



GEZONDHEID

Methodologie

OKTOBER 2026

INHOUDSTAFEL

1.	Geboortes, levensverwachting en sterfte	4
1.1.	Geboortes en levensverwachting	4
1.1.1.	<i>Totaal aantal geboortes volgens de gemeente waar de moeder woont, aantal doodgeborenen, doodgeboortegraad en de kindersterftegraad.</i>	<i>4</i>
1.1.2.	<i>Aantal levend geboren kinderen volgens de duur van de zwangerschap en de leeftijd van de moeder</i>	<i>4</i>
1.1.3.	<i>Levensverwachting bij de geboorte</i>	<i>5</i>
1.2.	Sterfte	6
1.2.1.	<i>Aantal overlijdens volgens de oorspronkelijke doodsoorzaak</i>	<i>6</i>
1.2.2.	<i>Aantal overleden kinderen van minder dan vijf jaar oud</i>	<i>6</i>
2.	Aanbod van gezondheidszorg en huisvestingsaanbod voor ouderen	8
2.1.	Gezondheidszorg	8
2.1.1.	<i>Aantal erkende algemene en psychiatrische ziekenhuissites</i>	<i>8</i>
2.1.2.	<i>Aantal beoefenaars van gezondheidszorgberoepen</i>	<i>9</i>
2.1.3.	<i>Aantal beoefenaars van een paramedisch beroep</i>	<i>12</i>
2.1.4.	<i>Aantal beoefenaars van een geestelijk gezondheidszorgberoep</i>	<i>15</i>
2.2.	Huisvestingsaanbod ouderen	16
2.2.1.	<i>Rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen, serviceflats</i>	<i>16</i>
2.2.2.	<i>Toezichthoudende instanties en privé/ openbare sector</i>	<i>16</i>
3.	Gezondheidstoestand en medische praktijken	17
3.1.	Gezondheidstoestand	17
3.1.1.	<i>De gegevens uit de gezondheidsenquêtes uitgevoerd door Sciensano</i>	<i>17</i>
3.1.2.	<i>Aantal diabetespatiënten dat medicatie neemt op 1.000 rechthebbenden</i>	<i>19</i>
3.1.3.	<i>Aantal nieuwe kankergevallen per leeftijdsgroep en per meest voorkomende primaire tumor..</i>	<i>19</i>
3.1.4.	<i>Aantal invaliden</i>	<i>19</i>
3.2.	Medische praktijken	20
3.2.1.	<i>Het globaal medisch dossier (GMD)</i>	<i>20</i>
3.2.2.	<i>Dekkingsgraad van de opsporing van borst- en baarmoederhalskanker</i>	<i>20</i>
3.2.3.	<i>Aantal vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen volgens de woonplaats van de vrouw</i>	<i>21</i>

COLOFON

Auteur

perspective.brussels
Naamsestraat 59 – 1000 Brussel

Datum realisatie

oktober 2026

Contact

BISA – bisa@perspective.brussels



1. GEBOORTES, LEVENSV ERWACHTING EN STERFTE

1.1. GEBOORTES EN LEVENSV ERWACHTING

1.1.1. Totaal aantal geboortes volgens de gemeente waar de moeder woont, aantal doodgeborenen, doodgeboortegraad en de kindersterftegraad.

Deze eerste tabel is gebaseerd op de gegevens van de statistische formulieren over geboorten en overlijdens van Brusselaars die door vroedvrouwen en artsen zijn opgesteld in kraamklinieken en door het personeel van de burgerlijke stand van de gemeenten. Die formulieren zijn een van de weinige informatiebronnen die betrekking hebben op alle Brusselaars, met inbegrip van personen die niet zijn ingeschreven in de officiële bevolkingsregisters.

Het **totaal aantal geboortes** omvat de geboortes van levende en dode kinderen. Het Koninklijk Besluit van 17 juni 1999 definieert **doodgeboorte** als "elke foetale sterfte indien het gewicht bij de geboorte gelijk of hoger is dan 500 g of indien het gewicht bij de geboorte niet gekend is, die de overeenstemmende zwangerschapsduur (22 volle weken) of de overeenstemmende lichaamslengte (25 cm van top tot hiel) heeft bereikt". Wanneer deze norm, die aanbevolen wordt door de WGO en die is opgenomen in het voormelde Koninklijk Besluit dat voorziet in het opstellen van jaarlijkse statistieken van doodsoorzaken, niet bereikt wordt, wordt de foetale sterfte beschouwd als een spontane abortus of een miskraam.

De **doodgeboortegraad** is het aantal tijdens een gegeven periode geregistreerde doodgeborenen per duizend geboortes (levend- of doodgeboren) die werden geregistreerd tijdens diezelfde periode. Er moet opgemerkt worden dat bij de statistieken over de doodgeboorte dan hun vergelijkbaarheid op langere termijn niet gegarandeerd is.

Het **kindersterftecijfer** is de verhouding tussen het aantal overleden kinderen van minder dan een jaar oud op 1000 levend geboren kinderen.

1.1.2. Aantal levend geboren kinderen volgens de duur van de zwangerschap en de leeftijd van de moeder

De bron van deze tabellen is Statbel (Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium). Het aantal geboorten dat deze bron publiceert ligt systematisch lager dan het aantal dat in de voornoemde formulieren van vroedvrouwen, artsen en ambtenaren is opgenomen. Dit verschil kan worden verklaard door het feit dat deze formulieren betrekking hebben op alle moeders die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest verblijven en niet uitsluitend op moeders die in het Rijksregister zijn ingeschreven als bewoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Sinds 2010 geeft Statbel (Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium) met het oog op de administratieve vereenvoudiging de voorkeur aan bevolkingsstatistieken die zijn gebaseerd op het Rijksregister van de natuurlijke personen (RR). Voor een aantal gebeurtenissen bevat het RR niet de informatie die vereist is voor het opstellen van nauwkeurige statistieken.

De lange weg die de informatie aflegt, van de oorspronkelijke bron bij de Statbel (Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium), via het gemeentebestuur en de deelstaten, verklaart waarom het zo lang duurt om deze statistieken op te stellen.



De statistieken die worden opgesteld op grond van de formulieren van de burgerlijke stand houden rekening met de **levend geboren kinderen** volgens de gewone verblijfplaats van de moeder en niet volgens de plaats van de geboorte. Dat is mogelijk dankzij het feit dat de individuele geboortedossiers de gemeente vermelden waar de moeder van de nieuwgeborene woont. Het is dus mogelijk om geboortes naargelang dit criterium in te delen en zo het aantal geboortes de jure van elke gemeente vast te stellen. Het totaal aantal geboortes de jure van alle gemeenten van het Koninkrijk wijkt af van het werkelijk totaal aantal geboortes aangezien het niet de geboortes omvat van kinderen geboren uit een moeder die in het buitenland woont en die toch werden aangegeven bij de burgerlijke stand van de gemeente waar het kind geboren werd. Die geboortes worden niet vermeld in de gepubliceerde statistieken en worden ook niet in tabellen opgenomen.

Als levend geboren kind wordt beschouwd elk kind dat enig teken van leven vertoont bij de geboorte: hartslag, pulseren van de navelstreng, ademhaling, spiercontractie, buigen van de gewrichten, schreeuw of grimas. Wanneer geen enkel van deze tekenen werd waargenomen, wordt het kind niet beschouwd als "levend geboren" maar als een foetale sterfte: hetzij als doodgeboren hetzij als een miskraam. Die laatste behoeft geen aangifte.

De **gewone verblijfplaats** van de moeder is de gemeente waar ze hoofdzakelijk verblijft en waar ze "gewoonlijk de dagelijkse rustperiode doorbrengt, ongeacht tijdelijke afwezigheid voor recreatie- of vakantieoelinden, vrienden- en familiebezoek, zakenreizen, medische behandelingen of bedevaarten" (normalerwijze is zij er ingeschreven in het bevolkingsregister of in het vreemdelingenregister). Deze verblijfplaats wordt als dusdanig aangegeven op het statistische formulier voor de geboorte van een levend geboren kind (Model I). Deze gewone verblijfplaats is bepalend voor de geboorteplaats de jure.

De **zwangerschapsduur** wordt gedefinieerd als de duur van de zwangerschap gerekend vanaf de eerste dag van de laatste normale menstruele cyclus. Hij komt overeen met de "waarschijnlijke duur van de zwangerschap" die op het formulier wordt genoteerd in verstreken weken. De betreffende statistische tabel groepeerde de reële duurtijden in ongelijke klassen, dit om (door groepering van de onderste schijven) de "prematuriteit" (zwangerschapsduur minder dan 37 weken) en de "grote prematuriteit" (zwangerschapsduur minder dan 32 weken) te kunnen onderscheiden.

1.1.3. Levensverwachting bij de geboorte

De tabel met de levensverwachting bij de geboorte per gewest is gebaseerd op de gegevens van het Rijksregister en gecompileerd door Statbel (Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium).

De levensverwachting bij de geboorte geeft de gemiddelde levensduur weer van een fictieve generatie in het licht van de sterftcijfers van een bepaald jaar. Het betreft een fictieve meting die niets zegt over het concrete leven van een welbepaalde persoon. Het betreft bruto-gegevens (niet afgevlakt of afgerond), die alleen rekening houden met sterfte (en niet met migratie) en uitgewerkt werd op exacte leeftijden.

Referenties

- > Vlaamse Gemeenschap, Franse Gemeenschap en Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie via het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad: <https://www.vivalis.brussels/nl/informereren/observatoire/observatorium-voor-gezondheid-en-welzijn-van-brussel>
- > Statbel (Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium): <https://statbel.fgov.be/nl>



1.2. STERFTE

Sinds het Koninklijk Besluit van 17 juni 1999 worden twee nieuwe formulieren voor het verzamelen van gegevens gebruikt.

- > Model IIIC: aangifte van een overlijden van een persoon van een jaar of ouder,
- > Model IIID: aangifte van een overlijden van een kind jonger dan een jaar of voor een doodgeboren kind.

Deze formulieren bestaan uit vier luiken. Luik A is een vaststelling van overlijden (en niet van een toestemming tot crematie), luiken B en D zijn bestemd voor het verzamelen van de inlichtingen van de burgerlijke stand en luik C moet worden ingevuld door de arts die het overlijden heeft vastgesteld en is bedoeld om de diagnose van het overlijden op papier te zetten. Om het medisch geheim te vrijwaren moet de arts het luik C afdekken na het te hebben ingevuld. Het is uitsluitend bedoeld voor het opstellen van statistieken over de doodsoorzaken.

De arts moet de luiken A, B en C van deze formulieren invullen en ondertekenen en moet vervolgens luik C in een gesloten omslag steken. Het gemeentebestuur vult het luik D in, controleert luik B en bewaart luik A. Het gemeentebestuur verzendt de luiken B, C en D naar de verantwoordelijke arts-ambtenaar van de gemeenschap.

De statistieken opgesteld met deze gegevens zijn gebaseerd op het gewest waar de betreffende personen hun gewone verblijfplaats hebben en niet daar waar de gebeurtenis plaatsvond. De overlijdensakte die is opgesteld door de ambtenaren van de burgerlijke stand van de gemeente de facto wordt definitief bewaard in de registers van de burgerlijke stand van deze gemeente. De gemeente de jure wordt van de gebeurtenis op de hoogte gesteld en werkt haar bevolkingsregisters in die zin aan.

De gemeenschappen controleren, coderen en zorgen voor de invoer van de informatie. De databanken worden vervolgens aan Statbel (Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium) bezorgd.

1.2.1. Aantal overlijdens volgens de oorspronkelijke doodsoorzaak

Een van de aldus gecodeerde en ingevoerde variabelen is de **doodsoorzaak**, waarmee dan de overlijdens per oorzaak kunnen worden uitgesplitst. Sedert 1998 wordt de Internationale statistische Classificatie van Ziekten en aanverwante Gezondheidsproblemen, tiende revisie (ICD-10), van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) gebruikt.

De statistieken over de doodsoorzaken per gewest worden opgesteld op grond van de oorspronkelijke doodsoorzaak, d.w.z. de ziekte of het letsel die de pathologische ontwikkeling in gang hebben gezet die uiteindelijk tot het overlijden heeft geleid, dan wel de omstandigheden van het ongeval of het geweld die tot het dodelijke letsel hebben geleid.

1.2.2. Aantal overleden kinderen van minder dan vijf jaar oud

De statistieken over de **kindersterfte** worden opgesteld op basis van twee bronnen: het Rijksregister van de natuurlijke personen (RR) en de statistische formulieren voor de aangifte van een overlijden van een kind jonger dan een jaar of voor een doodgeboren kind (Model IIID). De informatie van het RR slaat op alle overleden kinderen die in België verbleven (dus in het RR ingeschreven waren), ongeacht het overlijden in België of in het buitenland plaatsvond.



Tot in 2009 vond de consolidatie van deze twee bronnen plaats door de formulieren als referentie te nemen en door het RR hoofdzakelijk te gebruiken voor het aanvullen van ontbrekende of onbekende gegevens op de formulieren. Zodoende werden de statistieken over kindersterfte opgesteld door het verzamelen van de overlijdens die werden aangegeven bij de burgerlijke stand (en die bijgevolg uitsluitend in België plaatsvonden) van wie de aangegeven verblijfplaats een Belgische gemeente was. Vanaf 2010 werd de statistiek opgesteld door het RR als referentie te nemen. Het gebruik van het RR laat toe de in het buitenland overleden kinderen in de statistieken op te nemen.

Referenties

- > Statbel (Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium): <https://statbel.fgov.be/nl>
- > Wereldgezondheidsorganisatie: Internationale Statistische Classificatie van ziekten ICD-10: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>

2. AANBOD VAN GEZONDHEIDSZORG EN HUISVESTINGSAANBOD VOOR OUDEREN

2.1. GEZONDHEIDSZORG

2.1.1. Aantal erkende algemene en psychiatrische ziekenhuissites

Een **ziekenhuis** is een instelling die patiënten opneemt met de bedoeling ze te verzorgen, erkend volgens de ziekenhuiswet gecoördineerd op 10 juli 2008.

De volgende inrichtingen komen niet in aanmerking als ziekenhuis:

- > de militaire ziekenhuizen en medische huizen,
- > de verzorgingsdiensten in strafinrichtingen,
- > de bejaardenhomes,
- > de rust- en verzorgingstehuizen,
- > de psychiatrische verzorgingstehuizen,
- > de initiatieven voor beschut wonen.

De openbare instellingen behoren toe aan de Staat, de Gemeenschappen, de provincies, de openbare huizen voor maatschappelijk welzijn en sommige instellingen van openbaar nut. Bij de privé-instellingen wordt om administratieve redenen geen onderscheid gemaakt tussen instellingen die beheerd worden door een religieuze congregatie en deze beheerd door een andere vereniging van privaat recht. De berekeningen gebeuren op basis van de locatie de verschillende campussen.

De sector van de **algemene ziekenhuizen** omvat:

- > de “acute” instelling, of anders gezegd de niet-psychiatrische instelling waar patiënten opgenomen worden die in een kritieke fase van hun ziekte verkeren,
- > de uitsluitend geriatrie instellingen,
- > de gespecialiseerde instelling.

De **psychiatrische sector** omvat alle instellingen waar uitsluitend neuropsychiatrie beoefend wordt. Psychiatrische diensten die deel uitmaken van algemene ziekenhuizen worden in de totale capaciteit van de algemene ziekenhuizen meegerekend.

Het **aantal ziekenhuisbedden** zegt iets over de middelen die beschikbaar zijn voor de verzorging van patiënten. Het heeft slechts betrekking op het aantal gebudgetteerde bedden in een erkende dienst. Volgende bedden zijn niet meegerekend tenzij uitdrukkelijk anders vermeld: noodbedden (brancards), de wiegen voor gezonde zuigelingen, de couveuses voor prematuren in een niet erkende dienst, de bedden van het personeel, de bedden voor begeleidende familieleden en de bedden in de kraamafdeling.



Een **initiatief voor beschut wonen** (IBW) is een woonvorm voor volwassenen die wegens psychiatrische problemen moeilijkheden ervaren om zelfstandig te wonen. Ze krijgen er een aangepaste begeleiding en dagactiviteiten. De psychiatrische problematiek is voldoende gestabiliseerd zodat geen verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis nodig is. In tegenstelling tot een psychiatrisch verzorgingstehuis is het personeel verbonden aan het initiatief voor beschut wonen niet voortdurend aanwezig. De bewoners kunnen dan ook in die mate zelfstandig functioneren dat die voortdurende aanwezigheid niet vereist is.

Een **psychiatrisch verzorgingstehuis** (PVT) is een collectieve woonvorm bestemd voor personen met een langdurige en gestabiliseerde psychische stoornis of met een verstandelijke handicap. Het zijn personen die niet (meer) in een psychiatrisch ziekenhuis moeten worden verzorgd, omdat hun psychische problemen gestabiliseerd zijn. De begeleiding van de bewoners wordt verzekerd door een multidisciplinair team (psychiaters, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, opvoeders, maatschappelijk werkers). De begeleiding is intensiever dan in de initiatieven voor beschut wonen. De klemtoon van de begeleiding ligt op het behoud en het stimuleren van de mogelijkheden van de bewoners.

2.1.2. Aantal beoefenaars van gezondheidszorgberoepen

Sinds 1 juli 2014 en ten gevolge van de zesde staatshervorming staan de federale staat, de Franse Gemeenschap, de Vlaamse Gemeenschap en de Duitstalige Gemeenschap in voor de erkenning van beoefenaars van gezondheidszorgberoepen. In een overgangperiode beheert de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu de dossiers die op deze materies betrekking hebben. De FOD zal ook nog steeds de visa afleveren en de normen en erkenningen van de stageplaatsen en -meesters voor artsen, tandartsen en ziekenhuisapothekers beheren.

Om als beroepsbeoefenaar van een gezondheidsberoep te worden opgenomen in de jaarstatistieken, gelden de volgende voorwaarden:

- > De persoon moet "geïntegreerd" zijn in de Kruispuntbank Sociale Zekerheid (KSZ), dit wil zeggen dat hij/zij moet kunnen worden teruggevonden in de bestanden van de KSZ op basis van zijn naam, voornaam, geslacht, geboortedatum en dat hij een geldig rijksregisternummer moet hebben. De identiteitsgegevens moeten up-to-date zijn in het Rijksregister en hij/zij moet in leven zijn op 31 december van het betreffende jaar,
- > De erkenning en/of het visum van de arts moet geldig zijn op 31 december van het betreffende jaar.

De tabellen bevatten niet de beroepsbeoefenaars van een gezondheidsberoep die zorgen verstrekken buiten het kader van de verplichte verzekering van gezondheidszorgen, noch beroepsbeoefenaars die niet-curatieve functies uitoefenen in het gezondheidszorgsysteem (bijvoorbeeld arbeidsgeneesheren).

Deze gegevens zijn gebaseerd op de officiële woonplaats van de beoefenaar.

Huisartsen: de algemene wettelijke basis voor de erkenning van de huisartsen is vervat in de Koninklijke Besluiten van 10 november 1967 en van 21 april 1983, alsook in het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen.

Alvorens een opleiding te mogen aanvatten met het oog op het behalen van een bijzondere beroepstitel voorbehouden aan artsen en bedoeld in artikels 1 en 2 van het Koninklijk Besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, moet de kandidaat een attest voorleggen waaruit blijkt dat hij door

een faculteit in de geneeskunde is geselecteerd voor de discipline waarin hij zich wil vormen en dat hij toegang heeft tot een specifieke opleiding georganiseerd door één of meerdere universiteiten.

Het betreft hier de artsen die in België gemachtigd zijn hun beroep uit te oefenen en van wie het diploma werd gevisieerd door de bevoegde instanties. Onder artsen die bevoegd zijn voor het uitoefenen van de geneeskunde verstaan we de houders van een Belgisch wettelijk diploma van “arts”, de artsen uit een land van de Europese Unie die in het bezit zijn van een diploma geneeskunde van een van die EU-lidstaten en dat erkend is in België conform de richtlijn nr. 2005/36/EG van 9 september 2005. Bij deze groep moeten de artsen nog worden toegevoegd die afkomstig zijn uit een land dat geen lidstaat is van de Europese Unie, die de gelijkwaardigheid van hun diploma hebben verworven en die door de koning de toelating werden gegeven om de geneeskunde uit te oefenen in België.

De arts moet ook beschikken over zijn visum en ingeschreven zijn in de Orde van geneesheren.

Kandidaat-huisartsen: dit zijn huisartsen in beroepsopleiding, d.w.z. gediplomeerde artsen die vóór 31 december van het lopende jaar hun stage in de huisartsengeneeskunde hebben aangevat maar ze op die datum nog niet hebben beëindigd.

Geneesheer-specialisten: De algemene wettelijke basis voor de erkenning van geneesheer-specialisten is vervat in drie besluiten, namelijk het Koninklijk Besluit van 10 november 1967 en van 21 april 1983 alsook in het ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheer-specialisten, stagemeeesters en stagediensten.

De titels waarvoor de artsen een erkenning kunnen verkrijgen, zijn vastgelegd in het Koninklijk Besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde.

De geneesheer-specialisten moeten ook ingeschreven zijn bij de Orde van Geneesheren en erkend voor een specialisatie bepaald door de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap of de Duitstalige Gemeenschap.

Geneesheer-specialisten in opleiding: dit zijn gediplomeerde artsen die vóór 31 december van het lopende jaar hun stage in de specialisatie hebben aangevat maar ze op die datum nog niet hebben beëindigd.

Geneesheer-specialisten met een bijzondere beroepsbekwaamheid en geneesheer-specialisten in opleiding voor een bijzondere beroepsbekwaamheid: de bijzondere bekwaamheden zijn de volgende

- > nucleaire in vitro geneeskunde,
- > functionele en professionele revalidatie van gehandicapten,
- > geriatrie,
- > mond-, kaak-, en aangezichtschirurgie,
- > intensieve zorgen,
- > urgentiegeneeskunde,
- > pediatrische neurologie,
- > nefrologie,
- > endocrinologie-diabetologie,



- > neonatologie,
- > klinische hematologie,
- > beheer van gezondheidsgegevens

De categorieën “geneesheren(-specialisten)” en “geneesheren(-specialisten) in opleiding” zijn niet mutueel exclusief.

Tandartsen: hieronder vallen de houders van een diploma tandgeneeskunde die van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu gemachtigd zijn om hun beroep uit te oefenen.

De algemene wettelijke basis voor de erkenning van de tandartsen is vervat in het Koninklijk Besluit van 10 november 1967 en dat van 10 november 1996.

Het Koninklijk Besluit van 19 augustus 2011 betreffende de planning van het aanbod van de tandheelkunde regelt de contingentering van het aantal tandartsen dat toegang krijgt tot de opleiding voor het verkrijgen van een van de bijzondere beroepstitels. De contingentering wordt elk jaar bepaald in het jaarverslag van de Planningscommissie.

Onder de titel van tandarts vallen hier alle tandartsen, met name de algemene tandartsen, de tandarts-specialisten in de orthodontie, de tandarts-specialisten in de parodontologie en tandartsen zonder titel.

Tandartsen in opleiding: dit zijn de tandartsen die op 31 december in opleiding waren.

De categorieën “tandartsen” en “tandartsen in opleiding” zijn niet mutueel exclusief.

Kinesitherapeuten: De basiswetgeving inzake kinesithérapie vindt men terug in het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967, gewijzigd door de wet van 6 april 1995 met het oog op de regeling van de uitoefening van de kinesithérapie. Het artikel 21bis voert het principe van de erkenning in. Deze erkenning is onontbeerlijk om de kinesithérapie te mogen beoefenen en de beroepstitel te mogen dragen. De erkenning wordt afgeleverd door de Minister bevoegd voor Volksgezondheid.

Naast de contingentering in de geneeskunde en de tandheelkunde bestaat er ook een contingentering voor de kinesitherapeuten. Die beperkt de toegang tot de vrije uitoefening van het beroep. De gegevens en de update van die contingentering worden elk jaar opgenomen in het jaarverslag van de Planningscommissie. Deze contingentering werd in 2013 opgeschort en vervolgens vernietigd en momenteel wordt een nieuw contingenteringssysteem voor kinesitherapeuten bestudeerd binnen de Planningscommissie.

Verpleegkundigen: Niemand mag de verpleegkunde uitoefenen die niet in het bezit is van het diploma of de titel van gegradueerde verpleger of verpleegster, van het brevet of de titel van verpleger of verpleegster, van het brevet of de titel van verpleegassistent of -assistente, en die bovendien de voorwaarden gesteld in het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967 niet naleeft. De beoefenaars mogen alleen de verpleegkunde beoefenen indien zij vooraf hun titel hebben laten viseren door de bij artikel 36 bepaalde geneeskundige commissie, bevoegd overeenkomstig de plaats waar zij zich wensen te vestigen

De dragers van een titel van gegradueerde of bachelor verpleger of verpleegster kunnen beroepstitels verwerven m.b.t. een specialisatie. De procedure voor het aanvragen van een erkenning voor het dragen van een bijzondere beroepstitel werd beschreven in het Koninklijk Besluit van 18 april 2013 betreffende de samenstelling, de organisatie en de werking van de Erkenningscommissie voor de beoefenaars van de verpleegkunde, en tot vaststelling van de erkenningsprocedure waarbij de verpleegkundigen ertoe gemachtigd worden een bijzondere beroepstitel te dragen.



De registratie van de verpleegkundigen gebeurt bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De identificatiegegevens, de gegevens met betrekking tot het diploma en het visum, alsook de erkenningsgegevens worden geregistreerd in de federale databank van de gezondheidszorgbeoefenaars.

Vroedvrouwen: De registratie van vroedvrouwen gebeurt bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De erkenning als houd(st)er van de beroepstitel van vroedvrouw wordt van ambtswege toegekend aan de houder van een hoger onderwijsdiploma van vroedvrouw, afgeleverd door een door de bevoegde overheid erkende onderwijsinstelling, of van een daarmee door de bevoegde overheid gelijkwaardig erkend diploma.

Sinds 24 januari 2014 is het Koninklijk Besluit van 15 december 2013 van kracht dat de nadere regels en kwalificatiecriteria vastlegt die de houder van de beroepstitel van vroedvrouw de mogelijkheid geven geneesmiddelen autonoom voor te schrijven in het kader van de opvolging van normale zwangerschappen, de praktijk van normale bevallingen en de zorg aan gezonde pasgeborenen in en buiten het ziekenhuis. Vroedvrouwen die geneesmiddelen willen voorschrijven moeten zich voorafgaand laten registreren bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. In 2014 heeft nog geen enkele vroedvrouw deze bevoegdheid verkregen.

Zorgkundigen: De basiswetgeving inzake de zorgkundige vindt men terug in het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967. De activiteiten die de zorgkundige mag uitvoeren, werden vastgelegd in het Koninklijk Besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen.

De registratie van de zorgkundigen gebeurt bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De afdeling "zorgkundige" van de Erkenningscommissie van de beoefenaars van de Verpleegkunde onderzoekt de dossiers en verleent hierover advies.

Apothekers: de basiswetgeving in verband met de apothekers is opgenomen in het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967. Artikel 4 zegt dat niemand farmaceutische zorg mag verstrekken die niet het wettelijk diploma van apotheker bezit, dat werd behaald in overeenstemming met de wetgeving op het toekennen van de academische graden en het programma van de universitaire examens, of die niet wettelijk ervan vrijgesteld is, en die bovendien de voorwaarden, gesteld bij artikel 7, niet vervult. Art. 7 van hetzelfde besluit stelt dat de beoefenaar zijn kunst enkel mag uitoefenen indien hij vooraf zijn titel heeft laten viseren door de geneeskundige commissie die bevoegd is voor de plaats waar hij zich wenst te vestigen, en zijn inschrijving op de lijst van de voor het beroep bevoegde Orde bekomen heeft.

Het aantal apothekers omvat hier alle officina-apotheker-titularissen, industrie-apothekers en apothekers die houders zijn van de titel van specialist in klinische biologie en ziekenhuisapothekers.

2.1.3. Aantal beoefenaars van een paramedisch beroep

Het hoofdstuk II van het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967 over de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen regelt de uitoefening van paramedische beroepen. De beoefenaars van paramedische beroepen zijn, onder de verantwoordelijkheid en controle van de artsen en/ of apothekers, belast met de uitvoering van bepaalde voorbereidende werkzaamheden over de diagnose of werkzaamheden inzake de toepassing van de behandeling of werkzaamheden inzake de uitvoering van maatregelen van preventieve geneeskunde.

Beoefenaars van de paramedische beroepen voeren technische prestaties uit die verband houden met het stellen van de diagnose of de uitvoering van de behandeling. De wetgever verduidelijkt eveneens die



technische prestaties en bepaalt hun uitvoeringsvoorwaarden alsook de minimale kwalificatievoorwaarden waaraan de beoefenaars moeten voldoen (art. 23 en 24), op advies van de Nationale Raad voor de Paramedische Beroepen. De volledige lijst van paramedische beroepen staat in het Koninklijk Besluit van 2 juli 2009 houdende vaststelling van de lijst van paramedische beroepen. De erkenning van de beoefenaars is geregeld door het Koninklijk Besluit van 18 november 2004 betreffende de erkenning van de beoefenaars van paramedische beroepen. Daarin is er sprake van "Erkenning van de paramedische beroepen" en van de Commissie van beroep voor de paramedische beroepen.

Deze gegevens zijn gebaseerd op de officiële woonplaats van de beoefenaar.

De farmaceutisch-technisch assistenten: Een farmaceutisch-technisch assistent wordt tewerkgesteld in een apotheek, een ziekenhuisapotheek of in een farmaceutische groothandel. Hij kan onder de verantwoordelijkheid en onder het toezicht van de apotheker belast worden met verschillende handelingen. De farmaceutisch-technisch assistent ontvangt en registreert geneeskundige voorschriften en levert geneesmiddelen af. Daarbij licht hij of zij de patiënt in over het juist en veilig gebruik van geneesmiddelen. Daarnaast registreert en identificeert de farmaceutisch-technisch assistent de in de apotheek gebruikte grondstoffen en voert hij of zij magistrale bereidingen uit. De erkenningsprocedures voor de farmaceutisch-technisch assistenten werden op 1 september 2010 ingevoerd, ten gevolge van de Koninklijke Besluiten van 6 en 12 juli 2009.

Diëtisten: Een diëtist werkt enerzijds met gezonde individuen, gezonde populaties en anderzijds met patiënten en -populaties. Aan een gezond persoon geeft een diëtist advies en tips om een gezonde levensstijl te behouden, hiervoor is geen medisch voorschrift vereist. Maar als een diëtist een patiënt (iemand die ziek is, die een gezondheidsprobleem heeft) behandelt dient hij over een dieetvoorschrift van de arts te beschikken. Een diëtist kan in een zelfstandige praktijk werken of in een ziekenhuis, een rust- en verzorgingstehuis of een preventieve setting tewerkgesteld worden. Daarnaast wordt de diëtist ook ingeschakeld in grootkeukens van onder andere ziekenhuizen. De erkenningsprocedures voor de diëtisten werden op 1 september 2010 ingevoerd, ten gevolge van de Koninklijke Besluiten van 6 en 12 juli 2009.

Audiciens: De erkenningsprocedures voor het beroep van audiciens werden op 2 januari 2012 ingevoerd, ten gevolge van de Koninklijke Besluiten van 24 oktober 2011.

Audiologen: De audioloog is de paramedische beroepsbeoefenaar die aan preventie en screening van gehoorstoornissen doet; het technische gedeelte uitvoert van de onderzoeken ter evaluatie van de auditieve en de otoneurologische functies en de functies van de bovenste luchtwegen en de hooropvoeding, hoortraining en de revalidatie van het gehoor en de evenwichtsfunctie uitvoert. De erkenningsprocedures voor het beroep van audiologen werden op 2 januari 2012 ingevoerd, ten gevolge van de Koninklijke Besluiten van 24 oktober 2011.

Ergotherapeuten: Een ergotherapeut behandelt, begeleidt en adviseert personen die beperkt worden door een fysiek letsel of ziekte, psychosociale problemen, cognitieve problemen, ontwikkelings- of leerstoornissen of verouderingsprocessen. Voor de observatie doet de ergotherapeut onderzoek of neemt deel aan onderzoek van de functioneringsmogelijkheden en –beperkingen van de persoon en van zijn activiteiten in zijn omgeving. Hiervan wordt een technisch verslag opgesteld dat wordt gericht aan de voorschrijvende arts.

De ergotherapeutische interventies bestaan uit begeleiding en functionele training door middel van activiteiten en specifieke technieken met als doel de persoon (opnieuw) zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren. Daarnaast wordt er onderzoek gedaan en aanpassingen aan de omgeving gerealiseerd en functionele hulpmiddelen of tijdelijke revalidatiehulpmiddelen ontworpen. Voorts wordt de patiënt en zijn

omgeving goed geïnformeerd, geadviseerd en opgeleid in het gebruik van deze hulpmiddelen. De erkenningsprocedures voor het beroep van ergotherapeut werden op 2 januari 2012 ingevoerd, ten gevolge van de Koninklijke Besluiten van 24 oktober 2011.

Orthoptisten-optometristen: In 2019 werd het beroep van orthoptist gewijzigd naar het beroep orthoptist-optometrist. De activiteiten van de orthoptist-optometrist kunnen onderverdeeld worden in twee categorieën: onderzoeken en behandelingen. Voor onderzoeken is niet altijd een medisch voorschrift nodig (behalve voor kinderen jonger dan 16 jaar). Het observeren van de hoofdhouding en oogstand, het onderzoek van de beweeglijkheid van het oog, gezichtsscherpte en stoornissen in het zien van kleuren zijn enkele voorbeelden van onderzoeken die door orthoptisten-optometristen uitgevoerd kunnen worden. Ze kunnen ook behandelingen toepassen die worden voorgeschreven door een oogarts, zoals oefentherapie of het behandelen van een lui oog, scheelzien en dubbelzien. De erkenningsprocedures voor orthoptisten-optometristen (hieronder valt ook de uitoefening van de orthoptie, waarmee in april 2013 werd gestart) zijn op 22 april 2019 in werking getreden, ten gevolge van het nieuwe koninklijk besluit van 27 februari 2019.

Logopedisten: Logopedische technieken worden zowel in de gezondheidszorg, als ook in het onderwijs aangewend. Een logopedist in de gezondheidszorg is een paramedische beroepsbeoefenaar die zich bezighoudt met de preventie, het onderzoek en de behandeling van stoornissen en beperkingen op het gebied van taal, spraak, stem, gehoor en de primaire mondfuncties (zuigen, slikken en kauwen). De erkenningsprocedures voor het beroep van logopedisten werden op 2 april 2013 ingevoerd, ten gevolge van de Koninklijke Besluiten van 11 maart 2013.

Technologen medische beeldvorming: De technoloog medische beeldvorming is de paramedische beroepsbeoefenaar die medische beelden maakt van de patiënt. Hij draagt bij tot het voorbereidend onderzoek en de daarbij horende zorgverstrekking opdat de arts een diagnose kan stellen (conventionele en digitale radiologie, magnetisch resonantie). De technoloog medische beeldvorming ondersteunt de arts bij interventionele technieken, trans thoracale echocardiografie en al de bijzondere beeldvormende, diagnostische en therapeutische technieken zoals radiotherapie en brachytherapie. Dit beroep wordt geregeld door het Koninklijk Besluit van 22 december 2017.

Medischlaboratoriumtechnologen: De technoloog in medische laboratoriumtechnieken werkt in ziekenhuizen en klinische laboratoria onder verantwoordelijkheid van de bioloog. Zij voeren testen en analyses uit op alle biochemische stoffen afkomstig van de mens zoals het opsporen van ijzer in het bloed, suiker, cholesterol, bloedplaatjes... en detecteren infectieuze elementen. Zij kunnen op verzoek de afname van het staal op de patiënt uitvoeren.

Podologen: De podoloog is de paramedische beroepsbeoefenaar die patiënten met klachten ter hoogte van de voet onderzoekt en indien nodig behandelt. Deze klachten kunnen zich zowel ter hoogte van de huid als van de nagels van de voet bevinden, maar kunnen ook klachten zijn van het bewegingsstelsel. De podoloog vervult onder andere een belangrijke sleutelrol bij de behandeling van de voeten van patiënten met systemische aandoeningen, zoals diabetes en reuma. Dit beroep wordt geregeld door het Koninklijk Besluit van 7 maart 2016.

2.1.4. Aantal beoefenaars van een geestelijk gezondheidszorgberoep

In de wet van 10 mei 2015 (in werking getreden op 1/9/2016) over de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen staan de normen voor de volgende beroepen in de geestelijke gezondheidszorg:

- > klinisch psychologen (artikel 68/1);
- > klinisch orthopedagogen (artikel 68/2);
- > beoefenaars van de psychotherapie (artikel 68/2/1).

Alle kwaliteits- en veiligheidswaarborgen die in de wet zijn voorzien, gelden nu automatisch ook voor deze beroepen.

Klinisch psychologen: Klinische psychologie is een autonoom gezondheidszorgberoep. Alleen erkende klinisch psychologen mogen de klinische psychologie beoefenen. De erkenningscriteria voor klinisch psychologen die werden vastgesteld bij koninklijk besluit van 26 april 2019 zijn in werking getreden op 1 januari 2020. De Hoge Gezondheidsraad definieert klinische psychologie als volgt: "het autonoom ontwikkelen en toepassen van theorieën, methoden en technieken uit de wetenschappelijke psychologie in de gezondheidsbevordering, de screening, psychologische diagnostiek en evaluatie van gezondheidsproblemen, alsook in de preventie van dergelijke problemen en interventies bij de getroffen personen".

Klinisch orthopedagogen: Klinische orthopedagogiek is een autonoom gezondheidszorgberoep. Alleen erkende klinische orthopedagogen mogen de klinische orthopedagogiek beoefenen. De erkenningscriteria voor klinisch orthopedagogen die werden vastgesteld bij koninklijk besluit van 26 april 2019 zijn in werking getreden op 1 januari 2020. De Hoge Gezondheidsraad definieert klinische psychologie als volgt: "Het uitoefenen van de klinische orthopedagogiek is het vanuit een wetenschappelijk onderbouwd referentiekader verrichten van autonome handelingen gericht op de preventie, de diagnostiek, de begeleiding en behandeling van opvoedings-, ontwikkelings-, leer-, gedrags- en emotionele problemen en de psychosociale gevolgen ervan bij kinderen, jongeren of volwassenen en hun context. De orthopedagogiek is de discipline die de theorieën, modellen, methoden en technieken ontwikkelt voor het bedoelde wetenschappelijke referentiekader".

Referenties

- > FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: jaarlijkse gegevens op verzoek (aantal ziekenhuizen en aantal bedden, aantal initiatieven voor beschut wonen en aantal bedden, aantal psychiatrische verzorgingstehuizen en aantal bedden):
<https://www.health.belgium.be/nl/professionals/gezondheidsprofessionals/menselijke-gezondheid/organisatie-gezondheidszorg/organisatie-financiering-ziekenhuizen/belgische-ziekenhuizen-cijfers>
- > FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu: jaarlijkse statistieken over de beoefenaars van gezondheidsberoepen:
<https://www.health.belgium.be/nl/themas/gezondheid/erkende-gezondheidszorgberoepen>



2.2. HUISVESTINGSAANBOD OUDEREN

2.2.1. Rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen, serviceflats

Een **rusthuis** is een collectieve woongelegheden die huisvesting, gemeenschappelijke diensten, een ruim animatieaanbod, hulp bij de activiteiten van het dagelijks leven en lichte zorg bieden aan ouderen.

In een **rust- en verzorgingstehuis** kan men terecht wanneer men zwaar zorgbehoevend is. In tegenstelling tot het rusthuis waar men op eigen houtje naartoe kan, kan men pas opgenomen worden in een RVT als men aan een aantal criteria van de KATZ-schaal voldoet en is er een medisch attest noodzakelijk. In veel rusthuizen zijn een aantal rust- en verzorgingsbedden geïntegreerd. Voor een RVT-bed wordt vanwege de overheid een hoger zorgforfait toegekend waardoor er meer personeel kan worden ingezet voor de verzorging en de verpleging.

Een **serviceflat** is een flatje of appartement voor ouderen die nog zelfstandig kunnen wonen en geen continue verzorging of permanent toezicht nodig hebben. De bewoner kiest zelf op welke diensten hij beroep doet. Deze diensten zijn maaltijden, poetshulp, thuisverpleging. Een serviceflat biedt een beschermde woonomgeving. Er is een oproepsysteem aanwezig waar de bewoner zowel overdag als 's nachts gebruik van kan maken in geval van nood.

2.2.2. Toezichthoudende instanties en privé/ openbare sector

Elke huisvesting voor ouderen moet zijn erkend door de instelling waaronder ze valt. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gaat het, naargelang het geval om de GGC, de COCOF of de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC). Er zijn dus drie afzonderlijke toezichthoudende instanties op het gebied van hulp aan personen en gezondheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Alle rusthuizen van het OCMW zijn erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

De privésector omvat de verenigingssector die vzw's en stichtingen verenigt en de commerciële sector die natuurlijke personen en firma's omvat.

Referenties

> Infor-Homes asbl: <http://www.inforhomesasbl.be>

3. GEZONDHEIDSTOESTAND EN MEDISCHE PRAKTIJKEN

3.1. GEZONDHEIDSTOESTAND

3.1.1. De gegevens uit de gezondheidsenquêtes uitgevoerd door Sciensano

Hoewel België al over uiteenlopende informatiebronnen inzake volksgezondheid beschikt, heeft een enquête onder de bevolking een aanzienlijke meerwaarde omwille van de volgende redenen:

- > ze biedt een beschrijving van de gezondheidstoestand van de gehele bevolking, met inbegrip van personen die weinig of geen toegang tot gezondheidszorg hebben en dit vanuit het standpunt van personen die zelf betrokken zijn.
- > Ze biedt ook de mogelijkheid een verband te leggen tussen een hele reeks factoren die aan gezondheid zijn gelinkt.
- > Ten slotte kan de evolutie van de gezondheidsindicatoren en hun bepalende elementen in de tijd worden opgevolgd omdat de enquête op gezette tijdstippen wordt herhaald.

De resultaten van de gezondheidsenquête moeten juist worden geïnterpreteerd: enerzijds is er een subjectief gegeven, er is met name sprake van sociaal wenselijke antwoorden. Anderzijds worden de resultaten naar de gehele bevolking geëxtrapoleerd op basis van een steekproef, wat een zekere foutenmarge veronderstelt. Dit fenomeen houdt verband met het feit dat de representativiteit van de steekproef nooit 100% kan worden gegarandeerd, ondanks alle inspanningen die worden gedaan om de kwaliteit ervan te verbeteren.

Het is ook belangrijk te vermelden dat de hier weergegeven resultaten schattingen zijn; die kunnen licht afwijken van het resultaat van een bevraging van de bevolking in haar geheel. Dit geldt des te meer omdat het aantal personen waarop men zich heeft gebaseerd zeer klein is.

Voor de gezondheidsenquête 2013 werden 10.829 personen gedurende 2013 bij hen thuis geïnterviewd. Die personen werden toevallig gekozen uit alle inwoners van België. De resultaten geven dus een representatief beeld van de gezondheid van de bevolking. De steekproef werd getrokken uit alle personen die in het Rijksregister zijn opgenomen, met uitzondering van personen die:

- > in een instelling verblijven, uitgezonderd de personen die in een woonzorginstelling verblijven (zij maakten wel deel uit van de bevolking waaruit de steekproef werd getrokken);
- > in een religieuze gemeenschap van meer dan acht personen verblijven;
- > in een gevangenis verblijven.

Het profiel van de steekproef heeft vanuit demografisch oogpunt zoveel als mogelijk dat van de totale bevolking gevolgd. De aselechte steekproef van de huishoudens werd uitgevoerd op basis van het rijksregister, na een stratificatie per gewest, provincie en gemeente (systematische steekproef).

De basissteekproef omvatte 3 500 personen in het Vlaams Gewest, 3 500 in het Waals Gewest en 3 000 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. In elk gewest was het aantal geselecteerde personen per provincie in verhouding tot het totale aantal inwoners van elke provincie. Bovendien konden de provincies



die dat wensten een extra steekproef financieren om nauwkeurigere schattingen over hun eigen bevolking te verkrijgen. De provincie Luxemburg heeft op die manier 600 bijkomende interviews gefinancierd. Wat het totale aantal geplande interviews in het Waals Gewest op 4 100 bracht (3 500 + 600).

De manier van selecteren van steden of gemeenten in elke provincie werd zo aangepast dat zowel grote steden als kleine gemeenten vertegenwoordigd waren. In elke geselecteerde stad of gemeente werden ten minste 50 personen ondervraagd. Om die doelstelling te behalen werden eerst huishoudens geselecteerd waaruit telkens ten hoogste vier personen moesten worden geïnterviewd. De referentiepersoon per huishouden en in voorkomend geval de partner moesten altijd worden geïnterviewd. Uiteindelijk werden er 3 512 interviews afgenomen in het Vlaams Gewest, 4 214 in het Waals Gewest en 3 103 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Om representatieve resultaten te verkrijgen voor het hele land, maar ook voor elk gewest, werd een wegingsfactor toegekend aan elk individu dat aan de enquête had deelgenomen. Deze factor is berekend op basis van de waarschijnlijkheid dat het individu wordt geselecteerd binnen het huishouden, de gemeente, de provincie, het gewest en het trimester waarin het interview plaatsvond. In 2013 werden de resultaten net als in 2013, 2008, 2004, 2001 en 1998 gewogen om de Belgische bevolking zo goed mogelijk te weerspiegelen. Er werd een redelijk ingewikkeld steekproefplan aangenomen: gewestelijke stratificatie, stratificatie naar leeftijd, een grotere steekproef bij ouderen... De uiteindelijke steekproef vormt dus het resultaat van een lange voorbereiding; er moet vanzelfsprekend rekening worden gehouden met deze complexiteit bij de analyse van de gegevens en het opstellen van de indicatoren.

Het is niettemin onmogelijk een volledig representatieve steekproef uit te voeren. Personen die niet zijn ingeschreven in het Rijksregister zijn welteverstaan ook niet opgenomen in de steekproef. Bovendien konden sommige huishoudens niet worden gecontacteerd.

De deelname aan de enquête was niet verplicht en dus stemde slechts 57 % van de gecontacteerde huishoudens in met deelname. 43 % van de gecontacteerde huishoudens weigerde dus de deelname aan de enquête, om verschillende redenen, meestal wegens een gebrek aan belangstelling of tijd. Gezien de kans op weigeringen en om ondanks alles toch kwaliteitsvolle resultaten te kunnen boeken werden van bij aanvang vervanghuishoudens geselecteerd voor elk huishouden dat aan de enquête moest deelnemen. Die vervangers werden geselecteerd op basis van gelijkaardige kenmerken als die van de eerst gekozen huishoudens: wonen in dezelfde gemeenten, een zelfde aantal personen in het huishouden en dezelfde leeftijd van de referentiepersoon. Zodra een huishouden onbereikbaar bleek (na meerdere pogingen tot contact name) of deelname weigerde, werd een vervanghuishouden gekozen.

De vragenlijst van de gezondheidsenquête bestaat uit drie delen:

- > het eerste deel bestaat uit het verzamelen van een aantal huishoudkenmerken: de samenstelling, het maandelijkse inkomen, de gezondheidsuitgaven, enz. Alle vragen werden door de enquêteur aan de referentiepersoon of diens partners gesteld.
- > Het tweede gedeelte heeft betrekking op de gezondheidstoestand en de zorgconsumptie van de individuen. Ook aan elk (geselecteerd) huishoud lid werden de vragen gesteld. Als de persoon niet in staat was zelf te antwoorden wegens ziekte of een lange afwezigheid bijvoorbeeld of als de persoon minder dan 15 jaar oud was, kon een andere persoon in diens plaats antwoorden, meestal betrof het een ander gezinslid.
- > Ten slotte vulde elke deelnemer van 15 jaar en ouder zelf een vragenlijst in over gevoelige zaken zoals de mentale gezondheid, het tabaks- of alcoholverbruik, enz.

3.1.2. Aantal diabetespatiënten dat medicatie neemt op 1.000 rechthebbenden

Deze indicator is afkomstig uit de IMA Atlas van het InterMutualistisch Agentschap. Dit agentschap verenigt de zeven in België actieve mutualiteiten. De cijfers worden als geldig beschouwd voor de Belgische bevolking aangezien 99 % van de Belgen rechthebbenden zijn, d.w.z. in orde zijn met de verplichte ziekteverzekering en over een in de brongegevens bekende woonplaats beschikken.

De indicator neemt als teller het aantal rechthebbenden die tijdens het kalenderjaar antidiabetica in een publieke of ziekenhuisapotheek kregen terugbetaald (met uitzondering van vrouwen die in het eerste jaar bevallen) of rechthebbenden die geïdentificeerd werden via "diabetesovereenkomsten". De noemer wordt gevormd door het totale aantal rechthebbenden gedeeld door 1 000.

Die cijfers zijn op een steekproef gebaseerd. De permanente steekproef volgt alle uitgaven in de gezondheidszorg die worden terugbetaald door het IMA slechts voor de personen die deel uitmaken van de steekproef en dit over meerdere jaren.

Veder waren voor 2008 de zelfstandigen niet in deze gegevens opgenomen. De toename van het aantal rechthebbenden met antidiabetica doorheen de jaren is waarschijnlijk sterker dan de werkelijke toename van diabetici. Die evolutie kan gedeeltelijk worden verklaard door een meer doorgedreven medicalisering.

3.1.3. Aantal nieuwe kankergevallen per leeftijdsgroep en per meest voorkomende primaire tumor

Deze gegevens zijn afkomstig van Stichting Kankerregister. De registratie van deze gegevens is later begonnen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en in Wallonië dan in Vlaanderen. De gewestelijke dekking is pas beschikbaar in 2004.

De term kanker omvat een reeks ziekten die worden gekenmerkt door een ongecontroleerde deling en woeking van kankercellen. Als deze kankercellen niet worden vernietigd zal de ziekte tot de dood van de zieke persoon leiden.

Het aantal kankergevallen omvat het aantal nieuwe diagnoses die werden geregistreerd in de loop van een gegeven jaar. Het feit dat deze kankers vandaag beter worden opgespoord speelt een rol in de toename van het aantal kankergevallen in de statistieken.

3.1.4. Aantal invaliden

Deze gegevens zijn afkomstig van het RIZIV. Hierin is het aantal mensen dat meer dan een jaar niet in staat is om te werken, opgenomen. De periode van invaliditeit begint dus vanaf het tweede jaar van de arbeidsongeschiktheid. De gegevens geven meer bepaald een "beeld" van het aantal invaliden op 31 december van het beschreven jaar. Een geval komt overeen met een natuurlijke persoon. Methodologische breuk vanaf 2016: vóór deze datum werd de laatst gekende domicilie in België gebruikt voor de personen die in het buitenland wonen. Vanaf 2016 zijn de personen die in het buitenland wonen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen, opgenomen in de categorie "Buitenland".

Referenties

- > Sciensano Gezondheidsenquêtes: <https://www.sciensano.be/index.php/nl/projecten/de-grote-gezondheidsenquête-een-europese-enquête-uitgevoerd-belgie>
- > IMA Atlas van het InterMutualistisch Agentschap: <https://atlas.aim-ima.be/viewer>
- > Stichting Kankerregister: <https://kankerregister.org/nl>



> RIZIV: <https://www.inami.fgov.be/nl/statistieken>

3.2. MEDISCHE PRAKTIJKEN

3.2.1. Het globaal medisch dossier (GMD)

Het **Gloaal Medisch Dossier (GMD)** bevat alle medische gegevens van een patiënt (operaties, chronische ziektes, lopende behandelingen...). Het zorgt voor een betere individuele begeleiding en een beter overleg met de artsen. Het GMD is gratis en levert een hogere terugbetaling van de medische zorgen op. Het moet door de patiënt worden aangevraagd bij de huisdokter of kan door de huisdokter worden voorgesteld.

3.2.2. Dekkingsgraad van de opsporing van borst- en baarmoederhalskanker

Deze twee indicatoren worden door het InterMutualistisch Agentschap (IMA) berekend.

De **dekkingsgraad voor de opsporing van borstkanker** is gebaseerd op het percentage vrouwen tussen 50 en 69 jaar die ten minste een diagnostische mammografie hebben gehad en/of een Mammotest in het lopende of voorgaande jaar. Een Mammotest is een mammografie die wordt uitgevoerd in het kader van een programma ter opsporing van borstkanker.

In de teller zijn de rechthebbenden van de doelgroep opgenomen die een diagnostische mammografie hebben gehad en/ of een mammotest in het lopende jaar, d.w.z. een mammografie van één borst die werd uitgevoerd bij een radioloog of gynaecoloog of een mammografie van de twee borsten (eerste lezing) die werd uitgevoerd in het kader van een collectieve opsporing van kanker georganiseerd door een overheid. De noemer bestaat uit het aantal vrouwen dat is aangesloten bij een verzekeringsinstelling uit de beoogde leeftijdscategorie (50 tot 69 jaar). Dat zijn vrouwen uit de gegevensbank Bevolking van het IMA van het lopende jaar (= combinatie van de foto's van 30 juni en van 31 december) zonder uitsluiting van de overledenen.

De berekening wordt afzonderlijk uitgevoerd voor het beschouwde jaar in kwestie (t) en het voorgaande jaar (t-1). Als een vrouw werd meegeteld in de teller van het voorgaande jaar (t-1), dan kan ze niet meer worden meegeteld in de teller van het beschouwde jaar (t). De totalen per jaar worden vervolgens opgeteld. Twee opeenvolgende kalenderjaren samen stemt overeen met het aanbevolen theoretische interval tussen twee opsporingsonderzoeken.

De **dekkingsgraad van de opsporing van baarmoederhalskanker** was tot 2013 gebaseerd op het percentage vrouwen tussen 25 en 64 jaar oud die een uitstrijkje hebben laten nemen in een periode van drie kalenderjaren (het beschouwde jaar, jaar-1, jaar-2). Vanaf 2014 is het niet langer op basis van de terugbetalingscodes van het uitstrijkje berekend maar op basis van de terugbetalingscodes van het cytologisch onderzoek van het uitstrijkje. Het IMA heeft vastgesteld dat de arts de kosten voor het uitstrijkje niet altijd in rekening voor het RIZIV bracht. De dekkingsgraad op basis van het uitstrijkje werd dus gedeeltelijk onderschat. Op basis van de nieuwe methodologie, heeft het IMA alle dekkingsgraden voor de vorige jaren (sinds 2008) herberekend. Er is dus geen methodologische breuk in de tabel.

In de teller zijn de rechthebbenden van de doelgroep opgenomen die een cytologisch onderzoek van een uitstrijkje van de baarmoederhals en van de vagina kregen terugbetaald in het kader van de opsporing in een van de kalenderjaren. De noemer omvat het totaal aantal vrouwen tussen 25 en 64 jaar in de gegevensbank Bevolking van het IMA van hetzelfde jaar.



De berekening gebeurt afzonderlijk voor het kalenderjaar t, het jaar -1 en het jaar -2. Vervolgens worden de totalen opgeteld. Als een vrouw meerdere terugbetalingen ontving voor een uitstrijkje in het kader van een opsporing in deze driejarige periode, wordt ze slechts één enkele keer meegeteld voor deze periode. Een kalenderjaar loopt van 1 januari tot 31 december. De gegevens die zijn weergegeven onder het jaar 2008 corresponderen dus met de periode 2006-2008.

Vanaf 2014 zijn de cijfers voor Vlaanderen niet langer door het IMA berekend maar door het Centrum voor Kankeropsporing (CvKO). In Vlaanderen is de dekkingsgraad gebaseerd op de uitstrijkjes en niet op het cytologisch onderzoek. De cijfers zijn dus niet langer vergelijkbaar tussen de gewesten en er zijn geen meer cijfers beschikbaar voor heel België. Daarom worden in de tabel alleen de Brusselse cijfers getoond, op gemeentelijk niveau.

3.2.3. Aantal vrijwillige zwangerschapsonderbrekingen volgens de woonplaats van de vrouw

De Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking werd op 13 augustus 1990 opgericht en beoordeelt de toepassing van de wettelijke bepalingen van de wet van 3 april 1990 betreffende de **zwangerschapsafbreking**. De commissie stelt om de twee jaar een verslag op voor het federale parlement waaruit de hier voorgestelde gegevens afkomstig zijn.

Om onduidelijke redenen is er een verschil tussen het aantal aangiftes van VZO's door artsen, die individueel gevestigd zijn, en de jaarverslagen van de instellingen waarbinnen die artsen hun beroep uitoefenen. De Commissie kan niet controleren of de door de artsen en instellingen meegedeelde gegevens corresponderen met een wetenschappelijk vastgestelde werkelijkheid, ze kan zelfs niet nagaan of de documenten die ze heeft ontvangen correct werden ingevuld en ze kan daarenboven instellingen of artsen niet vragen een verklaring af te geven. De Commissie is dus helemaal afhankelijk van de gegevens die ze ontvangt.

Referenties

- > Sciensano Gezondheidsenquêtes: <https://www.sciensano.be/index.php/nl/projecten/de-grote-gezondheidsenquête-een-europese-enquête-uitgevoerd-belgie>
- > IMA Atlas van het InterMutualistisch Agentschap: <https://atlas.aim-ima.be/viewer>
- > Vrijwillige zwangerschapsafbreking: <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/thematiek/vrijwillige-zwangerschapsafbreking>

