

# “IPhEB-Report” January 2026 publication (November 2025 data)

Verantwoordelijke uitgever: Luc Vansnick, Archimedesstraat 11 – 1000 Brussel

Geen enkele informatie uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd zonder schriftelijke toestemming van IFEB

*IPHEB-Report is een publicatie van IFEB. De informatie die in dit document wordt gepubliceerd, is afkomstig uit de IFSTAT-databank, waarin farmaceutische producten en diensten zijn opgenomen die worden geleverd in voor het publiek toegankelijke apotheken en die worden vergoed door de verplichte verzekering in het kader van het stelsel van derdebetalers. Dit document geeft slechts een voorbeeld van de vele analysemogelijkheden die de IFSTAT-databank aanbiedt (snelheid, volledigheid, geografische spreiding, expertise, binnen de grenzen van ons charter). Bezoek de website [www.ifeb.be] voor meer informatie over dit onderwerp of neem contact met ons op via e-mail: info@ipheb.be voor specifieke verzoeken of mogelijke samenwerkingen.*

## Geheel van de terugbetaalde geneesmiddelen

De gegevens in de tabel zijn beperkt tot terugbetaalde geneesmiddelen (specialiteiten) en de bijbehorende farmaceutische prestaties.

GLOBAL (mio)	CI	CP	PP	NB	NU	DDD	INN			
							NB (all)	% (all)	NU (all)	% (all)
2018	2.672	472,2	3.135	101,7	253,4	5.232	7,726	7,6%	2,54	1,0%
2019	2.675	459,1	3.134	101,5	252,6	5.280	3,961	3,9%	12,93	5,1%
2020	2.742	412,8	3.155	97,0	254,8	5.210	2,343	2,4%	14,04	5,5%
2021	2.862	389,2	3.251	98,6	254,7	5.270	2,296	2,3%	15,33	6,0%
2022	3.042	397,0	3.439	101,3	265,5	5.304	2,103	2,1%	5,86	2,2%
2023	3.302	409,3	3.711	103,4	279,7	5.445	2,484	2,4%	4,15	1,5%
2024	3.854	440,4	4.294	106,3	290,2	5.715	2,575	2,4%	4,76	1,7%
2025 (pred.)	3.882	440,9	4.323	106,4	288,3	5.718	2,680	2,5%	4,59	1,6%
2024/2023	+16,7%	+7,6%	+15,7%	+2,8%	+3,8%	+5,0%	+3,7%		+14,7%	
2025/2024	+0,7%	+0,1%	+0,7%	+0,1%	-0,6%	+0,0%	+4,1%		-3,6%	
202412	329,88	39,34	369,22	9,59	27,08	515,43	0,241	2,5%	0,504	1,9%
202501	311,92	36,58	348,51	8,93	24,28	471,59	0,224	2,5%	0,483	2,0%
202502	290,33	33,47	323,81	8,16	23,29	435,19	0,207	2,5%	0,376	1,6%
202503	303,69	35,24	338,93	8,54	26,15	466,14	0,216	2,5%	0,412	1,6%
202504	316,28	36,47	352,75	8,87	22,16	484,91	0,225	2,5%	0,409	1,8%
202505	316,21	36,16	352,35	8,76	23,36	485,83	0,229	2,6%	0,463	2,0%
202506	323,21	36,62	359,81	8,88	25,07	492,75	0,224	2,5%	0,363	1,4%
202507	317,80	35,31	353,09	8,56	23,32	473,34	0,218	2,5%	0,393	1,7%
202508	295,73	32,65	328,36	7,80	24,08	436,48	0,199	2,5%	0,325	1,3%
202509	352,27	38,06	390,31	9,03	24,01	481,66	0,224	2,5%	0,334	1,4%
202510	364,83	42,45	407,25	10,12	22,62	505,55	0,245	2,4%	0,304	1,3%
202511	331,80	38,06	369,83	9,05	24,75	466,43	0,223	2,5%	0,302	1,20%

Deze tabel bevat informatie over de aflevering van terugbetaalde geneesmiddelen, met een onderscheid tussen het aantal verpakkingen (NB) en het aantal eenheden (NU).

De onderstaande tabel geeft de betekenis van de verschillende parameters weer.

CI	cost insurance	bevat de tussenkomst van de verplichte verzekering in de prijs van de geneesmiddelen, alsook de specifieke honoraria van de apothekers (VOS – HIV – BNM – ROB/RVT)
CP	cost patient	het bedrag van het remgeld berekend in functie van de terugbetalingsbasis af fabriek, met inbegrip van het mogelijke supplement voor geneesmiddelen uit de referentierugbetaling waarvan de prijs hoger is dan de terugbetalingsbasis
PP	public price	publieksprijs
NB	number of packs	Aantal verpakkingen
NU	number of units	aantal eenheden van geneesmiddelen in oraal vaste vorm, afgeleverd aan bewoners van ROB/RVT. Die eenheden zijn de eenheden van de geneesmiddelen die sinds april 2015 worden “getarifeerd per eenheid”.
DDD	number of DDD	aantal DDD
INN	international nonproprietary name	geneesmiddelen “geflagd” als voorgeschreven op stofnaam binnen het geheel van de terugbetaalde geneesmiddelen (all)

Deze tabel houdt geen rekening met de wijzigingen ten gevolge van de opname van de MAF (maximumfactuur) in de regeling van de derde betaler op 1 januari 2015. In het verleden verschoven de bedragen van de MAF ook van het remgeld naar de RIZIV uitgaven, maar zonder dat dat in de gegevens kwam. Om de gegevens coherent te houden, hebben we de betekenis van «CP» niet veranderd.

# Focus op het geneesmiddelengebruik bij ouderen :

De vergrijzing van de bevolking is al sinds meerdere jaren een belangrijke bekommernis. Een van de uitdagingen daarbij zijn de uitgaven voor geneesmiddelenbehandelingen. Dit rapport heeft tot doel de evolutie van het geneesmiddelengebruik te tonen, evenals de evolutie van de kostprijs van deze geneesmiddelen voor de verplichte verzekering en voor de patiënten. Deze gegevens beperken zich tot geneesmiddelen die in openbare apotheken worden afgeleverd aan rechthebbenden van de verplichte verzekering.

Er werden twee invalshoeken geanalyseerd: ten eerste de evolutie van het gebruik in functie van de leeftijdsgroepen in de afgelopen jaren. Ten tweede hebben we geprobeerd een cohort van patiënten te volgen om na te gaan hoe het profiel van het geneesmiddelengebruik verandert naarmate men ouder wordt.

Het doel is hier niet om de oorzaken van de vastgestelde evoluties gedetailleerd te analyseren, maar om eenvoudigweg een overzicht van de situatie te schetsen.

Zoals gebruikelijk analyseren we de gegevens volgens de belangrijkste ATC-klassen, zoals weergegeven in onderstaande tabel:

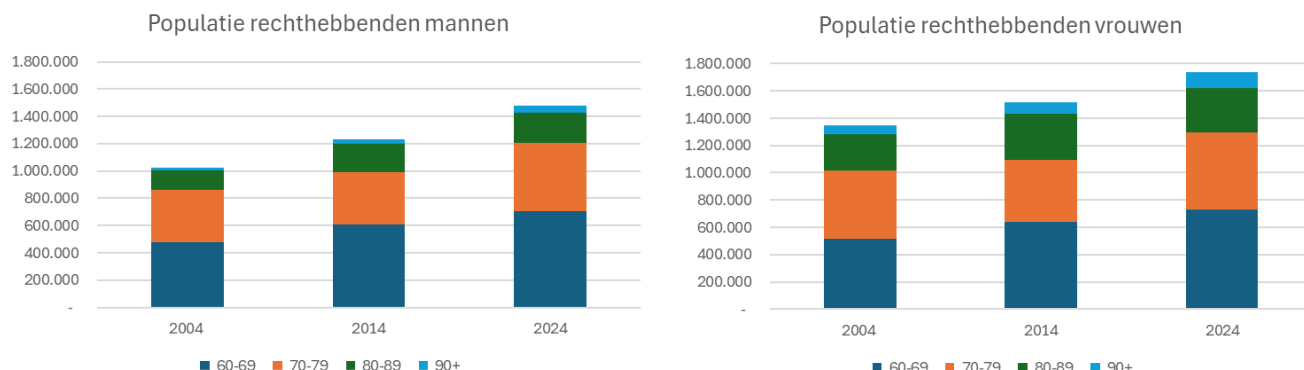
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling
B	Bloed en bloedvormende organen
C	Hart vaatstelsel
D	Dermatologische preparaten
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen
H	Systemische hormoonpreparaten, geslachtshormonen uitgezonderd
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen
M	Skeletspierstelsel
N	Zenuwstelsel
P	Antiparasitaire middelen, insecticiden en insectenwerende middelen
R	Ademhalingsstelsel
S	Zintuiglijke organen
V	Diverse middelen

Voor sommige grafieken gebruiken we het concept van “pertinente ATC-klassen”, eigen aan het IFEB, waarin de belangrijkste groepen geneesmiddelen worden opgenomen. Deze groepen worden telkens in de tekst gedefinieerd.

## Globale evolutie in functie van de leeftijd

Hier presenteren we het gebruik in de verschillende ATC-klassen per leeftijdsgroep in schijven van 10 jaar voor 2004, 2014 en 2024. De evolutie van de populatie van rechthebbenden binnen deze leeftijdsgroepen wordt weergegeven in onderstaande grafieken:

Figuur 1 : Populatie van de rechthebbenden tussen 2004 en 2024

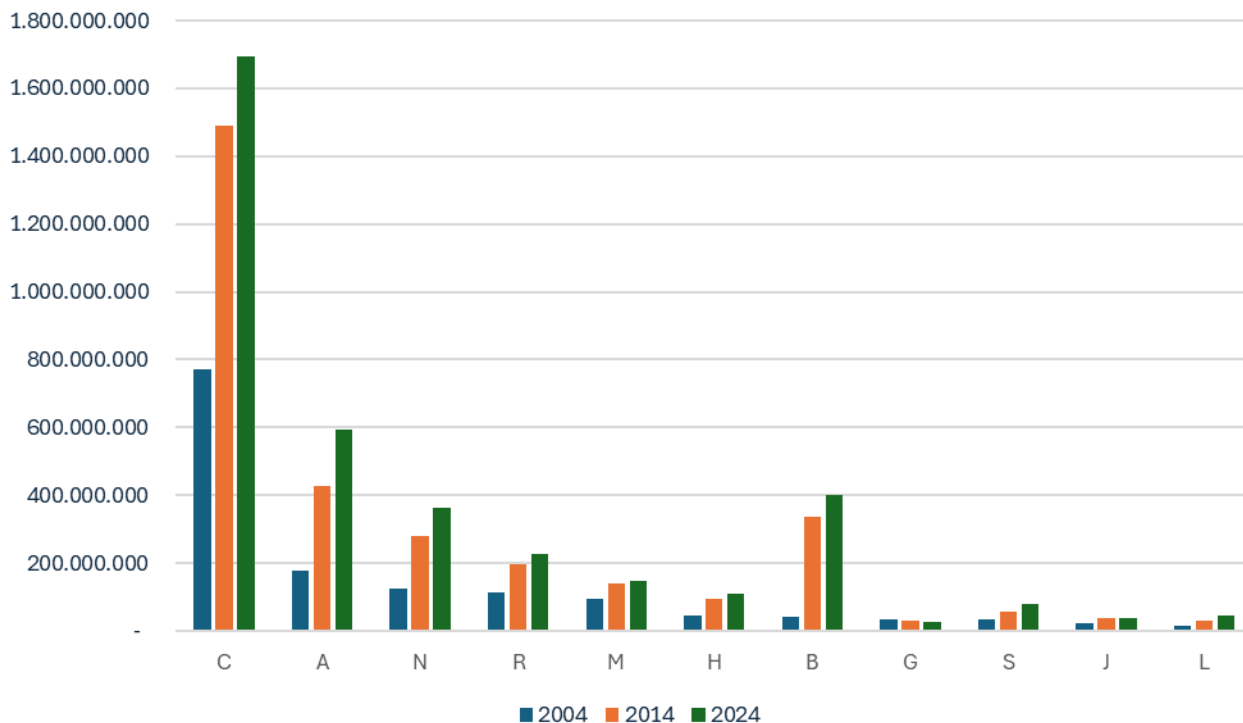


De toename van de populatie van rechthebbenden ouder dan 60 jaar is zeer aanzienlijk, iets meer bij mannen (+44%) dan bij vrouwen (+29%). Het relatieve aandeel van elke leeftijdsgroep verandert nauwelijks, behalve voor de groep ouder dan 90 jaar (van 3,5% in 2004 naar 5,1% in 2024).

## Geneesmiddelenverbruik

Laten we eerst de globale gegevens bekijken: voor de populatie van rechthebbenden van de verplichte verzekering ouder dan 60 jaar is de globale consumptie, uitgedrukt in DDD, in 20 jaar meer dan verdubbeld. Het stijgt van 1.481 miljoen DDD in 2004 naar 3.125 miljoen DDD in 2024. Wanneer we deze cijfers relateren aan het aantal rechthebbenden (volgens de gegevens van het IMA) stijgt het geneesmiddelengebruik van 649.549 DDD/1000 rechthebbenden in 2004 tot 1.161.719 DDD/1000 rechthebbenden in 2024, wat neerkomt op een stijging van 79%. Maar het grootste deel van deze toename deed zich echter voor in de periode 2004–2014 (75%), terwijl zij in de periode 2014–2024 slechts 2% bedraagt.

Figuur 2: Geneesmiddelenverbruik (DDD) in de belangrijkste ATC-klassen in 2004, 2014 en 2024



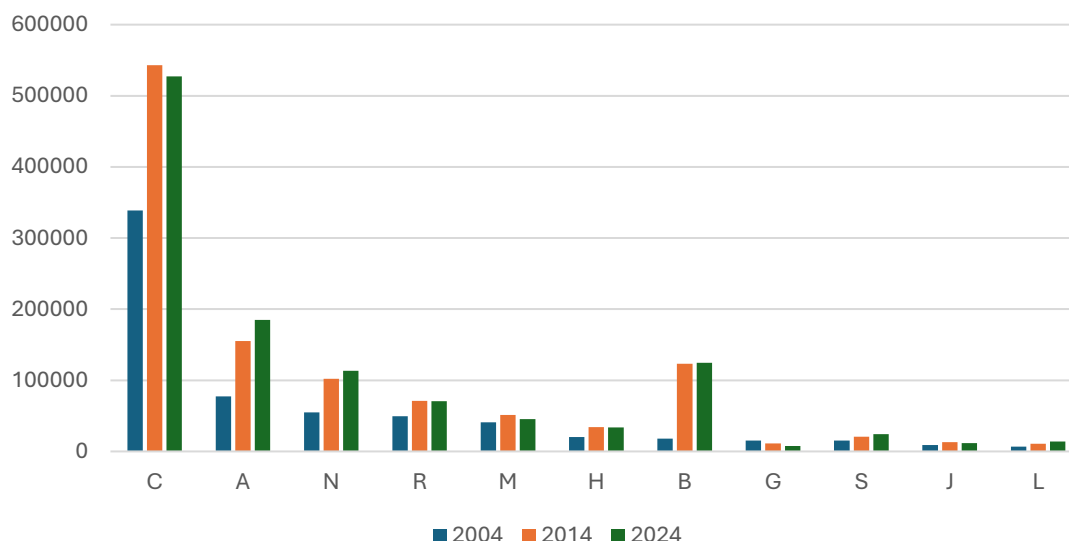
Het bovenstaande diagram illustreert de ruwe evolutie van het gebruik per ATC-klasse gedurende deze periode. Logischerwijs zien we dat klasse C, de geneesmiddelen voor het cardiovasculaire systeem, veruit de belangrijkste is. We merken ook een aanzienlijke groei van klasse A, voornamelijk de antidiabetica, en van klasse N (geneesmiddelen voor het zenuwstelsel). De meest opvallende evolutie in 2014 betreft klasse B (zie verder): de enorme stijging in 2014 is te wijten aan de terugbetaling van acetylsalicylzuur voor cardiovasculaire preventie en aan de nieuwe anticoagulantia.

Wanneer we de grootte van geneesmiddelengebruik relateren aan het aantal rechthebbenden, zien we een enigszins ander verloop: na de aanzienlijke stijging in 2014 stabiliseert het gebruik per rechthebbenden of daalt het in alle klassen in 2024, behalve in de klassen A en N.

In klasse N is de toename te wijten aan niet-opioïde analgetica en geneesmiddelen tegen de ziekte van Parkinson. In klasse A gaat het uiteraard om de niet-insuline antidiabetica, in het bijzonder de gliflozinen en de GLP-1-analogen, die verantwoordelijk zijn voor de stijging.

We merken ook op dat, hoewel de grootte van het gebruik van klasse J is toegenomen, het gebruik per rechthebbenden tussen 2014 en 2024 met 11% is gedaald. Dit is voornamelijk te wijten aan het wegvallen van de terugbetaling van immunoglobulinen in ambulante zorg.

Figuur 3: Geneesmiddelenverbruik in DDD/1000 rechthebbenden in 2004, 2014 en 2024

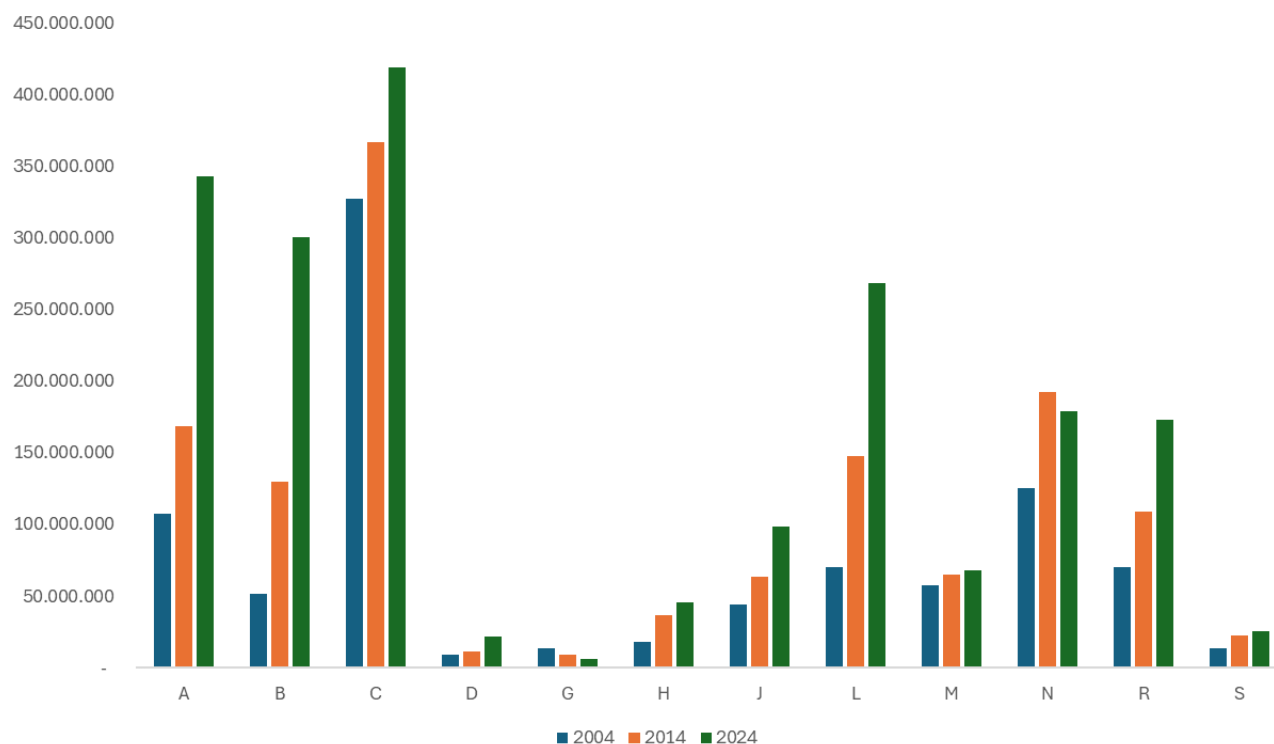


Het geneesmiddelengebruik is merkbaar verschillend per geslacht: in het algemeen is het gebruik per rechthebbende hoger bij vrouwen, maar de tendens is dalend: van +42% in 2004 naar +12% in 2024. De klassen waarin het gebruik proportioneel hoger ligt bij vrouwen zijn de klassen G, H, N en M. Bij mannen is het gebruik per rechthebbende hoger in de klassen B, R en C. Voor klasse L heeft zich een omkering voorgedaan: +37% bij mannen in 2014, maar +20% bij vrouwen in 2024.

#### RIZIV-kost

Wat betreft de kost voor het RIZIV, de globale stijging voor de groep ouder dan 60 jaar is 29% in 2014 vergeleken met 2004 en 26% in 2024 vergeleken met 2014, dus een stijging van 51% over 20 jaar. De stijging is aanzienlijk in alle klassen, behalve in klasse G, die blijft dalen, en klasse N, die licht daalt tussen 2014 en 2024.

Figuur 4 : Totale RIZIV-kost voor rechthebbenden ouder dan 60 jaar

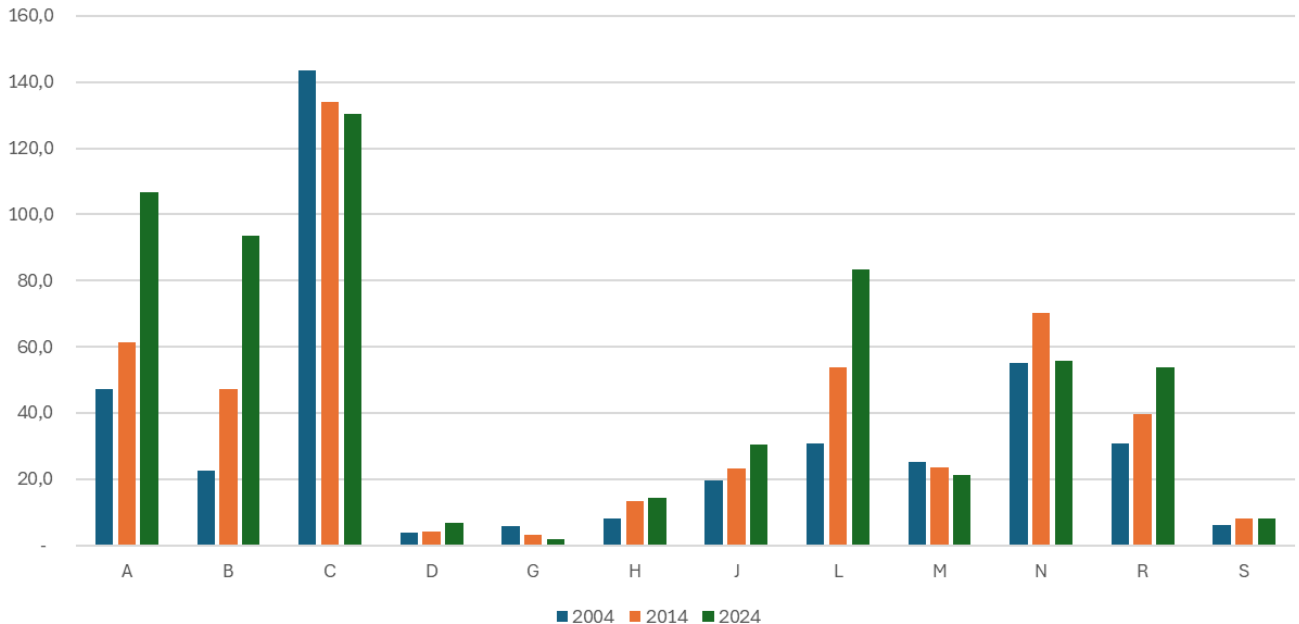


Deze stijging verschilt in 2024 vergeleken met 2014 tussen mannen (+34%) en vrouwen (+19%). Over de hele periode is de stijging 42% voor vrouwen en 61% voor mannen.

Bij het analyseren van de verdeling van de kost per hoofdklasse ATC, is klasse C veruit de duurste, maar de klassen A en B kennen een enorme kostenstijging tussen 2014 en 2024 (zie hieronder een meer gedetailleerde analyse voor de klassen A, B en C). De stijging is ook belangrijk maar minder spectaculair voor de klassen L en R.

De gemiddelde kost per rechthebbende stijgt in 20 jaar van €403 naar €610. De onderstaande grafiek toont duidelijk dat het de klassen A, B en L zijn die een belangrijke stijging van de gemiddelde kost per rechthebbende veroorzaken.

Figuur 5 : Gemiddelde RIZIV-kost per rechthebbende

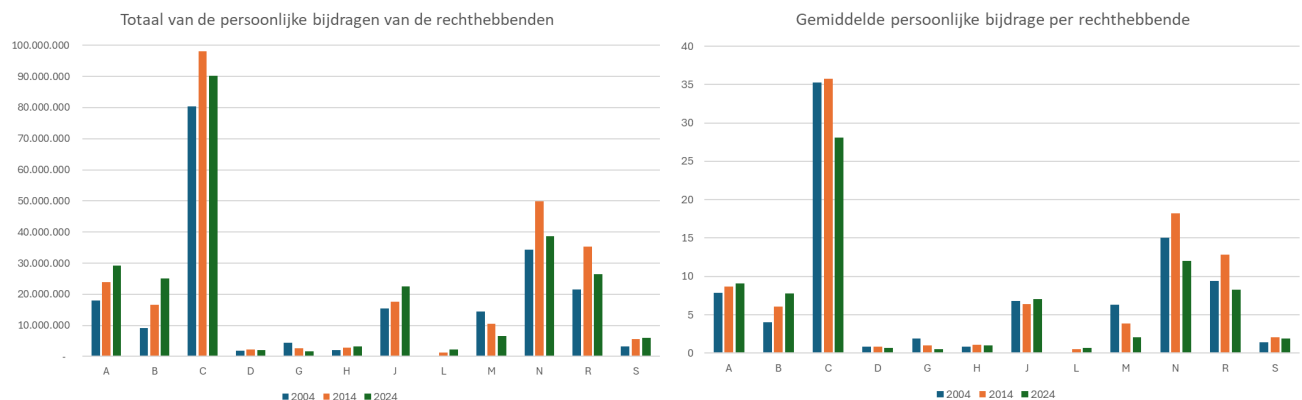


Het is belangrijk op te merken dat de hier weergegeven RIZIV-kosten geen rekening houden met de bedragen die bespaard worden in het kader van de overeenkomsten met farmaceutische bedrijven.

### Kost voor de patiënten

Het beeld is enigszins anders voor de patiëntuitgaven: net zoals de RIZIV-kost bedraagt de stijging ongeveer 30% tussen 2014 en 2004, maar daarna zien we een daling van 5% tussen 2024 en 2014. Deze daling betreft vooral de klassen C, M, N en R. Ze is bijzonder uitgesproken wanneer we rekening houden met de gemiddelde kost per rechthebbende.

Figuur 6 : Verdeling van de kost voor de patiënten per hoofd-ATC-klasse



## Kost per DDD

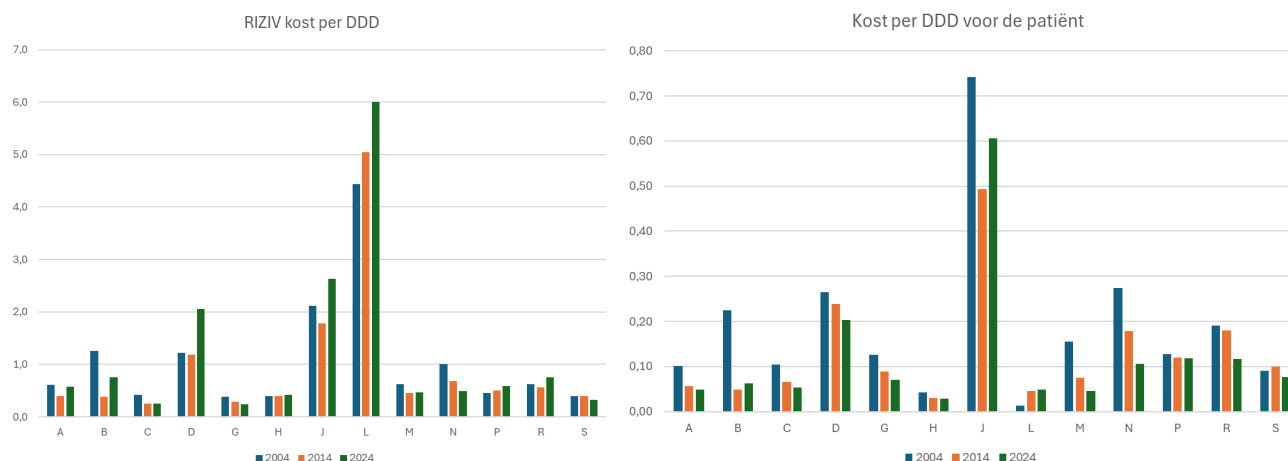
Om de kosten beter in kaart te brengen, is het belangrijk te weten wat de gemiddelde kost per DDD is, dus per theoretische behandelingsdag, zowel voor het RIZIV als voor de patiënten. In de twee onderstaande grafieken zien we dat de evolutie enigszins verschillend is. Voor het RIZIV hebben de besparingsmaatregelen via de referentietarieven goed hun effect tussen 2004 en 2014 gehad. De kost per DDD blijft stabiel of daalt, behalve in klasse L, door de geleidelijke opkomst van verschillende immunomodulatoren (klasse L04). Echter stijgt in 2024 de kost echter opnieuw in bijna alle klassen, behalve C en G.

Voor de patiënten is de situatie gunstiger: de gemiddelde dagkosten per patiënt dalen overal, behalve voor klasse B (nieuwe anticoagulantia), J (overgang van antibiotica naar terugbetalingscategorie C in plaats van B in 2017) en L (opkomst van immunomodulatoren in categorie B met het plafond van de persoonlijke bijdrage).

Merk op dat voor klasse B de daling van de gemiddelde dagkost in 2014 en 2024 ten opzichte van 2004 voornamelijk te wijten is aan de terugbetaling van acetylsalicylzuur, waarvan het gebruik zeer belangrijk is met een verwaarloosbare dagkost.

Ten slotte moet ook worden opgemerkt dat het relatieve aandeel van de patiënt in de gemiddelde kost eveneens daalt: van 18,2% in 2004 zakt dit aandeel naar 11,5% in 2024.

Figuur 7 : Gemiddelde dagkosten voor het RIZIV en voor de patiënten



## Poging tot cohortopvolging

Voor een meer gedetailleerde analyse bestaat een andere aanpak erin een cohort van patiënten te volgen die in 2004 tussen 65 en 69 jaar oud waren, en hun geneesmiddelengebruik te observeren in 2014 (dus 75 tot 79 jaar) en in 2024 (dus 85 tot 89 jaar).

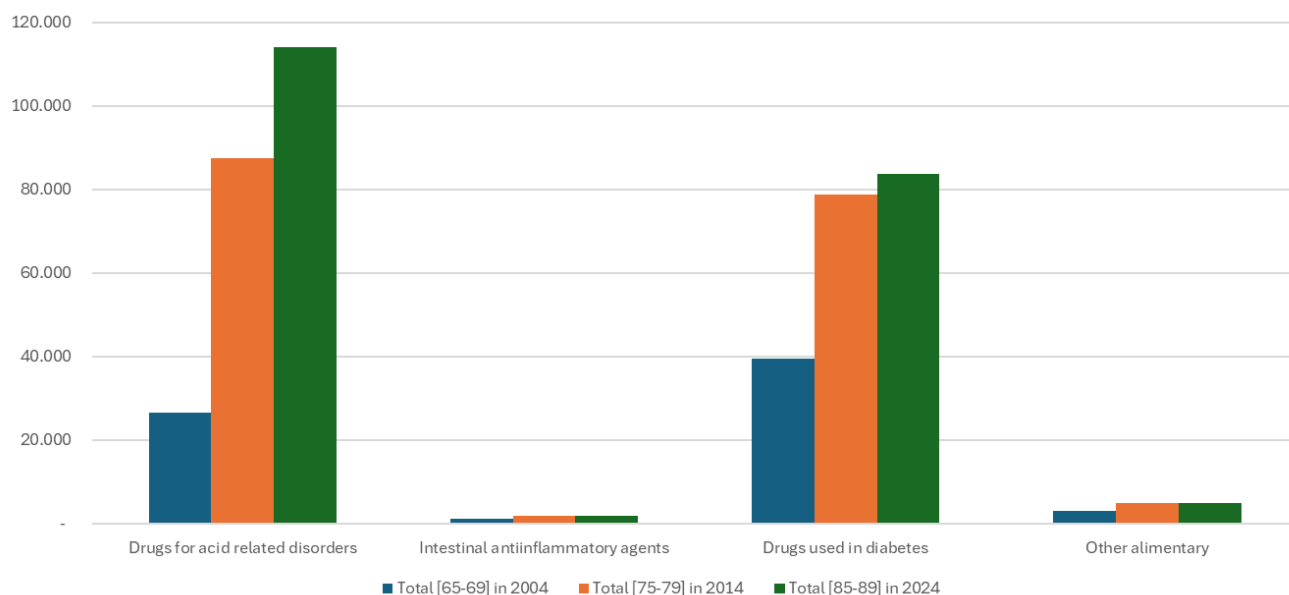
Volgens de gegevens van het IMA wordt de betrokken populatie en haar afname beschreven in de onderstaande tabel:

Leeftijd	Jaar	Mannen	Vrouwen
65-69 jaar	2004	236.340	262.344
75-79 jaar	2014	178.515	226.196
85-89 jaar	2024	91.361	145.672

Men kan deze groepen uiteraard niet als homogeen beschouwen in de tijd, gezien de demografische variaties gedurende deze 20 jaar, maar men kan zich wel een goed beeld vormen van de evolutie van het gebruik door het aantal DDD per 1000 gerechtigden voor elk geanalyseerd jaar te vergelijken. De oefening werd uitgevoerd voor de "pertinente ATC-klassen" van de hoofdklassen A (Maagdarmstelsel), B (Bloed en bloedvormend systeem) en C (Hart- en vaatstelsel).

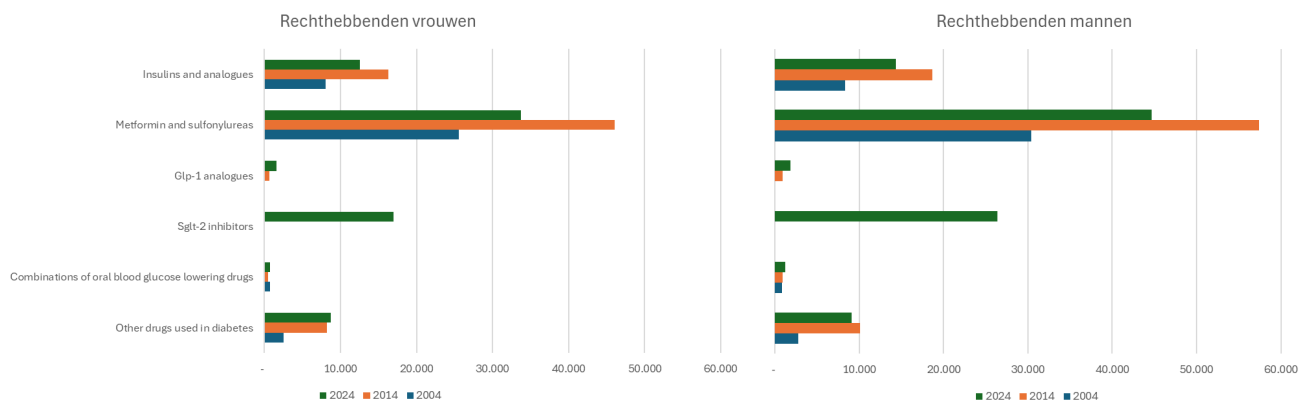
In **klasse A** is de groei van het gebruik van geneesmiddelen tegen maagzuur indrukwekkend, en het gaat natuurlijk om de protonpompremmers, die grotendeels worden vertegenwoordigd door pantoprazol, goed voor 65% van het verbruik van deze groep in 2024. De H2-antihistaminica, die in 2004 al een minderheid vormden (17%), zijn in 2024 volledig verdwenen.

Figuur 8 : Gemiddeld verbruik uitgedrukt in DDD/1000 gerechtigden voor de klasse A



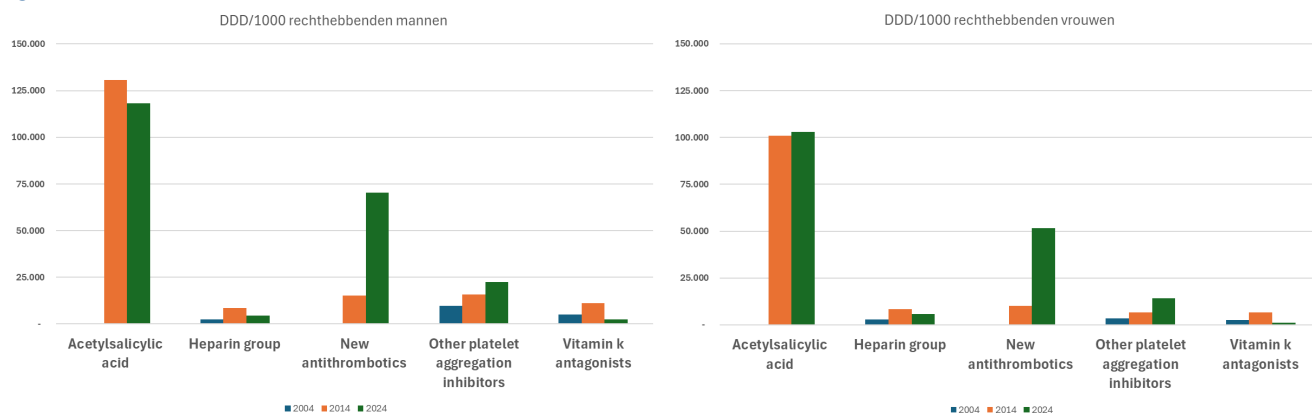
De groei van het gemiddelde verbruik van antidiabetica is eveneens opmerkelijk. De volgende grafiek geeft de verschillende betrokken klassen weer. Men stelt vast dat het gemiddelde verbruik bij mannen in alle klassen hoger ligt dan bij vrouwen. Het gemiddelde verbruik voor de groep metformine en sulfonyleurea's daalt in 2024, evenals voor insulines. De andere groepen kennen een groei, in het bijzonder de GLP-1-analogen en de SGLT-2-remmers. Bij mannen is de toename van het verbruik in 2014 duidelijk merkbaar en groter dan bij vrouwen in alle klassen. In de groep "other drugs used in diabetes" is de stijging in 2014 te wijten aan het opkomen van het gebruik van gliptines.

Figuur 9 : Gemiddeld verbruik van de geneesmiddelen gebruikt bij diabetes



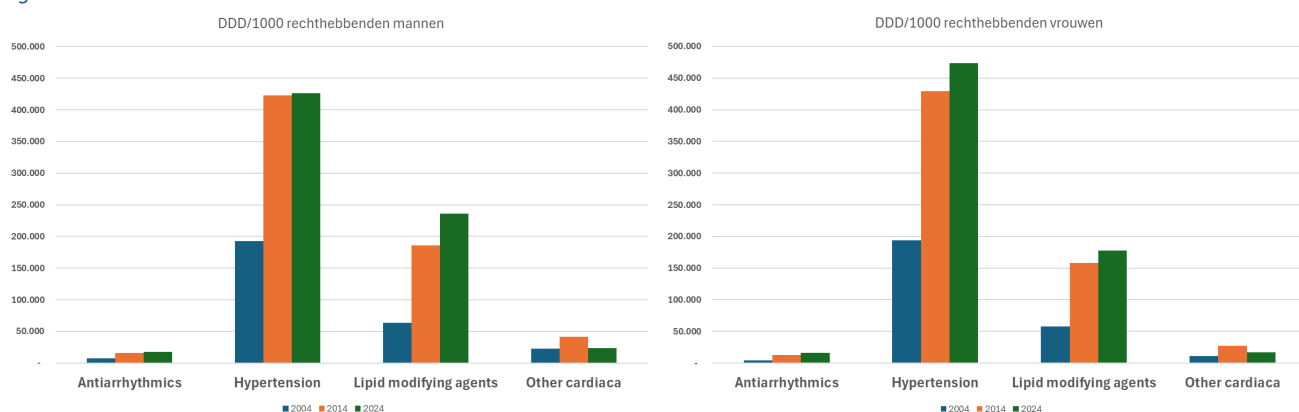
In **klasse B** zien we in 2014 het verschijnen van een zeer belangrijk gebruik van acetylsalicylzuur, dat in 2004 nog niet werd terugbetaald, voor cardiovasculaire preventie. De nieuwe orale anticoagulantia verschijnen in 2014 en nemen in 2024 sterk toe. Daarentegen wordt het gebruik van vitamine K-antagonisten in deze groep verwaarloosbaar. We merken ook een voortdurende stijging van andere plaatjesaggregatieremmers, voornamelijk clopidogrel en prasugrel. Deze trends zijn identiek bij mannen en vrouwen, maar we zien een gemiddeld gebruik per begunstigde dat hoger ligt bij mannen in alle klassen, behalve voor de groep van de heparines.

Figuur 10 : Evolutie van het verbruik in de klasse B in de cohorte



In **klasse C** is de groei van het verbruik per begunstigde algemeen. De grafieken tonen hier enkel de hoofdklassen: de geneesmiddelen tegen hypertensie en de lipidenverlagende middelen nemen sterk toe in 2014, maar deze stijging vertraagt in 2024. De cardiotonische glycosiden, die niet in de grafiek zijn opgenomen, worden marginaal (2.700 tot 3.000 DDD per 1.000 begunstigten).

Figuur 11 : Evolutie van het verbruik in de klasse C in de cohorte



In "Other cardiaca" is de variatie in het gebruik te wijten aan molsidomine, waarvan het verbruik tussen 2004 en 2014 verdubbelde, maar in 2024 gehalveerd is (32.420 DDD per 1.000 begunstigten). Het gebruik van nitraten daarentegen is in dezelfde periode meer dan verdubbeld (13.010 DDD per 1.000 begunstigten in 2024).