <https://www.gezondleven.be/projecten/procesbegeleiding-voor-preventie-in-woonzorgcentra/psychofarmaca>.
- Vlaamse Ouderenraad. (2024). *Laat ouderen niet achter in vervoersarmoede*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op Vlaamse Ouderenraad: <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/wat-denken-we/mobiliteit/laat-ouderen-niet-achter-vervoersarmoede>.
- WHO. (2002). *Active ageing. A policy framework*. Geneva: WHO.
- WHO. (2003). *World Health Assembly resolution 56.19. Prevention and control of influenza pandemics*. Geneva: WHO.
- WHO. (2009). *Influenza*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op WHO: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/influenza>.
- WHO. (2018). *Influenza vaccination – 7 things to know*. Geraadpleegd op 10 december 2024, op WHO: <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/influenza-vaccination-7-things-to-know>.
- WHO. (2019). *Medication Safety in polypharmacy: Technical report*. Genève: World Health Organization.
- WHO. (2022). *Vaccines against influenza: WHO position paper*. Geneva: WHO.
- Willems, B. (2023). *Preventiepeiling in woonzorgcentra 2023*. Brussel: Vlaams Instituut Gezond Leven.
- Zacarin, A., Strumia, M., Piau, A., & Bagheri, H. (2020). Les médicaments potentiellement inappropriés : adaptation de la liste EU(7)PIM à la pratique médicale française. *Thérapies*, 75(6), 663-673.

De digitale kloof en toegankelijkheid van gezondheidszorg

Stijn Vos — Studiedienst CM

Samenvatting

In dit artikel onderzoeken we op basis van recente cijfers hoe de digitale kloof de toegang tot gezondheidszorg kan beïnvloeden in België. Digitale toepassingen kunnen grote veranderingen teweegbrengen wat betreft het vermogen van het zorgsysteem om de behoeften van mensen te identificeren, de beschikbaarheid, de betaalbaarheid en de aanvaardbaarheid van gezondheidszorg.

Deze studie presenteert een narratieve *review* van de meest recente bronnen die beschikbaar zijn over het gebruik van digitale toepassingen, in het bijzonder op het gebied van gezondheid, door de Belgische bevolking. Er zijn nog steeds significante verschillen tussen verschillende bevolkingsgroepen. Sociaaleconomisch achtergestelde mensen lopen het grootste risico op digitale uitsluiting. Zij zijn ook degenen voor wie de toegang tot gezondheidszorg al het moeilijkst is.

Onder de juiste voorwaarden kunnen bepaalde kwetsbare groepen voordelen halen uit technologische ontwikkelingen. Verregaande digitalisatie kan echter ook leiden tot gezondheidsongelijkheid. Om dit te vermijden, is het essentieel dat digitale technologieën zo toegankelijk mogelijk zijn voor iedereen, en dat het gebruik van digitale hulpmiddelen de kwaliteit van de geleverde zorg en de therapeutische relatie niet in gevaar brengt. Het is eveneens noodzakelijk dat mensen over voldoende digitale vaardigheden beschikken. Ten slotte staan vragen in verband met gegevensbescherming, het geïnformeerd gebruik van digitale middelen en de ingrijpende transformaties die door deze technologieën worden veroorzaakt centraal, als we de digitalisering als kans willen gebruiken om de gezondheidszorg toegankelijker te maken.

Sleutelwoorden: Digitalisatie, eHealth, digitale kloof, digitale gezondheidsvaardigheden, gezondheidsongelijkheid, toegankelijkheid, narratieve *review*

Inleiding

De digitale transformatie binnen de gezondheidszorg heeft geleid tot de integratie van een breed gamma aan digitale toepassingen. Deze kunnen de coördinatie en toegankelijkheid van gezondheidsgegevens aanzienlijk verbeteren, maar brengen ook aanzienlijke risico's met zich mee, waaronder privacyproblemen en het risico op uitsluiting van digitaal kwetsbare groepen.

Digitalisering is een breed fenomeen dat verschillende vormen aanneemt. We kunnen ze in deze studie niet allemaal behandelen. In dit artikel zullen we onze analyse daarom concentreren op de volgende digitale toepassingen en implementaties.

Teleconsultatie biedt patiënten de mogelijkheid om op afstand medische zorg te ontvangen via videoconferenties, wat bijvoorbeeld bijzonder nuttig kan zijn voor mensen in afgelegen gebieden of met mobiliteitsbeperkingen. Bovendien stelt het patiënten in staat om makkelijker toegang te krijgen tot specialistische zorg zonder lange reistijden. Echter, een significant probleem is dat niet iedereen beschikt over de nodige technologie of digitale vaardigheden om effectief gebruik te maken van teleconsultatie. Dit kan leiden tot ongelijkheden in de toegang tot zorg, waarbij vooral oudere volwassenen, mensen die sociaaleconomisch kwetsbaar zijn en mensen met beperkte digitale vaardigheden worden benadeeld.

Mijngezondheid.be¹ is een portaal dat burgers toegang biedt tot hun gezondheidsgegevens en medische dossiers, en hen in staat stelt om proactiever deel te nemen aan hun eigen zorgbeheer. Dit platform kan het beheer van gezondheidsinformatie aanzienlijk vergemakkelijken, maar er bestaat een risico dat niet alle gebruikers over de digitale vaardigheden beschikken om er effectief gebruik van te maken. Dit kan leiden tot een ongelijke verdeling van de voordelen die deze technologie kan bieden.

Online overheidsdiensten zoals *myHandicap*², een platform dat ondersteuning biedt aan personen met een handicap om hun rechten en voordelen te beheren, en elektronische medische dossiers bieden gestandaardiseerde manieren om gezondheidsinformatie te beheren. Echter, deze systemen kunnen de kloof tussen digitaal vaardige en

minder vaardige personen vergroten. Mensen die niet vertrouwd zijn met digitale technologieën of weinig of geen toegang hebben tot het internet, lopen het risico uitgesloten te worden van deze diensten, wat hun toegang tot zorg en ondersteuning kan beperken.

In dit artikel presenteren we een narratieve *review* van de wetenschappelijke literatuur en de grijze literatuur die zich richt op twee kernvragen. Ten eerste, **wat is de stand van zaken wat betreft de digitale gezondheidskloof in België?** Ten tweede, **wat is de invloed van de digitale kloof op de toegankelijkheid van digitale gezondheidszorg?** Om de huidige stand van zaken betreffende de digitale gezondheidskloof in België te bepalen, is het belangrijk de meest recente gegevens over digitale inclusie en internettoegang in België te analyseren. Deze gegevens worden vervolgens besproken, om te evalueren op welke manier digitalisering de toegankelijkheid van de zorg kan versterken of juist verzwakken.

1. Literatuuroverzicht

De digitale kloof verwijst naar de ongelijkheden in toegang tot en gebruik van digitale technologieën en internet. Deze ongelijkheden kunnen leiden tot aanzienlijke verschillen in educatieve, economische en gezondheidsgelateerde uitkomsten. Dit literatuuroverzicht richt zich op de belangrijkste determinanten van de digitale kloof, de impact van de COVID-19-pandemie, en specifieke groepen die bijzonder kwetsbaar zijn voor digitale uitsluiting.

De digitale kloof wordt vooral bepaald door de beschikbaarheid van digitale hulpmiddelen en technologieën. De **kosten van apparaten** (computers, smartphones, enz.) kunnen daarom een barrière vormen voor het gebruik ervan. Ook de **toegang tot breedbandinternet en de betaalbaarheid ervan** spelen een cruciale rol. Uit de analyse van een gemeenschapsenquête blijkt dat economische barrières en infrastructuurbeperkingen belangrijke factoren zijn die de toegang tot breedbandinternet belemmeren (Reddick, Enriquez, Harris, & Sharma, 2020). Deze factoren zijn vooral belangrijk in plattelandsgebieden en gemeenschappen met een welvaartsniveau onder het gemiddelde.

1 <https://www.mijngezondheid.belgie.be/>.

2 <https://handicap.belgium.be/nl/myhandicap>.

Uit onderzoek blijkt dat de digitale kloof niet alleen wordt bepaald door de beschikbaarheid van technologie, maar ook door **het vermogen van individuen om deze technologie effectief te gebruiken**. Een systematische *review* van de kennis omtrent de digitale kloof benadrukt de rol van opleidingsniveau, leeftijd en sociaaleconomische status in het bepalen van internetvaardigheden en -gebruik (Lythreatis, Singh, & El-Kassar, 2022). Individueen met een hoger opleidingsniveau en een hogere sociaaleconomische status hebben doorgaans een betere toegang tot technologie en ontwikkelen meer geavanceerde digitale vaardigheden.

De **COVID-19-pandemie** heeft bestaande digitale ongelijkheden versterkt en nieuwe vormen van kwetsbaarheid blootgelegd. Onderzoek naar COVID-19 blootstellingsrisicoprofielen toont aan dat bepaalde bevolkingsgroepen, zoals ouderen en sociaaleconomisch achtergestelde gemeenschappen, disproportioneel getroffen werden door digitale uitsluiting tijdens de pandemie (Robinson, et al., 2022; Khilnani, Schulz, & Robinson, 2020). Dit leidde tot beperkingen in toegang tot cruciale diensten zoals telezorg, onderwijs op afstand en online werkmogelijkheden.

De snelle verschuiving naar onlinediensten tijdens de pandemie, heeft de noodzaak van verbeterde digitale vaardigheden en toegang benadrukt. Uit een overzicht van de impact van COVID-19 op de digitale kloof, blijkt dat de pandemie de bestaande digitale ongelijkheden heeft vergroot, vooral onder kwetsbare groepen zoals kortgeschoolden, ouderen en inwoners van plattelandsgebieden (Litchfield, Shukla, & Greenfield, 2021).

Ouderen ervaren aanzienlijke uitdagingen bij het gebruik van digitale technologieën, wat leidt tot hun uitsluiting in een steeds meer digitale wereld. Volgens Mubarak en Suomi (2022) is de '**grijze digitale kloof**' een groeiend probleem, aangezien veel ouderen moeite hebben om bij te blijven met technologische ontwikkelingen en daardoor beperkte toegang hebben tot essentiële onlinediensten.

Daarnaast zijn er significante **genderongelijkheden** in de toegang tot en het gebruik van digitale toepassingen. Een systematisch literatuuroverzicht toont aan dat vrouwen wereldwijd minder toegang hebben tot en gebruik maken van digitale technologieën in vergelijking met mannen (Acilar & Sæbø, 2023). Dit leidt tot ongelijkheden in kansen op het gebied van educatie, werk en persoonlijke ontwikkeling.

De **gezondheidsgelateerde digitale kloof** is een ander belangrijk aspect van digitale ongelijkheid. Onderzoek wijst uit dat eHealth interventies vaak niet evenredig gericht zijn op sociaal kwetsbare groepen, wat leidt tot ongelijke gezondheidsuitkomsten (Cheng, Beauchamp, Elsworth, & Osbourne, 2020). Interventies die rekening houden met de digitale vaardigheden en toegangsmogelijkheden van deze groepen zijn cruciaal voor het bevorderen van gelijke gezondheidsuitkomsten.

Dit literatuuroverzicht toont aan dat de **digitale kloof een complex en multidimensionaal probleem is** dat verschillende aspecten van het leven beïnvloedt. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op interventies die niet alleen technologische oplossingen bieden, maar ook de onderliggende sociaaleconomische determinanten aanpakken.

2. Digitalisering in België

Voor het in kaart brengen van de digitale kloof in België, worden cijfers uit de drie belangrijkste onderzoeksrapporten rond het gebruik van digitale toepassingen door de bevolking in Vlaanderen, Wallonië en België in het algemeen gebruikt.

De **barometer digitale inclusie** (Brotcorne & Ponnet, 2024) is een publicatie van de Koning Boudewijnstichting (KBS) die sinds 2020 de evolutie van digitale ongelijkheden in België volgt. Deze barometer biedt een benchmark, die helpt bij het in kaart brengen van de digitale inclusie in de samenleving in België.

De **imec.digimeter** (De Marez, et al., 2024) is een jaarlijks onderzoeksrapport op basis van enquêtegegevens uitgevoerd door imec³, dat de trends rond het bezit en gebruik van media en technologie in Vlaanderen in kaart brengt. Sinds 2009 biedt dit onderzoek diepgaande inzichten in de digitale gewoonten, vaardigheden, attitudes en technologische trends van de Vlaamse bevolking.

3 Imec of het Interuniversitair Micro-Electronica Centrum is een vzw en een onafhankelijk onderzoekscentrum op het gebied van micro-elektronica, nanotechnologie, kunstmatige intelligentie, ontwerpmethodes en technologieën voor ICT-systemen. Voor meer informatie, zie <https://www.imec.be/nl>.

De *Baromètre de maturité numérique 2023 des citoyens wallons* ('Barometer digitale maturiteit 2023 van Waalse burgers') (Agence du Numérique, 2023) is een kwantitatieve studie die erop gericht is inzicht te krijgen in de digitale vaardigheden en het gebruik van digitale technologieën door de bevolking van Wallonië. De barometer van *Digital Wallonia* verzamelt eveneens gegevens over de attitudes van de Waalse bevolking ten opzichte van digitale media. Op basis van die gegevens worden vijf profielen gedefinieerd: experts, optimistische onbeslist, pessimistische onbeslist en afstandelijken.

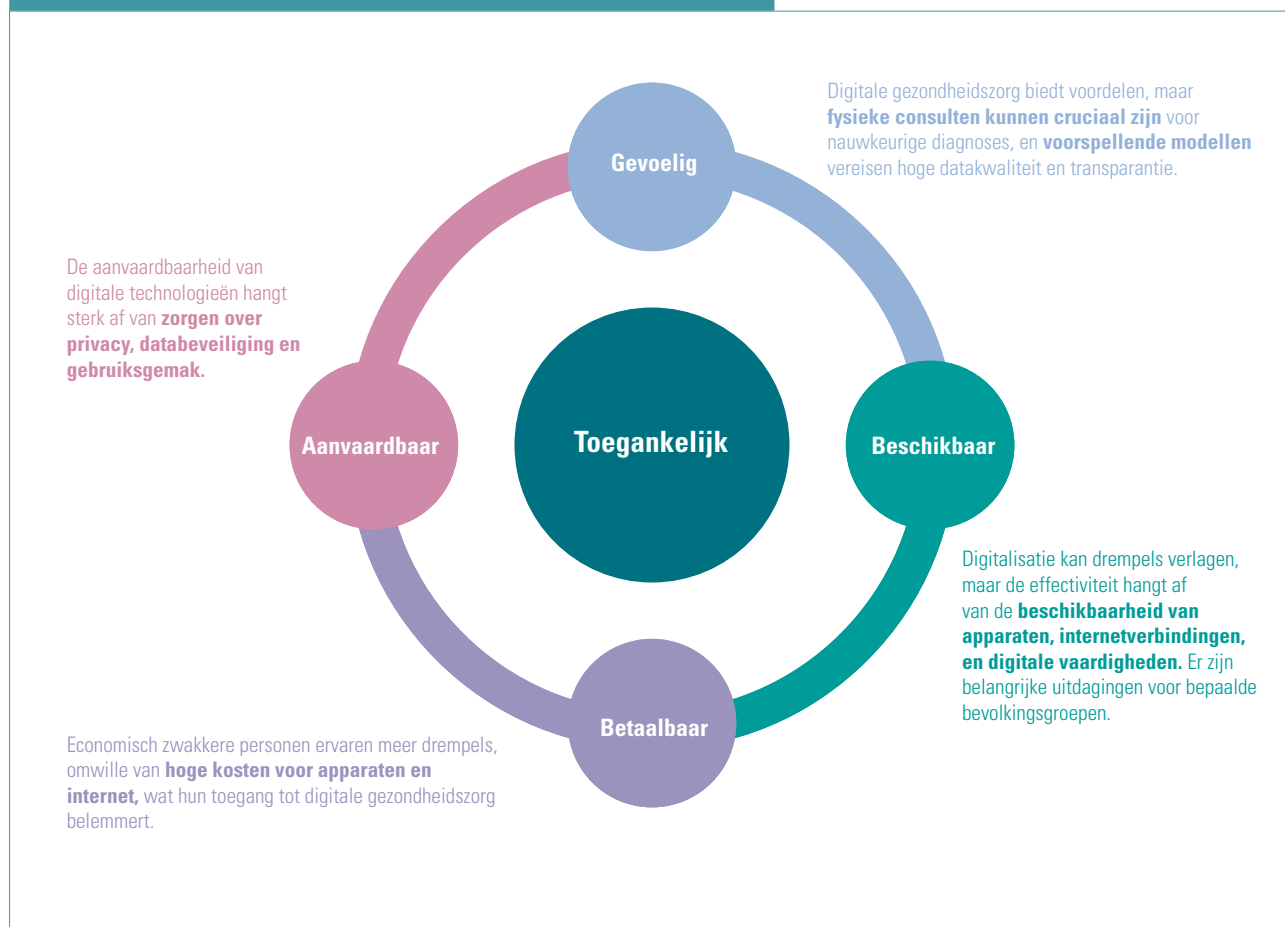
Voor het in kaart brengen van het gebruik van elektronische identificatie (eID) om online gebruik te maken van publieke diensten, hebben we de **EUROSTAT**-gegevens van 2023 voor België geraadpleegd (EUROSTAT, 2025).

3. Toegang tot gezondheidszorg in een digitale context

De toegankelijkheid van de gezondheidszorg wordt in deze *review* gedefinieerd op basis van het kader eerder beschreven door Cès (2021). Toegankelijkheid wordt benaderd in vier dimensies (zie Figuur 1), telkens zowel vanuit het perspectief van het aanbod aan zorg, als van de vraag van de bevolking naar zorg.

De dimensie '**gevoeligheid**' verwijst naar het vermogen van het gezondheidszorgsysteem, personen zelf of hun naasten om de gezondheidsproblemen of risico's van een individu of gemeenschap te identificeren en te begrijpen. Het gaat om het vermogen om te reageren op de veranderende gezondheidsbehoeften en -prioriteiten van de bevolking, en om diensten te leveren die aansluiten bij hun specifieke behoeften en verwachtingen.

Figuur 1: Digitale gezondheidszorg en toegankelijkheid



‘**Beschikbaarheid**’ heeft betrekking op de mate waarin gezondheidsdiensten fysiek, temporeel en effectief toegankelijk zijn voor degenen die ze nodig hebben. Beschikbaarheid kan worden beïnvloed door factoren als geografische locatie, openingstijden van de dienst en de mogelijkheid om diensten op afstand te leveren, zoals via teleconsultaties.

De dimensie ‘**betaalbaarheid**’ verwijst naar de financiële aspecten van toegang tot gezondheidszorg. Het gaat om de kosten van gezondheidsdiensten en de mate waarin deze kosten een barrière vormen voor mensen om de zorg te krijgen die ze nodig hebben. Betaalbaarheid houdt ook in dat het gebruik van gezondheidsdiensten patiënten niet mag blootstellen aan financiële problemen of schulden.

De dimensie ‘**aanvaardbaarheid**’ heeft betrekking op de mate waarin patiënten de geleverde zorg als passend en voldoende beschouwen. Het gaat om aspecten zoals de kwaliteit van de zorg, de interactie tussen zorgverleners en patiënten, en de mate waarin de zorg aansluit bij de waarden, cultuur en persoonlijke voorkeuren van de patiënt-e. Aanvaardbaarheid is cruciaal voor het waarborgen van patiënttevredenheid en voor het bevorderen van voortdurende betrokkenheid bij de gezondheidszorg.

3.1. Gevoeligheid

In digitale gezondheidszorg speelt gevoeligheid een cruciale rol. Dit betekent dat digitale tools en platforms moeten kunnen inspelen op de veranderende gezondheidsbehoeften en -prioriteiten van de bevolking, en dat ze zorg moeten kunnen ondersteunen die nauwkeurig aansluit bij de specifieke behoeften en verwachtingen van patiënten.

De gevoeligheid van een **teleconsultatie** varieert en is sterk afhankelijk van de context en de betrokkenen. Hoewel sommige medische problemen gedetecteerd en behandeld kunnen worden via teleconsultaties, zijn **veel situaties minder geschikt** en vereisen ze vaak een fysieke aanwezigheid voor een grondiger en nauwkeuriger onderzoek.

Bijvoorbeeld, chronisch ziektebeheer zoals bij diabetes of hypertensie, kan gedeeltelijk op afstand worden uitgevoerd door middel van regelmatige *check-ins*, medicatie-aanpassingen en symptoombeoordelingen (Maguza, 2016; van Steenkiste, Verberk, Versmissen, Dohmen, & Jainandunsing, 2024). Ook psychologische begeleiding, zoals therapie en *counseling*, kan in sommige gevallen op afstand even effectief zijn als in persoon, omdat sommige

patiënten het zelfs comfortabeler vinden om vanuit hun eigen omgeving te spreken (Morissens, Verniest, Noirhomme, & Sholokhova, 2022; Poletti, et al., 2021). Studies tonen aan dat telegeneeskunde effectief kan zijn (Bashshur, et al., 2016). Medische adviezen en *follow-ups* waarvoor geen fysiek onderzoek nodig is, zoals bijvoorbeeld het bespreken van testresultaten, kunnen dus geschikt zijn voor teleconsultaties. Bovendien zou voor niet-ernstige acute aandoeningen, zoals een verkoudheid, een eerste beoordeling en advies via teleconsultatie kunnen gebeuren. Het vernieuwen van bestaande voorschriften of het voorschrijven van nieuwe medicatie voor eerder bekende aandoeningen zou eveneens op afstand kunnen worden afgehandeld.

Fysieke aanwezigheid is echter in de meeste gevallen essentieel voor een diagnose. Medische aandoeningen vereisen een grondig lichamelijk onderzoek dat niet op afstand kan worden uitgevoerd. Het voelen van de pols, het luisteren naar hart- en longgeluiden met een stethoscoop, of het onderzoeken van een lichamelijke verwonding zijn slechts enkele voorbeelden van veel voorkomende handelingen die cruciaal zijn voor een juiste diagnose. Bovendien bieden fysieke consultaties de mogelijkheid voor directe diagnostische tests zoals bloedonderzoeken of röntgenfoto's, die noodzakelijk kunnen zijn om een compleet beeld van de gezondheidstoestand van de patiënt-e te krijgen. Er zijn ook non-verbale signalen en subtiele veranderingen in de patiënt-e die gemist kunnen worden via teleconsultaties, terwijl ze in een fysieke setting vaak duidelijker waarneembaar zijn. Daarom is het belangrijk te erkennen dat, hoewel teleconsultaties in sommige gevallen nuttig kunnen zijn, diagnoses nog steeds beter gesteld worden door persoonlijk contact en fysieke interactie met een arts. Hetzelfde geldt voor psychische aandoeningen.

Gevoeligheid speelt ook een belangrijke rol bij het gebruik van technologieën zoals **voorspellende modellen**, in de gezondheidszorg. Deze modellen, die gebruik kunnen maken van zowel historische als *realtime* gegevens, kunnen potentiële gezondheidsuitkomsten in functie van diverse parameters te voorspellen. Ze kunnen toegepast worden in verschillende gebieden, zoals het anticiperen op ziekte-uitbraken, het voorspellen van mogelijke patiëntuitkomsten na chirurgie, en het identificeren van risicopatiënten voor bepaalde aandoeningen. Echter, de betrouwbaarheid van deze modellen hangt sterk af van de kwaliteit van de gegevens waarop ze zijn gebaseerd.

De kwaliteit en nauwkeurigheid van de gegevens die worden gebruikt bij voorspellende modellen zijn cruciaal voor hun prestaties. Dit komt omdat voorspellende modellen

vertrouwen op historische gegevens om patronen te identificeren en voorspellingen te doen. Als de gegevens onvolledig of verouderd zijn, kunnen de voorspellingen onbetrouwbaar of zelfs schadelijk zijn. Er bestaat ook een groot risico op *bias* in historisch beschikbare data, in veel gevallen is er minder data beschikbaar van kwetsbare personen (Oh, et al., 2015) (Zhang, et al., 2017). Bijgevolg is het mogelijk dat de data van deze personen ondervertegenwoordigd zijn in modellen, met daardoor slechtere voorspellingen en toenemende gezondheidsongelijkheid als gevolg. Dit benadrukt het belang van robuuste databeheerpraktijken en voortdurende evaluatie en validatie van modellen om ervoor te zorgen dat ze nauwkeurig en zo weinig mogelijk tekenen van *bias* vertonen. Bovendien moeten er strikte protocollen zijn voor gegevensbeveiliging en privacy om ervoor te zorgen dat gevoelige patiëntinformatie niet wordt blootgesteld aan ongeautoriseerde toegang of oneigenlijk gebruik.

Daarnaast speelt transparantie een grote rol bij het bevorderen van het vertrouwen in voorspellende modellen. Dit betekent dat zorgverleners en patiënten moeten kunnen begrijpen hoe een model tot zijn voorspellingen komt. Algoritmische transparantie helpt bij het identificeren van potentiële *biases* en zorgt ervoor dat voorspellingen consistent en eerlijk worden toegepast. Het bevorderen van een cultuur van transparantie en verantwoordelijkheid binnen organisaties die voorspellende modellen ontwikkelen en gebruiken, is essentieel om zowel de acceptatie als het vertrouwen in deze technologieën te vergroten. Uiteindelijk moeten deze modellen dienen als hulpmiddelen die artsen ondersteunen, maar hen niet vervangen, waarbij de menselijke expertise en beoordeling altijd centraal moet staan in de zorgbeslissingen.

3.2. Beschikbaarheid

Op welke wijze beïnvloedt digitalisatie de beschikbaarheid van gezondheidsdiensten? Ten eerste hebben digitale toepassingen een potentieel drempelverlagend effect voor toegang tot deze diensten. Ze kunnen leiden tot een betere beschikbaarheid van zorg voor personen die moeilijkheden ervaren om gezondheidsdiensten te bereiken. Zo kunnen **teleconsultaties** bijvoorbeeld zorg toegankelijker maken voor mensen die anders obstakels ervaren om fysieke bezoeken te doen (Morissens, Verniest, Noirhomme, & Sholokhova, 2022) zoals mensen met een beperking die hen verhindert een fysieke verplaatsing te maken, mensen met ernstige angststoornissen of mensen die in gebieden wonen waar het nabije zorgaanbod tekortschiet.

Ook **online overheidsdiensten** dragen bij aan een toegankelijker zorgsysteem. Denk bijvoorbeeld aan het aanvragen van uitkeringen of het doorgeven van adreswijzigingen via digitale loketten. Dit kan het proces vereenvoudigen en toegankelijker maken voor mensen die moeilijkheden ondervinden met fysieke loketbezoeken, zoals ouderen of mensen met beperkte mobiliteit en voor wie de voorziene contactmomenten ter plaatse minder geschikt zijn. Door gebruik te maken van digitale technologieën, kunnen overheden de administratieve last voor burgers verminderen en de toegang tot essentiële diensten verbeteren.

Ten tweede heeft digitalisering mogelijk ook geen effect op de beschikbaarheid omdat, om van deze potentiële voordelen te kunnen genieten enkele randvoorwaarden vervuld moeten zijn. Zo wordt de toegang tot digitale gezondheidstoepassingen sterk beïnvloed door de beschikbaarheid van apparaten en (stabiele) internetverbindingen. Volgens de *barometer digitale inclusie* steeg het percentage huishoudens met een **internetaansluiting** in België van 92% in 2021 naar 94% in 2023 (Brotcorne & Ponnet, 2024). Deze toename benadrukt de voortdurende vooruitgang in digitale connectiviteit en onderstreept de steeds grotere toegang tot internetdiensten voor het algemene publiek. Echter, ondanks deze positieve trend, blijft er nog steeds een percentage van de bevolking zonder internettoegang thuis, wat potentiële uitdagingen kan vormen voor volledige digitale inclusie en toegankelijkheid van onlinediensten.

Maar het beschikken over een internetaansluiting is geen voldoende voorwaarde voor digitale inclusie. Daarnaast speelt de variatie in **digitale (gezondheid)vaardigheden** een cruciale rol in de beschikbaarheid van digitale zorg. Onder meer uit de *barometer digitale inclusie* blijkt dat veel mensen, vooral ouderen en sociaaleconomisch kwetsbaren, mogelijk niet over de nodige vaardigheden beschikken om effectief gebruik te maken van digitale zorgdiensten (Brotcorne & Ponnet, 2024). Het gebrek aan kennis over het gebruik van technologie of het navigeren door een digitale applicatie, kunnen leiden tot frustratie en terughoudendheid om deze middelen te gebruiken, waardoor de digitale kloof verder wordt vergroot. Volgens de *barometer digitale inclusie* bedroeg het aandeel van de Belgische bevolking dat **digitaal kwetsbaar** is (zij die geen of zwakke digitale vaardigheden hebben) in 2021 46%, waarbij 7% van de respondenten niet-gebruikers waren en 39% zwakke vaardigheden had. In 2023 daalde dit percentage naar 40%, met 5% niet-gebruikers en 35% met zwakke digitale vaardigheden. Volgens de meest recente statistieken van de *imec. digimeter*, geeft 57% van de respondenten aan dat omgaan met digitale technologieën gemakkelijk is voor hen, een

percentage dat gelijk is gebleven ten opzichte van de vorige digimeter (De Marez, et al., 2024). In de leeftijdsgroep van 65 tot 74 jaar ervaart 30% dat digitale technologieën gemakkelijk te gebruiken zijn, een stijging met 2%. Voor de groep van 75 jaar en ouder is dit percentage 19%, wat een beperkte toename van 1% is ten opzichte van de vorige editie van de digimeter.

Uit de *barometer digitale inclusie* blijkt dat de vaardigheden rond **digitale probleemoplossing** een licht positieve trend vertoonden tussen 2019 en 2023 (Brotcorne & Ponnet, 2024). In 2019 gaf 10% van de respondenten aan geen vaardigheden op dit gebied te hebben, terwijl 33% basisvaardigheden had en 57% gevorderd was. In 2021 daalde het aandeel zonder vaardigheden naar 7%, en nam het aandeel met basisvaardigheden en gevorderde vaardigheden toe tot respectievelijk 32% en 61%. Deze positieve trend zette door in 2023, waarbij 6% geen vaardigheden had, 31% basisvaardigheden bezat en 63% gevorderde vaardigheden vertoonde.

Zelfmanagement van de eigen gezondheid, zoals mogelijk gemaakt door bepaalde digitale toepassingen, vereist soms het creëren van digitale inhoud, zoals het doorgeven van informatie over de waargenomen gezondheidstoestand via berichten. De evolutie in de vaardigheden voor het **creëren van digitale inhoud** vertoont echter een gemengde trend. In 2019 had 25% van de respondenten geen vaardigheden, 24% basisvaardigheden en was 51% gevorderd. In 2021 steeg het percentage zonder vaardigheden naar 28%, terwijl het percentage met basisvaardigheden daalde naar 21%. Het percentage van de bevolking met gevorderde vaardigheden bleef gelijk op 51%. In 2023 verbeterde de situatie met 22% zonder vaardigheden, 23% met basisvaardigheden en 55% met gevorderde vaardigheden.

De **digitale communicatievaardigheden** bleven relatief stabiel tussen 2019 en 2023. In 2019 had slechts 1% van de respondenten geen vaardigheden, terwijl 9% basisvaardigheden had en 90% gevorderd was. In 2021 veranderden deze percentages licht met 2% zonder vaardigheden, 11% met basisvaardigheden en 87% met gevorderde vaardigheden. In 2023 bleven de percentages vrijwel ongewijzigd (2% zonder vaardigheden, 10% met basisvaardigheden en 88% gevorderd). Deze stabiliteit duidt op een consistent hoog niveau van digitale communicatievaardigheden onder de populatie.

De vaardigheden voor **digitaal informatiebeheer** kenden een verbetering tussen 2019 en 2023. In 2019 gaf 9% van de respondenten aan geen vaardigheden op dit gebied te

hebben. 18% had basisvaardigheden en 73% gevorderde vaardigheden. In 2021 bleef het percentage respondenten zonder vaardigheden onveranderd op 9%. Echter, het percentage met basisvaardigheden daalde licht naar 15%, terwijl het percentage met gevorderde vaardigheden licht toenam tot 76%. Tegen 2023 verbeterde de situatie verder, met een daling van het percentage zonder vaardigheden naar 7%. Het aandeel van respondenten met basisvaardigheden bleef stabiel op 15%, en het percentage met gevorderde vaardigheden steeg licht naar 78%.

In het bijzonder zijn **e-Security vaardigheden** van vitaal belang voor het veilig gebruik van online gezondheidsplatformen. *e-Security* vaardigheden betreffen het beschermen van persoonlijke gegevens, het gebruik van veilige wachtwoorden, het herkennen van *phishing* pogingen en andere vormen van cyberaanvallen, en het begrijpen van de noodzaak van software updates en beveiligingssoftware. Statistieken uit 2021 toonden aan dat 30% van de mensen geen *e-Security* vaardigheden bezat, terwijl 28% slechts basisvaardigheden had. In 2023 was er een lichte verbetering zichtbaar: het percentage mensen zonder enige *e-Security* vaardigheden daalde tot 28%, terwijl het percentage met basisvaardigheden steeg naar 30%. Het aandeel van de bevolking met gevorderde vaardigheden bleef gelijk op 42%. Deze cijfers benadrukken dat *e-Security* vaardigheden nog steeds een zwak punt vormen.

De mogelijkheden van **e-gezondheidsdiensten (online afspraken maken, online gegevens consulteren)** kunnen de beschikbaarheid van gezondheidszorg verbeteren. Online afspraken maken het mogelijk voor patiënten om snel en eenvoudig (indien men over de juiste vaardigheden beschikt) een afspraak in te plannen. Online gezondheidsplatformen zoals *mijngezondheid.be* kunnen gebruikt worden om gegevens en medische dossiers te raadplegen. Door de mogelijkheid te bieden om medische dossiers digitaal in te zien, kunnen patiënten beter geïnformeerd worden over hun gezondheidstoestand en lopende behandelingsmogelijkheden. Dit bevordert zelfmanagement en betrokkenheid bij hun eigen zorgproces. Online afspraken maken kan een meerwaarde zijn, aangezien patiënten eenvoudig toegang krijgen tot hun zorgverleners zonder eerst telefonisch contact te moeten opnemen. Echter, er zijn duidelijke indicaties dat de toegankelijkheid van deze e-gezondheidsdiensten nauw samenhangt met de algemene digitale vaardigheden van een gebruiker en dat een niet te verwaarlozen deel van de bevolking hier nog onvoldoende scoort.

Een gelijke toegang tot e-gezondheidsdiensten is dus niet gegarandeerd. Dit blijkt ook uit de cijfers van de *barome-*

ter digitale inclusie. In 2023 gebruikte 75% van de mensen met basis- of gevorderde digitale vaardigheden e-gezondheidsdiensten. Dit is een stijging ten opzichte van 2021, toen 69% van deze groep deze diensten gebruikte. Onder mensen met zwakke digitale vaardigheden is het gebruik van e-gezondheidsdiensten echter aanzienlijk lager. In 2023 maakte slechts 48% van deze groep gebruik van e-gezondheidsdiensten, hoewel dit al een aanzienlijke stijging is ten opzichte van 2021, toen slechts 21% van de mensen met zwakke vaardigheden e-gezondheidsdiensten gebruikte. De toename in het gebruik van e-gezondheidsdiensten onder mensen met zwakke digitale vaardigheden tussen 2021 en 2023 is een bemoedigend teken. Echter, ondanks deze vooruitgang blijft er dus een grote kloof bestaan tussen de groepen met basis- of gevorderde vaardigheden en die met zwakke vaardigheden. Specifiek het **ontbreken van e-Security vaardigheden** heeft belangrijke gevolgen voor de toegankelijkheid van e-gezondheidsdiensten. Wanneer gebruikers niet beschikken over de nodige vaardigheden om hun gegevens veilig te beheren, kunnen zij terughoudend zijn om gebruik te maken van die diensten. Dit kan resulteren in een verminderde toegang tot cruciale gezondheidsinformatie en -diensten. Gebruikers zonder voldoende e-Security vaardigheden zijn ook kwetsbaarder voor gegevensinbreuken en identiteitsdiefstal. Door angst voor datalekken of cyberaanvallen, kunnen sommige gebruikers ervoor kiezen om helemaal geen gebruik te maken van digitale gezondheidsdiensten. Dit beperkt hun toegang tot belangrijke gezondheidsinformatie, communicatie met zorgverleners en de mogelijkheid om online afspraken te maken.

Om gebruik te maken van de meeste e-gezondheidsdiensten (zeker platformen zoals *mijngezondheid.be*) is het nodig om gebruik te maken van **elektronische identificatie**. De EUROSTAT-gegevens met betrekking tot het gebruik van elektronische identiteiten (eID) (EUROSTAT, 2025) voor het inloggen op digitale publieke toepassingen in 2023, wijzen op significante verschillen in adoptie volgens opleidingsniveau. Personen die kortgeschoold zijn tonen een adoptiegraad van slechts 36,2%. Daarentegen is het gebruik van eID aanzienlijk hoger onder individuen die middengeschoold zijn, met een adoptiegraad van 55,1%. Het hoogste adoptieniveau wordt echter waargenomen bij langgeschoolde individuen, met een adoptiegraad van 76,5%. Deze gegevens suggereren een **duidelijke samenhang tussen opleidingsniveau en het gebruik van digitale identificatietechnologieën**.

Online overheidsdiensten die verband houden met gezondheid bieden burgers potentieel toegang tot een breed

scala aan gezondheidsgerelateerde informatie en diensten via digitale platforms. Deze diensten zijn ontworpen om de interactie met gezondheidsinstanties te vergemakkelijken en de efficiëntie van zorgprocessen te verbeteren door middel van digitalisering. **MyHandicap** is een voorbeeld van een online overheidsdienst die gerelateerd is aan gezondheid. Het platform is ontwikkeld om mensen met een handicap te ondersteunen door hen toegang te geven tot relevante informatie en diensten. Via dit platform kunnen gebruikers hun medische dossiers raadplegen, wijzigingen in persoonsgegevens doorgeven, en aanvragen indienen voor uitkeringen en ondersteunende diensten. Dit platform helpt bij het centraliseren van informatie en het vereenvoudigen van administratieve processen, waardoor burgers met een handicap mogelijk beter in staat zijn om hun gezondheids- en welzijnsbehoeften te beheren.

De toegankelijkheid van **online overheidsdiensten** varieert echter sterk. Volgens de *imec.digimeter* heeft 23% van de mensen algemene problemen met het online aanvragen van een uitkering (De Marez, et al., 2024). Dit percentage stijgt aanzienlijk bij ouderen, waarbij 40% van de 65-74-jarigen en 61% van de 75-plussers moeilijkheden ondervindt. Andere bevindingen tonen aan dat 49% van de mensen meerdere keren dezelfde gegevens aan de overheid moet doorgeven. **Slechts 30% vindt dat overheidswebsites duidelijk en toegankelijk zijn**, en slechts 19% vindt dat de overheid transparant is over wat ze met persoonlijke gegevens doet. Echter, **80% van de mensen wil één centrale online plek** voor alle overheidsformulieren en -documenten.

Wanneer deze overheidsdiensten niet toegankelijk zijn, kunnen er grote problemen ontstaan voor de betrokken burgers. Personen met een handicap zijn dan bijvoorbeeld niet in staat om toegang te krijgen tot hun dossiers, wat kan leiden tot vertragingen in de zorg en mogelijk een verslechtering van hun gezondheidstoestand. Het gebrek aan toegang kan ook betekenen dat zij moeilijkheden ondervinden bij het indienen van aanvragen voor uitkeringen en ondersteunende diensten, wat kan resulteren in financiële onzekerheid en verminderde levenskwaliteit. Bovendien kan de afwezigheid van dergelijke digitale platforms het voor deze individuen moeilijker maken om op de hoogte te blijven van belangrijke beleidswijzigingen en regelgeving die van invloed zijn op hun rechten en voordelen. Het niet toegankelijk zijn van deze platforms kan de administratieve lasten verhogen en de ongelijkheden in de zorg vergroten. Ontoegankelijkheid vergroot ook hun afhankelijkheid van anderen om toch toegang te krijgen tot de nodige platformen.

3.3. Betaalbaarheid

In België wordt de financiële toegang tot gezondheidszorg voornamelijk bepaald door de resterende uitgaven van de patiënt-e (het remgeld en de eventuele supplementen) en het vermogen van het individu om deze uitgaven te dekken. Een laag inkomen, een onstabiele financiële situatie en een vorm van afhankelijkheid, hebben een directe impact op dit vermogen. Als het gaat om het gebruik van digitale hulpmiddelen, worden economisch achtergestelde mensen dubbel gestraft, omdat ze ook een groter risico lopen op digitale uitsluiting.

De **betalbaarheid van internetverbindingen en digitale apparaten** varieert duidelijk tussen verschillende inkomensgroepen. In 2023 had 89% van de mensen met een maandinkomen van minder dan 1.400 euro toegang tot een internetaansluiting thuis, vergeleken met 99% van de mensen met een maandinkomen van meer dan 3.200 euro. In 2021 waren deze percentages respectievelijk 82% en 98%, wat een lichte verbetering is voor de lagere inkomensgroepen, tegenover een vrijwel stabiele situatie voor de hogere inkomens. Ook de *imec.digimeter* toont aan dat de kosten van digitale apparaten (computers, smartphones, enz.) vaak een belemmering vormen, vooral voor mensen met een lager inkomen (De Marez, et al., 2024). Zo gaf 2% van de personen met een laag inkomen aan geen smartphone te hebben vanwege de kosten. Bij huishoudens met een hoog inkomen is dat 1%. De situatie is vergelijkbaar voor computers (6% tegenover 1%), tablets (8% tegenover 2%) en internetverbindingen thuis (1% tegenover 0%). Mobiel internet blijkt ook een kostbare zaak te zijn: 3% van de mensen met een laag inkomen gaf aan dit niet te hebben vanwege de kosten, in vergelijking met 1% van de mensen met een hoog inkomen. Daarnaast heeft 25% van de huishoudens met een laag inkomen aangegeven een extra computer of tablet nodig te hebben, terwijl dit voor huishoudens met een hoog inkomen slechts 13% is. Verder vindt 48% van de mensen met een laag inkomen dat betere connectiviteit te duur is, bij mensen met een hoger inkomen is dat slechts 13%.

Wat betreft de toegang tot meerdere digitale apparaten (**multigeconnecteerdheid**), blijkt uit de *barometer digitale inclusie* dat in 2023 66% van de mensen met een maandelijks inkomen van minder dan 1.400 euro toegang had tot meerdere apparaten, terwijl dit percentage bij mensen met een maandinkomen van meer dan 3.200 euro 89% was (Brotcorne & Ponnet, 2024). Mensen met lagere inkomens zijn ook vaker uitsluitend afhankelijk van hun smartphone voor internettoegang: 25% tegenover 7%. In 2021 lagen

deze percentages op respectievelijk 43% en 29% voor de lagere inkomens en op 89% en 10% voor de hogere inkomens, wat wederom wijst op een **aanzienlijke digitale kloof**.

De verschillen in toegang tot digitale apparaten en internetverbindingen tussen inkomensgroepen, hebben directe implicaties voor de mate waarin individuen kunnen deelnemen aan digitale gezondheidszorg, specifiek bij het gebruik van **e-gezondheidsdiensten**. Omdat 48% van de mensen met een laag inkomen betere connectiviteit als te duur beschouwt (De Marez, et al., 2024), wordt het voor deze groep uitdagender om deel te nemen aan digitale gezondheidszorgdiensten. Het maken van online afspraken kan vereisen dat gebruikers beschikken over snelle en betrouwbare internetverbindingen en meerdere apparaten, zodat ze gemakkelijk toegang kunnen krijgen tot consultaties en medische informatie. De statistieken bevestigen dus de aanwezigheid van een grote digitale kloof tussen verschillende inkomensgroepen, wat invloed heeft op hun vermogen om deel te nemen aan digitale gezondheidszorg.

In 2023 maakte 49% van de mensen met een maandinkomen van minder dan 1.400 euro **gebruik van e-gezondheidsdiensten**, zoals het maken van online afspraken (Brotcorne & Ponnet, 2024). Dit percentage is lager in vergelijking met de 74% van de mensen met een maandinkomen van meer dan 3.200 euro die deze diensten gebruiken. In 2021 waren de percentages 42% voor de lagere inkomens en 62% voor de hogere inkomens, wat aangeeft dat er een lichte verbetering plaatsvond, vooral onder de lagere inkomensgroepen. Hoewel er tussen 2021 en 2023 een toename is in het gebruik van e-gezondheidsdiensten onder lagere inkomensgroepen, blijft er een **aanzienlijke kloof bestaan tussen de verschillende inkomensniveaus**. De hogere mate van toegang tot digitale apparaten en internetverbindingen bij hogere inkomensgroepen draagt bij aan hun bredere gebruik van e-gezondheidsdiensten.

Mensen zonder toegang tot internet missen mogelijk belangrijke informatie over hun gezondheidszorg, preventieve maatregelen en beschikbare behandelingen. Dit kan leiden tot een gebrek aan *agency* over hun gezondheidstoestand. Hierdoor kunnen zij minder goed geïnformeerde beslissingen nemen en adequaat reageren op hun gezondheidsbehoeften, wat uiteindelijk kan resulteren in slechtere gezondheidsuitkomsten. De digitale kloof vergroot dus niet alleen de ongelijkheid in toegang tot gezondheidszorg, maar ook in de kwaliteit van zorg die mensen ontvangen. Daarin speelt betaalbaarheid een cruciale rol. **De kosten van digitale apparaten en internetabonnementen kunnen**

voor mensen met een lager inkomen een grote barrière vormen, waardoor zij geen toegang hebben tot deze belangrijke middelen. Dit vergroot de ongelijkheid verder, omdat betaalbare toegang tot digitale gezondheidszorg-diensten voor hen onbereikbaar blijft.

3.4. Aanvaardbaarheid

De aanvaardbaarheid van digitale technologieën is essentieel als we er rekening mee houden dat ze ingezet kunnen worden bij overheidsdiensten. Een negatieve houding en gevoelens van ongemak bij het gebruik van persoonlijke digitale gegevens, kunnen de bereidheid van burgers om deze diensten te gebruiken aanzienlijk beïnvloeden, en omgekeerd.

De **attitudes** ten opzichte van het gebruik van digitale technologie voor de (para)medische opvolging variëren sterk binnen de bevolking. Terwijl sommige mensen vinden dat consulten op afstand de therapeutische relatie niet beïnvloeden, blijven anderen de voorkeur geven aan een fysieke consultatie bij een zorgverlener. Sommigen zijn sceptisch vanwege zorgen over privacy, databeveiliging en de kwaliteit van de zorg, terwijl anderen er de voorkeur aan geven hun medisch dossier rechtstreeks online te kunnen raadplegen, omdat ze dat als veilig beschouwen.

Uit de *imec.digimeter 2023* blijkt dat 68% van de respondenten van mening is dat digitale technologieën het leven gemakkelijker maken, hoewel dit een daling van 3 procentpunten betekent ten opzichte van de vorige meting (De Marez, et al., 2024). Daarnaast vindt 63% van de mensen dat het gebruik van digitale technologieën leuk is, een daling van 2 procentpunten. Bovendien geeft 62% aan geïnteresseerd te zijn in digitale technologieën, wat een daling van 2 procentpunten betekent.

Naast de positieve percepties, zijn er ook **aanzienlijke zorgen over digitale technologieën**. Ongeveer 15% van de mensen geeft aan technologie in het algemeen niet te vertrouwen, wat een stijging van 3 procentpunten is. Verder voelt 56% van de respondenten zich afhankelijk van technologie in hun dagelijks leven, een percentage dat onveranderd is gebleven. Daarnaast vindt 51% dat technologische veranderingen en innovaties te snel na elkaar komen, een stijging van 2 procentpunten.

Dezelfde trends weerspiegelen zich in de verschillende **digitale profielen** van de bevolking. Zowel de *imec.digimeter* als de *barometer digitale maturiteit van de Waalse burgers*

identificeren verschillende types aan de hand van hun attitudes ten opzichte van digitale technologieën. Uit de analyse van de digimeter-profielen van 2022 en 2023 blijkt dat de houding ten aanzien van technologie grotendeels stabiel is gebleven over deze periode (De Marez, et al., 2024). Zo blijft het percentage respondenten dat zichzelf als **passionele minnaar** van technologie beschrijft in beide jaren constant op 17%. Deze groep omvat individuen die enthousiast zijn over de nieuwste technologische ontwikkelingen en deze actief omarmen.

De categorie van respondenten met een **haat-liefdeverhouding** ten opzichte van technologie blijft eveneens constant, op 25%. Dit wijst op een duurzame aanwezigheid van gemengde gevoelens ten opzichte van technologische integratie in het dagelijks leven. Deze ambivalentie kan voortkomen uit zowel positieve ervaringen als frustraties met technologische vooruitgang. Een lichte daling is waarneembaar in het percentage respondenten dat een **platonische relatie** met technologie onderhoudt, van 22% in 2022 naar 21% in 2023. Dit suggereert een marginale verschuiving in hoe sommige individuen technologie ervaren. Het aandeel van de groep met een **LAT-relatie** (*Living Apart Together*) met technologie blijft stabiel op 23%. Een andere interessante bevinding is de kleine toename in het aantal mensen dat aangeeft **geen relatie** met technologie te hebben, van 13% in 2022 naar 14% in 2023. Deze stijging, hoewel zeer beperkt, kan duiden op een groeiende groep individuen die technologie vermijdt, mogelijk vanwege technologische aversie of andere persoonlijke redenen. Hoewel er kleine verschuivingen zijn waargenomen, zoals de afname in platonische relaties en de toename van individuen zonder enige relatie met technologie, blijven de proporties in de meeste categorieën nagenoeg gelijk.

Ook de studie van *Digital Wallonia* categoriseert de respondenten in verschillende profielen, naargelang hun attitudes over digitalisatie (Agence du Numérique, 2023). De **experts** (14%) zijn fervente technologiegebruikers die er intensief gebruik van maken en een groot vertrouwen hebben in het potentieel van nieuwe technologieën en artificiële intelligentie. Dit profiel is voornamelijk mannelijk, met twee op de drie mannen, en bestaat grotendeels uit individuen jonger dan 50 jaar, vaak zelfs jonger dan 30 jaar. De experts zijn over het algemeen langgeschoolde personen, vaak universitair geschoold, en genieten van een comfortabel levensniveau zonder noemenswaardige financiële moeilijkheden. Onder hen bevinden zich studenten, werknemers en ondernemers. Deze technologie liefhebbers (experts) zijn sterk geïnteresseerd in technologische vooruitgang en hebben veel vertrouwen in de technologie, die

zij zien als een cruciale bron van informatie en significant comfort. Zij geloven sterk in de mogelijkheden van artificieel intelligentie. Hoewel ze bereid zijn hun persoonlijke gegevens te delen als dat voordelen biedt, erkennen ze ook hun afhankelijkheid van hun smartphone en sociale media. Ze navigeren gemakkelijk in de digitale wereld en staan altijd klaar om nieuwe applicaties uit te proberen.

De onbeslisten (57%) hebben over het algemeen een positieve relatie met digitalisering, hoewel hun houding varieert tussen optimistisch en pessimistisch. De **optimistische onbeslisten** (45%) omarmen technologie met een gebalanceerde kijk, waarbij ze zowel de voor- als nadelen erkennen. Ze zijn nieuwsgierig, bewust van de uitdagingen van digitale afhankelijkheid en bezorgd over de negatieve aspecten van technologie. Zonder verschillen volgens geslacht, bevinden deze optimisten zich in diverse leeftijdsgroepen, met een lichte voorkeur voor jongeren en volwassenen van middelbare leeftijd. Meestal hebben ze een opleiding van het hoger secundair tot hoger onderwijs en ervaren ze weinig financiële problemen. De **pessimistische onbeslisten** (12%) staan niet afwijzend tegenover technologie, maar behouden liever enige afstand. Ze profiteren af en toe van digitale middelen. Ze zijn overwegend mannelijk (59%) en bevinden zich in alle leeftijdsgroepen, met een iets hogere frequentie bij oudere generaties. Hun achtergrond is divers op het gebied van onderwijs en ze genieten over het algemeen van financiële stabiliteit of comfort.

De **afstandelijken** (29%) zijn terughoudend ten opzichte van technologie en hebben soms enige angst ervoor. Ze geven de voorkeur aan beperkt gebruik en zoeken bescherming tegen mogelijke risico's. In deze groep zitten meer vrouwen (61%) dan mannen, en ze bestaat voornamelijk uit personen ouder dan 50 jaar, hoewel er ook jonge personen bij horen. Ze hebben meestal een diploma basis- tot middelbaar onderwijs, maar een aanzienlijk deel heeft ook geen diploma. Hun financiële situatie varieert, en ze worden vaak gevonden onder studenten en gepensioneerden. Ze zijn weinig geïnteresseerd in sociale media, erkennen de voordelen van internet om het leven te vergemakkelijken en goed geïnformeerd te blijven, hoewel hun interesse in nieuwe technologieën matig is. Ze zijn afhankelijk van hun smartphone en bezorgd over nepnieuws, de impact van artificieel intelligentie en de bescherming van persoonsgegevens. Ze tonen nieuwsgierigheid naar technologische vooruitgang, maar maken zich zorgen over de algehele impact van digitalisering op de samenleving.

Wat betreft dienstverlening, is er een duidelijk contrast in de **voorkeur voor offline dienstverlening**, die sterker is bij lagere inkomensgroepen, met 28% van de mensen met een laag inkomen die hun gezondheidsgegevens raadplegen, tegenover 18% van de mensen met een hoog inkomen. De cijfers uit de *imec.digimeter* tonen aan dat 38% van de mensen vindt dat digitale technologieën hen worden opgedrongen door de maatschappij, met een hoger percentage onder 65-74-jarigen (53%) en onder 75-plussers (58%) (De Marez, et al., 2024). Dit wijst op een zekere weerstand tegen en ongemak bij het gebruik van digitale middelen.

Deze cijfers tonen aan dat, hoewel er acceptatie en interesse is in digitale technologieën, er ook significante zorgen en negatieve attitudes bestaan. Een zorgwekkende vaststelling is dat de **evolutie van attitudes rond digitale technologieën** over het algemeen **stabiel tot licht negatief** is. De aanvaardbaarheid van digitale gezondheidstechnologieën, zoals online afspraken maken, varieert sterk. Attitudes ten opzichte van digitale technologieën en de gevoeligheid van persoonlijke gezondheidsdata spelen een grote rol in de bereidheid om online afspraken te maken. Zorgen over privacy en databeveiliging, technische problemen of eerdere negatieve ervaringen liggen vaak aan de basis van een gebrek aan vertrouwen in digitale diensten. Er bestaat ook de angst om fouten te maken bij het gebruik van digitale toepassingen.

4. De ingrijpende transformaties die digitalisering teweegbrengt

De **digitale kloof blijft een hardnekkig probleem**, zelfs nu de toegang tot technologie en internet langzaam verbetert. Zoals we in het derde deel van dit artikel zagen, ontwikkelen steeds meer mensen hun digitale vaardigheden. Maar de vooruitgang gaat langzaam, vooral voor sociaal en economisch kwetsbare mensen. Deze mensen lopen vaak het grootste risico om in een situatie van digitale uitsluiting terecht te komen, als ze daar nog niet zijn. Dit onderstreept de noodzaak om deze groep de aandacht te geven die ze verdient bij het vormgeven van de gezondheidszorg van de toekomst. Naast de technische aspecten die verband houden met de vaardigheden van elke persoon, wordt de dimensie 'aanvaardbaarheid', dat wil zeggen het feit dat de verleende zorg voldoet aan de kwaliteitscriteria die door patiënten worden verwacht, vaak over het hoofd gezien in discussies over digitalisering. Als niet aan deze criteria wordt voldaan, lopen mensen het risico de zorg uit te stel-

len of zelfs op te geven. Het is **essentieel om te voorkomen dat de gezondheidszorg een systeem met twee lagen wordt**, waarin de digitaal kwetsbaren slechtere gezondheidsresultaten hebben.

Daarnaast moeten we er rekening mee houden dat de digitale kloof zich niet snel zal dichten, en dat het daarom belangrijk is dat offline alternatieven ten allen tijde beschikbaar blijven. Het **'click, call, connect'-principe** kan hierbij helpen. Dit principe biedt een flexibele benadering voor het gebruik van digitale en niet-digitale kanalen. Voor degenen die digitaal vaardig zijn, mogen gebruiksvriendelijke online platforms en applicaties beschikbaar zijn waar men informatie kan vinden, afspraken kan maken en met zorgverleners kan communiceren. Voor degenen die de voorkeur geven aan andere vormen van communicatie, moet er altijd een mogelijkheid zijn om telefonisch contact op te nemen met zorgverleners en ondersteunende diensten. Voor degenen die nog steeds moeite hebben met zowel digitale als telefonische opties, moeten fysieke locaties en persoonlijke ontmoetingen beschikbaar blijven, zodat iedereen toegang heeft tot de zorg die ze nodig hebben.

Uit onze literatuurstudie blijkt dat de kwestie van digitalisering vaak wordt begrepen in een beperkte context, waarbij vragen worden gesteld over specifieke factoren, terwijl alle andere dingen gelijk blijven of bijna gelijk zijn. Men richt zich bijvoorbeeld op de impact van leeftijd (Mubarak & Suomi, 2022) of van geslacht (Acilar & Sæbø, 2023) op de digitale kloof. Deze studies zijn illustratief voor een meer algemene trend, waargenomen in de literatuur door Lythreath et al. (2022) en Cheng et al. (2020), waarbij de huidige onderzoek focus ligt op het identificeren van relatief eenvoudige oorzakelijke verbanden tussen een waargenomen parameter en de omvang van de digitale kloof, zoals sociaaldemografische kenmerken of het type gebruikte technologie, bijvoorbeeld.

Hoewel deze studies nuttig zijn, kunnen ze zeker worden verrijkt door een **meer systemische reflectie over de manier waarop digitalisering de handelingscapaciteit van individuen reorganiseert** (Botrugno, 2021). Digitalisering hervormt immers gedeeltelijk de manier van zorgverlening (teleconsultatie), het aanvragen van zorg of ondersteuning (online afspraken maken; *MyHandicap*), het raadplegen van gezondheidsgegevens en het opvolgen van de persoonlijke gezondheidstoestand (*mijgezondheid.be*), en zelfs het produceren van nieuwe gezondheidsgegevens (digitale monitoring), waardoor het concept van zorg, zelfzorg en de manier waarop iedereen zich beweegt en kan

handelen in dit veranderende veld worden herdefinieerd. In dit opzicht openen onderzoek in de sociologie van wetenschap en technologie andere perspectieven.

Ten eerste maakt de digitalisering van zorgpraktijken deel uit van een bredere verandering in de virtualisering van lichamen, die **de rol van zowel de patiënt-e als de zorgverlener en hun relatie opnieuw definieert**. Voor sommige patiënten kan fysieke aanwezigheid bij de zorgverlener fundamenteel zijn, wat zin geeft aan technische details, waargenomen symptomen en besproken pijnen, of het mogelijk maakt een effectievere therapeutische relatie op te bouwen (Botrugno, 2019). Anderen voelen zich juist meer op hun gemak in een therapeutische relatie op afstand, waarbij ze zich niet beperkt voelen door de 'medische blik' op hun lichaam of levensstijl (Lupton, 2013). Dit geldt ook voor zorgverleners, voor wie de relatie met patiënten evolueert omdat ze niet meer kunnen rekenen op al hun zintuigen en lokaal beoordelingsvermogen om de gezondheid van de patiënt-e in brede zin te beoordelen, en zich moeten beperken tot representaties, beelden en cijfers (Mort, May, & Williams, 2003). Hoewel zorg of gezondheidsinformatie soepeler kunnen worden doorgegeven via digitale hulpmiddelen, veranderen deze ook de aard van de verstrekte en ontvangen informatie, omwille van het verlies van fysiek contact tussen patiënt-e en zorgverlener, blikken, houdingen en onuitgesproken zaken. Reflecties over de digitalisering van zorg kunnen deze aspecten en de veranderingen in de therapeutische relatie niet negeren.

Ten tweede **herdefinieert digitalisering het begrip 'patiënt-e', en transformeert deze naar een 'digitaal betrokken patiënt-e'**. Dit betekent dat patiënten actief digitaal betrokken moeten worden (Greene & Hibbard, 2012). In deze nieuwe benadering, die de opkomst van de digitalisering in de zorg rechtvaardigt, wordt van de patiënt-e verwacht dat die een actieve rol speelt in diens eigen zorg. De patiënt-e wordt gezien als een ondernemer van diens eigen gezondheid, die 'geactiveerd' moet worden als die niet voldoende betrokken is bij het digitaal opvolgen van diens gezondheid, en het verzamelen van gegevens over diens eigen gezondheidstoestand. Diverse studies hebben aangetoond hoe het monitoren van de eigen gezondheid via diverse telemonitoring toepassingen sommigen helpt hun lichaamsbewustzijn te verbeteren en een gevoel van controle en veiligheid te bevorderen. Anderen worden geconfronteerd met diepe angst wanneer de gemeten waarden hun verwachtingen en gewaarwordingen tegenspreken (Lupton, 2013). Etnografische studies, dicht bij veldpraktijken, tonen ook aan dat het vormen van een digitaal betrokken patiënt-e soms nauwgezette begeleiding 'in persoon' van zorg-

verleners vereist (Oudshoorn, 2007). Deze ogenschijnlijke paradoxale aspecten mogen niet worden genegeerd.

Ten slotte **transformeert digitalisering de zorglocaties en kennis over onze gezondheid**. Terwijl deze locaties voorheen verspreid en soms ver weg waren - zoals een bezoek aan de dokter, het ziekenhuis of de apotheek - worden de knooppunten van iemands gezondheid nu samengebracht op enkele digitale apparaten. Het ziekenhuis wordt verplaatst naar woningen, en er wordt van iedereen verwacht dat die de eigen gezondheidsgegevens produceert van thuis uit, binnen een geheel nieuw zorgparadigma, waarin de directe en soms intimiderende blik van zorgverleners wordt weggenomen, en de diagnose permanent en zelfs opdringerig wordt (Nettleton, 2004).

Samenvattend kan de digitalisering van de zorg zowel de empowerment van patiënten bevorderen als hun kwetsbaarheid vergroten en bestaande gezondheidsongelijkheden verdiepen. Het is dus niet verbazend dat, zoals vermeld in het werk van Lupton (2013), patiënten soms een onverwachte of tegenstrijdige relatie met gezondheidstechnologieën hebben. Ze gebruiken sommige toepassingen enthousiast, terwijl ze andere resoluut afwijzen. Naarmate de gezondheidstechnologieën die deze digitalisering ondersteunen draagbaarder en mobieler worden, kunnen ze steeds meer in ons leven worden geïntegreerd, waardoor onze gezondheidsproblemen mogelijk een constant aanwezige zorg worden (Lupton, 2013). Of we dit nu willen of niet, het is in ieder geval belangrijk dat we dit in vraag durven stellen.

5. Aanbevelingen

Het bevorderen van een inclusieve digitale transformatie van de gezondheidszorg vereist een holistische, gecoördineerde aanpak op meerdere fronten. Dit omvat onder andere het verbeteren van de toegang tot digitale technologieën, het waarborgen van gelijke kansen voor alle bevolkingsgroepen, en het ontwikkelen van beleid dat de digitale kloof verkleint. Er zijn enkele aandachtspunten en strategieën die hieraan kunnen bijdragen.

Digitalisering transformeert de toegang tot gezondheidszorg op soms paradoxale manieren. Aangezien deze evolutie gaande is, is het belangrijk enkele aanbevelingen te formuleren om bepaalde perverse effecten te vermijden,

die uiteindelijk de gezondheidsongelijkheden en toegang tot zorg die we nu al zien, zouden kunnen versterken.

Om dit te bereiken moeten we ongetwijfeld actie ondernemen om de digitale kloof te verkleinen:

1. Inzetten op het **verbeteren van digitale (gezondheids) vaardigheden** – Het bevorderen van digitale geletterdheid en vaardigheden is cruciaal om ervoor te zorgen dat iedereen de mogelijkheid heeft om deel te nemen aan digitale gezondheidszorg. Ook gezondheidsvaardigheden zijn cruciaal voor mensen om optimaal gebruik te kunnen maken van de digitale diensten en informatie die beschikbaar zijn. Uit deze *review* bleek eveneens dat er speciale aandacht nodig is voor *eSecurity* vaardigheden.
 2. **Aandacht voor de gebruikers** – Bij digitale inclusie gaat het niet alleen om het verbeteren van de digitale diensten, maar ook om het zich richten op de mensen waar de diensten voor bedoeld zijn. We zien dat veel mensen vandaag online toepassingen onvoldoende toegankelijk vinden. Plaats altijd het gebruikersgemak voor de eindgebruiker centraal, dit al tijdens de ontwikkeling van nieuwe toepassingen (*inclusion by design*).
- Maar omdat het zeer onwaarschijnlijk is dat de digitale kloof in de nabije toekomst helemaal verdwijnt, moeten wij de digitalisatie ook omkaderen op basis van de volgende principes.
3. Men moet blijven inzetten op de **persoonlijke begeleiding van mensen die digitaal kwetsbaar zijn** (implementatie van '*click, call, connect*'-principe). Vooral de meest kwetsbare personen hebben meer individuele ondersteuning nodig. We pleiten daarom voor proportioneel universalisme.
 4. **Cyberveiligheid en gegevensbescherming als prioriteit** – Het waarborgen van de veiligheid van digitale systemen is essentieel om gevoelige gezondheidsgegevens te beschermen, en het publiek vertrouwen te geven in deze systemen.

5. Een **menselijke gezondheidszorg** – Het is belangrijk om de menselijke factor te blijven erkennen, zeker in een sector zoals de gezondheidszorg waar de dimensie van aanvaardbaarheid zeer belangrijk is voor de toegankelijkheid. Technologie hoort ten dienste te blijven staan van de mens, en niet andersom.

6. **Digitalisatie als hulpmiddel voor betere gegevensuitwisseling** – De overgang naar digitale systemen biedt voordelen voor de gegevensuitwisseling binnen de gezondheidszorg. Digitale technologieën kunnen de communicatie tussen zorgverleners verbeteren. Echter, het gevaar bestaat dat er, omwille van de verschillende aanbieders van digitale diensten, meer en meer data verzameld wordt in aparte ‘silo’s’. Het zou beter zijn als deze data holistisch gebruikt worden om betere gezondheidsuitkomsten te bekomen voor de patiënt-e.
7. Digitalisatie, centralisatie van gegevens en brede toegankelijkheid van gegevens (met name in de context van de implementatie van de Europese Verordening inzake de *European Health Data Space* – EHDS) wordt best geïmplementeerd met bijzondere aandacht voor de volgende pijlers:
- a. **Privacy** – Waarborg dat alle gezondheidsgegevens van patiënten beschermd blijven door middel van naleving van de GDPR-regelgeving en goede beveiligingsprotocollen.
 - b. **Therapeutische vrijheid** – Zorg ervoor dat de digitalisatie van gezondheidsgegevens de therapeutische vrijheid van de patiënt-e niet belemmert. Dit betekent dat patiënten toegang moeten hebben tot hun eigen gezondheidsgegevens en de mogelijkheid moeten hebben om samen te werken met zorgverleners van hun keuze, zonder belemmeringen door het systeem.
 - c. **Vertrouwen in het zorgsysteem** – Bouw en behoud het vertrouwen van zowel patiënten als zorgverleners in het zorgsysteem. Transparantie over hoe gegevens gebruikt en gedeeld worden, evenals betrokkenheid van alle belanghebbende actoren in de ontwikkeling en implementatie van EHDS, zijn cruciaal.

Tot slot, en meer in het algemeen, is het van vitaal belang dat iedereen die betrokken is bij de digitalisering van de gezondheidszorg (ontwikkelaars, beleidsmakers, zorgverleners, patiënten, enz.) zich goed bewust is van de grote transformaties die digitalisering teweegbrengt. Technologieën zijn niet neutraal. Ze hebben een invloed die we niet altijd van tevoren kunnen inschatten. Ze kunnen ons dingen laten doen die we anders misschien niet zouden doen. Daarom raden we aan om de impact van technologieën op onze samenleving regelmatig te beoordelen en dit een onderdeel te maken van onze instellingen.

Conclusie

Hoewel de digitale kloof geleidelijk aan kleiner wordt, is de evolutie eerder langzaam. Deze trend is ook niet gelijk in alle lagen van de samenleving. Het is onwaarschijnlijk dat de digitale kloof helemaal zal dichten, zeker niet in de nabije toekomst. Dit zijn de structurele ongelijkheden die de huidige maatschappij kenmerken. Aangezien er steeds meer digitale gezondheidstoepassingen zijn, is het belangrijk dat men nadenkt over de implicaties daarvan voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Digitale gezondheidsvaardigheden zijn essentieel in een wereld die steeds meer vertrouwt op technologie voor het delen van gezondheidsinformatie, medische consulten, monitoring, preventie en zelfmanagement van ziekten. Het gebrek aan interesse, toegang en/of vaardigheden om digitale middelen effectief te gebruiken, kan de reeds bestaande kloof in gezondheidsuitkomsten tussen verschillende bevolkingsgroepen vergroten of zelfs nieuwe ongelijkheden creëren.

Het is waar dat digitale toepassingen ook voordelen en nieuwe mogelijkheden bieden. Een deel van de bevolking kan baat hebben bij het gebruik van digitale middelen, in sommige gevallen ook kwetsbare groepen. In de juiste omstandigheden kunnen digitale hulpmiddelen betere gezondheidsuitkomsten opleveren, en bijdragen aan de omslag naar een meer preventieve gezondheidszorg. Het is daarom cruciaal dat digitale technologieën zo toegankelijk mogelijk zijn voor iedereen. Hoe dan ook blijft het belangrijk dat er voldoende alternatieven beschikbaar blijven voor digitale gezondheidstoepassingen.

Bibliografie

- Acilar, A., & Sæbø, Ø. (2023). Towards understanding the gender digital divide. A systematic literature review. *Global Knowledge, Memory and Communication*, 72(3), 233-249.
- Agence du Numérique. (2023). *Baromètre de maturité numérique 2023 des citoyens wallons*. Jambes: Digitalwallonia.be.
- Bashshur, R. L., Howell, J. D., Krupinski, E. A., Harms, K. M., Bashshur, N., & Doarn, C. R. (2016). The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemedicine and e-Health*, 22(5), 342-375.
- Botrugno, C. (2019). Towards an ethics for telehealth. *Nursing Ethics*, 26(2), 357-367.
- Botrugno, C. (2021). Information and Communication Technologies in Healthcare: A New Geography of Right to Health. *Journal of Legal Philosophy*, 10(1), 163-188.
- Brotcorne, P., & Ponnet, K. (2024). *Barometer digitale inclusie 2024*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cheng, C., Beauchamp, A., Elsworth, G., & Osbourne, R. (2020). Applying the electronic health literacy lens. Systematic review of electronic health interventions targeted at socially disadvantaged groups. *Journal of medical Internet research*, 22(8), 1-20.
- De Marez, I., Sevenhant, R., Denecker, F., Georges, A., Wuyts, G., & Schuurman, D. (2024). *imec.digimeter 2023. Digitale trends in Vlaanderen*. Leuven: Imec.
- EUROSTAT. (2025, Januari 23). *Use of electronic identification*. Opgehaald van https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/isoc_eid_ieid_custom_15123954/default/table?lang=en.
- Greene, J., & Hibbard, J. H. (2012). Why Does Patient Activation Matter? An Examination of the Relationship Between Patient Activation and Health-Related Outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), 520-526.
- Khilnani, A., Schulz, J., & Robinson, L. (2020). The COVID-19 pandemic: new concerns and connections between eHealth and digital inequalities. *Journal of Information Communication and Ethics in Society*, 18(3), 393-403.
- Litchfield, I., Shukla, D., & Greenfield, S. (2021). Impact of COVID-19 on the digital divide: a rapid review. *BMJ Open*, 11(10), 1-9.
- Lupton, D. (2013). The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital era. *Social Theory & Health*, 11(3), 256-270.
- Lythreatis, S., Singh, S., & El-Kassar, A.-N. (2022). The digital divide: A review and future research agenda. *Technological Forecasting and Social Change*, 175(6).

- Maguza. (2016). *Telemonitoring: nieuwe evolutie bij diabeteszorg*. Opgeroepen op 22 januari 2025, van Technologie: <https://maguza.be/technologie/artikel/telemonitoring-nieuwe-evolutie-bij-diabeteszorg>.
- Morissens, A., Verniest, R., Noirhomme, C., & Sholokhova, S. (2022). Impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren in België. Een kwalitatief onderzoek bij professionals over behoeften, hindernissen en oplossingen op het gebied van geestelijke gezondheid. *Gezondheid & Samenleving*, 3, 52-75.
- Mort, M., May, C., & Williams, T. (2003). Remote doctors and absent patients: acting at a distance in telemedicine? *Science, Technology & Human Values*, 28(2), 274-295.
- Mubarak, F., & Suomi, R. (2022). Elderly forgotten? Digital exclusion in the information age and the rising grey digital divide. *Inquiry*, 59, 1-7.
- Nettleton, S. (2004). The Emergence of E-Scaped Medicine. *Sociology*, 38(4), 661-679.
- Oh, S. S., Galanter, J., Thakur, N., Pino-Yanes, M., Barcelo, N. E., White, M. J., . . . Powe, N. R. (2015). Diversity in Clinical and Biomedical Research: A Promise Yet to Be Fulfilled. *PLOS Medicine*, 12(2), e1001918.
- Oudshoorn, N. (2007). Diagnosis at a distance: the invisible work of patients and healthcare professionals in cardiac telemonitoring technology. *Sociology of Health & Illness*, 30(2), 272-288.
- Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., . . . Silani, V. (2021). Telepsychotherapy: a leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 352-367.
- Reddick, C. G., Enriquez, R., Harris, R. J., & Sharma, B. (2020). Determinants of broadband access and affordability: An analysis of a community survey on the digital divide. *Cities*, 106, 102904.
- Robinson, L., Schulz, J., Khilnani, A., Ono, H., Cotten, S., McClain, N., . . . Tolentino, N. (2022). Digital inequalities in time of pandemic: COVID-19 exposure risk profiles and new forms of vulnerability. *First Monday*, 25(7), 1-34.
- van Steenkiste, J., Verberk, I., Versmissen, J., Dohmen, D., & Jainandunsing, S. (2024). Home blood pressure telemonitoring in the Netherlands: a pilot study in GP practices. *BMC Digit Health*, 2(16), 1-9.
- Zhang, X., Pérez-Stable, E., Bourne, P. E., Peprah, E., Duru, O. K., Breen, N., . . . Denny, J. (2017). Big Data Science: Opportunities and Challenges to Address Minority Health and Health Disparities in the 21st Century. *Ethnicity & Disease*, 27(2), 95-106.

Aan patiënten gefactureerde bedragen voor opnames in algemene ziekenhuizen

Samenvatting van de resultaten van de monitoring door het Intermutualistisch Agentschap - Analyses 2024 betreffende ziekenhuisopnames in 2022 en 2023

Mieke Dolphens — Studiedienst CM

Samenvatting

In 2024 publiceerde het Intermutualistisch Agentschap (IMA) de actualisaties van de eigen betalingen van patiënten bij ziekenhuisopnames, met bijzondere aandacht voor ereloonsupplementen op medisch vergoedbare honoraria. De analyses – op basis van de facturatiegegevens betreffende opnames in 2022 en 2023 – tonen opnieuw dat de financiële toegankelijkheid van ziekenhuisopnames onder druk staat, dat patiënten een reëel risico lopen om geconfronteerd te worden met (zeer) hoge eigen bijdragen en dat er grote verschillen zijn in de eigen betalingen tussen en binnen ziekenhuizen. Dit kan leiden tot het uitstellen of beperken van noodzakelijke zorg, tot financiële problemen bij gezondheidszorggebruik of tot het verder vergroten van ongelijkheden in toegang tot zorg.

Alles samen beschouwd, zijn de ereloon- en kamersupplementen bij ziekenhuisopnames in 2022 en 2023 verder toegenomen. Tussen de ziekenhuizen zijn er aanzienlijke verschillen, wat maakt dat niet alle ziekenhuizen over dezelfde kam geschoren kunnen worden. Belangrijk is dat niet enkel bij klassieke opnames op een eenpersoonskamer de eigen betalingen hoog kunnen oplopen, maar ook bij opnames op een twee- of meerpersoonskamer (bijvoorbeeld onder impuls van kosten voor implantaten of niet-vergoedbare betalingen) en bij dagopnames (waarbij de patiënt-e per definitie niet overnacht in het ziekenhuis). Verder beperken de eigen bijdragen voor gezondheidszorg zich niet tot eigen betalingen bij ziekenhuisopname(s).

Met deze jaarlijkse analyse, die intussen aan de achtste editie toe is, wil het IMA beleidsmakers, onderzoekers en de brede bevolking informeren over de aan patiënten gefactureerde bedragen voor hospitalisaties (meerdaags of dagopname), de impact van supplementen op de patiëntfactuur en evoluties daarin. Ook stimuleert ze de besprekingen en acties rond transparantie, voorspelbaarheid van eigen betalingen en financiële toegankelijkheid van ziekenhuiszorg. Verder voedt de jaarlijkse update van de cijfers de IMA-atlas en de websites van de ziekenfondsen met informatie over de kostprijs voor frequent voorkomende ingrepen (per ziekenhuis, kamertype en type gerechtigde).

Dit artikel vat de voornaamste bevindingen uit de publicaties samen, aangevuld met de aanbevelingen van de auteurs en enkele conclusies van CM.

Sleutelwoorden: IMA, ziekenhuizen, toegankelijkheid, tariefzekerheid, transparantie, supplementen, voor u gelezen

Inleiding

Sinds 2017 publiceert het Intermutualistisch Agentschap (IMA) jaarlijks haar ziekenhuisbarometer, een analyse van aan patiënten gefactureerde bedragen voor opnames in algemene acute (inclusief universitaire) ziekenhuizen in België (IMA, 2024). De recentste update van deze studie vergelijkt de cijfers van 2023 met deze van de voorgaande jaren (2017-2022). Voor de ereloonsupplementen op medisch vergoedbare honoraria zijn historische gegevens tot 2006 beschikbaar.

De brondata voor de analyses zijn de facturatiegegevens uit de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging (ZIV) van de zeven ziekenfondsen in België¹. Deze gegevensbank bevat voor alle personen met recht op terugbetaling uit de ZIV het detail van hun persoonlijk terugbetaalde gezondheidszorg en van hun eigen betalingen. Eigen betalingen omvatten remgelden, supplementen en betalingen voor niet-gedekte diensten en producten (laatstgenoemde zijn ook gekend als 'niet-vergoedbare betalingen'). Klassieke opnames (met minstens één overnachting in het ziekenhuis) en dagopnames (zonder overnachting in het ziekenhuis) waarvoor er een ZIV-tegemoetkoming is, zijn het onderwerp van deze studie. Dagopnames omvatten in de huidige studie de chirurgische, niet-chirurgische en oncologische daghospitalisaties. Zoals elke studie kent ook dit onderzoek een aantal beperkingen, die bij de rapportering op de IMA-website beschreven staan (IMA, 2024).

De jaarlijkse evaluaties geven diepgaandere inzichten over de eigen betalingen bij ziekenhuisopnames. Zo komen onder meer het totaalbedrag van de eigen betalingen aan bod, de hoogte van en variatie in de patiëntfactuur per opname alsook de (evoluties in) ereloonsupplementen op medisch vergoedbare honoraria en andere supplementen.

De resultaten dienen gelezen te worden tegen een veranderende context die ruimer is dan louter het ziekenhuisopnamegedeelte binnen het gezondheidszorgsysteem. Bij de interpretatie van de cijfers zijn onder meer van belang: (1) de bevestiging van de maximale percentages ereloonsupplementen (en afdrachten) bij ziekenhuisopnames, in voege sinds 28 januari 2022 en verlengd tot eind 2024 in

onderling akkoord tussen artsen en ziekenhuizen (Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2024)², (2) de hervorming van het dagziekenhuis, met onder andere een verhoogde basisfinanciering van het chirurgisch dagziekenhuis sinds 1 juli 2022 en een uitbreiding sinds 1 januari 2023 van de lijst prestaties chirurgisch dagziekenhuis (Directoraat-generaal Gezondheidszorg; Dienst Financiering van ziekenhuizen, 2022), (3) de evolutie van het Budget van Financiële Middelen, een belangrijke bron van financiering voor de werking van ziekenhuizen (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2024), (4) een toenemende ziekenhuisopnameactiviteit, waarbij daghospitalisaties toenemen zowel in aantal als in aandeel (ongeveer 60% van de opnames) en waarbij klassieke opnames verder afnemen in termen van aantal en (gemiddelde) ligduur, en (5) de introductie van thuishospitalisatie sinds 1 juli 2023 (RIZIV; Dienst voor geneeskundige verzorging, 2023).

De resultaten uit de recentste IMA-ziekenhuisbarometer objectiveren – opnieuw – de hoge eigen betalingen bij ziekenhuisopnames en de grote variaties hierin (zowel tussen als binnen ziekenhuizen), met een reëel risico op (zeer) hoge patiëntfacturen. Dit laatste geldt niet enkel voor klassieke opnames op eenpersoonskamers, maar ook – zij het minder frequent – voor opnames op twee- en meerpersoonskamers (onder impuls van bijvoorbeeld materiaalkosten of niet-vergoedbare betalingen) en voor dagopnames.

Hieronder worden de resultaten samengevat van de meest recente IMA-ziekenhuisbarometer. Eindigen doen we met de aanbevelingen van de auteurs en conclusies van CM.

1. Hoge eigen betalingen bij ziekenhuisopnames

Voor ziekenhuisopnames in 2023 betaalden patiënten samen **1,51 miljard euro**. Dit is 9,7% meer dan de 1,38 miljard euro in 2022. Dit bedrag aan eigen betalingen bestaat voor **70% (1,06 miljard euro) uit supplementen en niet-vergoedbare betalingen** waarop de huidige beschermingsmaatre-

1 De brondatabank voor de IMA-ziekenhuisbarometer bevat alle Belgisch sociaal verzekerden (ruim 11,5 miljoen mensen zijn aangesloten bij een ziekenfonds in België) en is dus breder dan deze die voorheen de ziekenhuisbarometers voedden van individuele mutualiteiten, zoals de CM-ziekenhuisbarometer (CM-leden); de vijftiende en laatste editie van de CM-ziekenhuisbarometer werd gepubliceerd in 2019 (Dolphens, Wantier, Rousseau, Ghyselen, & Landtmeters, 2020).

2 Dit is de zogenaamde 'standstill' in het kader van de lopende hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering, de herijking nomenclatuur en de beheersing van de supplementen, als tussenstap naar een wettelijke begrenzing van de aanrekenbare ereloonsupplementen (Vandenbroucke, 2022).

gelen binnen de ZIV, zoals de maximumfactuur (MAF) en de verhoogde tegemoetkoming (VT), niet van toepassing zijn. In vergelijking met 2022 is dit bedrag van supplementen en niet-vergoedbare betalingen **met 115 miljoen euro toegenomen** (+88 miljoen euro bij klassieke opnames; +27 miljoen euro bij dagopnames). Deze toename met 12,1% is groter dan deze van de remgelden, waarvoor de toename tussen 2022 en 2023 5,3% bedroeg. Deze remgelden, waarop de beschermingsmaatregelen in de ZIV wel van toepassing zijn, bedroegen 449 miljoen euro in 2023, of minder dan een derde (30%) van de eigen betalingen bij ziekenhuisopnames.

Wanneer de eigen betalingen worden opgesplitst volgens type uitgave (verblijfskosten, erelonen, apotheek, materiaal, kamersupplementen en ‘andere’), blijkt dat, alle opnames samengenomen, de **kamersupplementen procentueel het sterkst zijn toegenomen** (133 miljoen euro in 2023, +16% in vergelijking met 2022). Ook de **erelonen** bij ziekenhuisopname zijn procentueel sterk toegenomen (+11,6%, van 772 miljoen euro in 2022 naar 861 miljoen euro in 2023), waarbij de toename in ereloonsupplementen en niet-vergoedbare honoraria (+13,0%) duidelijk meer uitgesproken is dan deze van de remgelden op de erelonen (+2,6%). In daghospitalisatie valt vooral de evolutie van **andere eigen bijdragen** op (+24,7%, van 6,9 miljoen euro in 2022 naar 8,6 miljoen euro in 2023).

2. Risico op hoge patiëntfactuur bij ziekenhuisopname

Hoge eigen betalingen bij ziekenhuisopnames zijn minstens deels het gevolg van aangerekende supplementen, ondanks de bestaande beperkingen op het aanrekenen ervan (bijvoorbeeld het verbod op ereloon- en kamersupplementen in twee- en meerpersoonskamers) en maatregelen om verdere verhogingen van ereloonsupplementen te voorkomen.

Bij een ziekenhuisopname is het verschil in eigen betalingen zeer groot naargelang de kamerkeuze van de patiënt-e. Ereloonsupplementen kunnen, net als kamersupplementen, enkel worden aangerekend bij opnames op een eenpersoonskamer. Bij klassieke opnames op een eenpersoonskamer waren de gemiddelde eigen betalingen in 2023 ruim **acht keer hoger** dan bij opnames in een twee- of meerpersoonskamer (zie Tabel 1). In daghospitalisatie is het prijsverschil tussen opnames met facturatie van ereloonsupplementen versus zonder, nog meer uitgesproken. Dit **kamertype-gelieerde prijsverschil wordt groter doorheen de tijd**. Gemiddeld bedroeg in 2023 de eigen betaling voor een klassieke opname op een eenpersoonskamer 2.619 euro, dit is 7,9% duurder dan in 2022; voor een chirurgische dagopname met facturatie van ereloonsupplementen bedroeg de eigen betaling in 2023 gemiddeld 1.111 euro, wat 9,3% meer is dan in 2022.

Tabel 1: Centrum- en spreidingsmaten van de eigen betalingen per opname voor ziekenhuisopnames in 2023 in algemene acute ziekenhuizen in België volgens opname- en kamertype, in euro (Bron: IMA (2024))

	Gemiddelde				Spreiding				
	2019	2022	2023	2023/2022	P5	P25	P50	P75	P95
Klassieke opname									
• Eenpersoonskamer	€ 2.119	€ 2.426	€ 2.619	+7,9%	€ 391	€ 1.229	€ 2.016	€ 3.181	€ 6.862
• Twee- of meerpersoonskamer	€ 286	€ 306	€ 321	+4,8%	€ 22	€ 88	€ 180	€ 364	€ 1.059
Dagopname									
• Met facturatie ereloonsupplementen	€ 722	€ 781	€ 826	+5,8%	€ 13	€ 218	€ 679	€ 1.205	€ 2.174
• Zonder facturatie ereloonsupplementen	€ 55	€ 58	€ 60	+4,3%	€ 1	€ 7	€ 20	€ 48	€ 216

Afkortingen: P5 = percentiel 5; P25 = percentiel 25; P50 = percentiel 50 of mediaan; P75 = percentiel 75; P95 = percentiel 95

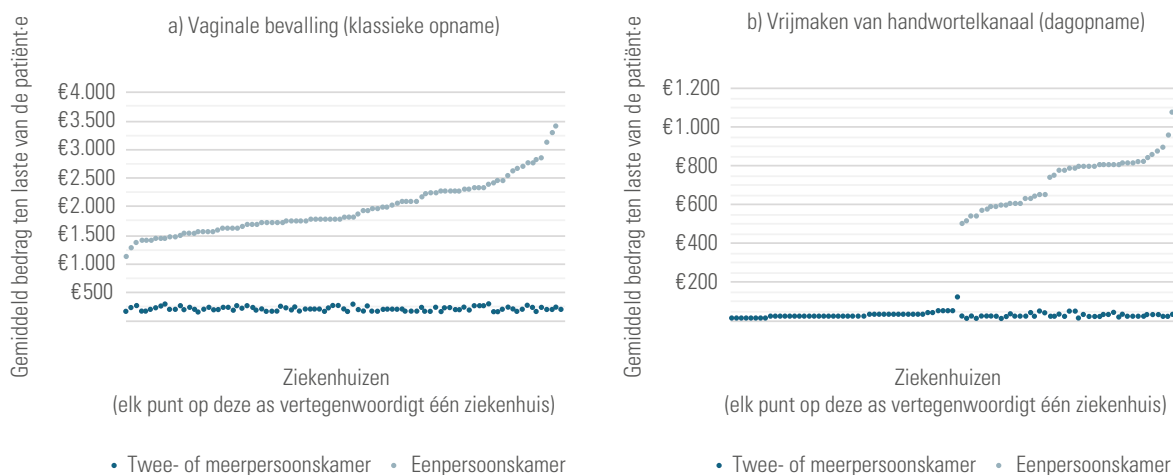
Rond de gemiddelde bedragen aan eigen betalingen is er een belangrijke variabiliteit (zie Tabel 1). Merk op dat **ook bij opnames op twee- of meerpersoonskamers de eigen betalingen hoog kunnen oplopen**, bijvoorbeeld door de kost van implantaten of niet-vergoedbare betalingen. Bij de koplopers wat betreft de hoogste eigen betalingen in dit kamertype, betaalde de patiënt-e in 2023 1.059 euro of meer bij 1 klassieke opname op 20 in een twee- of meerpersoonskamer. Analoog bedroeg de eigen betaling bij 1 chirurgische dagopname op 20 (zonder facturatie van ereloon-supplementen), 313 euro of meer.

In 2023 bedroegen de **eigen betalingen van de patiënt-e 3.000 euro of meer bij 93.213 ziekenhuisopnames**; in 2022 was dit het geval voor ‘slechts’ 76.530 opnames. Per opname overschreden de eigen betalingen 10.000 euro bij 6.084 klassieke en 63 daghospitalisaties. Hierbij wordt abstractie gemaakt van de mogelijke cumulaties van eigen betalingen (bijvoorbeeld in geval van meerdere ziekenhuisopnames in hetzelfde jaar, ambulante kosten, enz.).

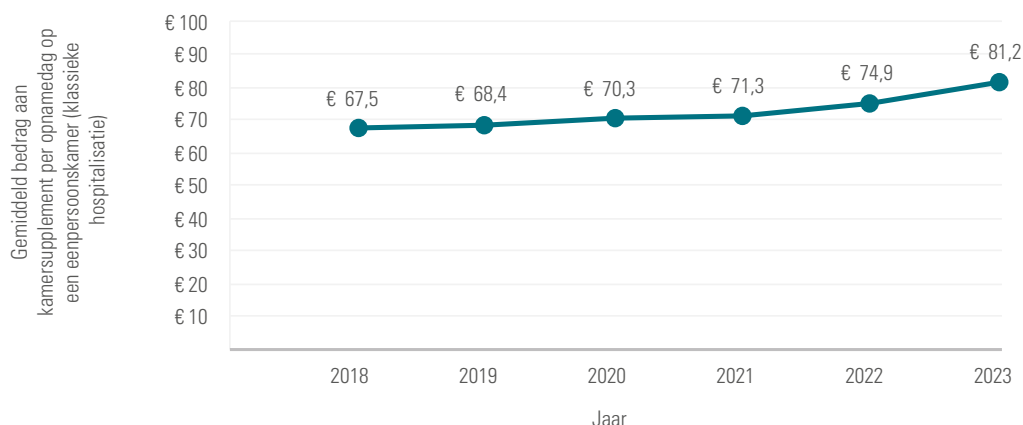
Uit deze en vorige ziekenhuisbarometers is duidelijk dat er – naast het kamertype en de pathologie of interventie – ook andere determinanten zijn die de patiëntfactuur mee kunnen bepalen. Dit zijn onder andere het ziekenhuis (variatie in tariefpraktijken tussen ziekenhuizen), het opnametype (klassieke of dagopname, waarvan geweten is dat er variaties zijn tussen ziekenhuizen, ook voor eenzelfde interventie), het sociaal statuut van de patiënt-e en patiënt-karakteristieken of -voorkeuren (zie Figuur 1, CM website path spec kostprijsinfo, CM website ziekenhuistarieven vergelijken, (IMA, 2024) (Website IMA, InterMutualistisch Agentschap, IMA Atlas, 2025; IMA, 2024).

Wat de **kamersupplementen** betreft, is er een **toename** te zien in het **gemiddeld bedrag per dag** op een eenpersoonskamer (+8,4% van 2022 naar 2023; zie Figuur 2).

Figuur 1: Gemiddeld bedrag ten laste van de patiënt-e in 2023 bij een vaginale bevalling (klassieke opname) en bij het vrijmaken van een handwortelkanaal (dagopname) per ziekenhuis en per kamertype, in euro (Bron: IMA (IMA, 2024))



Figuur 2: Evolutie 2018-2023 van het gemiddelde tarief van kamersupplement per dag in euro bij klassieke hospitalisatie op een eenpersoonskamer (Bron: IMA (IMA, 2024))



3. Ereloonsupplementen op medisch vergoedbare honoraria

Ereloonsupplementen op artsenhonoraria vertegenwoordigen twee derde (66%) van alle supplementen en niet-vergoedbare betalingen gefactureerd aan de patiënt-e bij ziekenhuisopnames, en vormen bijna de helft (46%) van de totaliteit aan eigen betalingen bij ziekenhuisopnames. Van het **totaalbedrag aan medische ereloonsupplementen** ten belope van **697 miljoen euro in 2023**, had 571 miljoen euro (82%) betrekking op klassieke opnames en 125 miljoen euro (18%) op dagopnames.

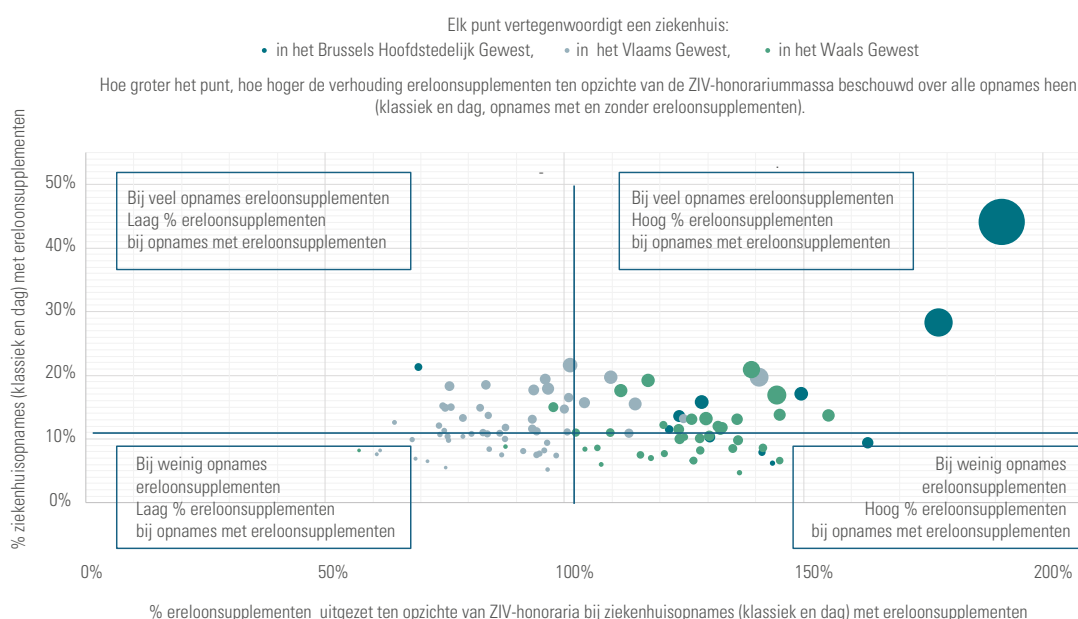
In absolute waarde is het totaalbedrag aan medische ereloonsupplementen bij ziekenhuisopnames in 2023 **81 miljoen euro hoger dan in 2022 (+13,1%; +63 miljoen euro bij klassieke opnames, +16 miljoen euro bij dagopnames)**. Dit is een **sterkere groei dan die van de ZIV-honoraria bij opnames (+8,7%; 3,7 miljard euro in 2023 alle kamer- en opnametypes samen beschouwd)**. In het bijzonder bij klassieke opnames was de groei van de ereloonsupplementen tegenover 2022 (+12,5%) aanzienlijk hoger dan deze van de ZIV-honoraria (+5,4%). Alle kamer- en hospitalisatietypes samen beschouwd, neemt de verhouding tussen ereloonsupplementen en ZIV-honoraria toe doorheen de tijd (18,2% in 2015; 19,6% in 2017; 20,6% in 2019; 21,6% in 2023).

Wanneer enkel die ziekenhuisopnames worden beschouwd waarbij ereloonsupplementen worden gefactureerd (= 19,9% van de klassieke opnames en 7,1% van de dagopnames), stellen we vast dat het totaalbedrag aan ereloonsupplementen, uitgezet tegen het totaalbedrag aan ZIV-honoraria (1) verder toegenomen is (107,4% in 2023 ten opzichte van 106,1% in 2022), en (2) hoger is in daghospitalisatie dan bij klassieke opnames (128,7% in daghospitalisatie; 103,6% bij klassieke opnames).

Bij 28,5% van de dagopnames waarbij in 2023 ereloonsupplementen werden gefactureerd, bedroegen de **ereloonsupplementen meer dan 1.000 euro. Deze supplementen waren hoger dan 3.000 euro per opname bij 13% (n=44.431) van de klassieke opnames waarbij ereloonsupplementen zijn gefactureerd en bij 6% hoger dan 10.000 euro (n=2.789).**

De update van de IMA-ziekenhuisbarometer herbevestigt dat er **grote praktijkverschillen zijn tussen ziekenhuizen en tussen zorgverleners** (ook binnen eenzelfde specialisme) in het aandeel ziekenhuisopnames waarbij ereloonsupplementen worden gefactureerd, in het ereloonsupplementenpercentage dat wordt toegepast ten opzichte van de ZIV-honoraria en in de bedragen aan ereloonsupplementen (zelfs voor eenzelfde interventie binnen eenzelfde ziekenhuis). In het meest extreme geval – dat niet representatief voor de ganse sector – worden (gemiddeld zeer hoge) ereloonsupplementen gefactureerd bij ruim 44% van

Figuur 3: Percentage opnames (klassiek + dag) met facturatie van ereloonsupplementen tegenover het gemiddeld percentage ereloonsupplementen ten opzichte van ZIV-honoraria voor die opnames met facturatie van ereloonsupplementen (eenpersoonskamers), per ziekenhuis voor opnames in 2023 (Bron: IMA-atlas)



de opnames (klassiek en dag samen), met als resultaat dat voor elke 100 euro ZIV-honoraria die wordt gefactureerd bij opnames (onafhankelijk van kamertype), er bijkomend 95,3 euro aan ereloonsupplementen wordt gefactureerd. Aan de andere kant van het spectrum zijn er ziekenhuizen die bij minder dan 5% van de opnames ereloonsupplementen factureren, bij wie de verhouding ereloonsupplementen op ZIV-honoraria voor opnames op eenpersoonskamers 57,1% is of bij wie het globale percentage ereloonsupplementen (alle kamer- en opnametypes samen beschouwd) 7,5% is wat betekent dat voor elke 100 euro ZIV-honoraria gefactureerd bij opnames, er bijkomend 7,5 euro ereloonsupplementen wordt gefactureerd (zie Figuur 3).

- De patiënt-e moet voorafgaandelijk, correct en op diens maat worden geïnformeerd over de kostprijs van een opname, ook in absolute bedragen, met differentiatie volgens kamertype en sociaal statuut;
- De bescherming tegen hoge patiëntfacturen dient versterkt, met inbegrip van gevallen met complicaties;
- De financiële toegankelijkheid van elk kamertype bij ziekenhuisopname moet verbeterd worden;
- Er is een evolutie nodig naar een vaste prijs voor de patiënt-e voor bepaalde ingrepen of interventies, zodat deze op voorhand weet wat betaald moet worden;
- Een bredere transparantie moet gegarandeerd worden:
 - Totale transparantie over alle eigen bijdragen van de patiënt-e, ook voor ambulante zorg;
 - Transparantie over de supplementen, afdrachten en hun aanwending;
 - Diagnostische informatie, wat zou toelaten de analyses verder te verfijnen.

4. Aanbevelingen van de IMA-auteurs

De voornaamste aanbevelingen op basis van dit onderzoek hebben betrekking op het belang van **goede financiële informatie op maat van de patiënt-e**, het versterken van de **financiële toegankelijkheid en tariefzekerheid voor de patiënt-e**, en **het verbeteren van de transparantie**.

Besluit van CM

De actualisatie van de IMA-ziekenhuisbarometer bevestigt en versterkt wederom dat de financiële toegankelijkheid van ziekenhuisopnames onder druk staat en dat patiënten een reëel risico lopen op (zeer) hoge eigen bijdragen, die minstens gedeeltelijk voortvloeien uit supplementen die aan de patiënt-e worden aangerekend. Dat deze eigen bijdragen zo hoog kunnen oplopen vermindert niet enkel de prijstransparantie en tariefzekerheid. Evenzeer holt dit de inspanningen die de gemeenschap levert voor de ziekte-verzekering uit en tast het de effectiviteit ervan aan. Hoge eigen bijdragen zetten de toegankelijkheid van de gezondheidszorg onder druk, kunnen aanleiding geven tot uitstel van zorg en kunnen ongelijkheden in toegang tot zorg verder vergroten. Tweesporengeneeskunde bestendigt zich. Het probleem van de stijgende (ereloon)supplementen is duidelijk nog niet van de baan, niettegenstaande de *standstill* die werd afgesproken door en met de zorgaanbieders, maar dewelke afgelopen is op 31 december 2024. We stellen vast dat ook andere supplementen toenemen, zoals bijvoorbeeld kamersupplementen en niet-vergoedbare honoraria. Ook andere elementen, zoals bijvoorbeeld niet-vergoedbare betalingen en materiaalkosten, kunnen de eigen bijdrage van de patiënt-e de hoogte kunnen inja-gen, los van diens kamerkeuze.

Vanuit internationaal perspectief, zijn in België (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023; OECD Health Statistics, 2022; Gerkens, et al., 2024):

- (1) de *out-of-pocket* uitgaven voor gezondheidszorg hoog;
- (2) de eigen betalingen voor medische zorg ten opzichte van de totale consumptie van gezinnen hoger dan het EU-gemiddelde;
- (3) het aandeel van de uitgaven voor gezondheidszorg voor intramurale zorg (waartoe onder andere de ziekenhuizen behoren) en langdurige zorg (zorg met verblijf; omvat curatieve revalidatiezorg, al dan niet in het ziekenhuis) hoog;
- (4) de eigen betalingen voor klassieke hospitalisatie hoger dan de EU-14 en EU-27-gemiddelden;
- (5) het aantal bedden voor acute zorg per 1.000 inwoners hoger dan het EU-gemiddelde.

CM onderschrijft de aanbevelingen uit de IMA-studie volmondig. Voor CM laat deze IMA-ziekenhuisbarometer daarenboven opnieuw zien dat **de hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering (inclusief de herijking van de nomenclatuur en de beheersing van de**

supplementen) – maar in feite de **hertekening van het ganse zorglandschap** – onverwijld verder gezet moeten worden, over bevoegdheidsgrenzen heen, met de **Quintuple Aim** als kompas. Niettegenstaande de zeer aanzienlijke overheidsuitgaven voor de ziekenhuissector, blijven de eigen betalingen bij ziekenhuisopnames immers hoog en onvoorspelbaar voor de patiënt-e. Dit belet niet dat de Belgische ziekenhuissector financieel fragiel is (de bedrijfskosten stijgen meer dan de bedrijfsopbrengsten), zo toont de MAHA-analyse (Belfius, 2024), en - net als andere sectoren – kampt met personeelsuitdagingen. Potentiële verschuivingen van kosten of (financiële) risico's richting patiënt-e (bijvoorbeeld naar kostenposten die op heden weinig gereguleerd zijn, naar de ambulante setting of naar andere actoren binnen het zorg-ecosysteem) dienen niet enkel nauwgezet en proactief gemonitord, maar ook (wettelijk) geplafonneerd te worden, indien deze ontsporen. Dit als eerste stap in de richting van het **stapsgewijs wegwerken van supplementen bij ziekenhuisopname**, waarbij ook onredelijke kamertype-gelieerde verschillen in de eigen bijdrage van patiënten verdwijnen. CM vindt immers dat, in de toekomst, **eenpersoonkamers de standaard zouden moeten worden bij klassieke ziekenhuisopnames**, waar dit op heden twee- of meerpersoonkamers zijn. Ruimer beschouwd pleit CM voor **publieke kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuiszorg** zodat patiënten een geïnformeerde keuze kunnen maken. Verder dient geïnvesteerd in **revalidatie, herstelverblijven en aangepaste vervoersdiensten** voor mensen met een verlies aan autonomie of bijzondere kwetsbaarheden, zodat zij toegang hebben tot gezondheidsdiensten. Toegankelijkheid beperkt zich immers geenszins tot financiële toegankelijkheid.

CM blijft onverminderd ijveren voor goede financiële informatie voor haar leden (onder andere via CM-website infographics), naast het voeren van beleidsmatige acties inzake de verbetering van tariefzekerheid, (financiële) toegankelijkheid van ziekenhuiszorg en transparantie. Toekomstige studies zijn gepland onder andere op het ambulante zorggedeelte, waar binnenkort meer transparantie zal zijn over de eigen bijdrage van de patiënt-e (RIZIV, 2023) hetgeen tot op vandaag - minstens deels - ontbreekt.

Bibliografie

- Belfius. (2024). *MAHA-sectoranalyse*. Opgehaald van <https://www.belfius.be/publicsocial/NL/onze-expertise/onze-studies/maha/index.aspx>.
- Bruyneel, L., Kestens, W., De Wolf, F., Di Zinno, T., Dolphens, M., & Landtmeters, B. (2024). *IMA rapport - Inventaris van aan patiënten gefactureerde bedragen voor verblijven in algemene acute ziekenhuizen: gegevens 2022*. Brussel: IMA Inter mutualistisch Agentschap.
- CM. (2023). *CM-MC Memorandum - Bouwstenen voor een beter Bruto Binnenlands Welzijn. Federale, regionale en Europese verkiezingen 2024*. Brussel: Christelijke Mutualiteiten.
- Directoraat-generaal Gezondheidszorg; Dienst Financiering van ziekenhuizen. (2022). *Omzendbrief aan de beheerders, algemene en financiële directie en hoofdartsen van de algemene ziekenhuizen. Hervorming van de financiering dagziekenhuis vanaf 1 januari 2023*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Dolphens, M., Wantier, M., Rousseau, B., Ghyselen, E., & Landtmeters, B. (2020). CM ziekenhuisbarometer 2019. *CM-Informatie*, 279, 12-19.
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2024). *Cijfers en rapporten*. Opgehaald van Evolutie van het BFM 1 juli 2023 per onderdeel en per budgettype: <https://www.health.belgium.be/nl/23-evolutie-van-het-bfm-op-1-juli-onderdeel-en-budgettype>.
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024). *KCE Report 376A. Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024*. Brussel: KCE.
- IMA. (2024). *Ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt*. Opgehaald van www.ima-aim.be: <https://www.ima-aim.be/Ziekenhuiskosten-ten-laste-van-de>.
- Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023. (BS 8 februari 2022).
- OECD Health Statistics. (2022). *Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database*.
- OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *België: Landenprofiel Gezondheid 2023, State of Health in the EU*. OECD Publishing: Paris.
- RIZIV. (2023). *Artsen: elektronische facturatie en transparant info bezorgen aan de ziekenfondsen*.
- RIZIV; Dienst voor geneeskundige verzorging. (2023). *Omzendbrief aan de algemene ziekenhuizen (OMZ. ZH. 2023/09)*. Brussel: RIZIV.
- Vandenbroucke, F. (2022). *Hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering*.
- Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2024). *Collectieve overeenkomst 2024 over het stabiliseren van de honorariumsupplementen en afdrachten*.
- Website IMA, InterMutualistisch Agentschap, IMA Atlas. (2025). *IMA Atlas*. (I. Agentschap, Redacteur) Opgehaald van IMA Atlas: <https://aim-ima.be/IMA-Atlas>.
- Wet van 6 november 2023 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg. (BS 24.11.2023). *Belgisch Staatsblad*, 109991-2.

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

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

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

Inhoud

Edito: Moeilijk bereikbare zorg · 02

Studie: Zorggebruik van ouderen · 06

Literatuuroverzicht · 07

Methode · 09

Resultaten · 12

Bespreking van de resultaten · 26

Aanbevelingen · 33

Studie: De digitale kloof en toegankelijkheid van gezondheidszorg · 38

Literatuuroverzicht · 39

Digitalisering in België · 40

Toegang tot gezondheidszorg in een digitale context · 41

De ingrijpende transformatie die digitalisering teweegbrengt · 48

Aanbevelingen · 50

Voor u gelezen:

Aan patiënten gefactureerde bedragen voor opnames in algemene ziekenhuizen (IMA) · 54

Colofon

Verantwoordelijke uitgever

Hoofdredactie

Eindredactie

Redactiecomité

Luc Van Gorp, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel

Nicolas Rossignol

Rebekka Verniest, Svetlana Sholokhova

Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens,

Clara Noirhomme, Nicolas Rossignol, Svetlana Sholokhova,

Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest

Gevaert Graphics

Lay-out

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"