KCE REPORT 196AS

WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID
INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

RIZIV

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

DE PERFORMANTIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM RAPPORT 2012

SYNTHESE





KCE REPORT 196AS
HEALTH SERVICES RESEARCH

WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID
INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

RIZIV

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

DE PERFORMANTIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM RAPPORT 2012

SYNTHESE

FRANCE VRIJENS, FRANÇOISE RENARD, PASCALE JONCKHEER, KOEN VAN DEN HEEDE, ANJA DESOMER, CARINE VAN DE VOORDE, DENISE WALCKIERS, CÉCILE DUBOIS, CÉCILE CAMBERLIN, JOAN VLAYEN, HERMAN VAN OYEN, CHRISTIAN LÉONARD, PASCAL MEEUS

VOORWOORD

Ons tijdvak wordt vaak enigszins pejoratief geassocieerd met een performantie-cultus. Maar binnen het domein van de gezondheid en de gezondheidszorg staat het onderzoek naar de performantie wel hoog aangeschreven, en biedt het een soort van geruststelling. Wie zou er immers klagen over een kwaliteitsvol, doeltreffend, efficiënt, toegankelijk en billijk zorgsysteem? Wat zou men kunnen verwijten aan gezondheidspromotie die actief de ongelijkheden in gezondheid doeltreffend aanpakt en bijdraagt aan een gestage verbetering van dat gezondheidsniveau?

Voorliggend rapport biedt u een snapshot van deze performantie aan de hand van 74 indicatoren, die op een nauwgezette manier werden samengebracht door de onderzoekers van het KCE, van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en van het RIZIV. Hun werk werd ondersteund en verrijkt door de inbreng van tientallen experten uit de academische wereld en het middenveld. De leden van de administratie en de politieke overheid hebben actief alle productiestappen van dit rapport gevolgd. Wij willen ieder van hen hartelijk danken voor deze betrokkenheid die de geloofwaardigheid van het resultaat ten goede komt en de toe-eigening door alle betrokken partijen zal vergemakkelijken.

We laten u de sterke punten van ons systeem ontdekken, zoals de perceptie van de eigen gezondheidstoestand door onze medeburgers of de vaccinatiegraad bij kinderen. Toch mag men de inspanningen waar men nu tevreden over is niet laten verslappen. Ook mag dit de aandacht niet afleiden van domeinen waarin nog ruimte voor verbetering is, zoals de opsporing van bepaalde kankers of het uitstellen van gezondheidszorgen om financiële redenen. Men moet ook waakzaam blijven voor de vele ongelijkheden tussen socio-economische groepen of regio's.

De rigoureuze manier waarop elke indicator is ontwikkeld, ontslaat de lezer niet van enige voorzichtigheid bij de interpretatie. De meest recent beschikbare data zijn soms meerdere jaren oud, zeker de data op basis van enquêtes. Men moet er ook rekening mee houden dat de effecten van een interventie op het vlak van de volksgezondheid vaak pas na geruime tijd zichtbaar worden in de cijfers. Denken we maar aan de maatregelen van de administratie en politieke overheid op het vlak van het medische zorgaanbod, de gelijkheid en billijkheid van de zorg. Om dus te kunnen besluiten dat we op koers zitten op de weg naar een optimale performantie, zullen we deze evaluatie regelmatig moeten herhalen. Zeer waarschijnlijk zullen in volgende versies nieuwe data geregistreerd moeten worden en zullen bepaalde indicatoren moeten worden aangepast of vervangen. Op vlak van gezondheid en gezondheidszorg, zoals in de andere domeinen van het menselijk streven, is weinig of niets eens en voor altijd verworven. Efficiëntie en billijkheid zullen dus altijd werkpunten blijven.

Raf MERTENS

Algemeen Directeur

SYNTHESE

TABLE OF CONTENTS

VOORWOORD 1
SYNTHESE 2
1. ACHTERGROND, CONCEPTUEEL KADER EN DOELSTELLINGEN 4
1.1. ACHTERGROND 4
1.2. CONCEPTUEEL KADER TER EVALUATIE VAN DE PERFORMANTIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM 4
1.3. DOELSTELLINGEN VAN DIT RAPPORT 6
1.3.1. Strategische doelstellingen van het proces van Health System Performance Assessment 6
1.3.2. Algemene en operationele doelstellingen van het rapport van 2012 6
2. STERKE EN ZWAKKE PUNTEN VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM 7
2.1. HOE DE SYNOPTISCHE TABELLEN LEZEN? 7
2.2. GEZONDHEIDSTOESTAND 9
2.3. TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG 10
2.3.1. Beschikbaar personeel: praktiserende artsen en verpleegkundigen 10
2.3.2. Financiële toegankelijkheid 10
2.3.3. Dekkingsgraad van preventieve maatregelen 10
2.4. ZORGKWALITEIT 13
2.4.1. Doeltreffendheid 13
2.4.2. Aangepastheid 15
2.4.3. Veiligheid 16
2.4.4. Continuïteit van zorg 17
2.4.5. Patiëntgerichtheid 19
2.5. EFFICIËNTIE VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM 20
2.6. DUURZAAMHEID 21
2.7. GEZONDHEIDSPROMOTIE 22
2.8. BILLIJKHEID EN GELIJKHEID 24
2.8.1. Socio-economische ongelijkheden 24

2.8.2. Contextuele indicatoren van billijkheid 26
2.9. CONCLUSIES OVER ZWAKKE EN STERKE PUNTEN 28
3. HET 2012 HSPA-RAPPORT: NUT, TOEGEVOEGDE WAARDE EN BEPERKINGEN 30
3.1. WAT IS HET NUT VAN DIT HSPA-RAPPORT? 30
3.2. WAT IS DE TOEGEVOEGDE WAARDE VAN DIT RAPPORT VERGELEKEN MET HET VORIGE? 31
3.3. WAT ZIJN DE BEPERKINGEN VAN DIT RAPPORT? 32
3.3.1. Performantie tegenover welk streefdoel? Benchmarking met andere Europese landen lost het probleem niet op 32
3.3.2. Beslissingen nemen op basis van verouderde gegevens? 32
3.3.3. Een uitgebreider beeld, maar nog steeds hiaten in het instrument 32
4. ALGEMENE CONCLUSIE 34
■ **REFERENTIES 36**
■ **AANBEVELINGEN 38**

1. ACHTERGROND, CONCEPTUEEL KADER EN DOELSTELLINGEN

1.1. Achtergrond

De eerste Belgische Health System Performance Assessment of beoordeling van de performantie van het gezondheidssysteem (HSPA) werd gepubliceerd in juni 2010.[1] Het rapport bestond uit twee belangrijke delen. Ten eerste werd het Belgische HSPA-kader uitgewerkt op basis van internationale ervaringen die aan de Belgische context werden aangepast. Ten tweede werd een set van 55 indicatoren geselecteerd, waarvan er 40 uiteindelijk gemeten konden worden. De sterke en zwakke punten, de evolutie in de loop van de tijd en voorgestelde acties werden besproken.

Wat is een Health System Performance Assessment (HSPA)?

Een HSPA is een landgebonden proces waarmee het gezondheidssysteem holistisch kan worden beoordeeld, een "check-up" van het volledige gezondheidssysteem. Dit instrument beoogt bij te dragen tot de strategische planning van het gezondheidssysteem door indicatoren te berekenen die een “signaalfunctie” hebben. Elke HSPA wordt ontwikkeld volgens een strategisch kader dat landspecifiek is.[2]

Na de publicatie van dit eerste rapport vroegen de opdrachtgevers van de Belgische HSPA om het project verder te zetten met als doel een systematische evaluatie van het Belgische gezondheidssysteem. De opdrachtgevers vroegen ook om de indicatorenset uit te breiden met indicatoren in specifieke domeinen: gezondheidspromotie, geestelijke gezondheidszorg, huisartsgeneeskunde, zorg op lange termijn en zorg rondom het levenseinde, aangezien deze domeinen onvoldoende werden behandeld in het eerste rapport. Tenslotte werden drie dimensies (nl. zorgcontinuïteit, patiëntgerichtheid en billijkheid) beschouwd als onvoldoende vertegenwoordigd.

Daarom moesten nieuwe indicatoren worden voorgesteld om deze dimensies te beoordelen. Het huidige rapport over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem 2012 geeft de resultaten van dit werk weer.

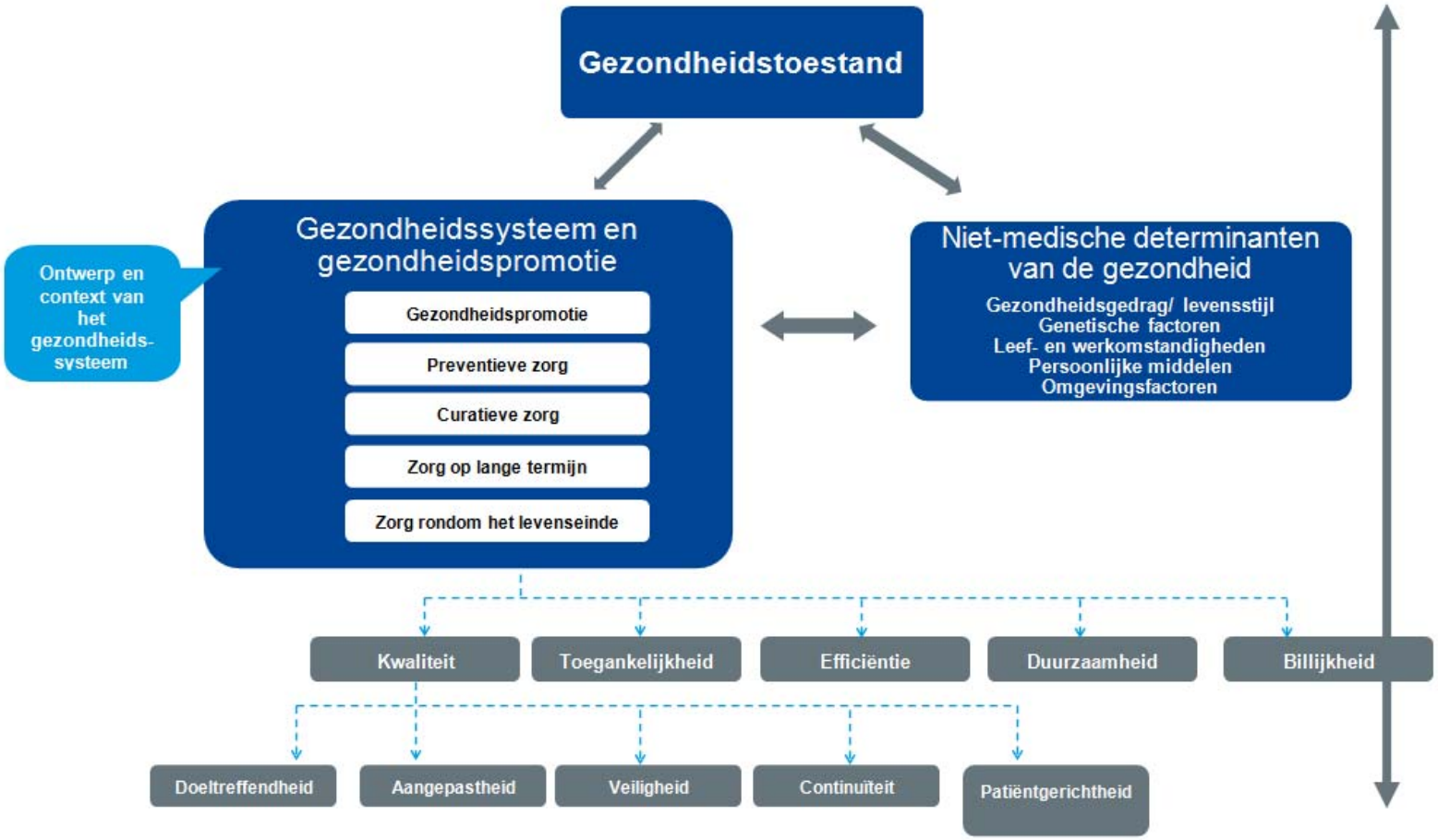
Het Handvest van Tallinn (2008): een internationale verbintenis om de performantie van de Europese gezondheidssystemen te meten.

In juni 2008 ondertekenden de 53 ministers van volksgezondheid van de landen die behoren tot de Europese regio van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) het Handvest van Tallinn “The Tallinn Charter on Health Systems for Health and Wealth”. Van de zeven ondertekende verbintenissen heeft de derde betrekking op de performantie van het gezondheidssysteem: "de lidstaten verbinden zich tot het bevorderen van transparantie en het afleggen van rekenschap over de performantie van de gezondheidssystemen door de publicatie van meetbare resultaten".[3]

1.2. Conceptueel kader ter evaluatie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem

Het conceptueel kader wordt weergegeven in Figuur 1.

Figuur 1 – Conceptueel kader ter evaluatie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem



Noot: In dit rapport is er geen specifiek hoofdstuk gewijd aan niet-medische determinanten van gezondheidsindicatoren. Indicatoren van levenswijze worden weergegeven en besproken in het hoofdstuk over gezondheidspromotie.

1.3. Doelstellingen van dit rapport

De systematische evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem is een continu proces waarbij de publicatie van HSPA-rapporten belangrijke mijlpalen zijn. Strategische doelstellingen kunnen worden gedefinieerd als de doelstellingen van dit continu proces. Ze moeten onderscheiden worden van de specifieke doelstellingen en operationele subdoelstellingen van het huidige rapport.

1.3.1. Strategische doelstellingen van het proces van Health System Performance Assessment

Het HSPA-proces streeft drie strategische doelstellingen na:

1. De gezondheidsautoriteiten informeren over de performantie van het gezondheidssysteem, en een draagvlak bieden voor beleidsplanning;
2. Een transparant en controleerbaar beleid schetsen van de performantie van het Belgisch gezondheidssysteem, in overeenkomst met het engagement in het Handvest van Tallinn;
3. Op lange termijn de performantie van het gezondheidssysteem in de tijd volgen.

1.3.2. Algemene en operationele doelstellingen van het rapport van 2012

Een reeks van indicatoren voorstellen en meten voor alle domeinen en gekozen dimensies van het Belgisch gezondheidssysteem, waarbij het aantal indicatoren beheersbaar blijft (in dit rapport zijn dat er 74).

Vier operationele doelstellingen werden gedefinieerd:

1. De kernset van 55 indicatoren van het vorige rapport herzien, met een speciale focus op de 11 indicatoren waarvoor er in 2010 geen gegevens beschikbaar waren[a];
2. De kernset uitbreiden met indicatoren uit volgende domeinen: gezondheidspromotie, huisartsgeneeskunde, geestelijke gezondheidszorg, zorg op lange termijn, palliatieve zorg; indicatoren toevoegen inzake patiëntgerichtheid en zorgcontinuïteit (twee sub-dimensies van kwaliteit), en tot slot indicatoren voorstellen inzake billijkheid in het gezondheidssysteem;
3. De geselecteerde indicatoren waar mogelijk meten, of hiaten in de beschikbaarheid van gegevens identificeren;
4. De resultaten interpreteren met het oog op een globale evaluatie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem door middel van verschillende criteria, waaronder een internationale benchmarking indien aangewezen.

Het HSPA-rapport is een rapport waarin het Belgische gezondheidssysteem op nationaal niveau wordt opgevolgd en waarin België ook wordt gepositioneerd in een internationale context. Door middel van 74 indicatoren probeert het HSPA-rapport de toegankelijkheid, kwaliteit, efficiëntie, duurzaamheid en billijkheid van het Belgische gezondheidssysteem te monitoren, om te kunnen dienen als informatiebron voor de verschillende beleidsmakers die bevoegd zijn voor gezondheid en gezondheidspromotie.

[a] Het aantal praktiserende verpleegkundigen; bijkomende ziektegerelateerde kosten voor chronisch zieken; voorschriften in overeenstemming met de richtlijnen; screening voor colorectale kanker; cariës, tandverlies en tandvullingen op de leeftijd van 12 jaar; cardiovasculaire screening bij personen tussen 45-75 jaar; 5-jaars overlevingspercentage (borst, colon, baarmoederhals); vroegtijdig overlijden, incidentie van doorligwonden in residentiële zorg en bij risicopersonen.

2. STERKE EN ZWAKKE PUNTEN VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM

2.1. Hoe de synoptische tabellen lezen?

De resultaten van de 74 indicatoren worden hieronder besproken, per domein en/of dimensie. Aan gezondheidspromotie is een specifiek hoofdstuk gewijd.

Deze synoptische tabellen bevatten volgende informatie:

- In de eerste plaats toont een pictogram, waar mogelijk, een globale evaluatie van de resultaten van de indicator, gebaseerd op de integratie van verschillende criteria: waarde op nationaal niveau versus nationale doelstellingen (wanneer die bestaan) of versus internationale benchmarks, tendensen over verloop van tijd, regionale of socio-economische ongelijkheden. Er dient opgemerkt te worden dat deze evaluatie niet volledig mogelijk is voor alle indicatoren.
- In de kolom “België” wordt de waarde van de indicator voor België vergeleken met de resultaten van de landen van de EU-15[b] (internationale benchmarking), en weergegeven met een kleurcode.
- De volgende kolom identificeert het jaar van de meest recente resultaten die beschikbaar zijn voor België. Dit is belangrijke informatie voor beleidsmakers, bijv. om te voorkomen dat beslissingen worden genomen op basis van verouderde gegevens en om de verzameling van meer recente gegevens aan te moedigen indien nodig.
- Vervolgens wordt, indien mogelijk, een ruwe tendens over de tijd weergegeven (stijging, daling, en stabiel), over de laatste vijf beschikbare jaren. Er is geen evaluatie van de omvang of het klinisch belang van de wijzigingen.
- De laatste kolommen geven subgroepanalyses weer (indien van toepassing, en als gegevens beschikbaar zijn) per geslacht, socio-economische status (laag of hoog)[c] en per gewest (Vlaanderen, Wallonië en Brussel). Voor deze subgroepanalyses helpen kleuren de lezer de grootte van de relatieve verschillen naar waarde te schatten. Met betrekking tot de vergelijking tussen de gewesten moet rekening worden gehouden met de specifieke context van het Brussels gewest: het Brussels gewest bestaat immers alleen uit één enkel stedelijk gebied, terwijl de twee andere gewesten bestaan uit een mengvorm van stedelijke, voorstedelijke en landelijke gebieden.
- Tenslotte worden gebieden waar bijkomend onderzoek nodig is aangeduid met een 

.

Bron van de gegevens

Er werd zoveel mogelijk gebruik gemaakt van routinematig verzamelde gegevens (bijv. administratieve databanken, nationale registers of enquêtes die regelmatig herhaald worden): de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG), de EPS (permanente steekproef), databanken van het RIZIV (doc N, Pharmanet), het Belgisch Kankerregister, het register van nosocomiale infecties, de gezondheidsenquêtes (HIS – Health Interview Survey), vaccinatie-enquetes en de databank van de Algemene Directie Statistiek en Economische informatie (ADSEI).

[b] De term **EU-15** verwijst naar de 15 lidstaten van de Europese Unie vanaf 31 december 2003, vooraleer de nieuwe lidstaten bij de EU kwamen. Deze 15 lidstaten zijn Oostenrijk, België, Denemarken, Finland, Frankrijk, Duitsland, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Portugal, Spanje, Zweden en het Verenigd Koninkrijk.

[c] Afhankelijk van de gegevensbron is de socio-economische status gebaseerd op ofwel het opleidingsniveau, ofwel het recht op verhoogde terugbetaling van gezondheidszorguitgaven.

Legende voor de synoptische tabellen

Globale evaluatie		Internationale vergelijking (EU-15) België is gesitueerd§ in de groep van landen met:	Relatief risico per geslacht, socio-economische status en gewest
	Zeer slechte resultaten	De slechtste resultaten	Zeer grote verschillen tussen groepen: De resultaten zijn minstens twee keer zo slecht of minstens half zo goed in de groep waarmee vergeleken wordt als in de referentiegroep£
	Slechte resultaten	Resultaten slechter dan gemiddeld	Grote verschillen tussen groepen: resultaten zijn minstens 50% slechter of beter
	Gemiddelde resultaten	Gemiddelde resultaten	Matige verschillen tussen groepen: resultaten zijn tussen 20% en 50% slechter of beter
	Goede resultaten	Resultaten beter dan gemiddeld	Kleine of geen verschillen tussen groepen: resultaten zijn maximaal 20% slechter of beter
	Zeer goede resultaten, aan alle criteria werd voldaan	De beste resultaten	Kenmerk niet relevant voor deze indicator
	Meer gegevens/onderzoek nodig		Geen gegevens beschikbaar

§ Kwintielen worden berekend op de resultaten van alle landen.
£ Referentiegroep: de hogere socio-economische status, de geslachtsgroep (mannelijk/vrouwelijk) met de beste resultaten, het gewest (Wallonië, Vlaanderen, Brussel) met de beste resultaten.
Fictieve voorbeelden: Tweemaal zo slecht: 20% rokers in lage socio-economische groep versus 10% rokers in hoge socio-economische groep OF Half zo goed: 13% gezonde voeding in lage socio-economische groep versus 26% in hoge socio-economische groep.

2.2. Gezondheidstoestand

We beschrijven 4 indicatoren over de globale gezondheidstoestand. Deze kunnen worden beschouwd als algemene en ultieme resultaten van de interventies inzake gezondheidssysteem/gezondheidspromotie, naast alle andere determinanten van de gezondheid.

De vier indicatoren laten een positieve evolutie in de tijd zien (Tabel 1). Het resultaat van de levensverwachting is iets lager in vergelijking met het EU-15-gemiddelde (0,7 jaar onder het EU-15-gemiddelde), terwijl de levensverwachting in goede gezondheid (gedefinieerd als de resterende jaren vanaf een bepaalde leeftijd zonder activiteitsbeperking), en zuigelingensterfte op een middelmatige plaats staan. Het percentage van mensen dat hun gezondheid als (minstens) goed beschouwt, ligt hoger dan het EU-15-gemiddelde. Er worden grote verschillen vastgesteld tussen mannen en vrouwen, behalve voor de levensverwachting in goede gezondheid op 25 jaar. Vrouwen leven langer dan mannen maar met meer jaren van beperkingen en zij ervaren hun gezondheid als minder goed. Alle parameters zijn slechter voor de lagere socio-economische groepen. Wat de gewesten betreft, zijn er betere uitkomsten voor Vlaanderen, met uitzondering van de kindersterfte.

Tabel 1 – Indicatoren die de globale gezondheidstoestand beoordelen

Indicator	Globaal	België	Meest recente gegevens	Tendens in de loop van de tijd	M	V	Sociaal laag	Sociaal hoog	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Levensverwachting (jaren)	😐	80,0	2010	Stijging	77,4	82,6	M:47,6[i] V: 54,0	M:55,0 V: 59,9	80,9	78,5	80,0
Levensverwachting (op 25 jaar)	😐	41,0 [ii]	2008	Stijging	41,3	41,2	M:27,7 V: 28,9	M:46,3 V: 47,1	M:43,7 V: 42,3	M:37,4 V:39,1	M:38,5 V:40,6
Zelfevaluatie gezondheid (% in goede of in zeer goede gezondheid)	🙂	76,8	2008	Stijging	79,5	74,3	57,4	85,7	78,6	73,7	74,3
Percentage zuigelingensterfte (aantal overlijdens/1 000 levendgeboortes)	😐	3,5	2010	Daling	4,2	3,4			4,0	3,1	4,6

[i] *Levensverwachting volgens socio-economische status verwijst naar de levensverwachting op de leeftijd van 25 jaar.*
[ii] *Internationale vergelijking is gebaseerd op de levensverwachting in goede gezondheid bij de geboorte.*
[iii] *Kleurcodering voor socio-economische verschillen in levensverwachting en levensverwachting in goede gezondheid is niet gebaseerd op de grootte van het relatieve risico (zoals voor alle andere indicatoren), maar op de grootte van de absolute verschillen: geel (1 tot 2 jaar verschil), oranje (2 tot 6 jaar verschil), rood (meer dan 6 jaar verschil).*

2.3. Toegankelijkheid van de zorg

Toegankelijkheid wordt gedefinieerd als de mate waarin patiënten gemakkelijk toegang hebben tot de gezondheidsdiensten in termen van fysieke toegang (geografische verspreiding), kosten, tijd, en beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel.[4] De toegankelijkheid van een gezondheidssysteem is een noodzakelijke voorwaarde voor een kwaliteitsvol en efficiënt gezondheidssysteem.

Dertien van de 74 indicatoren beoordelen de toegankelijkheid van het gezondheidssysteem en zijn gegroepeerd in verschillende thema's: beschikbaar personeel in gezondheidszorg, financiële toegankelijkheid, dekkingsgraad van preventieve maatregelen, toegankelijkheid van residentiële zorg voor ouderen, beschikbaarheid van mantelzorgers voor ouderen en tijdigheid van palliatieve zorg op het einde van het leven.

2.3.1. Beschikbaar personeel: praktiserende artsen en verpleegkundigen

Er werden veel inspanningen geleverd om een betere raming te kunnen geven van het beschikbaar personeel (praktiserende artsen en verpleegkundigen) in België. Dit wordt bevestigd door de toevoeging van deze twee indicatoren waarvoor er in het vorige rapport geen volledige resultaten beschikbaar waren. Met deze indicatoren alleen kan echter niet beoordeeld worden of dit personeelsbestand voldoende is om tegemoet te komen aan de gezondheidsbehoeften van de populatie.

2.3.2. Financiële toegankelijkheid

Ondanks het bestaan van een universele ziekteverzekering en het bestaan van veel sociale vangnetten (maximumfactuur, Omnio, Bijzonder solidariteitsfonds) verklaarde 14% van de huishoudens dat zij sommige gezondheidszorgen (medische zorg, chirurgie, geneesmiddelen, bril of lenzen, geestelijke gezondheidszorg) moesten uitstellen om financiële redenen. Dit percentage is toegenomen sinds het einde van de jaren negentig. Bovendien vertegenwoordigen de persoonlijke uitgaven van de patiënt 19% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, hetgeen aanzienlijk hoger is dan het EU-15-gemiddelde van 15%.

2.3.3. Dekkingsgraad van preventieve maatregelen

Wat de dekkingsgraad van preventieve maatregelen betreft, kan België zeker beter presteren.

De dekkingsgraad van borstkankerscreening (60%) is laag vergeleken met het EU-15-gemiddelde (68,3%). Deze verhouding bleef stabiel ondanks het bestaan van een georganiseerd borstkankerscreeningsprogramma. Dit laatste neemt slechts de helft van de gescreende vrouwen voor zijn rekening. De verschillen tussen de gewesten zijn bovendien erg opvallend. Men kan zich dus vragen stellen bij de efficiëntie van het programma.

Voor de dekkingsgraad van screening van baarmoederhalskanker (62%) zijn er minder afwijkingen tussen de gewesten. De resultaten situeren zich rond het EU-15-gemiddelde, maar blijven middelmatig met betrekking tot de algemeen aanvaarde Europese doelstelling van 80%. De dekkingsgraad blijft ook stabiel in de loop van de tijd.

Er worden geen gegevens gepresenteerd inzake de dekkingsgraad van de screening van colonkanker, aangezien het nog te vroeg is om het nieuwe programma in de Franstalige gemeenschap te evalueren.

Wat de griepvaccinatie van ouderen betreft, wordt het WGO-streefdoel (75%) niet behaald en stijgt de dekkingsgraad maar heel geleidelijk. Wat de vaccinatie van kinderen betreft, doet België het goed.

Toegankelijkheid van zorg op lange termijn

Het aantal bedden in residentiële zorgfaciliteiten is constant gebleven tijdens de laatste tien jaar (nl. 70 bedden per 1 000 personen van 65 jaar en ouder). Over het algemeen is dit aantal veel hoger in Wallonië en Brussel dan in Vlaanderen.

Mantelzorgers, gedefinieerd als personen die hulp bieden bij de basisactiviteiten van het dagelijkse leven (Activities of Daily Living - ADL) gedurende minstens een uur per week, zijn belangrijk onderdeel van de langetermijnszorgverlening.[5] Het percentage van de populatie van 50 jaar en ouder dat fungeert als mantelzorger varieerde van 8% in Zweden tot 16,2% in Italië. Het Belgische cijfer van 12,1% is lichtjes hoger dan het totale gemiddelde van de OESO-landen (11,7%). Dit moet in zijn context worden geplaatst vermits dit cijfer beïnvloed wordt door de manier van

leven, maatschappelijke waarden en het al dan niet aanwezig zijn van specifieke stimulerende maatregelen om mantelzorg te ondersteunen.

Aangezien er momenteel geen gegevens zijn over de behoeften van de patiënt zijn deze twee indicatoren nog steeds onvoldoende om de toegankelijkheid van de zorg op lange termijn te beoordelen.

Tijdigheid bij palliatieve zorg

Het starten met palliatieve zorg wordt soms uitgesteld tot de patiënten zich in de terminale fase bevinden. Dit kan wijzen op problemen van toegankelijkheid van palliatieve zorg, of op het feit dat de beslissing om met palliatieve zorg te starten te laat werd genomen. In 20% van de gevallen overleden de patiënten binnen de week van aanvraag voor de palliatieve forfaitaire vergoeding (ingediend bij het ziekenfonds). Dit lijkt eerder op een late start te wijzen. Het zou nuttig zijn om meer gegevens over deze indicator te bekomen (evolutie over de tijd, regionale verschillen).

Tabel 2 – Indicatoren ter beoordeling van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg

	Indicator	Globaal	België	Meest recente gegevens	Tendens in de tijd	M	V	Sociaal laag	Sociaal hoog	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Personeelsbestand	Aantal (per 1 000 inwoners): - praktiserende artsen	R	2,9	2010	stabiel							
	- praktiserende verpleegkundigen		9.9[i]	2009								
Financiële toegankelijkheid	Dekking verplichte ziekteverzekering van de bevolking (%)	😐	99,0	2010	stabiel							
	Remgeld en persoonlijke uitgaven (% van totale gezondheidszorguitgaven)		19,4	2010	stabiel							
	Uitgestelde contacten met gezondheidsdiensten om financiële redenen (%)		14	2008	stijging			27,0	4,0	11,0	14,0	26,0
Dekking van preventieve maatregelen	Kankerscreening - Borst (% vrouwen 50-69 jaar oud)	☹	60,1	2010	stabiel			48,6	62,9	64,9	55,3	51,9
	- Baarmoederhals (% vrouwen 25-64 jaar oud)		61,8	2010	stabiel			48,9	64,2	61,0	64,6	63,6
	Vaccinatiedekking kinderen - % DTP-Hib (3)	😊	97,9	2009	stijging					98,3	96,9	98,6
	- % MMR (1)		94,5	2009	stijging					96,8	92,4	91,1
	Griepvaccinatie (% 65+)	😐	65,0 [ii]	2009	stijging			63,5	46,3	65,8	60,9	59,2
Zorg op lange termijn	Aantal bedden in woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen (per 1 000 inw. 65+)	R	70,3 [iii]	2011	stabiel					58	83	101
	Mantelzorgers (% bevolking 50+)		12,1	2007								
Tijdigheid van palliatieve zorg: overlijdens binnen een week na de start van de palliatieve zorg (%)		R	(20,0) [iv]	2006								

i OESO-gegevens over het aantal verpleegkundigen onvoldoende vergelijkbaar.
ii nationale waarden gebaseerd op HIS (basis van internationale vergelijking in OESO-Gezondheidsgegevens), socio-economische ongelijkheden gebaseerd op EPS.
[iii] Waarde en internationale vergelijking gebaseerd op gegevens 2010.
[iv] Geen nationale gegevens, waarde gebaseerd op één enkele studie van het Christelijk Ziekenfonds.
DTP-Hib (3) Difterie-Tetanus-Kinkhoest (Pertussis)-Haemophilus Influenzae B (dekking met derde dosis; BMR (1) Bof-Mazelen-Rodehond (eerste dosis).

2.4. Zorgkwaliteit

Kwaliteit wordt gedefinieerd als "de mate waarin gezondheidszorg, zowel voor het individu als voor de bevolking, de kans vergroot op gewenste uitkomsten en waarbij de verleende zorg in overeenstemming is met gangbare medische kennis en inzichten".[6] Dit wordt verder onderverdeeld in 5 subdimensies: doeltreffendheid, aangepastheid, veiligheid, zorgcontinuïteit en patiëntgerichtheid.

2.4.1. Doeltreffendheid

Doeltreffendheid wordt gedefinieerd als "de mate waarin de gewenste uitkomsten worden bekomen, op voorwaarde van een juist aanbod van evidence-based gezondheidsdiensten voor al wie er baat bij heeft, maar niet voor diegenen die er geen baat bij zouden hebben". Alle indicatoren zijn dus uitkomst (resultaats) indicatoren.

Er werden zeven indicatoren gekozen om de doeltreffendheid van de gezondheidzorg te beoordelen: overlevingspercentage na borst-, baarmoederhals- of colorectale kanker, percentage hospitalisaties door astma, en drie nieuwe indicatoren voor geestelijke gezondheidszorg: aantal zelfdodingen per 100 000 inwoners (dit is ook een indicator van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking), de verhouding tussen het tewerkstellingspercentage van personen met geestelijke gezondheidsproblemen en het percentage voor personen met andere handicaps (zoals musculoskeletale aandoeningen), de verhouding van gedwongen opnames gerelateerd aan alle psychiatrische hospitalisaties.

De overleving na colon- en borstkanker is goed in vergelijking met andere Europese landen. Er zijn, tot op heden, nog geen cijfers over de evolutie van de overlevingspercentages beschikbaar.

Ziekenhuisopnames omwille van astma – die tekorten in de ambulante diensten weerspiegelen – zijn iets hoger (d.w.z. slechter in termen van doeltreffendheid) dan het EU-15-gemiddelde.

Bij de indicatoren over de doeltreffendheid van de geestelijke gezondheidszorg stellen we een zeer hoog aantal zelfdodingen vast in vergelijking met andere Europese landen. Het aantal zelfdodingen is echter ook afhankelijk van persoonsgebonden en maatschappelijke factoren. Daarom is het alleen maar een indirecte indicator van de doeltreffendheid van de geestelijke gezondheidszorg. Hoe dan ook, de resultaten geven aan dat gezamenlijke actie nodig is om het aantal zelfdodingen in België te verminderen. De tweede indicator, de arbeidsparticipatie van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen in vergelijking met de arbeidsparticipatie van mensen met een andere handicap, is moeilijk te interpreteren en toont de noodzaak om meer gegevens te verzamelen. Een laatste indicator geeft aan dat in de afgelopen jaren, het percentage gedwongen psychiatrische opnames (collocaties) toegenomen is. Het hoogste percentage, dat in Brussel werd vastgesteld, moet met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd (Deze verschillen zouden immers kunnen toegeschreven worden aan stedelijke fenomenen eerder dan aan regionale verschillen).

Tabel 3 – Indicatoren ter beoordeling van de doeltreffendheid van de zorg

	Indicator	Globaal	België	Meest recente gegevens	Tendens in de tijd	M	V	Sociaal laag	Sociaal hoog	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Curatieve zorg	Relatief overlevingspercentage na 5 jaar - borstkanker	☺	88,0	2008 [ii]						87,6	88,8	88,0
	- baarmoederhalskanker		69,8	2008 [ii]						70,6	69,1	67,7
	- colonkanker		M:62,3[i] V: 64,6	2008 [ii]		62,3	64,6			M:62,5 V: 64,5	M:62,5 V: 64,9	M:59,9 V: 64,3
	Hospitalisaties voor astma (/100 000 inw. 15+)	😐	48,4[iii]	2009 [ii]	stabiel	28	52					
Geestelijke gezondheid	Zelfdoding (aantal/100 000 inw.)	R	18,6	2008[iv]	stabiel	28	10			17	24	14
	Tewerkstellingspercentage van personen met een geestelijke gezondheidsstoornis[v]		0,7	2002[vi]								
	Onvrijwillige opnames (% van alle psychiatrische hospitalisaties)		8	2009	stijging					8	7	14

[i] *Resultaten voor colorectale kanker in OESO-Gezondheidsgegevens voor België.*
[ii] *Laatste beschikbare gegevens voor België in OESO-Gezondheidsgegevens: 2004 (dit was de basis van de internationale vergelijking).*
[iii] *Dit is het resultaat van de OESO-Gezondheidsgegevens voor België, na aanpassing voor leeftijd. Percentage voor België zonder aanpassing is 40/100 000.*
[iv] *Laatste beschikbare gegevens in OESO-Gezondheidsgegevens voor België: 2005 (dit was de basis van de internationale vergelijking).*
[v] *Verhouding van tewerkstellingspercentage van personen met een geestelijke stoornis met het tewerkingstellingspercentage van alle personen met een handicap.*
[vi] *Resultaten van de laatste EU Labour Force Survey.*

2.4.2. *Aangepastheid*

Aangepastheid van zorg kan worden gedefinieerd als "de mate waarin de verleende gezondheidszorg een antwoord biedt op de medische noden, rekening houdend met de best beschikbare wetenschappelijke bewijskracht ('best-available evidence')". Het verband tussen doeltreffendheid en aangepastheid weerspiegelt het verband tussen zorguitkomsten en zorgprocessen.

Er werden acht indicatoren geselecteerd om de aangepastheid van de zorg te meten. De resultaten zijn in het algemeen niet al te best, vooral voor die indicatoren die verband houden met aangepastheid van borstkankerscreening (niet in doelpopulatie) of het opvolgen van richtlijnen (voor antibiotica of voor opvolging van diabetici).

Het aantal keizersneden neemt toe en vertoont een grote variabiliteit tussen de ziekenhuizen.

Twee indicatoren beschrijven het verbruik van antidepressiva en antipsychotica in de algemene bevolking. Ze tonen dat dit verbruik boven het EU-15-gemiddelde ligt. Bovendien stijgt het verbruik van deze geneesmiddelen nog steeds.

Tenslotte werd één indicator gemeten over de agressiviteit van de behandeling op het einde van het leven (Kankerpatiënten die chemotherapie krijgen tijdens de laatste 14 dagen van hun leven). Deze gegevens zijn echter moeilijk te interpreteren bij gebrek aan norm, benchmarking of tendens over de tijd.

Tabel 4 – Indicatoren ter beoordeling van de aangepastheid van de zorg

Indicator	Globaal	België	Meest recente gegevens	Tendens in de tijd	M	V	Sociaal laag	Sociaal hoog	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Mammogrammen buiten de doelgroep (%)											
- Vrouwen in de leeftijd van 40-49 jaar		35,5	2010	stabiel			28,6	36,6	28,6	46,4	47,7
- Vrouwen in de leeftijd van 71-79 jaar		20,8	2010	stijging			16,2	23,2	16,4	27,7	31,2
Antibiotica (% amoxicilline vergeleken met amoxyclav)		44,9	2008	stabiel	46,4	51,1	44,4	49,4	46,0	42,8	47,1
Correcte opvolging van patiënten met diabetes (%)*		54	2008	stabiel	54	55	48	58	57	52	48
Keizersneden (per 1 000 levendgeboortes)		193	2009	stijging							
Voorschrijven van (gemiddelde dagelijkse hoeveelheid//1 000 inw)	R	68,4	2010	stijging	43,1	92,8			60,6	85,8	57,1
- Antidepressiva											
- Antipsychotica		10,5	2010	stijging	10,8	10,3			9,6	11,9	11,7
Kankerpatiënten die chemotherapie krijgen tijdens de laatste 14 dagen van hun leven (%)	R	(12%/ 23%)[i]	2005								

[i] *Van hen die thuis overleden/of van hen die in het ziekenhuis overleden, geen nationale gegevens, waarden gebaseerd op één enkele studie van het Christelijk Ziekenfonds.*

** Volwassen diabetespatiënten met regelmatige onderzoeken van de retina en bloedonderzoeken (%).*

2.4.3. *Veiligheid*

Veiligheid kan worden gedefinieerd als “de mate waarin het systeem de patiënt geen schade berokkent”.

Zes indicatoren evalueren de veiligheid van de zorg. De resultaten zijn eerder matig. Er is nog steeds een hoge blootstelling aan medische straling, maar er lijkt een daling te zijn in 2011. Er is een daling in het aantal nosocomiale infecties door MRSA (Meticilline-resistente Staphylococcus aureus) en de ziekenhuismortaliteit na een heupfractuur. De incidentie van postoperatieve sepsis en het voorschrijven van antidepressiva met anticholinergische nevenwerkingen bij ouderen is stabiel. Alleen de incidentie van doorligwonden in ziekenhuizen neemt toe.

Tabel 5 – Indicatoren ter beoordeling van de veiligheid van de zorg

Indicator	Globaal	België	Meest recente gegevens	Tendens in de tijd	M	V	Sociaal laag	Sociaal hoog	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Blootstelling aan medische straling van de Belgische bevolking (MSv/capita)	☹	2,2	2011	kleine daling in 2011							
Incidentie van nosocomiale infecties door MRSA (1/1 000 opnames)	😐	1,5	2010	daling					1,2	2,2	1
Incidentie van postoperatieve sepsis (/100 000 ontslagen)	😐	1224	2007	stabiel							
Incidentie van doorligwonden in ziekenhuizen (%)	😐 R	16,8	2007	stijging							
Ziekenhuismortaliteit na een heupfractuur (%)	😐	6,3	2007	daling	1,84[i]						
Ouderen die antidepressiva met anticholinergische nevenwerkingen voorgeschreven kregen (% patiënten van 65 jaar en ouder die antidepressiva nemen)	😐	14	2010	stabiel	13	14			17	11	10

[i] *OR Odds Ratio.*

2.4.4. Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg is een concept dat verschillende dimensies omvat, zoals de continuïteit in informatie tussen de zorgverleners, de planning van contacten met de verschillende zorgverleners, het relationele aspect van de contacten tussen patiënt en huisarts of de coördinatie tussen de zorgverlenende instanties of organisaties. De huidige set van 7 indicatoren laat toe om conclusies te trekken over elk van deze dimensies, hetgeen een duidelijke verbetering is vergeleken met het vorige HSPA-rapport.

In tegenstelling tot de gevestigde indicatoren over de gezondheidstoestand van de bevolking of over doeltreffendheid van zorg, is het erg moeilijk om de resultaten van de zorgcoördinatie in België te vergelijken met die van andere Europese landen. Sommige indicatoren zijn erg specifiek voor ons gezondheidssysteem (globaal medisch dossier, multidisciplinaire teammeeting - “multidisciplinair oncologisch consult” (MOC)). Andere indicatoren worden goed beschreven in de wetenschappelijke literatuur, zoals de Usual Provider of Care index (UPC)[d]. Maar er zijn niet veel landen die beschikken over de juiste nationale databanken met individuele patiëntgegevens die nodig zijn om dit te meten.

Eén resultaat, de UPC-index, kan als positief worden beschouwd en veronderstelt een goede relatie met de vertrouwde behandelende arts. Matige resultaten worden gevonden voor contact met de huisarts binnen de 7 dagen na hospitalisatie en bespreking op het MOC. De negatieve resultaten hebben betrekking op het gebruik van het globaal medisch dossier en de heropnames in psychiatrische ziekenhuizen. Dit laatste is het enige dat momenteel wordt verzameld door de OESO en dit richt zich specifiek op geestelijke gezondheidszorg.

[d] De UPC, de Usual Provider of Care index, is de proportie van de contacten die een patiënt heeft met zijn eigen huisarts; 1 wijst erop dat de patiënt altijd dezelfde huisarts bezoekt; de indicator geeft het percentage patiënten weer die een UPC van minstens 0,75 hadden, d.w.z. die minstens 3 contacten op 4 met hun gebruikelijke huisarts hadden.

Tabel 6 – Indicatoren ter beoordeling van de continuïteit en coördinatie van de zorg

Indicator	Globaal	België	Meest recente gegevens	Tendens in de tijd	M	V	Sociaal laag	Sociaal hoog	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Patiënten met een globaal medisch dossier (%)	☹	47	2010	stijging	42	50	54	44	58	32	29
Patiënten met kanker besproken tijdens de multidisciplinaire teammeeting (%)	😐	68,8	2008	stijging					73,8	62,7	55,7
Ontmoeting met huisarts binnen de week na ontslag uit het ziekenhuis (% patiënt van 65 jaar en ouder)	😐	58,4	2009	stabiel	55,4	60,8	64,2	54,6	60,6	57,8	42,5
Proportie van contacten met de vaste huisarts (%), UPC index (%) [iii]	☺	71,4	2010	stabiel	72,1	71,2	76,7	70,5	70,8	74,4	65,9
Heropname binnen de 30 dagen in hetzelfde psychiatrische ziekenhuis (%) - diagnose van schizofrenie	☹	20,2	2009[i]	stijging					25,2	17,2	10,2
- diagnose van bipolaire stoornis		15,6	2009 [i]	stabiel					19,7	13,4	7,1
Patiënten die contact hadden met hun huisarts tijdens de laatste week van hun leven (%)	R	(72%) [ii]	2005								

[i]: Dit zijn de laatste nationale gegevens, terwijl de laatste OESO-gegevens voor België dateren uit 2007.
[ii] 72% van de personen die thuis overlijden hebben een huisarts gezien tijdens de laatste levensweek (geen nationale gegevens, waarden gebaseerd op één enkele studie van het Christelijk Ziekenfonds).
[iii] UPC, de Usual Provider of Care index, is het percentage contacten met de eigen huisarts van een patiënt; 1 wijst erop dat de patiënt altijd dezelfde huisarts zag; de indicator vertegenwoordigt het percentage patiënten met een UPC van minstens 0,75; d.w.z. die minstens 3 contacten op 4 hadden met hun eigen huisarts.

2.4.5. *Patiëntgerichtheid*

Patiëntgerichtheid wordt gedefinieerd als "zorgverlening die respect toont en ontvankelijk is voor de voorkeuren, noden en waarden van de individuele patiënt, en ervoor zorgt dat alle klinische beslissingen worden geleid door de waarden van de patiënt". Het vorige HSPA-rapport bevatte geen indicator die patiëntgerichtheid beoordeelde. Na een diepgaand onderzoek naar indicatoren en gegevens kunnen slechts drie indicatoren worden voorgelegd. Dit weerspiegelt het feit dat er momenteel een echt gebrek aan gegevens is, en de weinige meetbare indicatoren geven slechts versnipperde informatie over een complex onderwerp.

Uit de resultaten komt tot uiting dat patiënten over het algemeen tevreden zijn over de verschillende gezondheidsdiensten. Slechts één studie kon gegevens geven over het centrale onderwerp van pijncontrole. België doet het relatief slecht in vergelijking met andere landen. Tenslotte toont één indicator over de plaats van overlijden een positieve tendens in de loop van de tijd (minder patiënten overlijden in het ziekenhuis) maar met grote verschillen afhankelijk van de socio-economische status.

Tabel 7 – Indicatoren ter beoordeling van de patiëntgerichtheid van de zorg

Indicator	Globaal	België	Meest recente gegevens	Tendens in de tijd	M V	Sociaal laag	Sociaal hoog	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Tevredenheid met gezondheidsdiensten (% goed of zeer goed)		>90% [ii]	2008		Geen verschil	Geen verschil		Hoger	Lager	Laagste
Pijn altijd gecontroleerd tijdens hospitalisatie (% patiënten)		(41,0) [iii]	2009							
Patiënten die overlijden in hun gebruikelijke woonplaats (%)		(45,1)[i]	2007	Stijging		[iv]		45,1[i]		45,1 [i]

[i] *Nationale gegevens zijn nog niet beschikbaar. Resultaten voor Vlaanderen en Brussel worden gezamenlijk gerapporteerd.*
[ii] *Het niveau van tevredenheid ligt boven 90% voor contacten met huisarts, tandartsen, specialisten en diensten voor thuiszorg. Alleen voor ziekenhuizen is het niveau van tevredenheid iets lager (87%).*
[iii] *Resultaten van één enkele studie alleen in RN4cast project.*
[iv] *Gebaseerd op een studie van het Christelijk Ziekenfonds en andere publicaties.*

2.5. Efficiëntie van het gezondheidssysteem

Efficiëntie wordt gedefinieerd als "de mate waarin de juiste hoeveelheid middelen (d.w.z. geld, tijd en personeel, input genoemd) ingezet wordt voor het systeem (macroniveau) en ervoor gezorgd wordt dat deze middelen worden gebruikt om een zo groot mogelijke winst of een zo goed mogelijk resultaat te behalen (output genoemd)".[4, 7]

Drie indicatoren werden geselecteerd om de efficiëntie van het gezondheidssysteem te evalueren. Net zoals in andere Europese landen is er in België een tendens naar een meer efficiënt gebruik van zorgdiensten. De drie indicatoren evolueren immers positief in de loop van de tijd: stijging van voorschriften voor goedkope geneesmiddelen, toename van chirurgische daghospitalisatie, en daling van de verblijfsduur voor een normale bevalling (hetgeen een meer vergelijkbare indicator is tussen landen dan de gemiddelde verblijfsduur voor de totale ziekenhuispopulatie die in het eerste HSPA-rapport werd gebruikt), maar nog steeds hoger dan het EU-15-gemiddelde.

Andere indicatoren die in dit rapport worden geanalyseerd geven ook een indicatie van de efficiëntie van het systeem. De stijging van het aantal patiënten met een globaal medisch dossier kan bijvoorbeeld leiden tot een vermindering van het aantal dubbele onderzoeken. De tendens van andere indicatoren is minder positief. Bijvoorbeeld, aangezien de helft van de borstkankerscreening gebeurt buiten het nationale programma kan men zich vragen stellen over de efficiëntie hiervan. Onverklaarbare variabiliteit in gezondheidszorginterventies kan ook een proxy zijn voor niet aangepaste zorg ('non appropriate'), hetgeen rechtstreeks samenhangt met efficiëntie. Dit werd, bijvoorbeeld, aangetoond voor keizersnedes.

Tabel 8 – Indicatoren ter beoordeling van de efficiëntie van de zorg

Indicator	Globaal	België	Meest recente gegevens	Tendens in de tijd	M	V	Sociaal laag	Sociaal hoog	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Chirurgische daghospitalisatie (%)		46,2	2008	Stijging							
Gemiddelde verblijfsduur voor een normale bevalling (dagen)		4,3	2008	Daling							
Voorschrijven van ambulante goedkope geneesmiddelen (% DDD op totaal)		46,0	2010	Stijging					46,2	45,9	45,3
Andere indicatoren besproken in de sectie over aangepastheid											

DDD = Standaard dagdosering (defined daily dose).

2.6. Duurzaamheid

Duurzaamheid wordt gedefinieerd als het vermogen van het systeem om:

- een infrastructuur, zoals een personeelsbestand, ter beschikking te stellen en te behouden (bijv. door opleiding en training, voorzieningen en uitrusting);
- innoverend te zijn;
- te reageren op nieuw ontstane noden;
- duurzaam gefinancierd te blijven door collectieve ontvangsten.

Voor de vier elementen uit de definitie werden specifieke indicatoren geselecteerd. De laatste indicator, totale gezondheidszorguitgaven, is een generische indicator voor financiële duurzaamheid.

De resultaten tonen een mix van negatieve resultaten (slecht vermogen van het systeem om de groep huisartsen te vervangen die ouder wordt en bijna op pensioen gaat); matige resultaten (aantal ligdagen in acute zorg per inwoner; onvoldoende gebruik van elektronisch medisch dossier door huisartsen), en indicatoren die niet kunnen worden geïnterpreteerd zonder gegevens over noden (afgestudeerden verpleegkunde).

Het percentage van het Bruto Binnenlands Product (BBP) dat gespendeerd wordt aan gezondheidsuitgaven bedroeg 10,5% in 2010. Het bedrag in absolute cijfers bedroeg €27,6 miljard in 2003 en €37,3 miljard in 2010.

Tabel 9 – Indicatoren ter beoordeling van de duurzaamheid van het gezondheidssysteem

Indicator	Globaal	België	Meest recente gegevens	Tendens in de tijd	Nederlandstalig	Frans talig[i]
% afgestudeerden in geneeskunde die huisarts worden	☹	30,1	2009	daling	29,2	31,0
Gemiddelde leeftijd huisarts		51,4	2009	stijging	51	52
Afgestudeerden verpleegkunde (per 1 000 inwoners)[ii]	R	41,7	2010	stabiel		
% huisartsen dat een elektronisch medisch dossier gebruikt	😐 R	74,0	2010	stijging	83,7	62,5
Beddagen acute zorg (aantal beddagen per capita)[iii]	😐	1,2	2009	stabiel		
Totale gezondheidszorguitgaven (% BBP)		10,5	2010	stijging		

i Voor deze reeks indicatoren zijn geen gegevens beschikbaar per gewest, maar per taal (Frans- of Nederlandstalig).
ii Deze indicator moet worden geïnterpreteerd samen met de indicator van de dichtheid van praktiserende verpleegkundigen (in sectie over toegankelijkheid).
iii Deze indicator moet worden geïnterpreteerd samen met de indicator van het percentage chirurgische dagopnames (in sectie over efficiëntie).
BBP Bruto Binnenlands Product.

2.7. Gezondheidspromotie

Om verschillende redenen was het niet mogelijk om binnen het bereik van dit rapport een volledig overzicht te geven van de performantie op het vlak van gezondheidspromotie.

1. Gezondheidspromotie, het "proces dat mensen toelaat meer controle uit te oefenen over hun gezondheid en die te verbeteren", is een erg ruim begrip. De strategische lijnen (zoals gedefinieerd in het Handvest van Ottawa) omvatten verantwoordelijkheden die zich grotendeels buiten het gezondheidszorgsysteem bevinden en zelfs buiten het gezondheidssysteem[e]. Een groot aantal indicatoren, gestructureerd binnen een specifiek conceptueel kader, zouden noodzakelijk zijn.
2. De meeste indicatoren die nodig zouden zijn om de gezondheidspromotie te evalueren zijn niet klaar voor gebruik. Sommige worden nog ontwikkeld, terwijl andere nog moeten worden aangepast aan de Belgische/regionale context.
3. Er zijn weinig gegevens beschikbaar.
4. De conventionele, gemakkelijk te meten (hoewel met een beperkte kijk) uitkomstindicatoren op het vlak van gezondheid/gezondheidsgedrag zijn distale uitkomsten beïnvloed door gezondheidspromotie evenals door andere factoren. Er zijn veel meer indicatoren, met hun waarden en enige vorm van benchmarking, nodig om de koers te bepalen van het beleid.

Bijgevolg wordt hier slechts een partieel beeld gegeven van de performantie van gezondheidspromotie door middel van 15 indicatoren, zoals getoond in Tabel 10.

Voor veel van de klassieke indicatoren van de categorieën gezondheidsuitkomsten en gezonde levensstijl zijn de nationale percentages middelmatig. Er worden echter belangrijke regionale/sociale ongelijkheden vastgesteld, met een gunstiger levensstijl in Vlaanderen en in de beter opgeleide klassen (met uitzondering van alcoholconsumptie).

Internationale benchmarking was slechts mogelijk voor enkele indicatoren. We wijzen op het probleem van obesitas/overgewicht dat erg veel voorkomt, nog steeds toeneemt en dat ernstige ongelijkheden vertoont. De tabaksconsumptie daalt, hoewel ze met 20% dagelijkse rokers nog steeds te hoog is, maar ook hier treffen we grote sociale ongelijkheden en vrij grote regionale ongelijkheden aan. De consumptie van fruit en groenten is veel lager dan de dagelijkse behoeften, maar er wordt een verbetering opgemerkt. De wekelijkse alcoholconsumptie is niet erg hoog, maar het lijkt dat de verslaving in stijgende lijn gaat. Het percentage alcoholconsumptie moet echter met de nodige omzichtigheid worden geïnterpreteerd aangezien het bijzonder gevoelig is voor vertekening door sociaal wenselijk antwoordgedrag. Er worden geen regionale/sociale ongelijkheden vastgesteld voor deze indicator (tenzij een hoger percentage "problematisch drinken", d.w.z. een tendens tot verslaving, in Brussel).

Het percentage HIV-diagnoses bij Belgische burgers steeg langzaam in de laatste jaren. Daarenboven wordt er een grote toename vastgesteld bij de mannelijke homoseksuele bevolking. Er worden hier geen internationale vergelijkingen getoond, aangezien het diagnosepercentage bij niet-Belgische personen zou kunnen bestaan uit een grote fractie van geïmporteerde gevallen die niet zo relevant zijn voor het gezondheidspromotiebeleid in België.

Het percentage van de bevolking dat een gebrek aan sociale ondersteuning ervaart ligt, gemiddeld genomen, niet zo hoog. Nochtans zijn er grote sociale en regionale verschillen. Bovendien is dit percentage veel hoger bij ouderen.

---

[e] De vijf lijnen van het Handvest van Ottawa zijn:

- het uitwerken van een gezond overheidsbeleid (de verantwoordelijkheid van de zorginstanties is om gezondheid op het agenda van elk beleid te plaatsen)
- het creëren van ondersteunende omgevingen (life settings)
- het ontwikkelen van individuele vaardigheden
- het versterken van de acties van de gemeenschap
- het heroriënteren van de gezondheidsdiensten

De belangrijkste waarden en dimensies van gezondheidspromotie zijn: participatie, empowerment, billijkheid, duurzaamheid, multistrategie, multisectorialiteit.

De Tobacco Control Scale Policies maakt een internationale vergelijking over het overheidsbeleid om de tabaksconsumptie te verminderen. België staat hier op een middelmatige plaats.

De andere indicatoren zijn indexen die tot doel hebben de kracht van het lokale beleid inzake gezondheidspromotie in verschillende settings te meten. Ze zijn alleen beschikbaar in Vlaanderen (door de VIGeZ-enquêtes). Ze zijn moeilijk te interpreteren zonder een grondige analyse. Tendensen gemeten door opeenvolgende enquêtes lijken er op te wijzen dat de cultuur van gezondheidspromotie in de scholen aan het verbeteren is (de cultuur om deel te nemen is vrij goed), het aanbod van lichaamsbeweging verbetert. In veel gemeenten wordt het gezondheidspromotiebeleid echter niet goed geïmplementeerd.

Tabel 10 – Indicatoren van gezondheidspromotie

Indicator	Globaal	België	Meest recente gegevens	Tendens in de tijd	M	V	Sociaal laag	Sociaal hoog	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
Volwassenen met overgewicht of obesitas (%)	☹	46,9	2008	stijging	53,7	40,4	57,8	40	47,1	48,9	39,8
Obese volwassenen (%)		13,8	2008	stijging	13,1	14,4	19,1	9,1	13,6	14,6	11,9
Tandbederf, ontbrekende tanden , tanden met vullingen in de leeftijdsgroep 12-14 (gemiddelde score)	😐 R	1.3 [iv]	2010								
Percentage HIV-diagnose in Belgische bevolking (/100 000 inw)	😐	3,9	2010	stijging	6,9	0,7			3,8	2,40	8,9
Dagelijkse rokers (% 15+)	😐	20,5	2008	daling	23,6	17,7	22,1	13,1	18,6	24	22,3
Alcoholconsumptie (% 15+)	😐										
-Problematisch[i]		10,2	2008	stijging	13,1	7,3	11,5	11	9,5	10,7	14,4
-Overconsumptie[ii]		7,9	2008	stabiel	10,1	5,9	5,9	8,4	7,9	8,4	6,7
-Comazuipen[iii]		8,1	2008		12,8	3,7	8,3	7,6	8,9	7	6,2
Minstens 200g groenten en 2 stukken fruit per dag (%)	😐	26,0	2008	stijging	23,4	28,5	21,7	29,4	30,0	19,2	25,3
Minstens 30 minuten lichaamsbeweging per dag (%)	☹	38,1	2008	stabiel	48,7	28,3	24,0	42,8	45,1	28,4	24,7
Slechte sociale ondersteuning (%)	☹	15,5	2008		15,1	16	24,4	10,1	12,4	20,0	22,9
Tobacco Control Scale	😐	50/100	2010								
Score van aanbod van lichaamsbeweging op school	R		2009	stijging					5,5/10		
Gezondheidspromotiebeleid in de gemeenten[VII]	R		2009						37/36/50[vi]		
% scholen met een gezondheidsteam[VII]	R		2009	Stijging					42/64/54 [vi]	40%[v]	40% [v]

[i]: *Berekend op de populatie personen die alcohol drinken (niet-geheelonthouder) en gebaseerd op CAGE, 2+ cut off.*
[ii] *15+ bij vrouwen; 22+ bij mannen.*
[iii] *Risicovol drinken tijdens één gelegenheid (≥6 drinks) minstens een keer per week.*
[iv] *Enkele gegevens maar te weinig landen.*
[v] *Voor Wallonië en Brussel samen.*
[vi] *Indicatoren van VIGeZ; respectievelijk bij tabakspreventie, gezonde voeding en lichaamsbeweging (scores van VIGeZ).*

2.8. Billijkheid en gelijkheid

Billijkheid is een kernelement bij de evaluatie van de performantie van een gezondheidssysteem.[1] Het is ook een controversieel en normatief onderwerp, dat verwijst naar oordeel en politieke standpunten. In de literatuur werd een ruim aanbod aan perspectieven en definities voorgesteld. Wij geven deze weer in Supplement S2 van dit rapport: "De plaats van billijkheid bij de beoordeling van de performantie van gezondheidssystemen" (beschikbaar op de website).

Aangezien we ons bewust waren van dit kenmerk, hebben we de dimensie van billijkheid op twee complementaire manieren benaderd. In de eerste plaats hebben we de ongelijkheden in gezondheid, gezondheidsdeterminanten en gebruik van gezondheidszorg in België gedocumenteerd per socio-economische status (resultaten in Tabel 11). Ten tweede hebben we contextuele indicatoren voorgesteld die problemen van billijkheid in de gezondheidszorg op een globaal niveau kunnen markeren (resultaten in Tabel 12 en Afbeelding 2).

Billijkheid in gezondheid wordt soms gedefinieerd als "de afwezigheid van systematische ongelijkheden in gezondheid/gezondheidsdeterminanten tussen sociale groepen die verschillende posities innemen in een sociale hiërarchie". Om die reden concentreert dit hoofdstuk zich alleen op de socio-economische ongelijkheden. Andere ongelijkheden (bijv. op het vlak van geslacht of gewest) worden weergegeven in de synoptische tabellen voor elke dimensie, en worden besproken in de gedetailleerde per indicator (zie Supplement S1). We hebben de socio-economische positie ook beperkt tot slechts één kenmerk: het opleidingsniveau (voor de indicatoren van de HIS) of de status van preferentiële terugbetaling voor de administratieve databanken. Andere dimensies van sociale ongelijkheid, zoals tewerkstellingsstatus, inkomen of etniciteit, werden hier niet onderzocht.

2.8.1. Socio-economische ongelijkheden

Er werden grote socio-economische ongelijkheden gemeten op het vlak van algemene gezondheidsuitkomsten (levens- en overlijdensverwachtingen, zelfrapportage gezondheid); dit zijn eindpuntmetingen die wijzen op billijkheidsproblemen in de keten van gezondheidsdeterminanten. Ongelijkheden werden ook vastgesteld bij talrijke indicatoren op het vlak van gezondheidspromotie (roken, overgewicht/obesitas, te weinig fruit en groenten eten, aan lichaamsbeweging doen en sociale steun). Er werden ongelijkheden vastgesteld voor de dimensie van toegankelijkheid. Jammer genoeg waren voor de meeste indicatoren van de andere dimensies geen socio-economische gegevens beschikbaar, en konden de ongelijkheden niet worden gemeten.

Tabel 11 – Overzichtstabel van socio-economische ongelijkheden

	Totale waarde (f)	Waarde in laagste sociale groep (f)	Waarde in hogere sociale groep (f)	Absoluut verschil (laagste vs hoogste)	Relatief risico (laagste vs hoogste)	Overzicht meting (CII of PAF)
Algemene gezondheidstoestand						
Levensverwachting op 25 jaar bij mannen, 2001 [i; ii]	51,38	47,56	55,03	-7,47	n.v.t.	3,73%
Levensverwachting op 25 jaar bij vrouwen, 2001 [i; ii]	57,09	53,98	59,9	-5,92	n.v.t.	1,43%
Levensverwachting in goede gezondheid op 25 jaar bij mannen, 2001 [i; ii]	40,47	27,75	46,33	-18,58	n.v.t.	15,30%
Levensverwachting in goede gezondheid op 25 jaar bij vrouwen, 2001 [i; ii]	40,42	28,92	47,1	-18,18	n.v.t.	16,56%
% van de bevolking (leeftijd 15 jaar en ouder) die hun gezondheid als goed of zeer goed beoordelen [iii]	76,8%	57,4%	85,7%	-28,3%	0,67	11,6%
Toegankelijkheid van zorg						
Uitgestelde contacten met gezondheidszorgdiensten om financiële redenen (% huishoudens) [iv]	14,0%	27,0%	4,0%	23,0%	6,75	-71,4%
Borstkankerscreening (% vrouwen in de leeftijd van 50-69 jaar) [v]	60,1%	48,6%	62,9%	-14,3%	0,77	4,7%
Borstkankerscreening (% vrouwen in de leeftijd van 25-64 jaar) [v]	61,8%	48,9%	64,2%	-15,3%	0,76	3,9%
Aangepastheid						
% volwassen diabetici die aangepaste zorg krijgen, in termen van regelmatige onderzoeken van de retina en bloedonderzoeken [v]	54,0%	48,0%	58,0%	-10,0%	0,83	7,4%
Gezondheidspromotie						
% van de populatie (leeftijd 15 jaar en ouder) dat vermeldt dat hij/zij dagelijks rookt [iii]	20,5%	22,0%	13,1%	8,9%	1,68	-36,1%
% van de populatie (leeftijd 15 jaar en ouder) dat een slechte sociale steun meldt[iii]	15,5%	24,4%	10,1%	14,3%	2,42	-34,8%
% van de volwassen populatie dat wordt beschouwd als obees (BMI ≥ 30) [iii]	13,8%	19,2%	9,1%	10,1%	2,11	-34,1%
% van de volwassen populatie dat wordt beschouwd als zwaarlijvig of obees (BMI ≥ 25) [iii]	46,9%	57,8%	40,0%	17,8%	1,45	-14,7%
% van de populatie dat meldt dat ze minstens 200g groenten en 2 stukken fruit per dag eten [iii]	26,0%	21,7%	29,4%	-7,7%	0,74	13,1%
% van de populatie dat meldt dat ze minstens 30 minuten lichaamsbeweging per dag heeft [iii]	38,1%	24,0%	42,8%	-18,8%	0,56	12,3%

[i] in jaren; [ii] 5 opleidingsniveaus; [iii] 4 opleidingsniveaus; [iv] 5 inkomensniveaus; [v] 2 terugbetalingscategorieën.
percentages zijn niet aangepast aan leeftijd; samenvattende metingen= CII (Concentration Index of inequalities) van toepassing op levensverwachting en levensverwachting in goede gezondheid, PAF (Population Attributable Fraction) voor alle andere indicatoren.
Bron: Gezondheidsenquêtes (HIS) en EPS (WIV – ISP en KCE-berekeningen).
PA lichaamsbeweging.

2.8.2. Contextuele indicatoren van billijkheid

We hebben twee contextuele billijkheidsindicatoren geselecteerd: een indicator van progressiviteit van overheidsfinanciering en een indicator van de verdeling van het nationaal inkomen. Ten eerste tonen de berekende ratio's in Tabel 12 dat het aandeel van regressieve financieringsbronnen (indirecte belastingen) gestegen is. Over het algemeen zijn indirecte belastingen regressief omdat de rijken en de armen hetzelfde percentage indirecte belastingen betalen op consumptiegoederen en diensten en rijkere personen een hoger deel van hun inkomen sparen. Vandaar dat het gemiddelde percentage indirecte belastingen (indirecte belastingen gedeeld door het inkomen) daalt met het inkomen. We moeten echter voorzichtig zijn met de interpretatie van de tendens omdat het bij de laatste twee jaren slechts om gebudgetteerde bedragen gaat.

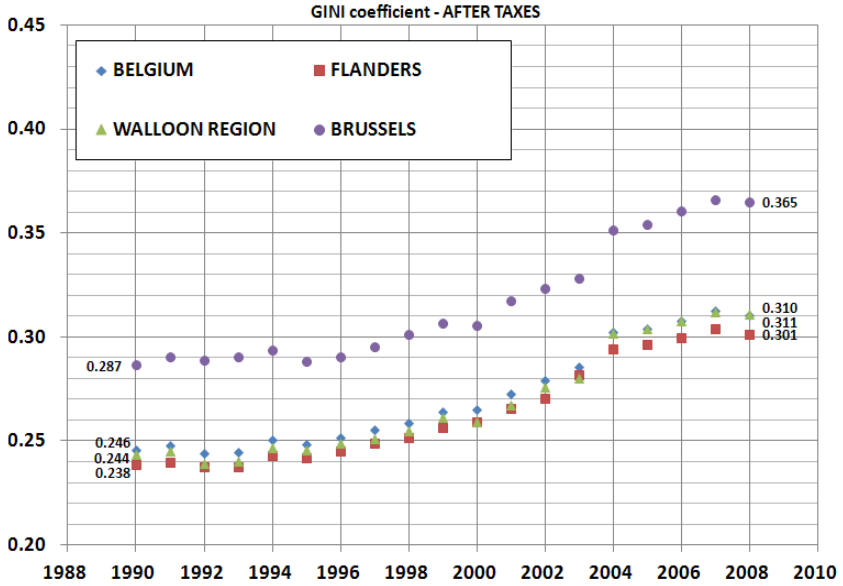
Ten tweede, omdat de gezondheidstoestand kan worden beïnvloed door het niveau van inkomensongelijkheid in een land, tonen we de evolutie van de Gini-coëfficiënt sinds 1988 in België. Aangezien de waarde van de Gini-coëfficiënt stijgt met de inkomensongelijkheid, stellen we vast dat in België de ongelijkheid toeneemt en hoger is in Brussel dan in de andere twee gewesten.

Tabel 12 – Indicator van billijkheid: progressiviteitsindicatoren van de publieke financiering van het gezondheidssysteem

Indicatoren van progressiviteit	2005 (definitieve rekeningen)	2006 (definitieve rekeningen)	2007 (definitieve rekeningen)	2008 (voorlopige rekeningen)	2009 (voorlopige rekeningen)	2010 (budget)	2011 (budget)
Ratio proportionele ontvangsten/totale ontvangsten	71,1%	71,0%	72,0%	70,6%	69,4%	64,8%	61,4%
Ratio progressieve ontvangsten/totale ontvangsten	18,9%	19,0%	18,0%	17,3%	17,2%	19,4%	18,4%
Ratio regressieve ontvangsten/totale ontvangsten	10,0%	10,0%	10,0%	12,1%	13,4%	15,8%	20,2%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Vademecum van de sociale zekerheid, RIZIV – INAMI, KCE-berekeningen.

Figuur 2 – Indicator van billijkheid: Gini-coëfficiënt na belasting en overdrachten, in België en gewesten



Bron: ADSEI (België)
Noot: de Gini-coëfficiënt is een coëfficiënt voor ongelijkheid van inkomen in een bevolking. Wanneer er perfecte gelijkheid is (iedereen heeft hetzelfde inkomen) is de coëfficiënt 0. Wanneer er perfecte ongelijkheid is (één persoon heeft al het inkomen), is de coëfficiënt 1. Een lagere coëfficiënt wijst op een meer gelijke verdeling van de inkomens.

2.9. Conclusies over zwakke en sterke punten

Gezondheidstoestand

De vier indicatoren laten een positieve evolutie in de tijd zien. Het resultaat van de levensverwachting is iets lager in vergelijking met het EU-15 gemiddelde, terwijl de gezonde levensverwachting (dit zijn de resterende geleefde jaren vanaf een bepaalde leeftijd zonder activiteitbeperking op lange termijn) en de zuigelingensterfte op een middelmatige plaats staan. Het percentage van mensen die hun gezondheid als (minstens) goed beschouwen, is hoger dan het EU-15 gemiddelde.

Toegankelijkheid

Met betrekking tot de financiële toegankelijkheid, is er sprake van enige bezorgdheid (hoge mate van persoonlijke uitgaven van de patiënt en in zekere mate uitgestelde contacten met de gezondheidsdiensten om financiële redenen), ondanks een universele ziekteverzekering en het bestaan van sociale vangnetten (maximumfactuur, Omnio, Bijzonder Solidariteitsfonds). De toegankelijkheid van preventieve maatregelen toont uiteenlopende resultaten. De cijfers voor kankerscreening (met sociale en enkele regionale verschillen) zijn relatief laag, terwijl de cijfers over vaccinatiegraad tegen griep bij ouderen middelmatig zijn. De vaccinatiegraad bij kinderen is goed. Een ander aspect van toegankelijkheid is een beschikbaar aanbod aan gezondheidspersoneel met betrekking tot de behoeften. Er werden aanzienlijke inspanningen geleverd om gegevens over de aanbodzijde te verkrijgen, maar er is nog te weinig informatie over de behoeften.

Zorgkwaliteit

De kwaliteit werd onderzocht door middel van 5 dimensies. De doeltreffendheid liet een gemengd beeld zien waarbij goed werd gescoord op het vlak van overlevingskansen bij kanker. Er is echter wel bezorgdheid op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg, aangezien België het tweede hoogste aantal zelfdodingen in Europa heeft (met zeer grote regionale verschillen), en een hoog en toenemend percentage gedwongen opnames in psychiatrische ziekenhuizen. Meer indicatoren en gegevens zijn nodig om de doeltreffendheid in geestelijke gezondheid te beschrijven.

Wat de aangepastheid van zorg betreft zijn de resultaten eerder teleurstellend te noemen, met hoge en nog stijgende percentages van borstkankerscreening buiten de doelgroepen, matige opvolging van richtlijnen (antibiotica, diabetespatiënten), stijgende percentages keizersneden met een grote variabiliteit tussen de ziekenhuizen. Voor de veiligheid van zorg zijn de resultaten bemoedigend, met dalende trends wat betreft de blootstelling aan medische straling, de ziekenhuisbacterie MRSA en ziekenhuismortaliteit na heupfractuur, en een stabiele incidentie van postoperatieve sepsis en het voorschrijven van antidepressiva met anticholinergische nevenwerkingen aan ouderen. De incidentie van doorligwonden neemt echter toe. Voor de continuïteit en coördinatie van de zorg zijn de resultaten gemengd, met een goede relationele continuïteit bij dezelfde arts, gemiddelde en stijgende percentages voor multidisciplinaire consultaties voor kankergevallen, maar een lage dekking van het globaal medisch dossier en een hoog percentage heropnames in psychiatrische ziekenhuizen. Patiëntgerichtheid kon slechts deels worden beoordeeld. Er werd een hoge tevredenheidsgraad over de gezondheidszorg vastgesteld, evenals een toenemende trend om te sterven in de eigen woonplaats. Er moeten meer gegevens worden verzameld over dit onderwerp.

Efficiëntie

De efficiëntie van het gezondheidssysteem toont gemiddelde tot goede resultaten met een stijging in het voorschrijven van goedkope geneesmiddelen, het gebruik van het dagziekenhuis voor chirurgische ingrepen en een daling van de verblijfsduur voor een normale bevalling. De positieve boodschap moet echter worden getemperd door de slechte resultaten van sommige indicatoren die wijzen op een zekere mate van ongeschiktheid, en dus verspilling van middelen, zoals de bovengenoemde mammogrammen buiten de doelgroep.

Duurzaamheid

De duurzaamheid van het Belgische gezondheidssysteem vertoont enkele opmerkelijke resultaten met betrekking tot de vervanging van de huidige groep van ouder wordende huisartsen. Zoals hierboven vermeld is er dringend nood aan gegevens over de behoefte aan verpleegkundigen, gekoppeld aan gegevens over de evolutie van het aanbod.

Billijkheid

De dimensie van billijkheid werd benaderd op twee complementaire manieren. Ten eerste werden ongelijkheden in gezondheid, gezondheidsdeterminanten en gebruik van gezondheidszorg geanalyseerd per socio-economische status. Voor de indicatoren van gezondheid en levensstijl werden sterke ongelijkheden vastgesteld, die hierboven werden besproken. Ook voor kankerscreening en voor de opvolging van chronische patiënten werden ongelijkheden waargenomen. In dit rapport konden de meeste ziekenhuisgebaseerde indicatoren echter niet worden onderzocht per sociale status, en de conclusie is nog grotendeels onvolledig wat betreft ongelijkheden in zorgverlening en kwaliteit. Billijkheid werd ook benaderd via twee contextuele indicatoren die dit probleem op een globaal niveau onder de aandacht brengen. De progressiviteit van de financiering van de gezondheidszorg daalt, hetgeen een evolutie is naar minder billijkheid. De Gini- coëfficiënt stemt overeen met het niveau van ongelijkheid in de globale verdeling van inkomens in België. Er is aangetoond dat de coëfficiënt samenhangt met de globale gezondheidstoestand. In België ligt de coëfficiënt relatief laag (dus geen

grote ongelijkheid), maar hij stijgt in de loop van de tijd, hetgeen kan worden geïnterpreteerd als een minder gelijke verdeling van de inkomsten.

Gezondheidspromotie

Tenslotte werd gezondheidspromotie vooral benaderd aan de hand van conventionele gezondheids- en levensstijlindicatoren, aangevuld met een aantal indicatoren met betrekking tot het gezondheidsbeleid, gezonde leefomgeving en individuele vaardigheden. Gezien de erg beperkte beschikbaarheid van geschikte indicatoren en gegevens kon alleen een versnipperd beeld worden getoond. De meeste gezondheids/levensstijlindicatoren wijzen op een middelmatig nationaal cijfer, maar er worden wel grote regionale/sociale ongelijkheden vastgesteld. We wijzen op het probleem van obesitas/overgewicht dat een vrij hoge, en stijgende trend met grote verschillen laat zien. De tabaksconsumptie daalt, maar met grote sociale en regionale verschillen. De consumptie van fruit en groenten is veel lager dan de dagelijkse behoeften, maar gaat erop vooruit. Het gebrek aan sociale steun vertoont ook belangrijke sociale en regionale verschillen, en baart vooral zorgen bij ouderen. België bevindt zich op een middelmatig niveau op de internationale Tobacco Control Scale Policies. Sommige complexe indexen hebben tot doel de kracht van het lokale beleid inzake gezondheidspromotie in verschillende settings (scholen, gemeenten, ondernemingen) te meten, maar zijn alleen beschikbaar in Vlaanderen en zijn moeilijk te interpreteren zonder een grondige analyse.

Meer gegevens op onze website!

Voor elk van de hierboven beschreven indicatoren is een technische fiche beschikbaar op de KCE-website in het document met als titel Supplement S1. Het vat de rationale samen voor het kiezen van de indicator, technische informatie over de gegevensbronnen en berekening, alle resultaten, waaronder subgroepanalyses en benchmarking, beperkingen in interpretatie, en alle bibliografische referenties.

3. HET 2012 HSPA-RAPPORT: NUT, TOEGEVOEGDE WAARDE EN BEPERKINGEN

3.1. Wat is het nut van dit HSPA-rapport?

Het uiteindelijke doel van het gezondheidssysteem is om in België een hoog performant systeem aan te bieden dat een bijdrage levert tot het verbeteren van de gezondheid van de inwoners op zijn grondgebied. Dit betekent dat de informatie die in dit rapport wordt weergegeven moet dienen om, indien nodig, de performantie van het gezondheidssysteem te verbeteren. Het moet de beleidsmakers ook helpen bij het formuleren van nieuwe gezondheidsgerelateerde doelstellingen op federaal of regionaal niveau. De formulering van gezondheids(gerelateerde) doelstellingen is een belangrijke stap in het proces van de beoordeling van performantie. Dit zou immers toelaten om in de volgende evaluaties een vergelijking te maken tussen de vooropgestelde en de bereikte resultaten.

Aan de hand van 74 indicatoren geeft dit rapport een breed beeld van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem. De indicatoren fungeren als alarmsignalen wat betreft de toestand van het gezondheidssysteem in termen van toegankelijkheid, kwaliteit, efficiëntie, duurzaamheid en billijkheid. In sommige gevallen zijn beleidsmakers zich al bewust van de problemen en hebben ze al opdracht gegeven tot bijkomende analyses om te weten welke acties moeten worden ondernomen. In andere gevallen zijn deze signalen nieuw voor de beleidsmakers, en zal dus een verdere diepgaande analyse nodig zijn. In ieder geval moet de uitgebreide en gestructureerde manier waarop de indicatoren worden voorgesteld ervoor zorgen dat er gemakkelijker prioriteiten gesteld kunnen worden betreffende de nodige acties en/of verdere studies.

3.2. Wat is de toegevoegde waarde van dit rapport vergeleken met het vorige?

Het eerste rapport, met als ondertitel "eerste stappen naar het meten van de performantie" was voornamelijk een pilootstudie. De voornaamste conclusie ervan was dat het in België haalbaar was om dergelijke evaluatie uit te voeren, niet in het minst dankzij de goede samenwerking tussen de administraties. Dit tweede rapport biedt de eerste volledige evaluatie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Volgende sterke punten kunnen worden geïdentificeerd.

Verbeterde beschikbaarheid van gegevens

Er was een aanzienlijke verbetering in de beschikbaarheid van de gegevens: gegevens zijn nu beschikbaar voor het overlevingspercentage bij kanker, voor kindersterfte, en de vertraging met betrekking tot de beschikbaarheid van nationale overlijdensgegevens werd grotendeels weggewerkt.

Een uitgebreidere set indicatoren voor een globaler beeld van het systeem

Zoals uiteengezet in de operationele doelstellingen werd de indicatorenset uitgebreid voor die domeinen of dimensies die minder of helemaal niet werden behandeld in het vorige rapport. Indicatoren werden toegevoegd op het vlak van geestelijke gezondheidszorg, zorg voor ouderen, zorgcontinuïteit, en in mindere mate, palliatieve zorg, zorg op lange termijn, patiëntgerichtheid en gezondheidspromotie. Twee contextuele indicatoren van billijkheid werden toegevoegd, en de indicatoren werden systematisch geanalyseerd volgens socio-economische status (wanneer de gegevens beschikbaar waren).

Vereenvoudiging van de structuur van de indicatorenset voor een makkelijker begrip

De structuur van de indicatorenset werd op verschillende manieren verduidelijkt. Alleen gemeten indicatoren werden behouden in de huidige set. Indicatoren waarvoor we geen gegevens konden vinden, werden besproken in de sectie "gegevens zijn binnenkort beschikbaar" of "indicatoren in ontwikkeling" (beschreven in Supplement S1). Dit vergemakkelijkt het begrip van de indicatorenset, vestigt de aandacht op wijzigingen in de beschikbaarheid van gegevens en wijst op lacunes in gegevens. Het eerdere onderscheid tussen primaire en secundaire indicatoren werd verwijderd aangezien dit geen rol bleek te spelen bij de interpretatie ervan.

Systematisatie in gegevensanalyse

De analyse van gegevens werd gesystematiseerd, en de indicatoren werden altijd voorgesteld door middel van dezelfde structuur: evolutie in de loop van de tijd, per gewest, subgroepanalyses volgens socio-economische kenmerken en internationale benchmarking.

Gebruik van al beschikbare informatie

Er werd maximaal gebruik gemaakt van routinematig verzamelde gegevens (bijv. in administratieve databanken of in nationale registers): de gezondheidsenquêtes (Health Interview Survey – HIS), de Minimale Ziekenhuisgegevens (MZG), de EPS (permanente steekproef), de databanken van het RIZIV (doc N, Pharmanet), het register van nosocomiale infecties, vaccinatie-enquêtes, het Belgisch Kankerregister. Het gebruik van routineus beschikbare gegevens die geen bijkomende kosten met zich meebrengen voor gegevensverzameling, vergemakkelijkt de analyse van tendensen in de tijd.

Verbetering van de communicatie van resultaten

Tenslotte werden synoptische tabellen met kleurcodes ontwikkeld om snel en gemakkelijk een overzicht te kunnen krijgen van de resultaten en van de interpretatie ervan; dit laat ook vergelijking van indicatoren toe.

3.3. Wat zijn de beperkingen van dit rapport?

3.3.1. *Performantie tegenover welk streefdoel? Benchmarking met andere Europese landen lost het probleem niet op*

Jammer genoeg werden zeer weinig specifieke en meetbare doelstellingen gedefinieerd in België. Waar dergelijke streefdoelen bestaan, werd de waarde van de indicator beoordeeld door vergelijking met de waarde van de doelstelling. Anderzijds was het oordeel gebaseerd op externe (bijv. WGO-gedefinieerde) streefdoelen, of door vergelijking met de resultaten van andere landen. Waar mogelijk werden de indicatoren vergeleken met het gemiddelde van de EU-15-landen. Hierdoor kan België worden gepositioneerd in vergelijking tot de naaste buurlanden, maar dit biedt geen antwoord op de vraag "Zijn onze resultaten nu goed of slecht?". Sommige resultaten kunnen inderdaad goed zijn wanneer ze worden vergeleken met andere landen, terwijl ze dat niet zijn wanneer ze worden geconfronteerd met de landdoelstellingen. Bovendien staat het interpreteren van de resultaten van internationale vergelijking van performantie nog ter discussie[8], en zijn er veel valkuilen, zoals methodologische en contextuele variaties, waardoor het moeilijk is om zinvolle vergelijkingen te maken.

Verschillende internationale organisaties vergelijken België al met andere Europese landen voor indicatoren van gezondheidstoestand en van gezondheidszorg: de WGO met het “World Health Report 2000”[9], het tweejaarlijks rapport “Health at a glance Europe”[10,11] dat voortvloeit uit een samenwerking van de OESO en de Europese Unie, de website van de ECHI-indicatoren, ondersteund door de Europese Unie[12] en de Euro Health Consumer Index[13] van de private Zweedse organisatie Health Consumer Powerhouse.

3.3.2. *Beslissingen nemen op basis van verouderde gegevens?*

Sommige gegevens zijn duidelijk verouderd, en zelfs de meest recente dateren al van 2 jaar geleden. Dit is inherent aan het gebruik van administratieve gegevens of registers. Voor de internationale vergelijking moesten we vaak steunen op gegevens uit 2005! In verschillende gevallen zou het voor beleidsmakers moeilijk zijn om beslissingen te nemen op basis van dergelijke verouderde informatie. Wat betreft de indicatoren geleverd door het HIS worden zeer recente gegevens verwacht in het volgende HSPA-rapport aangezien een nieuwe HIS zal worden uitgevoerd in 2013.

3.3.3. *Een uitgebreider beeld, maar nog steeds hiaten in het instrument*

De meeste problemen hebben te maken met een gebrek aan geschikte indicatoren, het gebrek aan (recente) gegevens, de nood om uit te kijken naar een betere indicator of naar meer details.

1. **Globale gezondheidstoestand: een indicator toevoegen met een hoog actievermogen: vermijdbare mortaliteit**

   Het vorige rapport omvatte vroegtijdig overlijden als een indicator voor gezondheidstoestand, uitgedrukt als mogelijk verloren levensjaren (PYLL – Potential years of life lost) vóór de leeftijd van 70 jaar. De studie van vroegtijdige sterfte per categorie van oorzaak en mogelijk ook de vermijdbare sterfte, zou een interessante kijk op de gezondheidszorgdiensten kunnen toevoegen.

2. **Financiële toegankelijkheid: nood aan een uitgebreider beeld**

   Een noodzakelijke voorwaarde om het beleid aan te sturen binnen het domein van financiële toegankelijkheid is een verbeterde transparantie in ambulante supplementen evenals in private hospitalisatieverzekeringen (het percentage personen met een private hospitalisatieverzekering, en wat specifiek wordt gedekt door deze private verzekeringen, en aan welke kost).

3. **Financiële toegankelijkheid en billijkheid**

   Een meer volledige manier om de billijkheid van het systeem te meten is rekening te houden met de verdeling van persoonlijke uitgaven (officiële remgelden, supplementen, netto terugbetalingen door privé verzekeringen en tussenkomst van de maximumfactuur) in functie van de socio-economische status. Individuele patiëntengegevens over inkomen en alle uitgaven zijn nodig om een dergelijke verdeling te berekenen.

4. **Personeelstellingen**

   Er zijn nu betere gegevens beschikbaar over het aanbod, maar de gegevens over de behoeften ontbreken nog steeds. Een doeltreffende planning van de personeelsbezetting in gezondheidszorg moet worden overwogen binnen een globaal beleid rekening houdend met het aanbod en met de behoeften van de patiënt. Gegevens over het aanbod zijn de laatste jaren ongetwijfeld veel verbeterd. Maar er werden nog geen indicatoren voor de behoeften in dit rapport gedefinieerd. Anderzijds is het benodigde personeel niet alleen afhankelijk van de medische behoeften, maar ook van de manier waarop het gezondheidssysteem georganiseerd is, bijvoorbeeld eerstelijns- versus ziekenhuiszorg.

5. **Geestelijke gezondheidszorg**

   De huidige indicatoren weerspiegelen de recente veranderingen in de sector niet. De meest recente hervormingsinspanningen om een evenwichtig geïntegreerd zorgmodel te bekomen, richten zich op de ontwikkeling van "zorgnetwerken" (het zogenoemde “Art. 107 project”). Het hoofddoel is dat, waar mogelijk, gemeenschapsdiensten moeten worden aangeboden, waarbij ziekenhuisdiensten beschikbaar moeten zijn wanneer ambulante zorg geen goed antwoord kan bieden op de noden van de patiënt. Enkele nieuwe indicatoren werden voorgesteld om deze evoluties te monitoren (bijv. het percentage patiënten met case management; het percentage uitgaven voor ambulante zorg en zorg in de thuisomgeving vergeleken met de totale uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg). Maar ze konden nog niet worden gemeten omwille van de beperkingen in de huidige gegevens.

6. **Zorgcontinuïteit en -coördinatie**

   Met de nieuwe trajecten in ambulante zorg zullen nieuwe gegevens binnenkort beschikbaar zijn, maar er blijven toch nog veel lacunes. De resultaten van de nieuwe trajecten in ambulante zorg (zorgtrajecten) voor type 2-diabetes of chronische nierinsufficiëntie worden momenteel geëvalueerd. Die elementen zullen worden opgenomen in de volgende editie van dit rapport. Er ontbreken gegevens over andere relevante indicatoren, zoals de ervaring van patiënten met zorgcoördinatie, of de beschikbaarheid van informatie over gezondheid van patiënten op eender welk ogenblik.

7. **Patiëntgerichtheid**: veel initiatieven maar weinig gegevens. Patiëntgerichtheid is intrinsiek moeilijk te meten met kwantitatieve gegevens, omdat het samenhangt met het vermogen van het gezondheidssysteem om een succesvol antwoord te bieden op de bijzondere noden van de patiënt of om de betrokkenheid van de patiënt te stimuleren. Om ons begrip in dat domein te verbeteren, zal de volgende golf van de Health Interview Survey een set vragen bevatten over de ervaring van de patiënt met ambulante zorgdiensten (huisartsen of specialisten), gebaseerd op de OESO-vragenlijst om internationale vergelijking te vergemakkelijken.[14] De ervaring van patiënten met ambulante zorg zal dus worden opgenomen in de volgende update van dit rapport.

8. **Zorg op lange termijn**: er werden verschillende indicatoren gekozen om de kwaliteit van de zorg op lange termijn voor ouderen te beoordelen, zoals de prevalentie van ondervoeding, het percentage oudere patiënten die fysiek gefixeerd worden, de prevalentie van vallen, de incidentie van doorligwonden en het probleem van polymedicatie. Die indicatoren konden nog niet worden gemeten en dit markeert het huidige gebrek aan gegevens in dit domein. De BelRAI zal echter spoedig gegevens verstrekken over enkele geselecteerde indicatoren. De BelRAI is een instrument dat werd ontwikkeld om de noden te beoordelen van ouderen in residentiële voorzieningen of die een beroep doen op thuiszorg.

9. **Palliatieve zorg**: veel lokale onderzoeken in België, maar weinig nationale gegevens. De enkele indicatoren in dit rapport zijn gebaseerd op de populatie van terminale kankerpatiënten, of op de populatie patiënten die thuis palliatieve zorg krijgen. Hierdoor wordt niet de hele populatie van patiënten die in aanmerking komen voor palliatieve zorg omvat, hetgeen wijst op een duidelijke lacune in de beschikbaarheid van gegevens. Bovendien werden tot dusver geen gegevens op nationaal niveau gepubliceerd over toegankelijkheid, noch over de kwaliteit van de palliatieve zorg. In vergelijking met de andere zorgdomeinen is palliatieve zorg weinig of helemaal niet vertegenwoordigd in databanken van internationale organisaties.
10. **Gezondheidspromotie**: gegevens over gezondheidsalfabetisme (health literacy) ontbreken, terwijl ze wel al beschikbaar zijn in andere Europese landen. Gezondheidsalfabetisme is een relatief nieuw begrip dat als een essentieel hulpmiddel wordt beschouwd in gezondheidsmanagement. Het kan worden gedefinieerd als de individuele vaardigheden die noodzakelijk zijn om factoren die interageren met de gezondheid van het individu te begrijpen en te beheersen. Dit geeft individuen de gelegenheid om gezondere keuzes te maken. Het werd gedefinieerd als een actieprioriteit voor de 2008-2013 strategie van de Europese Unie, en voor sommige landen zijn de resultaten uit de EU Health Literacy Survey nu beschikbaar.
11. **Efficiëntie moet meer aandacht krijgen in het toekomstige rapport.** Het is duidelijk dat efficiëntie in gezondheidszorg niet voldoende kan worden beoordeeld met de enkele indicatoren die in dit rapport werden geselecteerd. In de internationale literatuur worden vaak metingen voor efficiëntie voorgesteld die uitdrukkelijk inputs en outputs identificeren.[7,15] Dit kan zeker een interessant onderzoeksgebied vormen.
12. **Ongelijkheden** konden niet worden onderzocht voor alle indicatoren, omdat in sommige gegevensbronnen (RHM – MZG) geen socio-economische gegevens beschikbaar waren. In de gegevens van de ziekteverzekering is de informatie over de socio-economische status eerder onnauwkeurig en benaderend.

4. ALGEMENE CONCLUSIE

Dit rapport geeft de resultaten weer van een eerste globale evaluatie van de performantie van het Belgisch gezondheidssysteem, voortbouwend op een eerdere haalbaarheidsstudie. Aan de hand van vierenzeventig indicatoren met numerieke waarden tracht dit rapport een totaalbeeld te geven van de performantie van het gezondheidssysteem, waarbij wordt gewezen op enkele richtingen voor beleidsacties en waarbij vragen worden gegenereerd voor verdere opvolging of onderzoek.

Dit rapport is een aanzienlijke verbetering vergeleken met het vorige rapport, doordat het uitgebreider is en doordat de vorige set werd geactualiseerd met meer relevante indicatoren. Bovendien laat het in enkele gevallen het meten van evolutie toe. Ook werden belangrijke lacunes in basisgegevens ingevuld sinds de vorige editie, bijvoorbeeld de oorzaakspecifieke mortaliteitspercentages of kankeroverleving.

België is niet het eerste land dat deze uitdaging aangaat. Met het ondertekenen in 2008 van het Verdrag van Tallinn inzake gezondheidssystemen hebben de lidstaten zich er formeel toe verbonden om de performantie van het gezondheidssysteem te monitoren en te evalueren. Verschillende buurlanden met jaren ervaring in het meten van de performantie van het gezondheidssysteem, fungeerden als voorbeeld voor dit rapport, vooral het Nederlandse Performantierapport. Een van de tekortkomingen die het succesvol meten van performantie in de weg staat (ook vastgesteld in de eerdere Nederlandse performantierapporten) is de lage beschikbaarheid van geactualiseerde gegevens. Het regelmatig actualiseren van administratieve gegevens en het dynamisch publiceren van resultaten op een website is één van de pistes die moet worden onderzocht.

Samen met de Europese Richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, wordt deze verbintenis een gemeenschappelijke bezorgdheid onder de lidstaten[f].

[f] Richtlijn 2011/24/EU van het Europese Parlement en van de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, Official Journal L 88/45, 4 april 2011

Zodra de Richtlijn wordt geïmplementeerd als nationale wetgeving in oktober 2013, zullen de lidstaten ervoor moeten zorgen dat patiënten uit een andere lidstaat relevante informatie kunnen krijgen over de veiligheids- en kwaliteitsnormen om een weloverwogen beslissing voor grensoverschrijdende gezondheidszorg te maken. In deze context legt dit rapport niet alleen de basis van een toekomstige systematische beoordeling van de performantie, maar kan het ook worden beschouwd als een eerste stap naar de verantwoordelijkheid van België om veilige, kwaliteitsvolle, toegankelijke en efficiënte gezondheidszorg voor zowel Belgische als buitenlandse patiënten te garanderen.

REFERENTIES

1. Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, et al. A first step towards measuring the performance of the Belgian healthcare system. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. KCE Reports 128
2. WHO Regional Office for Europe. Health systems performance assessment, a tool for health governance in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization, Regional office for Europe; 2012.
3. WHO Regional Office for Europe. The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: World Health Organisation; 2008. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf
4. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int. J. Qual. Health Care. 2006;18(SUPPL. 1):5-13.
5. OECD. Health at a Glance 2011, OECD Indicators. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011.
6. Vlayen J, Van De Water G, Camberlin C, Paulus D, Leys M, Ramaekers D, et al. Indicateurs de qualité cliniques. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2006. KCE reports 41
7. AHRQ Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures. AHRQ; 2008. AHRQ Publication No. 08-0030 Available from: http://www.ahrq.gov/qual/efficiency/efficiency.pdf
8. Smith PC, Papanicolas I. Health System Performance comparison: an agenda for policy, information and research. Brussels: WHO Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2012. Policy Summary 4
9. WHO. World Health Report 2000. Healths systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2002.
10. OECD. Health at a Glance 2010 Europe. OECD Publishing; 2010.
11. OECD. Health at a Glance Europe. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2012.

12. European Commission HEIDI data tool: health status indicators [2012. Available from: http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm
13. Björnberg A. Euro Health Consumer Index 2012. Health Consumer Powerhouse; 2012.
14. OECD. Health Care Quality Indicators. OECD pilot questions on patient experiences. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011.
15. Jacobs R., Smith PC, Street A. Measuring Efficiency in Health Care. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.

AANBEVELINGEN[g]

Algemene aanbevelingen voor de politieke verantwoordelijken

Het concept performantie hangt impliciet samen met het bereiken van doelstellingen. Terwijl het huidige rapport vooral een 'vaststelling' van de situatie is, moet het grote belang ervan worden gezocht in het uiteindelijke doel, nl. 'een verbetering' van de situatie. De politieke verantwoordelijken zouden derhalve meetbare doelstellingen moeten vooropstellen en termijnen vastleggen om die te realiseren, rekening houdend met de hierna volgende aanbevelingen.

Positieve bevindingen (te behouden) en negatieve bevindingen (aandachtspunten):

Over het algemeen wordt aanbevolen dat de betrokken instellingen en instanties zich baseren op de hierna volgende bevindingen, zodat ze op dezelfde koers kunnen doorgaan in de domeinen met positieve bevindingen, ofwel van koers kunnen veranderen om de situatie te verbeteren in de domeinen waar aandachtspunten werden gesignaleerd.

Positieve bevindingen (te behouden):

- **Gezondheidstoestand: de 'gerapporteerde' of 'waargenomen' gezondheidstoestand, gemeten via de gezondheidsenquêtes (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) is beter dan het Europese gemiddelde.**
- **Dekking van de preventieve maatregelen: de vaccinatiegraad bij kinderen is beter dan het Europese gemiddelde.**
- **Zorgkwaliteit:**
  - **Effectiviteit van de curatieve zorg: zeer goede resultaten voor de overleving op 5 jaar na borstkanker of na colorectale kanker in vergelijking met de andere Europese landen.**
  - **De indicatoren tonen aan dat de Belgen een zeer goede en continue relatie met de huisarts onderhouden en dat ze erg tevreden zijn (meer dan 90 %) over hun contacten met de gezondheidszorg.**
- **Efficiëntie: een verbetering van de efficiëntie kan worden afgeleid uit het stijgend percentage opnames in dagziekenhuis en een toenemend gebruik van goedkopere geneesmiddelen.**

[g] Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen aan de overheid.

Aandachtspunten voor het oriënteren van het toekomstige gezondheidszorgbeleid:

- **Gezondheidstoestand:**
  - **De zeer hoge percentages van zelfdoding in vergelijking met het Europese gemiddelde vragen om opheldering.**
  - **In vergelijking met het Europese gemiddelde stelt men vast dat het percentage personen met overgewicht of obesitas stijgt en dat het nemen van lichaamsbeweging eerder laag scoort.**
- **Dekking van de preventieve maatregelen:**

  De dekkingsgraad in de doelgroepen van de opsporing van borstkanker en baarmoederhalskanker is laag in vergelijking met het Europese gemiddelde. De dekking van de georganiseerde opsporing van borstkanker is onvoldoende om efficiënt te zijn. Een ander aandachtspunt is de hoge opsporingsgraad van borstkanker buiten de doelgroepen van de georganiseerde screening en deze neemt toe voor leeftijdscategorieën van 40-49 jaar en 70-79 jaar, hetgeen contraproductief is in termen van volksgezondheid en het gebruik van de collectieve middelen.
- **Sociale billijkheid/ongelijkheid:**

  Vergeleken met personen uit een hogere klasse hebben personen met een socio-economisch lagere status (gemeten op basis van het opleidingsniveau of de toegang tot verhoogde terugbetaling van de gezondheidszorg) een slechtere gezondheidstoestand (levensverwachting, levensverwachting in goede gezondheid, zuigelingensterfte, obesitas), een minder gezonde levensstijl (voeding, roken, lichaamsbeweging), een minder goede dekking van de opsporing van kanker, een minder goede opvolging voor diabetici, minder sociale ondersteuning en ze overlijden vaker in het ziekenhuis dan in hun eigen woning.
- **Zorgkwaliteit:**
  - **(Onaan)gepaste zorg: uit meerdere indicatoren blijkt dat de medische praktijk niet altijd aangepast is. Bijvoorbeeld:**
    - **De eerste keuze van de voorgeschreven antibiotica komt te weinig overeen met de aanbevelingen en er is geen verbetering merkbaar doorheen de tijd (behalve bij kinderen).**
    - **Het percentage diabetische patiënten dat op de juiste manier volgens de aanbevelingen wordt opgevolgd, is onvoldoende.**
    - **Hoewel het niveau enigszins lager ligt dan het gemiddelde van de andere Europese landen is het percentage keizersneden hoog. Men ziet ook bij niet-gecompliceerde**

zwangerschappen een grote variabiliteit tussen de ziekenhuizen.

- **Veiligheid van de zorg: blootselling aan straling van medische oorsprong: hoewel lichtjes gedaald in 2011, blijft het niveau erg hoog in vergelijking met het Europese gemiddelde.**
- **Zorgcontinuïteit: sommige indicatoren wijzen erop dat in dit domein zwak gescoord wordt. Bijvoorbeeld:**
  - **Ondanks een constante stijging is het percentage patiënten dat over een globaal medisch dossier (GMD) beschikt nog te laag.**
  - **Het percentage heropnames in de psychiatrische ziekenhuizen is relatief hoog vergeleken met het Europese gemiddelde.**

- **Duurzaamheid van het systeem:**

  Het gezondheidssysteem steunt op een eerstelijnszorg waarin de huisartsgeneeskunde een belangrijke schakel vormt. Verontrustend is dat de gemiddelde leeftijd van de huisartsen blijft stijgen, en dat de quota die werden voorzien door de Planningscommissie sinds enkele jaren niet ingevuld geraken. Wanneer deze tendens zich doorzet, zal dit snel leiden tot problemen voor de werking van de eerstelijnszorg.

<u>Verbetering van de informatiesystemen voor de gezondheidszorg</u>

De kwaliteit van de gegevens en de snelheid waarmee ze beschikbaar worden gesteld zijn essentieel voor de relevantie van de indicatoren die erop gebaseerd zijn.

- **Termijn van de ter beschikking stelling van de gegevens**
  - **Voorzetten van de inspanningen teneinde geactualiseerde gegevens over te maken aan de internationale organisaties (OESO, Eurostat, WGO)**
  - **Ervoor zorgen dat de administratieve databanken (Minimale ZiekenshuisGegevens) sneller ter beschikking worden gesteld.**
- **Gegevens per zorgdomein:**
  - **Geestelijke gezondheidszorg: hervormen van de Minimale Psychiatrische Gegevens teneinde deze aan te passen aan de internationale normen (identificatie van unieke patiënt) en aan de evolutie binnen de sector. Dit vraagt een herziening die toelaat om het ganse zorgtraject van de patiënten, ook buiten het ziekenhuis, te volgen.**
  - **Langdurige zorg: zorgen voor een gedegen beschikbaarheid op nationaal niveau van de gegevens die worden verzameld in het kader van het project BelRai om het meten van de verschillende geselecteerde indicatoren mogelijk te maken.**
  - **Mondhygiëne: oververtegenwoordigen van de groep kinderen van 12 jaar in de enquête**

over mondhygiëne teneinde de internationale indicatoren correct te kunnen berekenen.

- **Zorg bij het levenseinde: verbeteren van het gebruik van bestaande gegevens (Kankerregister en het netwerk van Huisartsen Peilpraktijken)**
- **Volksgezondheid: aanvullen van de databank van geneesmiddelengebruik teneinde over de totaliteit van de informatie te kunnen beschikken, met inbegrip van de middelen die niet worden terugbetaald, maar waarvan de analyse essentieel is voor de volksgezondheid of de veiligheid van de patiënt (benzodiazepines, bepaalde ontstekingsremmers).**

<u>Aanbeveling voor het verzamelen van nieuwe gegevens of voor bijkomend onderzoek</u>

Sommige gegevens die nodig zijn voor het uitwerken van geselecteerde indicatoren moeten nog worden verzameld.

- **Op de vraag over de socio-economische ongelijkheid kunnen de administratieve databanken slechts een gedeeltelijk antwoord geven. Bepaalde gegevens ontbreken volledig (bijvoorbeeld, socio-economische status in de ziekenhuisgegevens, etniciteit), andere zijn weinig nauwkeurig of hebben weinig onderscheidend vermogen (Omnio/Verhoogde terugbetaling).**
- **Financiële toegankelijkheid: verbeteren van de enquête over het budget van de huisgezinnen teneinde alle financiële lasten van de patiënten die samenhangen met hun gezondheidszorg te registreren en een analyse per socio-economisch niveau mogelijk te maken.**
- **Wat "Patiëntervaring" betreft, zullen gegevens beschikbaar zijn dankzij de volgende gezondheidsenquête van het WIV (deze gegevens zullen betrekking hebben op de huisartsen en op alle specialisten zonder onderscheid). Het is echter nuttig gegevens te verzamelen volgens het type specialisme (in alle zorglijnen).**
- **Gezondheidspromotie:**
  - **Er zijn geen gegevens beschikbaar over het "gezondheids-alfabetisatie-graad" ('health literacy') in België. In het bijzonder wordt aanbevolen dat België deelneemt aan de Europese onderzoeken inzake de ontwikkeling van hulpmiddelen voor het meten van health literacy, met het oog op toekomstige gegevensverzameling.**
  - **Gezondheidsbevordering in de leefomgeving: er bestaan talrijke gegevens in Vlaanderen met betrekking tot gezondheidsbevordering in bepaalde leefomgevingen (scholen, gemeenschappen, bedrijven). Deze worden verzameld door middel van de enquêtes van het VIGeZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie). Aanbevolen wordt dat de andere gewesten eveneens gegevens**

zouden verzamelen over de leefomgevingen, in functie van hun behoefte aan beleidsondersteunende informatie.

- **Ten slotte wordt ook aanbevolen om na te gaan of men in het volgende rapport de indicatoren voor gezondheidsbevordering specifiek in het domein van de gezondheidszorg op kan nemen.**

<u>Aanbevelingen voor het volgende performantierapport (voorzien voor december 2015)</u>

- **Ten aanzien van FOD Volksgezondheid, RIZIV en WIV**
  - **Berekenen van de indicatoren waarvoor de gegevens nog niet beschikbaar zijn, maar die het wel zullen zijn tegen het volgende rapport (project over de ambulante zorgtrajecten, project BelRAI, ervaring van de patiënten in de gezondheidsenquête, prevalentie van ziekenhuisinfecties, termijn voor de registratie van nieuwe geneesmiddelen).**
  - **In de toekomst is het voor een goede opvolging aangewezen om de meest recente beschikbare resultaten op te nemen. De indicatoren moeten bij voorkeur routinematig worden gemeten door de instellingen/administraties, respectievelijke beheerders van de administratieve databanken. De resultaten zullen overgemaakt worden aan de teams die belast zijn met de actualisering van het rapport, volgens een termijnplanning en een stramien dat nog moet worden gepreciseerd.**
  - **Opvolgen van de internationale evoluties (OESO, WGO, Eurostat) teneinde de Belgische indicatorenset aan te passen indien nodig.**
- **Ten aanzien van de onderzoeksequipes**
  - **Identificeren van nieuwe indicatoren voor weinig gedocumenteerde thema's (probleem van beschikbaarheid van verpleegkundig personeel, bijvoorbeeld).**
  - **Actualiseren van de evaluatie van de performantie via de meest recente data.**
  - **Analyseren van de globale coherentie (vooral voor het versterken van de dimensies met betrekking tot efficiëntie en duurzaamheid) en het actualiseren van de indicatorenset in het licht van nieuwe evidentie of nieuwe prioritaire thema's.**

COLOFON

Titel:	De performantie van het Belgische gezondheidssysteem Rapport 2012 - Synthese
Auteurs:	France Vrijens (KCE), Françoise Renard (ISP – WIV), Pascale Jonckheer (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Anja Desomer (KCE), Carine Van de Voorde (KCE), Denise Walckiers (ISP – WIV), Cécile Dubois (KCE), Cécile Camberlin (KCE), Joan Vlayen (KCE), Herman Van Oyen (WIV - ISP), Christian Léonard (KCE), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV)
Externe experten:	Health Promotion Group : Luc Berghmans (Observatoire de la santé du Hainaut), Lien Braeckevelt (WVG Vlaanderen), Christian De Bock (CM), Léa Maes (UGent), Myriam De Spiegelaere (ULB – Observatoire de la santé Bruxelles), Stephan Van Den Broucke (UCL), Chantal Vandoorne (ULg), Alexander Witpas (WVG Vlaanderen) Mental Healthcare Group: Joël Boydens (CM), Robert Cools (CGG - De Pont), Raf De Rycke (Broeders van Liefde), Pol Gerits (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Jean-Pierre Gorissen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Bernard Jacob (SPF Santé publique – FOD Volksgezondheid), Gert Peeters (UZ Leuven), Jean-Paul Roussaux (Cliniques Universitaires St-Luc) Continuity of Care and Patient Centeredness Group: Corinne Boüüaert (Maison Médicale Bautista Van Schowen), Xavier de Béthune (CM), Veerle Foulon (KU Leuven), Mirco Petrovic (UZ Gent), Luc Seuntjens (het Artsenhuis), Anne Spinewine (UCL de Mont-Godinne), Johan Van der Heyden (WIV - ISP), Annelies Van Linden (Domus Medica), Johan Wens (UA) Long term care Group: Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI), Jan Delepeleire (KU Leuven), Johan Flaming (UZ Leuven), Margareta Lambert (UZ Brussel), Jean Macq (UCL), Alex Peltier (MC), Luc Van Gorp (Katholieke Hogeschool Limburg), Isabelle Vanderbrempt (SPF Santé publique – FOD Volksgezondheid) End of Life Group: Joachim Cohen (VUB), Marianne Desmedt (UCL), Rita Goetschalckx (RIZIV – INAMI), Johan Menten (UZ Leuven), Kathleen Kleemans (VUB), Birgit Gielen (CM)
Acknowledgements:	Greet Haelterman (FOD Volksgezondheid - SPF Santé publique), Willem Alvoet (FOD Volksgezondheid - SPF Santé publique), Marie-Noëlle Verhaegen (FOD Volksgezondheid - SPF Santé publique), Hans Verrept (FOD Volksgezondheid - SPF Santé publique), Isabelle Coune (SPF Santé publique - FOD Volksgezondheid), Luc Nicolas (SPF Santé publique – FOD Volksgezondheid), Dirk Moens (FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité Sociale), Elke Van Hoof (Kankercentrum – Centre Cancer), Elisabeth Van Eycken (Stichting Kankerregister – Fondation Registre du Cancer), Xavier Ledent (INAMI – RIZIV), Pierre Bonte (INAMI – RIZIV), Olaf Moens (VIGeZ), Sadja Steenhuizen (VIGeZ), Stefaan Demarest (WIV – ISP), Béatrice Jans (ISP – WIV), Natacha Viseur (ISP – WIV), Viviane Van Casteren (WIV – ISP), Nathalie Bossuyt (WIV – ISP), Xavier de Béthune (MC), Johan Hellings (ICURO)
Externe Validatoren:	Ann-Lise Guisset (WHO), Irene Papanicolas (London School of Economics and Political Science), Niek Klazinga (Academisch Medisch Centrum – Universiteit van Amsterdam)

Stakeholders:	De volgende administratieve overheden en organisaties zijn gedurende het project geconsulteerd tijdens interadministratieve vergaderingen: op federaal niveau (FOD Volksgezondheid, FOD Sociale Zaken, RIZIV, WIV) en op niveau van de deelstaten: de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), de Federatie Wallonië-Brussel (Direction générale de la Santé), de Duitstalige Gemeenschap (DGOV Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft), het Waalse Gewest (Direction générale opérationelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé et observatoire wallon de la santé), het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (Observatorium voor de Gezondheid)
Belangenconflict:	Elke andere directe of indirecte relatie met een producent, verdeler of zorginstelling die zou kunnen opgevat worden als een belangenconflict: Gert Peeters (UZ Leuven – UPC) (Administratief manager van het UPC - UZ Leuven), Joël Boydens (MC; Groep Emmaüs vzw – lid bestuurscomité)
Layout:	Ine Verhulst
Disclaimer:	• **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur.** • **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**
Publicatiedatum:	25 januari 2013
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Delivery of Health Care, Health Promotion; Health Services Accessibility, Quality of Health Care, Efficiency, Organizational, Healthcare Disparities, Social Justice; Benchmarking, Belgium
NLM classificatie:	W84
Taal:	Nederlands, Engels
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2012/10.273/113
Copyright:	De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten.

Hoe refereren naar dit document?

Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, Walckiers D, Dubois C, Camberlin C, Vlayen J, Van Oyen H, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem Rapport 2012 – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Report 196As. D/2012/10.273/113.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.