



4 TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG

Toegankelijkheid kan worden gedefinieerd als de mate waarin de bevolking gemakkelijk toegang heeft tot gezondheidsdiensten. Het gaat om fysieke toegang, kosten, tijd en beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel.²⁶ Toegankelijkheid wordt beïnvloed door beslissingen over het genereren en inzetten van middelen en wordt geanalyseerd aan de hand van drie subdimensies: financiële toegankelijkheid, spreiding van zorgpersoneel en spreiding van de gezondheidsdiensten

Ter voorbereiding van het huidige rapport vond een herziening plaats van het Belgische conceptuele kader (zie KCE-rapport 370).¹⁰ Er werd een grondige herziening uitgevoerd van de dimensie toegankelijkheid met het dubbele doel om het aantal indicatoren terug te brengen tot de meest relevante in de Belgische context en om mogelijk ontbrekende indicatoren te identificeren. Als gevolg hiervan werden 18 indicatoren geselecteerd om de toegankelijkheid van het gezondheidssysteem te evalueren waarvan 9 indicatoren met betrekking tot financiële toegankelijkheid (Tabel 7), 3 indicatoren over de spreiding van zorgpersoneel (Tabel 8) en 6 indicatoren over de spreiding van de gezondheidsdiensten (Tabel 9). Ten opzichte van het vorige rapport zijn er 9 nieuwe indicatoren, terwijl een aantal eerder opgenomen indicatoren werd hernummerd.²¹

4.1 Financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg

België onderschrijft de doelstellingen van een universele ziekteverzekering (UHC), d.w.z. dat iedereen een beroep moet kunnen doen op gezondheidszorg van hoge kwaliteit, zonder een risico te lopen op financiële problemen.^{22, 42}

Het vermogen van een gezondheidssysteem om zijn bevolking betaalbare gezondheidszorg te bieden op basis van zorgnood, hangt mee af van hoe de bevolking betaalt voor gezondheidszorg en hoe er wordt omgegaan met gezondheidsrisico's. In welke mate is er solidariteit tussen hoge en lage risico's en tussen hoge en lage inkomens?²² Financiële (of betaalbare) toegang tot gezondheidszorg wordt dus bepaald door beslissingen over 'het genereren en inzetten van financiële middelen', en kan worden beschreven aan de hand van drie dimensies: de verzekerde populatie (wie wordt

gedekt?), het verzekerde pakket (wat wordt gedekt?) en het aandeel van de kosten dat door de ziekteverzekering verzekerd is (welke kosten zijn gedekt?).

Wie wordt gedekt?

Om de doelstellingen van een universele ziekteverzekering te bereiken, zou de volledige bevolking gedekt moeten worden. In de praktijk is het echter bijna altijd nauwer gespecificeerd en worden bepaalde groepen uitgesloten, aan de hand van criteria zoals wettige verblijfplaats (de meeste EU-landen, waaronder België) en/of betaling van bijdragen (de meeste EU-landen met een sociale ziekteverzekering, waaronder België).⁴²⁻⁴⁵ Vergelijkend onderzoek suggereert dat significante gaten in de dekking van de bevolking zich eerder voordoen in landen die het recht op gezondheidszorg baseren op de betaling van sociale bijdragen dan in landen die het recht baseren op de verblijfplaats en alle inwoners automatisch dekken (niet alleen de wettelijke bevolking).⁴³

De dekking door de verplichte ziekteverzekering (indicator A-1, zie Tabel 7) was bijna universeel in het afgelopen decennium (van 98,9% in 2012 naar 99,1% in 2022). Er zijn echter nog steeds financiële en/of administratieve belemmeringen die een volledige dekking van de bevolking in de weg staan.^{42, 45} Het percentage niet-verzekerden was iets hoger bij mannen, jongere volwassenen (leeftijdsgroep 20-39 jaar) en in Brussel. Het percentage lag eveneens lager bij Belgen die in het buitenland wonen, maar nog steeds zijn aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds. Wanneer we deze groep Belgen die in het buitenland wonen niet meerekenen, zou de dekking van de verplichte ziekteverzekering 99,4% bedragen in 2022.

Merk op dat personen die niet aangesloten zijn bij een ziekenfonds (bv. mensen zonder wettig verblijf, asielzoekers (afhankelijk van de status van hun aanvraag)) niet gedekt worden door de verplichte ziekteverzekering en niet onder de definitie van 'bevolking' vallen voor deze indicator. Deze groepen kunnen een beroep doen op aparte systemen voor gezondheidszorg met toegang tot een beperktere korf van gezondheidsdiensten (voor meer details over gezondheidszorg voor kwetsbare groepen, zie ook Tekstbox 9 in het Performantierapport van 2019).²¹ Er bestaan geen goede gegevens over de omvang van deze bevolkingsgroepen die niet gedekt worden door de verplichte



ziekteverzekering. Het is echter wel de intentie om de bevolking die onder het systeem van de verplichte ziekteverzekering valt verder uit te breiden. Zo werd in januari 2023 zorg voor gedetineerden en geplaatste geïnterneerden buiten de gevangenis of inrichting geïntegreerd in het algemene systeem.⁴⁶

Recente, betrouwbare en exhaustieve gegevens over het aantal personen met een private ziekteverzekering zijn momenteel niet beschikbaar.

Wat wordt gedekt?

Het Belgische verplichte ziekteverzekering dekt een brede waaier aan diensten. Er werden geen indicatoren gedefinieerd om de omvang van het verzekerde pakket (diensten die volledig of gedeeltelijk worden terugbetaald door de ziekteverzekering) te meten. De diensten die gedekt zijn door de verplichte ziekteverzekering worden beschreven in het nationale tariefregeling (de zogenaamde nomenclatuur).⁴⁷ Diensten die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, worden niet terugbetaald.

De mate waarin verschillende gezondheidsdiensten worden gefinancierd via eigen betalingen geeft een gedeeltelijke indicatie van de belangrijkste lacunes in de dekking van de gezondheidszorg. In België bedraagt het aandeel van eigen betalingen in de totale gezondheidsuitgaven 65% voor tandheelkundige zorg, 56% voor medische hulpmiddelen en 34% voor ambulante geneesmiddelen in 2021. Naast remgelden en supplementen zijn deze hoge aandelen het resultaat van niet-gedekte diensten en producten.

Hoeveel van de zorgkosten zijn gedekt?

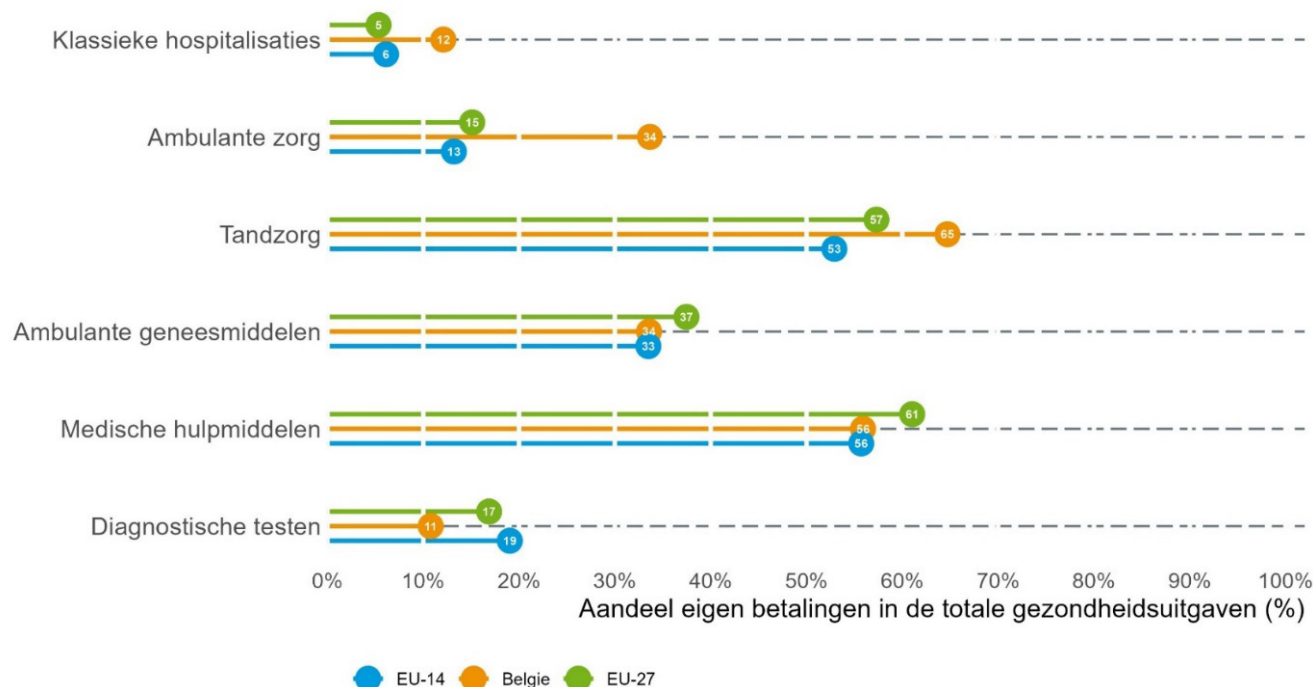
De eigen betalingen in België zijn hoog

Gezondheidszorg wordt over het algemeen als financieel ontoegankelijk beschouwd wanneer mensen het gebruik van noodzakelijke zorg beperken of uitstellen vanwege (buitensporig) hoge kosten, of wanneer ze andere basisbehoeften niet kunnen voldoen omwille van zorguitgaven. De financiële toegankelijkheid kan worden ondermijnd door eigen betalingen

voor gezondheidszorg. **Eigen betalingen** zijn uitgaven die rechtstreeks door een patiënt worden gedragen bij gebruik van gezondheidszorg, omdat de verplichte of vrijwillige ziekteverzekering de (volledige) kosten van de gezondheidsdiensten of -producten niet dekt.¹⁷ Ze omvatten remgelden, supplementen en directe betalingen voor niet-gedekte diensten en producten. Alle landen maken gebruik van eigen betalingen om een deel van de gezondheidszorg te betalen, zij het in verschillende mate en met verschillende regelingen voor om kosten te verdelen tussen de patiënt en de ziekteverzekering. Onderzoek toont aan dat eigen betalingen geen goed instrument zijn om mensen te sturen en ertoe aan te zetten middelen efficiënter te gebruiken en dat ze een negatieve impact kunnen hebben op de billijkheid en de efficiëntie.^{44, 48-51} Lage-inkomsgroepen worden onevenredig zwaar getroffen door hogere eigen betalingen, omdat ze een hogere zorgnood hebben, prijsgevoeliger zijn en over beperktere middelen beschikken dan andere inkomsgroepen.

De eigen betalingen zijn het afgelopen decennium (2011 tot 2021) met 30% gestegen. Remgelden vertegenwoordigen slechts één vijfde van de totale geschatte eigen betalingen in 2021. **Als aandeel van de totale gezondheidsuitgaven** zijn de eigen betalingen gedaald van 19,6% in 2011 tot 17,9% in 2021 (**indicator A-2**, zie Tabel 7). Deze globaal dalende trend werd onderbroken door een sterke stijging in 2019 (19,8%), gevolgd door een daling in 2020 (17,4%) en een herstel in 2021 (17,9%) (zie ook sectie 8.4). Het aandeel eigen betalingen in 2021 was merkkelijk hoger in het Belgische gezondheidssysteem dan in buurlanden zoals Luxemburg (8,9%), Frankrijk (8,9%), Nederland (9,3%) en Duitsland (12,0%).

Figuur 2 toont aan dat de eigen betalingen als aandeel van de totale gezondheidsuitgaven in 2021 het hoogst waren voor tandheelkundige zorg (65% tegenover 55% in 2011), medische hulpmiddelen (56%), ambulante zorg en ambulante geneesmiddelen (beide bijna 34%). Bovendien lagen de eigen betalingen voor tandheelkundige zorg, ambulante zorg en klassieke hospitalisatie in 2021 boven de EU-14- en EU-27-gemiddelden.

**Figuur 2 – Aandeel eigen betalingen in de totale gezondheidsuitgaven, per type zorg (2021)**

*Opmerkingen: De categorie ambulante zorg is exclusief tandheelkundige zorg
Bron: Gezondheidsrekeningen (System of Health Accounts of SHA)*

Gemeten **als aandeel van de totale consumptie van gezinnen**, daalden de eigen betalingen voor medische zorg licht van 4,0% in 2011 tot 3,7% in 2021 (**indicator A-3**, zie Tabel 7), maar lagen ze over de hele periode consistent boven het EU-gemiddelde (2,9% in 2021 in EU-14 en EU-27). Meer informatie over de impact van de COVID-19-crisis is te vinden in sectie 8.4. Volgens het Huishoudbudgetonderzoek (HBO) van Statbel hebben gezinnen in 2020 € 1.805 uitgegeven aan gezondheidszorg. Een hoger

bedrag dan vóór de COVID-19-crisis, toen de uitgaven voor gezondheidszorg € 1.639 bedroegen, onder andere omwille van verhoogde uitgaven voor medische hulpmiddelen (waaronder gezichtsmaskers en ontsmettingsmiddelen) en fysiotherapie/revalidatie. Zowel in absolute waarde als in aandeel van de totale consumptie van gezinnen waren de eigen betalingen hoger voor gezinnen met meer financiële middelen, waarbij



de kloof tussen hoge en lage inkomens tussen 2018 en 2020 verder toenam (zie ook sectie 7.1).

Ereloonsupplementen als belangrijkste factor van eigen betalingen in de ziekenhuiszorg

Hoge eigen betalingen in ziekenhuiszorg zijn (ten minste gedeeltelijk) het resultaat van supplementen die aan de patiënt worden aangerekend, ondanks belangrijke beperkingen op het aanrekenen van supplementen, zoals het verbod op ereloon- en kamersupplementen in twee- en meerpersoonskamers.

De eigen betalingen voor ziekenhuiszorg (indicator A-5, zie Tabel 7) bedroegen 17,6% van de totale uitgaven voor ziekenhuiszorg in 2021 (exclusief budgettaire twaalfden)^k en bestonden in 2021 voor 69% uit supplementen (en directe betalingen). Ereloonsupplementen vertegenwoordigden 70% van alle supplementen of bijna 50% van alle eigen betalingen voor ziekenhuiszorg. Het aandeel van de eigen betalingen voor ziekenhuiszorg was merklijk hoger in Brussel (23,2% in 2021).

Gemiddeld moest een patiënt in 2021 € 660 bijdragen aan eigen betalingen voor een klassieke hospitalisatie, waarvan € 206 remgelden en € 454 supplementen (en directe betalingen). Voor een dagopnamen bedroegen de eigen bijdragen in 2021 gemiddeld € 110, waarvan € 33 remgelden en € 78 supplementen. Er was echter belangrijke variabiliteit: (1) 18,0% van de klassieke hospitalisatie in 2021 had eigen betalingen van meer dan € 1.000; (2) 10% van de patiënten en 10% van de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming hadden eigen betalingen van respectievelijk meer dan € 1.777 en € 777 voor een klassieke hospitalisatie in 2021; (3) de gemiddelde eigen betalingen van klassieke hospitalisatie in een éénpersoonskamer waren bijna acht keer hoger dan in twee- of

meerpersoonskamers, voornamelijk als gevolg van het verschil in supplementen.

Supplementen verminderen de prijstransparantie en de prijszekerheid voor de patiënt. Ze kunnen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg verminderen, te meer omdat de huidige beschermingsmaatregelen, zoals de maximale facturering (MAF) en de verhoogde tegemoetkoming, gericht zijn op remgelden en niet van toepassing zijn op supplementen. In 2022 werd, als eerste stap in het terugdringen van de ereloonsupplementen, het maximale ereloonsupplement bevroren op ziekenhuisniveau.^{52, 53} Hoewel deze maatregel verdere verhogingen voorkomt, pakt hij de bestaande verschillen tussen ziekenhuizen niet aan.⁴²

Toegang tot overeengekomen tarieven in ambulante zorg

Ereloonsupplementen zijn eveneens wijdverspreid in ambulante zorg. In tegenstelling tot supplementen in ziekenhuiszorg, is er amper regelgeving voor supplementen in ambulante zorg.⁵⁴ Bovendien is er momenteel slechts in beperkte mate informatie beschikbaar over de aangerekende supplementen en kost van niet-gedekte diensten in ambulante zorg. In geval van elektronische facturatie is recent echter de registratie van supplementen in ambulante zorg verplicht, met de bedoeling om in een later stadium ook informatie te verzamelen over eigen betalingen voor niet-gedekte diensten. Artsen en tandartsen zijn verplicht om ten laatste vanaf september 2025 elektronische te factureren.^{52, 53}

Bij gebrek aan directe informatie over supplementen in ambulante zorg werd gebruik gemaakt van indirecte informatie om de betaalbare toegang van ambulante zorg te meten. Aan de hand van twee indicatoren meten we het activiteitsaandeel in ambulante zorg van respectievelijk artsen en tandartsen die geen supplementen in rekening brengen en zo hun patiënten prijszekerheid en transparantie bieden.

^k De eigen betalingen voor ziekenhuiszorg zoals getoond in indicator A-5 en Figuur 2 verschillen in waarde. Ze werden verkregen uit verschillende bronnen en dienen verschillende doeleinden. Voor indicator A-5 werden gegevens op patiëntniveau van IMA geanalyseerd en werd geen rekening gehouden met de budgettaire twaalfden in het ziekenhuisbudget (die niet op

eenvoudige manier kunnen worden toegewezen aan individuele patiënten), hetgeen leidde tot een overschatting van het aandeel eigen betalingen. Voor Figuur 2 werden geaggregeerde en internationaal vergelijkbare gegevens van de gezondheidsrekeningen (system of health accounts, SHA) gebruikt die wel rekening houden met de budgettaire twaalfden.



In België zijn artsen vrij om de tariefovereenkomsten te onderschrijven die onderhandeld werden tussen vertegenwoordigers van de artsen en de ziekenfondsen. Artsen die de overeenkomst aanvaardden, zogenaamde "geconventioneerde" artsen, verbinden zich ertoe de officiële tarieven toe te passen en dus geen supplementen aan patiënten aan te rekenen. De anderen, die "gedeeltelijk geconventioneerd" of "niet-geconventioneerd" zijn, mogen zelf ereloonsupplementen bepalen en in rekening brengen bovenop het officiële tarief, ook voor gezinnen met een laag inkomen (zie ook sectie 7.1).

Het **activiteitsaandeel van de geconventioneerde huisartsen (indicator A-8, zie Tabel 7)** was hoog en nam verder toe van 83,1% in 2012 naar 87,3% in 2021 (90,1% in Vlaanderen, 84,4% in Wallonië en 71,2% in Brussel). Anderzijds werd minder dan de helft van de ambulante raadplegingen van **medische specialisten** uitgevoerd door geconventioneerde medische specialisten (**indicator A-8, zie Tabel 7**), met een licht dalende tendens in de tijd (44,0% in België, 37,1% in Vlaanderen, 55,8% in Wallonië en 43,6% in Brussel). Er werd een grote variatie vastgesteld in het aandeel van ambulante activiteit van geconventioneerde artsen tussen medische specialismen gaande van een laag percentage van 11,1% voor dermatologen tot een hoog percentage van 91,1% voor oncologen, met andere specialismen daartussenin, zoals oogartsen (16,9%), gynaecologen (21,3%), urologen (35,8%), cardiologen (58,3%) en pediaters (70,7%).

Het **aandeel van ambulante activiteit van geconventioneerde tandartsen (indicator A-9, zie Tabel 7)** daalde van 34,3% in 2012 naar 26,3% in 2021 (16,6% in Vlaanderen, 40,4% in Wallonië en 45,4% in Brussel). Slechts 1 op de 4 patiëntcontacten werd uitgevoerd door een geconventioneerde tandarts. Met een activiteitsaandeel van minder dan 2% in 2021 wordt het moeilijk, zo niet onmogelijk, om een geconventioneerde orthodontist of parodontoloog te vinden. Het activiteitsaandeel van geconventioneerde algemene tandartsen bedroeg 29,1% in 2021.

Eigen betalingen kunnen leiden tot financiële problemen

Door de kosten naar gezinnen te verschuiven, kunnen eigen betalingen een financiële last vormen en leiden tot financiële problemen voor mensen die gebruikmaken van gezondheidszorg, in het bijzonder voor personen met hoge zorgbehoeften of gezinnen met beperkte middelen. **Catastrofale gezondheidsuitgaven (indicator A-4, zie Tabel 7)** is een veelgebruikte indicator om na te gaan op basis van HBO data van Statbel in welke mate mensen in België worden beschermd tegen financiële problemen bij gebruik van gezondheidszorg. We spreken van catastrofale gezondheidsuitgaven indien de eigen betalingen meer dan 40% bedragen van de capaciteit van een gezin om te betalen voor gezondheidszorg, waarbij de capaciteit om te betalen wordt gedefinieerd als de totale consumptie van het gezin min een standaardbedrag om basisbehoeften te dekken (voedsel, huisvesting en nutsvoorzieningen).^{48, 55, 56} Een correctie voor uitgaven voor basisbehoeften is nodig, omdat arme gezinnen relatief meer van hun middelen besteden aan het voldoen van basisbehoeften en mogelijk een afweging moeten maken tussen basisbehoeften en gezondheidszorg.

De incidentie van catastrofale gezondheidsuitgaven in België bedroeg 3,8% van de gezinnen in 2018 en 5,2% in 2020, tijdens de COVID-19-pandemie. Er is echter voorzichtigheid geboden bij het vergelijken van de incidentie in 2020 met voorgaande jaren, aangezien COVID-19 een diepgaande invloed had op de consumptiepatronen van gezinnen en op de waren voor gezondheidszorg (zie ook sectie 8.4). De gezondheidsdiensten die gemiddeld genomen het sterkst bijdragen tot catastrofale gezondheidsuitgaven waren medische hulpmiddelen, fysiotherapie/revalidatie, tandheelkundige zorg en klassieke hospitalisatie (minder uitgesproken voor klassieke hospitalisatie in 2020 gezien het uitstel van niet-dringende zorg omwille van COVID-19). In het armste kwintiel droegen eigen betalingen voor ambulante geneesmiddelen dan weer in belangrijke mate bij tot catastrofale gezondheidsuitgaven.

De incidentie van catastrofale gezondheidsuitgaven was aanzienlijk hoger bij gezinnen in het armste kwintiel (12,2% in 2020), gezinnen met een laagopgeleid, inactief of werkloos gezinshoofd (respectievelijk 8,2%, 10,5% en 8,5% in 2020) (zie ook sectie 7.1).



In vergelijking met andere EU-landen lag het pre-COVID-19 percentage van catastrofale gezondheidsuitgaven in België (3,8% in 2018) onder het EU-14-gemiddelde (4,3%) en het EU-27-gemiddelde (6,5%), maar boven de percentages in de buurlanden.

Eigen betalingen kunnen financiële drempels creëren in de toegang tot gezondheidszorg

Eigen betalingen kunnen een financiële drempel creëren in de toegang tot gezondheidszorgdiensten en -behandelingen, wat ertoe kan leiden dat mensen afzien van gezondheidszorg of het gebruik ervan uitstellen (beter bekend als onvervulde zorgbehoeften), met mogelijk nadelige gevolgen voor hun gezondheid.^{22, 57}

Op basis van de EU-SILC-gegevens konden we nagaan dat in 2022 de incidentie van **zelf-gerapporteerde onvervulde zorgbehoefte met kosten als belangrijkste reden** 0,9% bedroeg voor **medische zorg (indicator A-6)** en 2,5% voor **tandheelkundige zorg (indicator A-7)**. Het aandeel van de bevolking dat geconfronteerd werd met onvervulde zorgbehoeften is de afgelopen zes jaar aanzienlijk gedaald (2,2% voor medische zorg en 3,7% voor tandheelkundige zorg in 2016). De COVID-19-pandemie had geen substantiële invloed op de neerwaartse trend in zelf-gerapporteerde onvervulde behoeften omwille van financiële redenen.

Er is een grote variabiliteit rond het gemiddelde. Hogere percentages en meer volatiliteit werden geregistreerd in het armste inkomenskwintiel (voor medische zorg: 7,7% in 2016 en 2,6% in 2022; voor tandheelkundige zorg: 11,5% in 2016 en 6,6% in 2022, zie ook sectie 7.1), terwijl in het rijkste inkomenskwintiel bijna geen onvervulde zorgbehoeften omwille van financiële redenen werden gerapporteerd. De percentages van onvervulde zorgbehoeften waren ook hoger in bevolkingsgroepen met een lager opleidingsniveau en bij personen op arbeidsleeftijd die werkloos of inactief waren. Bovendien waren er aanzienlijk regionale verschillen met hogere percentages in Wallonië en Brussel, hoewel dit ook te maken kan hebben met onderliggende verschillen in socio-economische en socio-demografische kenmerken tussen de regio's.

In een internationaal perspectief heeft België gedurende een langere periode (2015-2021) slechter gepresteerd dan het Europese gemiddelde met betrekking tot onvervulde behoeften aan medische zorg omwille van financiële redenen. Dankzij een aanhoudende dalende trend over de afgelopen jaren lag het Belgische percentage van onvervulde behoeften aan medische zorg in 2022 echter onder het gemiddelde van de EU-14 en de EU-27. De Belgische incidentie van onvervulde behoeften aan tandheelkundige zorg omwille van financiële redenen lag sinds 2016 in lijn met het Europese gemiddelde. Voor geen van beide indicatoren behoorde België tot de beter presterende landen, met slechts zeven EU-landen met een hoger gemiddeld percentage onvervulde behoeften voor zowel medische als tandheelkundige zorg in 2022. Bovendien is de kloof in incidentie tussen de rijkste en armste inkomenskwintielen erg groot in België.

Besluit

De Belgische verplichte ziekteverzekering dekt een brede waaier aan gezondheidsdiensten voor nagenoeg de hele bevolking. De eigen betalingen in België zijn echter hoog in vergelijking met de buurlanden, hoewel de situatie in de loop van de tijd is verbeterd. Naast remgelden en niet-gedekte diensten zijn hoge eigen betalingen het resultaat van het wijdverspreide gebruik van supplementen, zoals werd aangetoond voor ziekenhuiszorg, en gesuggereerd door het lage aandeel van ambulante activiteit van geconventioneerde medische specialisten en tandartsen. Dit is problematisch, te meer omdat beschermingsmaatregelen in de verplichte ziekteverzekering niet van toepassing zijn op supplementen. Eigen betalingen kunnen een financiële drempel vormen in de toegang tot gezondheidszorg, wat kan resulteren in onvervulde zorgbehoeften omwille van financiële redenen, of kunnen leiden tot financiële problemen voor mensen die zorg gebruiken (catastrofale gezondheidsuitgaven). In beide gevallen presteert België gemiddeld. Met name eigen betalingen voor tandheelkundige zorg, medische hulpmiddelen en ambulante geneesmiddelen zijn hoog, stuk voor stuk gezondheidszorgtypes die sterk bijdragen tot catastrofale gezondheidsuitgaven. Bovendien ligt het aandeel van de eigen betalingen voor klassieke hospitalisatie en ambulante zorg ruim boven het EU-gemiddelde.



Tabel 7 – Toegankelijkheid: indicatoren voor financiële toegankelijkheid

(ID) Indicator	Score	België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-14	EU-27
A-1 Dekking door de verplichte ziekteverzekering (% van de bevolking met recht op verplichte verzekering)	ST	99,1%	2022	99,5%	99,5%	98,7%	RIZIV	99,9%	98,4%
A-2 Eigen betalingen voor gezondheidszorg (% van de totale gezondheidsuitgaven)	+	17,9%	2021	—	—	—	SHA	16,5%	18,2%
A-3 Eigen betalingen voor medische zorg (% van het totale (ex A-10) huishoudbudget)	ST	3,7%	2021	—	—	—	SHA, Nationale Rekeningen	2,9%	2,9%
A-4 Gezinnen met catastrofale eigen betalingen (ex EQ-5) (% van de respondenten, HBO)		5,2%	2020	4,8%	5,3%	6,7%	HBO	4,3% (2018) [BE: 3,8%]	6,5% (2018) [BE: 3,8%]
A-5 NEW Eigen betalingen voor ziekenhuiszorg (% van de totale uitgaven voor ziekenhuiszorg (exclusief budgettaire twaalfden))		17,6%	2021	16,2%	17,4%	23,2%	IMA		
A-6 (ex-A-4) Personen met zelf-gerapporteerde onvervulde behoeften aan medische zorg omwille van financiële redenen (% van de respondenten, EU-SILC)	+	0,9%	2022	0,2%	2,0%	1,9%	EU-SILC	1,2%	0,9%
A-7 (ex-A-4) Personen met zelf-gerapporteerde onvervulde behoeften aan tandheelkundige zorg omwille van financiële redenen (% van de respondenten, EU-SILC)	+	2,5%	2022	1,1%	4,7%	3,6%	EU-SILC	3,3%	2,6%
A-8 NEW Volume van de ambulante activiteit van "geconventioneerde artsen"* (= artsen die het nationale tariefakkoord hebben aanvaard) (% van de ambulante raadplegingen door praktiserende artsen)	Huisarts +	87,3%	2021	90,1%	84,4%	71,2%	IMA		
	Specialist ST	44,0%	2021	37,1%	55,8%	43,6%	IMA		
A-9 NEW Volume van de ambulante activiteit van "geconventioneerde tandartsen"* (= tandartsen die het nationale tariefakkoord hebben aanvaard) (% van de ambulante contacten door praktiserende tandartsen)	-	26,3%	2021	16,6%	40,4%	45,5%	IMA		

Goede (●), gemiddelde (●) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg).
 Voor contextuele indicatoren (geen evaluatie): evolutie door de tijd die stijgt (↗), stabiel blijft (→), daalt (↘), of geen duidelijke evolutie toont (C).

Opmerkingen: *Geconventioneerde artsen in België zijn artsen die tariefovereenkomsten onderschrijven onderhandeld door vertegenwoordigers van de artsen en de ziekenfondsen die onderhandelen onder de auspiciën van het RIZIV. Ze verbinden zich ertoe geen supplementen in rekening te brengen aan de patiënten in de ambulante zorg.