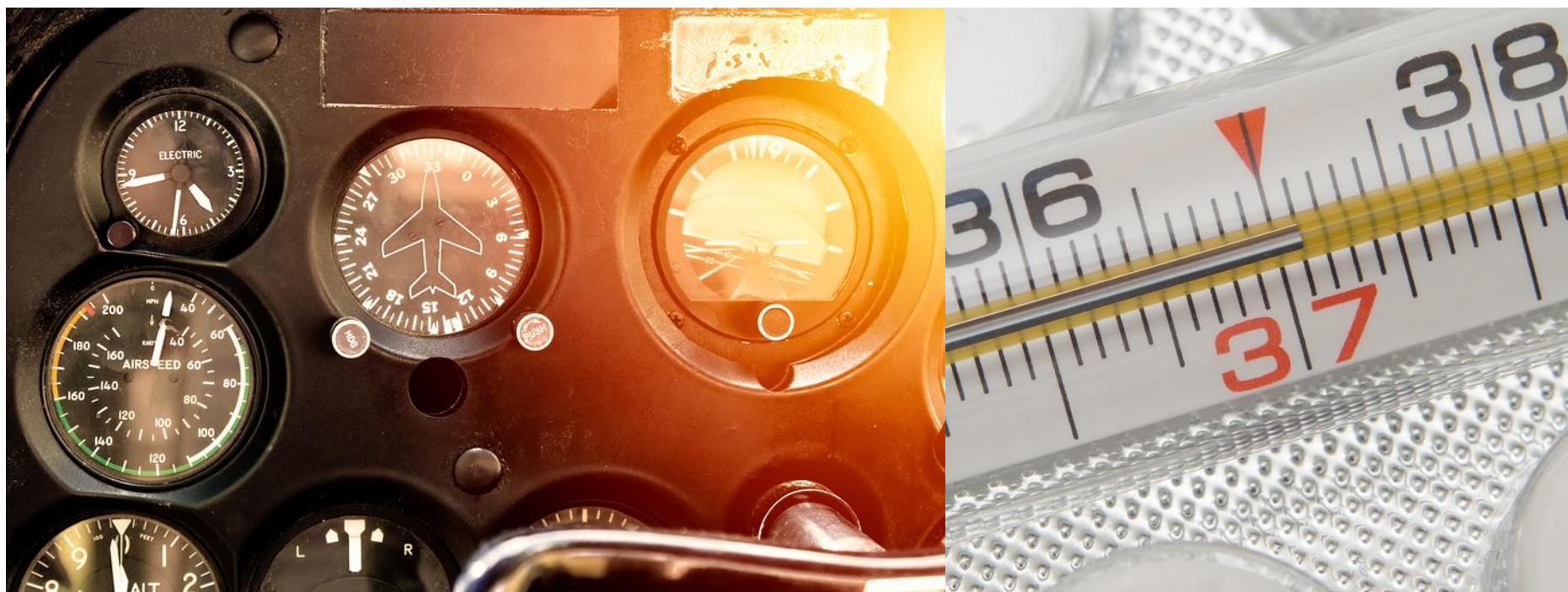


DE PERFORMANTIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM – RAPPORT 2019



DE PERFORMANTIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM – RAPPORT 2019

CARL DEVOS, AUDREY CORDON, MÉLANIE LEFÈVRE, CAROLINE OBYN, FRANÇOISE RENARD, NICOLAS BOUCKAERT, SOPHIE GERKENS,
CHARLINE MAERTENS DE NOORDHOUT, BRECHT DEVLEESSCHAUWER, MARGARETA HaelTERMAN, CHRISTIAN LÉONARD, PASCAL MEEUS



COLOFON

Titel:	De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019
Auteurs:	Carl Devos (KCE), Audrey Cordon (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Caroline Obyn (KCE), Françoise Renard (Sciensano), Nicolas Bouckaert (KCE), Sophie Gerken (KCE), Charline Maertens de Noordhout (KCE), Brecht Devleesschauwer (Sciensano), Margareta Haelterman (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Christian Léonard (KCE), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV)
Project coordinator:	Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
Senior supervisor:	Christian Léonard (KCE)
Experten die werden geraadpleegd voor de validatie van de indicatoren, definities en resultaten:	Sophie Alexander (ULB), Thomas Allvin (EFPIA), Katrien Beeckman (UZ Brussel, VUB, VBOV), Nadia Benahmed (KCE), Benoit Boland (UCLouvain), Bernard Bolle (IMA-AIM), Christiane Bontemps (CRÉSAM), Jolyce Bourgeois (KCE), Ronny Bruffaerts (UZ Leuven), Hendrik Cammu (SPE, UZ Brussel), Joana Carvalho (UC Louvain), Anne Clercx (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Peter Cosemans (Zorgnet Icuuro), Virginie Dalcq (INAMI), Dominique Declerck (KULeuven), Raf De Rycke (Broeders van Liefde), Harlinde De Schutter (Kankerregister – Registre du Cancer), Dominique Dubourg (AViQ), Régine Goemaes (SPE), Jean-Pierre Gorissen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Tine Grammens (Sciensano), Wilfried Gyselaers (ZOL Genk, Universiteit Hasselt), Germaine Hanquet (KCE), David Hercot (CCC Irisnet), Claire Janssens (RIZIV-INAMI), Pascale Jonckheer (KCE), Peter Jouck (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Katrien Latour (Sciensano), Roos Leroy (KCE), Peter Louwagie (KCE), Timothée Mahieu (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Patrick Martens (CvKO), Elise Mendes Da Costa (CCC Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles), Dirk Moens (FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité Sociale), Ingrid Morales (ONE), Jean-Philippe Mousset (RIZIV – INAMI), Gunnar Naulaers (UZ Leuven, college Moeder-Kind), Jozef Pacolet (KULeuven, HIVA), Alex Peltier (Mutualité Chrétienne), Gert Peeters (UZ Leuven), Tatiana Pereira (ONE), Guido Pieters (KULeuven), Pascale Steinberg (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Sabine Stordeur (KCE), Nathalie Terryn (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Bertrand Tombal (UCLouvain), Eline Vandael (Sciensano), Rudi Van Dam (FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité Sociale), Koen Van den Heede (KCE), Johan Van der Heyden (Sciensano), Carine Van de Voorde (KCE), Therese Vandurme (UCLouvain), Virginie Van Leeuw (CEPIP), Lien van Walle (Kankerregister – Registre du Cancer), Lies Versavel (Expertisecentrum Kraamzorg De Bakermat), Patrick Vyncke (Zorgnet-ICURO), Michel Willems (Statbel), François Wyngaerden (UCLouvain)
Stakeholders:	De volgende administraties en publieke instellingen werden in de loop van het project geraadpleegd: Op federaal niveau: • Vertegenwoordigers van Minister Maggie De Block: Mieke Walraevens, Regina De Paepe • RIZIV – INAMI: Benoît Collin, Mickaël Daubie, Gunther Gijsen



- FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique: Anne Delvaux, Lieven Deraedt, Pol Gerits, Peter Jouck
- Sciensano: Herman Van Oyen
- FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité Sociale: Sébastien Bastaits, Dirk Moens, Rudi Van Dam

Op regionaal niveau:

- Vlaamse Gemeenschap (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid): Erik Hendrickx
- Région Wallonne (Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé et observatoire wallon de la santé): Anouck Billiet, Dominique Dubourg
- Fédération Wallonie-Bruxelles (Direction générale de la Santé): Annalisa Tancredi
- Communauté Germanophone (DGOV Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft): Karin Cormann
- Région Bruxelles Capitale (Observatoire de la Santé et du Social): Murielle Deguerri, Olivier Gillis, David Hercot, Elise Mendes da Costa

Externe validatoren:

Jon Cylus (European Observatory on Health systems and Policies), Hans Kluge (WHO – World Health Organisation), Gaetan Lafortune (OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development)

Acknowledgements:

Delphine Beauport (RIZIV-INAMI), Cécile Camberlin (KCE), Karen Colaert (Agentschap Zorg en Gezondheid), Danielle Croisiaux (AIM - IMA), Marie Dauvin (KCE), Marie Delnord (Inserm), Marc De Falleur (INAMI - RIZIV), Anne Delvaux (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Annelies De Schrijver (Statbel), Stephan Devriese (KCE), Dominique Dicker (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Christelle Durand (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), François Eyskens (CBAA – UZA), Valérie Forton (KSZ-BCSS/eHEALTH), Olivier Gillis (CCC Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles), Lon Holtzer (Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Vlanderen), Güngör Karakaya (MLOZ), Jean Macq (UCLouvain), Déogratias Mazina (CCC Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles), Andries Nelissen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Marc Nyssen (Vrije Universiteit Brussel), Govin Permanand (WHO), Aurélie Somer (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Nathalie Stallaert (Agentschap Zorg en Gezondheid), Belinda Ten Geuzendam (IMA - AIM), Nancy Thiry (KCE), Sarah Thomson (WHO), Joos Tielemans (RIZIV - INAMI), Xavier Van Aubel (INAMI – RIZIV), Saskia Van den Bogaert (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Isabelle Van Der Brempt (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Elisabeth Van Eycken (Kankerregister – Registre du Cancer), Tom Van Ourti (Erasmus Universiteit Rotterdam), Aneke Verbeke (IMA - AIM), Martine Verstreken (IMA – AIM), Erik Vertommen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Irm Vinck (KCE), Gilda Wimmer (RIZIV – INAMI);

This paper uses data from SHARE Waves 1, 2, 3 (SHARELIFE), 4, 5 and 6 (DOIs: [10.6103/SHARE.w1.611](https://doi.org/10.6103/SHARE.w1.611), [10.6103/SHARE.w2.611](https://doi.org/10.6103/SHARE.w2.611), [10.6103/SHARE.w3.611](https://doi.org/10.6103/SHARE.w3.611), [10.6103/SHARE.w4.611](https://doi.org/10.6103/SHARE.w4.611), [10.6103/SHARE.w5.611](https://doi.org/10.6103/SHARE.w5.611), [10.6103/SHARE.w6.611](https://doi.org/10.6103/SHARE.w6.611)), see Börsch-Supan et al. (2013) for methodological details.

The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) and FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982). Additional



funding from the German Ministry of Education and Research, the Max Planck Society for the Advancement of Science, the U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) and from various national funding sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org).

Gemelde belangen:

“Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie ‘Performance – Report4’. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict”

Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Gunnar Naulaers (VVK – Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde)

Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker (‘principal investigator’) of onderzoeker: Wilfried Gyselaers (PHD-projecten UHasselt : Preclampsie-screening, telemonitoring)

Consultancy of tewerkstelling voor een bedrijf, vereniging of organisatie die financieel kan winnen of verliezen door de resultaten van dit rapport: David Hercot (CCC)

Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Thérèse Van Durme (Membre du Conseil Fédéral pour la Qualité de l’Activité Infirmière)

Layout:

Ine Verhulst, Joyce Grijseels

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 (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/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 april 2019

Domein:

Health Services Research (HSR)



MeSH: Delivery of Health Care; Health Services Accessibility; Quality of Health Care; Efficiency; Healthcare Disparities; Benchmarking, Belgium

NLM-classificatie: W84

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2019/10.273/32

ISSN: 2466-6459

Copyright: KCE reports are published under a “by/nc/nd” Creative Commons Licence
<http://kce.fgov.be/content/about-copyrights-for-kce-publications>.



Hoe verwijzen naar dit document? Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerken S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32.

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



■ VOORWOORD

In dit rapport vindt u een honderdtal indicatoren, waarmee de "performantie" van ons gezondheidssysteem kan worden gemeten. Is dit document dan een soort van schoolrapport, een bilan? Niet echt, want men kan het niet gebruiken om goede of slechte punten uit te delen, en het is ook niet de bedoeling om er beleidsmakers, zorgverleners of zorginstellingen mee te bekritisieren. Het geeft daarentegen wel een globale visie op ons gezondheidssysteem, dankzij de grote verscheidenheid aan indicatoren die geselecteerd werden over verschillende domeinen, zoals kwaliteit, efficiëntie en toegankelijkheid van zorg, of zelfs de toegankelijkheid van het hele systeem. Het is een indrukwekkend werk, waarvoor een twaalfstal onderzoekers de literatuur hebben bestudeerd, gegevens hebben geanalyseerd en talrijke experts en stakeholders hebben geraadpleegd.

We hebben vele redenen om blij te zijn. We gebruiken natuurlijk "rode lichten", om de verschillende verantwoordelijken te waarschuwen, maar er komen ook zeker voldoende groene signalen in het rapport voor. In het verkeer geven we daar niet veel aandacht aan, omdat ze betekenen dat de weg vrij is. Hier nodigen we de lezer echter uit om te blijven stilstaan, om zo meer te weten te komen over de positieve aspecten van ons systeem. En wanneer de situatie toch minder positief lijkt, zult u zien dat deze vaak gunstig evolueert. Betekent dit dan dat alles in orde is, dat we op onze lauweren kunnen rusten? Uiteraard niet: o.a. geestelijke gezondheidszorg, griepvaccinatie, screening van borstkanker of antibioticagebruik moeten zorgvuldig worden geanalyseerd, zodat er oplossingen kunnen worden gevonden voor de duidelijke tekortkomingen die daar nog bestaan.

Laat ons duidelijk zijn: wat deze indicatoren niet zeggen, is misschien belangrijker dan de gegevens waarop ze gebaseerd zijn. Gebruiken we te veel antidepressiva? Absoluut, maar waarom? Volstaat het om met de vinger te wijzen naar de voorschrijvers, en hen te herinneren aan de praktijkrichtlijnen? Daarmee zouden we er ons nogal snel van afmaken, want achter het stigma van depressie of burn out, gaan er misschien andere zaken schuil, zoals een gebrek aan sociale cohesie, ongelijkheid, een samenleving waar geen plaats is voor verliezers, of prestatiedruk die wordt gemeten met cijfers en euro's. Misschien zelfs ook onvoldoende vriendelijkheid, aandacht en erkenning van onze kant. Elke indicator heeft dus een verborgen kant, en het toont aan hoe voorzichtig dit rapport moet worden gelezen.

Bovendien kost het ook tijd vooraleer de gevolgen van bepaalde maatregelen merkbaar worden. Indicatoren hebben immers vaak een bepaalde inertie, vooral als ze gebaseerd zijn op talrijke en moeilijk controleerbare variabelen. Anderzijds kost het net zoveel tijd om het uitblijven van maatregelen vast te stellen.

Laat ons nu de tijd nemen om alle aspecten van de 'performantie' van ons gezondheidszorgsysteem terdege te bekijken, want elk aspect verdient speciale aandacht, net zoals er speciale aandacht gaat naar patiënten.

Marijke EYSEN
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Christian LÉONARD
Algemeen Directeur a.i.



INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD.....	1
	INHOUDSTAFEL	2
	OVERZICHT FIGUREN.....	4
	OVERZICHT TABELLEN.....	4
	AFKORTINGENLIJST	5
1	CONTEXT EN DOELSTELLINGEN	8
1.1	INLEIDING	8
1.2	INTERNATIONALE INITIATIEVEN.....	8
1.3	CONCEPTUEEL KADER.....	10
1.4	DOELSTELLINGEN VAN HET RAPPORT 2019.....	10
2	METHODES EN GEGEVENS.....	12
2.1	SELECTIE VAN INDICATOREN EN GEGEVENSBRONNEN	12
2.2	WAT IS ER NIEUW IN DIT RAPPORT IN VERGELIJKING MET DE VORIGE VERSIE?	13
2.3	HOE VOERDEN WE DE EVALUATIE UIT?	13
3	ZORGKWALITEIT	15
3.1.1	Doeltreffendheid van de zorg.....	15
3.1.2	Gepastheid van zorg.....	20
3.1.3	Veiligheid van zorg	25
3.1.4	Continuïteit van zorg	28
3.1.5	Patiëntgerichtheid	32
4	TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG	36
5	EFFICIËNTIE VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM.....	46
6	DUURZAAMHEID VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM	48
7	BILLIJKHEID EN ONGELIJKHEID	54
7.1	SOCIO-ECONOMISCHE ONGELIJKHEDEN IN HET GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSDIENSTEN	54



7.2	CONTEXTUELE INDICATOREN VAN BILLIJKHEID	61
8	PREVENTIEVE ZORG	64
9	GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	68
10	LANGDURIGE EN ACUTE ZORG VOOR OUDEREN	71
11	ZORG RONDOM HET LEVENSEINDE.....	78
12	MOEDER EN PASGEBORENE	81
13	STERKE EN ZWAKKE PUNTEN VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM	85
14	BELGISCHE HSPA EN BELEIDVORMINGSPROCES.....	87
14.1	DE BELGISCHE HSPA IN HET BELEIDVORMINGSPROCES	87
14.2	STREEFDOELEN VOOR HET GEZONDHEIDSSYSTEEM	90
15	CONCLUSIE	91
■	AANBEVELINGEN	94
■	BIJLAGE.....	97
BIJLAGE 1.	LIJST VAN INDICATOREN	97
■	REFERENTIES	103



OVERZICHT FIGUREN

OVERZICHT TABELLEN

Figuur 1 – Conceptueel kader voor de evaluatie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem	11
Tabel 1 – Pictogrammen bij de evaluatie	14
Tabel 2 – Indicatoren voor de doeltreffendheid van de zorg	18
Tabel 3 – Indicatoren voor gepastheid van zorg	24
Tabel 4 – Indicatoren voor de veiligheid van de zorg	27
Tabel 5 – Indicatoren voor de continuïteit van de zorg	31
Tabel 6 – Indicatoren voor de patiëntgerichtheid van de zorg	34
Tabel 7 – Indicatoren voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg	43
Tabel 8 – Indicatoren gerapporteerd in andere domeinen of dimensies	45
Tabel 9 – Toekomstige publicatie op de website	45
Tabel 10 – Indicatoren voor de efficiëntie van gezondheidszorg	47
Tabel 11 – Illustratieve indicaties van inefficiëntie	47
Tabel 12 – Indicatoren voor de duurzaamheid van het gezondheidssysteem	52
Tabel 13 – Indicatoren gerapporteerd in andere domeinen en dimensies, resultaten per socio-economische groep en meting van socio-economische ongelijkheden	58
Tabel 14 – Contextuele indicatoren van billijkheid	63
Tabel 15 – Indicatoren voor de beoordeling van preventieve zorg	66
Tabel 16 – Indicatoren voor geestelijke gezondheid en gezondheidszorg	70
Tabel 17 – Indicatoren voor ouderenzorg	75
Tabel 18 – Indicatoren gerapporteerd in andere delen, specifiek voor de populatie van 65-plussers	76
Tabel 19 – Indicatoren specifiek voor de populatie van 75-plussers	77
Tabel 20 – Indicatoren voor zorg rondom het levenseinde bij terminale kankerpatiënten	80
Tabel 21 – Indicatoren voor moeder en pasgeborene	84



AFKORTINGENLIJST

AFKORTING

DEFINITIE

ADL	Activiteiten van het dagelijks leven
AMI	Acuut myocardinfarct
BAPCOC	Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid
BBP	Bruto Binnenlands Product
BCR	Kankerregister (Belgian Cancer Registry)
CT	Computed Tomography
DDD	Standaard dagdosis (Defined Daily Dose)
DMH	Dringende medische hulp
DTP	Difterie – Tetanus – Kinkhoest
EBP	Evidenced-based practice
EC	Europese Commissie
ECHI	European Community Health Indicators
ECHIM	European Community Health Indicators Monitoring
EFPIA	European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
EPS	Permanente Steekproef
ER	Spoeddienst (Emergency Room)
EU	Europese Unie
EU – SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
FOBT	Fecaal Occult Bloed Test
FOD	Federale Overheidsdienst
FRKVA	Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit
GMD	Globaal Medisch Dossier
GP	Huisarts (General Practitioner)



HAI	Ziekenhuisinfecties (Hospital-acquired infections)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HCQI	Zorgkwaliteitsindicatoren (Healthcare Quality Indicators)
HFA	Health for All Database
HIS	Gezondheidsenquête (Health Interview Survey)
HiT	Health Systems in Transition
HIV	Humaan Immunodeficiëntievirus
HSPA	Health System Performance Assessment
IMA	InterMutualistisch Agentschap
IMC	Interministeriële Conferentie
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
MOC	Multidisciplinair Oncologisch Consult
MPG	Minimale Psychiatrische gegevens
MRI	magnetische resonantiebeeldvorming (Magnetic Resonance Imaging)
MRSA	Meticilline-resistente Staphylococcus Aureus
MZG	Minimale Ziekenhuisgegevens
NGI	Nationaal geografisch Instituut
NIC	Neonatal intensive care
NICU	Neonatal intensive care unit
OCMW	Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OOP	Ten laste van de patiënt (Out-of-pocket)
P4P	Pay for Performance
PPP	Koopkrachtpariteit (Purchasing Power Parity)



PREM	Patient-reported experience measure
PROM	Patient reported outcome measures
PSI	Patiëntveiligheidsindicatoren (Patient Safety Indicators)
QALY	Quality-Adjusted Life Years
RAI	Resident Assessment Instrument
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
ROB	Rustoorden voor Bejaarden
RVT	Rust- en Verzorgingstehuis
SES	Socio-economisch statuut
SHA	Systeem van de gezondheidsrekeningen (System of Health Accounts)
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SP	Arts-specialist
TH	Thuishospitalisatie
UPC	Gebruikelijke zorgverlener (Usual Provider Continuity)
UPI	Unique Patient Identifier
US	United States
VAZG	Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid
VBAC	Vaginale bevalling na een keizersnede (Vaginal birth after caesarean section)
VTE	Voltijds Equivalent
WGC	Woonzorgcentra (voorheen ROB – RVT)
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid



DEEL 1 – CONTEXT EN METHODES

1 CONTEXT EN DOELSTELLINGEN

1.1 Inleiding

Een *Health System Performance Assessment* (HSPA) is een proces waarbij een gezondheidssysteem in zijn totaliteit wordt beoordeeld. Het is eigenlijk een 'check-up' van het systeem op basis van meetbare indicatoren. Het concept HSPA wordt specifiek vermeld in het Handvest van Tallin,¹ dat werd ondertekend door alle Europese landen binnen de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). Elke HSPA wordt ontwikkeld volgens een conceptueel kader, dat specifiek is voor elk land (zie 1.3).

Een HSPA is een continu proces: door regelmatige monitoring worden de behoeften van het gezondheidsbeleid bepaald. In België werd dit proces in 2007 opgestart. Het huidige rapport is het resultaat van de vierde meting (zie Tekstbox 1).

De strategische doelstellingen van het Belgische HSPA-proces zijn:

1. de beleidsmakers informeren over de performantie van het gezondheidssysteem en ondersteunen van de beleidsplanning;
2. een transparant en toerekenbaar overzicht geven van de performantie van het gezondheidssysteem, overeenkomstig het Handvest van Tallinn;
3. de performantie van het gezondheidssysteem doorheen de tijd opvolgen.

Het huidige 'Rapport 2019' volgt hetzelfde traject als de drie voorgaande rapporten en heeft tot doel de toegankelijkheid, kwaliteit, efficiëntie,

duurzaamheid en billijkheid van het Belgische gezondheidssysteem te monitoren.

Tekstbox 1 – Health System Performance Assessment (HSPA) in België

Een HSPA is een proces waarmee het gezondheidssysteem van een bepaald land in zijn totaliteit wordt beoordeeld (een 'check-up'). Het is gebaseerd op indicatoren die een 'signaalfunctie' hebben en levert een bijdrage aan de strategische planning van het gezondheidssysteem door de beleidsmakers

In België werden tot op heden de volgende rapporten gepubliceerd:

- **Rapport 2009:** conceptueel kader en haalbaarheidsstudie voor 54 indicatoren²
- **Rapport 2012:** eerste volledige evaluatie gebaseerd op 74 indicatoren³
- **Rapport 2015:** 106 indicatoren⁴
- **Rapport 2019 (huidige rapport):** 121 indicatoren (de meeste gezondheidsstatusindicatoren worden afzonderlijk gepubliceerd door Sciensano in het **Gezondheidsstatusrapport**^a)

Deze rapporten zijn het resultaat van een samenwerking tussen het KCE, Sciensano, het RIZIV, en de FOD Volksgezondheid voor het huidige rapport.

1.2 Internationale initiatieven

Het conceptuele kader sluit aan bij de nationale prioriteiten, maar wordt ook op internationaal niveau gebruikt. De internationale agentschappen promoten de HSPA-principes, door een forum te bieden om ervaringen te delen, en door gegevens uit nationale bronnen te verzamelen. Betrouwbare en vergelijkbare gegevens zijn namelijk een belangrijke vereiste voor het kunnen uitvoeren van een HSPA.⁵

^a Beschikbaar op <https://www.healthybelgium.be/>



Op Europees niveau worden HSPA-initiatieven vooral genomen door de WGO, de 'European Observatory on Health Systems and Policies', de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en de Europese Commissie (EC). Meer informatie over deze internationale initiatieven is te vinden in Tekstbox 2.

Tekstbox 2 – Europese organisaties betrokken bij HSPA

Wereldgezondheidsorganisatie (WGO)

De WGO was de eerste internationale organisatie die met de publicatie van het "*World Health Report*"⁶ het debat rond HSPA in 2000 op gang bracht. In 2008 werd het "*Tallinn Charter on Health Systems for Health and Wealth*" ondertekend. Daarin verbonden de lidstaten zich ertoe "transparantie te bevorderen en rekenschap af te leggen over de performantie van de gezondheidssystemen door de publicatie van meetbare resultaten".¹ In de loop der jaren maakte de WGO een aantal methodologische publicaties over HSPA.^{7, 8}

De WGO onderhoudt ook de *Health for All Database* (HFA-DB), een selectie van belangrijke gezondheidsstatistieken over basis demografische gegevens, gezondheidstoestand, gezondheidsdeterminanten en over de middelen, het gebruik en de uitgaven voor gezondheidszorg in de 53 landen van de Europese regio van de WGO. De HFA-DB is een belangrijke bron voor o.a. het *European Community Health Indicator Monitoring* (ECHIM) systeem (zie hieronder).

Daarnaast promoot de WGO het nieuwe Europese gezondheidsbeleidskader *Health 2020*, waarin gezondheidsdoelstellingen worden gedefinieerd.⁹

European Observatory on Health Systems and Policies

De European Observatory on Health Systems and Policies ondersteunt en stimuleert een *evidence-based* gezondheidsbeleid met een uitgebreide en nauwkeurige analyse van de werking van gezondheidssystemen in Europa. Het Observatory is een samenwerking tussen (o.a.) de regeringen van negen Europese landen (waaronder België), de WGO en de EC

Het Observatory ontwikkelde de *Health Systems and Policy Monitor*, een platform met een gedetailleerde beschrijving van gezondheidssystemen en met recente informatie over hervormingen en wijzigingen die relevant zijn voor het beleid. Het Observatory schrijft ook rapporten over specifieke landen, *Health Systems in Transition* (HiT) genaamd, die het gezondheidssysteem, de hervormingen en de beleidsinitiatieven voor de betrokken landen in detail beschrijven. De laatste HiT voor België werd gepubliceerd in 2010 en een nieuwe is momenteel in voorbereiding.¹⁰ Het Observatory publiceert ook methodologisch onderzoek over HSPA.^{11, 12}

Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO)

De OESO werkt aan gezondheidsdata en -indicatoren om internationale vergelijkingen en economische analyses van gezondheidssystemen te maken. Belangrijke statistische publicaties zijn o.a. *OECD Health Statistics 2018*¹³ (een database met meer dan 1200 indicatoren die alle aspecten van de gezondheidssystemen van de 36 OESO-lidstaten omvatten). Deze database omvat ook de *OECD Health Care Quality Indicators* (HCQI),¹⁴ waarin de kwaliteit van de gezondheidsdiensten in verschillende landen wordt vergeleken en de *System of Health Accounts* (SHA) database, die vergelijkende tabellen met gezondheidsuitgaven bevat.

De OESO publiceert ook de *Health at a Glance* rapporten.¹⁵ Deze bevatten de recentste vergelijkbare data over verschillende aspecten van de performantie van gezondheidssystemen in de OESO-landen.

Europese Commissie (EC)

De EC ontwikkelde European Community Health Indicators (ECHI), een set van indicatoren om de gezondheidstoestand van de Europese bevolking, gezondheidsdeterminanten en bepaalde aspecten van de Europese gezondheidssystemen te monitoren. Ze worden weergegeven in een interactieve webapplicatie (de Heidi data tool), die gebruik maakt van data van Eurostat, de WGO, de OESO en van gespecialiseerde databases.¹⁶



In 2014 namen het Comité voor Sociale Bescherming en België het initiatief om in Brussel een peer review van HSPA te organiseren, voor een uitwisseling van goede praktijken tussen landen.¹⁷ Daarnaast besliste de Groep Volksgezondheid⁵ van de Europese Raad in 2014 om een Expertengroep over HSPA op te richten. Ze pleitte ook voor een betere coördinatie van HSPA door de lidstaten en de Commissie.¹⁸ Een lijst van de rapporten van de Expertengroep is online beschikbaar.^b

1.3 Conceptueel kader

Op basis van een literatuurreview en een uitgebreide bevraging van Belgische experts en stakeholders, werd beslist om de Nederlandse en Canadese kaders^{19, 20} te gebruiken voor de ontwikkeling van een Belgisch kader voor de evaluatie van de performantie.² Reden is dat deze kaders complementair zijn en de dimensies behandelen die de geconsulteerde experts en stakeholders belangrijk vonden voor de evaluatie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Het gecombineerde kader werd aangepast aan de Belgische gezondheidscontext het zo ruim mogelijk te maken (gezondheidssysteem in plaats van gezondheidszorgsysteem) en door er een nieuwe dimensie aan toe te voegen die de beleidsmakers rechtstreeks aanbelangt, nl. de duurzaamheid van het gezondheidssysteem.

Het kader (Figuur 1) is onderverdeeld in *drie niveaus* die onderling verbonden zijn: (1) gezondheidstoestand^c, (2) niet-medische determinanten van gezondheid en (3) gezondheidssysteem, dat voor *vier hoofddimensies* wordt beoordeeld: **kwaliteit**, **toegankelijkheid**, **efficiëntie** en **duurzaamheid**. De kwaliteit wordt op zijn beurt onderverdeeld in vijf subdimensies (doeltreffendheid, gepastheid, veiligheid, patiëntgerichtheid, continuïteit). De *vijfde dimensie*, **billijkheid**, is transversaal en overkoepelt alle niveaus.

Het eerste deel van het rapport analyseert deze *vijf dimensies*. Vervolgens worden de volgende vijf *domeinen* afzonderlijk geanalyseerd: preventieve zorg, zorg voor moeder en pasgeborene, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en zorg rond het levenseinde. Gezondheidspromotie is een zeer ruim domein dat de grenzen van het gezondheidssysteem ver overstijgt. In plaats van een gedeeltelijk overzicht te geven, kozen we ervoor om dit thema niet in dit rapport op te nemen.

1.4 Doelstellingen van het rapport 2019

De doelstellingen van het rapport 2019 zijn:

- een beheersbaar aantal indicatoren voorstellen en meten voor alle domeinen en dimensies van het Belgische gezondheidssysteem (121 in dit rapport);
- de resultaten interpreteren voor een globale evaluatie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem, op basis van een aantal criteria, waaronder het al dan niet behaald hebben van vooropgestelde streefdoelen, en internationale benchmarking, indien aangewezen.

^b https://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/overview_en

^c De gezondheidstoestand van de Belgische bevolking wordt besproken in een afzonderlijk rapport van Sciensano, dat beschikbaar is via <http://healthybelgium.be/>.



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





2 METHODES EN GEGEVENS

2.1 Selectie van indicatoren en gegevensbronnen

De bedoeling van het HSPA-project is om het conceptuele kader vorm te geven met de meest bruikbare indicatoren. Na een analyse van de geïndexeerde en grijze literatuur, en in samenwerking met externe experts, werden eerst de meest relevante indicatoren voor elk domein/dimensie gekozen (conceptuele relevantie). In een tweede fase werden deze indicatoren vergeleken met de beschikbare gegevens in gegevensbronnen (zie Tekstbox 3) zodat de routinematig verzamelde gegevens zoveel mogelijk werden gebruikt. Nieuwe gegevens werden niet ingezameld. De eindselectie van de indicatoren vormde een compromis tussen de conceptuele relevantie (wat idealiter zou moeten worden gemeten) en de haalbaarheid (beschikbaarheid van gegevens en beheersbaar aantal indicatoren).

Op die manier werden in dit rapport 121 indicatoren geselecteerd en gemeten, die domeinen en dimensies van het conceptuele kader omvatten. Appendix 1 bevat de lijst van indicatoren. (Bijlage 1) Een aantal indicatoren konden wel niet worden geactualiseerd omdat recente gegevens ontbraken (bv. de meest recente gegevens van de Gezondheidsenquête werden in 2018 verzameld; vóór einde 2019 zullen er daarvan geen resultaten beschikbaar zijn). De indicatoren zijn niet uit het rapport gehaald, maar worden beschreven met de laatst beschikbare gegevens. Zodra meer recente gegevens beschikbaar worden zal de website (<https://healthybelgium.be/>) worden bijgewerkt (zie Tekstbox 5). In de overzichtstabellen worden deze indicatoren aangeduid met een *.

Tekstbox 3 – Gegevensbronnen in het Performantie Rapport 2019

- **Statistics Belgium** is de belangrijkste instantie voor statistiek in België. Zij verzamelen en verspreiden alle bevolkings- en mortaliteitsgegevens.
- **MZG en MPG** (Minimale Ziekenhuis Gegevens en Minimale Psychiatrische Gegevens) zijn administratieve gegevens over ziekenhuisontslag. Ze worden ingezameld en ter beschikking gesteld door de FOD Volksgezondheid.
- Het **IMA** (InterMutualistisch Agentschap) verzamelt de facturatiegegevens van alle ziekenfondsen. De bronnen zijn o.a. de volledige IMA database of een steekproef ervan (EPS – Permanente Steekproef) en de IMA Atlas (een interactieve webapplicatie).
- De **Gezondheidsenquête** (*Health Interview Survey- HIS*) wordt om de 4 tot 5 jaar georganiseerd door Sciensano (het vroegere WIV) en zamelt gegevens in van ongeveer 10 000 personen in België.
- **Farmanet** is een database van het RIZIV met informatie (gebruik, volume, enz.) over alle terugbetaalde geneesmiddelen in de voor het publiek toegankelijke apotheken.
- De **SHA** (*System of Health Accounts*) database wordt beheerd door de OESO. Ze bevat details over gezondheidsuitgaven en financiering per land.
- Het **Kadaster van de gezondheidszorgberoepen** is het nationale register van gezondheidzorgberoepen dat bijgehouden wordt door de FOD Volksgezondheid. Het bevat informatie over nieuw gediplomeerden en over de zorgverleners die mogen practiseren.
- Het **Belgisch Kankerregister** is een exhaustief nationaal register van kankergevallen. De gegevens zijn gelinkt aan de IMA database om het zorgtraject van kankerpatiënten te kunnen volgen.
- Andere nationale **registers** bevatten gegevens over de opvolging van ziekenhuisinfecties, van HIV, enz.
- Andere **RIZIV**-databanken (Doc N, Doc P) bevatten ook informatie over zorgverleners en het gebruik van gezondheidsdiensten.



2.2 Wat is er nieuw in dit rapport in vergelijking met de vorige versie?

De belangrijkste nieuwigheden zijn:

- Een nieuw domein (de zorg voor moeder en pasgeborene) werd toegevoegd met 8 nieuwe indicatoren voor prenatale zorg, verloskundige zorg en postpartumzorg.
- Het domein van langdurige zorg voor ouderen werd uitgebreid met 6 nieuwe indicatoren en omvat nu ook acute ouderenzorg (bv. medische voorschriften voor ouderen binnen en buiten de woonzorgcentra).
- De meeste gezondheidstoestandindicatoren zijn opgenomen in een afzonderlijk rapport, nl. het Health Status rapport van Sciensano. Het deel over gezondheidspromotie en levensstijl werd verwijderd.
- Naast dit rapport is een website beschikbaar voor de algemene bevolking met downloadbare datasets van de geselecteerde indicatoren.

In het gedeelte met de resultaten worden de nieuwe indicatoren in de overzichtstabellen aangeduid met **'NIEUW'**.

Een aantal indicatoren uit het rapport van 2015 werden om verschillende redenen verwijderd of aangepast: internationale organisaties besloten de indicator niet meer te monitoren, of de resultaten waren gebaseerd op een enkele studie die niet kon worden herhaald, of de informatie van de indicator werd overbodig bevonden.

2.3 Hoe voerden we de evaluatie uit?

De resultaten van de 121 indicatoren werden samengevat in overzichtstabellen in het gedeelte met de resultaten (Deel 2). Deze tabellen vermelden de recentste resultaten op nationaal en regionaal niveau, de gegevensbron en het gemiddelde van de landen van de EU-15^d (of een andere relevante comparator, bv. EU-26 voor indicatoren in het Euro-Peristatrapport²¹).

Evaluatie gebaseerd op niveau en trend

Een pictogram (Tabel 1) geeft de evaluatie van de indicator weer, op basis van de meest recent beschikbare nationale resultaten en van de tendensen doorheen de tijd (de meeste indicatoren omspannen minstens 5 jaar). Contextuele indicatoren konden per definitie niet worden geëvalueerd.

De waarde op nationaal niveau werd vergeleken met **streefdoelen** (nationale als die bestaan, anders internationale), met resultaten van de landen van de EU-15 (**benchmarking**) en met **zorgnormen** (voornamelijk voor indicatoren uit klinische richtlijnen), in die volgorde. Als er geen streefdoelen, benchmarking of zorgnormen bestonden, gebeurde de evaluatie op basis van **consensus** tussen de auteurs van dit rapport (expert opinion).

Regionale verschillen (Vlaanderen, Wallonië en Brussel)

De gewesten werden altijd vergeleken met het gewest met de beste resultaten. Gewesten met resultaten die minstens 20% slechter waren (in termen van relatieve risico's) werden in het vet gedrukt.

Daarbij moet rekening worden gehouden met de specifieke context van het Brusselse gewest: het bestaat alleen uit één enkel stedelijk gebied, terwijl

^d 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. Afhankelijk van de beschikbaarheid van de gegevens kan het aantal landen in de benchmark variëren (bv. EU-13 betekent dat de gegevens van 13 van de 15 landen kunnen worden verzameld voor een vergelijking).



de twee andere gewesten een mengvorm zijn van stedelijke, voorstedelijke en landelijke gebieden.

Tekstbox 4 – Hoe de resultaten interpreteren?

- Om een verkeerde interpretatie van de resultaten van dit rapport te voorkomen, dient de lezer het volgende voor ogen te houden:
- Het doel van het HSPA-rapport is het uitvoeren van een algemene evaluatie van het gezondheidssysteem, niet om het effect van specifieke programma's te monitoren. De indicatoren zijn gekozen ter illustratie van een dimensie of domein, maar niet om een thema diepgaand te analyseren of om een specifieke doelstelling te beoordelen. Op basis van tijdreeksen kunnen trends worden bepaald: eenzelfde indicator in verschillende rapporten of gemonitord over een langere periode kan informatie over de trend.
- Een vergelijking met andere (Europese) landen moet met de nodige voorzichtigheid gebeuren omdat er verschillen zijn in methodologie, gegevensverzameling (enquête vs. administratieve gegevens, steekproef, enz.), codering van informatie, enz.
- De indicatorresultaten worden ook beïnvloed door factoren extern aan het gezondheidssysteem, die we in dit rapport niet onderzoeken, bv. gezondheidsdeterminanten (sociale en economische omgeving, fysieke omgeving, individuele kenmerken en gewoonten). Wanneer een indicatortrend wijzigt, kan dat te maken hebben met een nieuw beleid, maar ook met andere factoren: zelfs wanneer een verband kan worden gelegd, is dit nog geen absoluut bewijs van oorzakelijkheid.

Tabel 1 – Pictogrammen bij de evaluatie

	Goede resultaten die nog steeds verbeteren
	Goede resultaten en niet geëvalueerde trend
	Goede en globaal stabiele resultaten
	Goede resultaten die echter verslechteren
	Gemiddelde resultaten die echter verbeteren
	Gemiddelde resultaten en niet geëvalueerde trend
	Gemiddelde en globaal stabiele resultaten
	Gemiddelde resultaten die echter verslechteren
	Slechte resultaten die echter verbeteren (waarschuwingssignalen)
	Slechte resultaten en niet geëvalueerde trend (waarschuwingssignalen)
	Slechte en globaal stabiele resultaten (waarschuwingssignalen)
	Slechte resultaten die nog verslechteren (waarschuwingssignalen)
	Contextuele indicator: geen trend (geen evaluatie uitgevoerd)
	Contextuele indicator: opwaartse trend (geen evaluatie uitgevoerd)
	Contextuele indicator: stabiele trend (geen evaluatie uitgevoerd)
	Contextuele indicator: neerwaartse trend (geen evaluatie uitgevoerd)



Tekstbox 5 – Meer gegevens op websites!

Voor elk van de hieronder beschreven indicatoren is een technische fiche beschikbaar op de KCE-website, in het supplement bij het rapport. De indicator identificatie (bv. P-1) in de overzichtstabel verwijst naar de identificatie in het document. De technische fiche bevat de reden voor het kiezen van de indicator, technische informatie over de gegevensbronnen en de berekening, alle resultaten (waaronder subgroepanalyses en benchmarking), beperkingen bij de interpretatie, en alle bibliografische referenties. Sommige technische fiches bevatten ook subindicatoren bij de hoofdindicator, die helpen de context te begrijpen.

Dit rapport is ook gepubliceerd op de website healthybelgium.be ('Naar een gezond België: indicatoren van gezondheid en zorg') om het grote publiek te bereiken. Op deze website worden indicatoren verzameld van meerdere rapporten (HSPA, het Health Status rapport en variatiepatronen in medische praktijken), evenals grafieken met downloadbare datasets.

DEEL 2 – RESULTATEN PER DIMENSIE

3 ZORGKWALITEIT

Zorgkwaliteit wordt gedefinieerd als "de mate waarin gezondheidszorg voor individu en voor de bevolking, de kans vergroot op gewenste gezondheidsuitkomsten, en waarbij de zorg overeenstemt met de gangbare medische kennis en inzichten".²² In dit rapport wordt het concept kwaliteit onderverdeeld in 5 subdimensies: doeltreffendheid, gepastheid, veiligheid, zorgcontinuïteit en patiëntgerichtheid.

3.1.1 Doeltreffendheid van de zorg

Doeltreffendheid wordt gedefinieerd als "de mate waarin de gewenste uitkomsten worden behaald, met een correct aanbod van *evidence-based* zorgdiensten voor iedereen die er baat bij heeft, maar niet voor diegenen die er geen baat bij zouden hebben".²³ Indicatoren voor doeltreffendheid zijn typisch uitkomst(resultaats)indicatoren: patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs), ongewenste neveneffecten (zoals mortaliteit, vermijdbare opname en incidentie van bacteriële resistentie) en *sentinel* events (bv. chirurgische fouten). Er werden zeven indicatoren gekozen uit internationaal gepubliceerde indicatoren om de doeltreffendheid te evalueren (Tabel 2). Hoewel het geen specifieke uitkomst is, werd vermijdbare mortaliteit ook toegevoegd ('amenable' en 'preventable' –zie verder) als een "startpunt" om de effectiviteit van volksgezondheid en gezondheidssystemen te beoordelen bij het verminderen van voortijdige sterfgevallen door verschillende ziekten en letsels.¹⁵

De doeltreffendheid van de **eerstelijnszorg** wordt gemeten aan de hand van vermijdbare ziekenhuisopnames voor twee chronische aandoeningen, astma en complicaties bij diabetes. Doeltreffendheidsindicatoren voor **acute ziekenhuiszorg** zijn het relatieve overlevingspercentage op 5 jaar bij kanker (borst- en colorectale kanker) en overlijden binnen 30 dagen na opname voor een acuut myocardiaal infarct (AMI) en ischemische beroerte, en



overlijden binnen 30 dagen na opname voor chirurgische behandeling van colorectale kanker.

Verschillende indicatoren die in andere delen van dit rapport worden geanalyseerd, kunnen ook voor het meten van doeltreffendheid worden gebruikt. Een aantal voorbeelden:

- Veiligheidsindicatoren: incidentie van ziekenhuisinfecties door MRSA (QS-2); incidentie van postoperatieve sepsis na abdominale chirurgie (QS-4); prevalentie van cat II-IV doorligwonden ontstaan in het ziekenhuis (QS-5);
- Geestelijke gezondheidsindicatoren: sterfgevallen door zelfdoding (MH-1); aantal onvrijwillige opnames op psychiatrische ziekenhuisafdelingen (MH-4);
- Preventieve zorg indicatoren: incidentie van mazelen (P-5);
- Moeder en pasgeborene-indicatoren: neonatale mortaliteit (MN-1), Apgar-score na 5 minuten (MN-2).

Vermijdbare mortaliteit (door het zorgsysteem /door het zorgbeleid)

Een overlijden wordt als **vermijdbaar door het zorgsysteem ('amenable')** beschouwd als, op basis van de dan bestaande medische kennis, alle of de meeste overlijdens door die oorzaak voorkomen had kunnen worden met kwaliteitsvolle gezondheidszorg (bv. overlijden door een blindedarmontsteking, longontsteking, maagzweer).

Een overlijden wordt beschouwd als **vermijdbaar door het zorgbeleid ('preventable')**, als op basis van de dan gekende gezondheidsdeterminanten, het voorkomen had kunnen worden door een beleid dat is gericht op bredere determinanten van volksgezondheid, zoals leefstijl, sociaaleconomische status en omgevingsfactoren (bv. sterfgevallen door een verkeersongeval, longkanker, aan alcohol gerelateerde ziekten).

Voor mortaliteit die kan voorkomen worden door het zorgsysteem, scoort België vrij goed binnen de EU-15-landen voor mannen, en gemiddeld voor vrouwen. Deze mortaliteit is aan het afnemen, en ligt hoger in Brussel en Wallonië dan in Vlaanderen.

Voor mortaliteit die kan worden voorkomen door het gezondheidsbeleid, scoort België echter slecht tegenover de andere de EU-15-landen, en dit voor beide geslachten. Deze mortaliteit ligt 40% hoger in Wallonië en 20% hoger in Brussel dan in Vlaanderen, voor beide geslachten. Ze is een beetje aan het afnemen bij mannen.

Vermijdbare ziekenhuisopnames

Hoge ziekenhuisopnamecijfers voor astma en voor complicaties bij diabetes kunnen wijzen op een zwakke doeltreffendheid van de eerstelijnszorg, en op een gebrekkige coördinatie van de zorgcontinuïteit.²⁴

België situeert zich rond het EU-15 gemiddelde voor beide indicatoren. Dit zegt echter niet zoveel, omdat de verschillen tussen landen veroorzaakt kunnen worden door andere factoren dan de doeltreffendheid van de zorg, zoals het verschil in de prevalentie van de ziekte, in de zorgtoegankelijkheid of in de methodologie waarmee de indicator wordt gemeten.

Het aantal opnames voor astma verminderde in de vroege jaren 2000, net zoals in de andere EU-15 landen, maar bleef stabiel vanaf 2008. De cijfers zijn gelijkaardig in Wallonië en Vlaanderen, maar liggen hoger in Brussel.

Het aantal opnames voor complicaties bij diabetes zijn sinds 2008 geleidelijk aan het dalen, en dat is ook het geval in de andere EU-15 landen.

Overleving bij kanker

Het overlevingspercentage na 5 jaar bij borst- en colorectale kanker is een uitkomstindicator die de doeltreffendheid van het gezondheidssysteem meet voor specifieke ziektes. Beide kankers kunnen gescreend worden en hiervoor bestaan er programma's op regionaal niveau. Het relatieve overlevingspercentage kan wijzen op een vooruitgang bij volksgezondheidsinterventies (groter bewustzijn van de ziekte, betere screeningprogramma's) en op een verbetering van de behandelingen.

In een vergelijkende studie van Europese landen die in 2014 werd gepubliceerd,²⁵ had België een uitstekende 5-jaars overleving voor colon- en rectumkanker, maar een lager resultaat dan gemiddeld voor borstkanker. Recente OESO-gegevens bevestigen deze resultaten. Het vergelijken van overlevingspercentages tussen Europese landen is echter complex door



methodologische beperkingen. Een voorzichtige interpretatie is dus aangewezen.

De relatieve overleving 5 jaar na de diagnose van borst- en colorectale kanker bedraagt respectievelijk 89.9% en 67.5%, in een cohorte van patiënten die in 2012 werden gediagnosticeerd. In vergelijking met patiënten die in 2004 een diagnose kregen, bleef de overleving stabiel voor borstkanker en is er een matige stijging bij colorectale kanker. Er werden aanzienlijke stijgingen in overleving genoteerd voor patiënten met stadium III colorectale kanker.

Mortaliteit na acuut myocardiaal infarct (AMI) of ischemische beroerte

De sterfte op 30 dagen bij AMI geeft een goed idee van de zorgprocessen, zoals het tijdig overbrengen van patiënten naar een ziekenhuis en doeltreffende medische interventies. Het overlijden na een AMI daalde in België tussen 2000 en 2014, een tendens die we ook zagen in andere Europese landen.²⁴ Deze daling kan waarschijnlijk gedeeltelijk worden toegeschreven aan een betere behandeling, voornamelijk in de acute fase van het myocardinfarct. De mortaliteit ligt lager in Vlaanderen dan in de twee andere gewesten, maar de kloof wordt kleiner.

De behandeling van ischemische beroerte is het voorbije decennium geëvolueerd, met duidelijke vooruitgang op het gebied van trombolytische behandelingen en het voorzien van eenheden voor beroertezorg ('stroke units').²⁴ Net zoals in andere Europese landen, daalde de sterfte na een ischemische beroerte in België licht tussen 2000 en 2016, maar dit cijfer is de voorbije jaren niet meer veranderd. De resultaten zijn gelijkaardig in de drie gewesten, waarbij Wallonië (10% sterfte binnen 30 dagen) een iets hoger percentage heeft dan Brussel en Vlaanderen (beide 9%).

De sterfte bij AMI en ischemische beroerte ligt ietwat boven het EU-15 gemiddelde.

Ziekenhuissterfte na colorectale chirurgie

De sterfte binnen 30 en 90 dagen na een chirurgische ingreep bij colorectale kanker is een indicator voor de kwaliteit van de acute zorg. De vooruitgang in diagnose en behandeling, waaronder verbeterde chirurgische technieken, heeft het afgelopen decennium bijgedragen aan een betere overleving.¹⁵ Het postoperatieve sterftecijfer over de periode 2011-2015 daalde voor colonkanker en is stabiel voor rectumkanker. Deze sterftecijfers liggen op dezelfde lijn in Brussel en Wallonië, maar zijn lager in Vlaanderen. Dit moet verder worden onderzocht (rekening houdend met mogelijke verschillen in patiëntpopulaties) voordat conclusies kunnen worden getrokken over verschillen in zorgkwaliteit.

Conclusie

De meting van de doeltreffendheid van de zorg in België is beperkt, vooral omdat patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs) onvoldoende worden gemeten, hoewel sommige initiatieven in de steigers staan. PROMs meten hoe patiënten functioneren rekening houdend met hun gezondheidstoestand en behandeling (bv. heup- of knietransplantatie, pijnbestrijding bij levenseinde).²⁶ Dit type meting wordt routinematig gerapporteerd in het Nederlandse performantierapport.²⁷ In België worden PROMs niet ingezameld, met uitzondering van enkele lokale initiatieven. Een recente publicatie identificeerde de barrières en facilitatoren van PROMs-initiatieven in België.²⁸

De subset van indicatoren werd gekozen uit internationaal gepubliceerde indicatoren. België situeert zich rond het EU-15 gemiddelde voor alle doeltreffendheidsindicatoren, behalve voor colon- en rectumkanker, waar de resultaten beter zijn dan in andere landen. Internationale vergelijkingen moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd omwille van methodologische problemen. Tendensen doorheen de tijd zijn betrouwbaarder en zijn daarom even waardevol voor het beleid:



- Beide indicatoren over vermijdbare opnames (astma en diabetes) zijn in dalende lijn, wat te danken kan zijn aan een verbeterde kwaliteit van de eerstelijnszorg.
- Het relatieve overlevingspercentage na 5 jaar bij colorectale kanker vertoont een opmerkelijke stijging voor stadium III patiënten.
- Sterfte na AMI is de laatste jaren gedaald, zoals in andere Europese landen.
- De postoperatieve sterfte na colonkankerchirurgie daalt.
- De resultaten van de indicatoren in de andere dimensies vertonen een positieve evolutie.

Tabel 2 – Indicatoren voor de doeltreffendheid van de zorg

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaander en	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde) [BELGIË]
Doeltreffendheid eerstelijnszorg – vermijdbare ziekenhuisopnames									
QE-1	Hospitalisaties voor astma bij volwassenen (/100 000 inwoners)	ST	30	2014	29	29	39	MZG	39 ⁽¹⁾ [BE: 37]
QE-2	Hospitalisaties voor complicaties bij diabetes bij volwassenen (/100 000 inwoners)	+	130	2014	130	132	128	MZG	122 ⁽¹⁾ [BE: 143]
Doeltreffendheid ziekenhuiszorg - gezondheidsuitkomsten									
QE-3	Relatieve overleving na 5 jaar bij borstkanker (%)	ST	89,9	2012	89,8	90,2	89,6	Belgisch Kankerregist er	86,2 ^(1, 2) [BE: 86,4]
QE-4	Relatieve overleving na 5 jaar bij colorectale kanker (%)	+	67,5	2012	69,0	64,3	67,7	Belgisch Kankerregist er	63,3/62,9 ^(1, 2, 3) [BE: 67,8/66,6]
QE-5	Sterfte binnen 30 dagen na opname voor AMI (populatie 45+, op basis van opname, %)	+	7,0	2016	6,7	7,7	7,7	MZG	6,3 ⁽¹⁾ [BE: 7,0]
QE-6	Sterfte binnen 30 dagen na opname voor ischemische beroerte (populatie 45+, op basis van opname, %)	ST	9,0	2016	8,6	9,9	8,9	MZG	7,1 ⁽¹⁾ [BE: 8,4]



QE-7a NIEUW	Sterfte binnen 30 dagen na chirurgische ingreep voor colonkanker (c) of rectumkanker (r)		3,9 (c) 2,1 (r)	2011-2015	3,3 (c) 1,7 (r)	4,9 (c) 3,0 (r)	5,4 (c) 3,2 (r)	Belgisch Kankerregister	-
QE-7b NIEUW	Sterfte binnen 90 dagen na chirurgische ingreep voor colonkanker (c) of rectumkanker (r)		6,7 (c) 4,2 (r)	2011-2015	5,7 (c) 3,6 (r)	8,3 (c) 5,3 (r)	9,5 (c) 4,8 (r)	Belgisch Kankerregister	-
QE-8	Sterfte vermijdbaar door het zorgsysteem, mannen		110,6	2013-2015	95,7	118,7	137,6	Statbel databank doodsoorzaken	127,8 ⁽⁴⁾ [BE: 113,8]
	Sterfte vermijdbaar door het zorgsysteem, vrouwen		81,0	2013-2015	75,4	84,3	90,7	Statbel databank doodsoorzaken	81,5 ⁽⁴⁾ [BE: 82,7]
QE-9	Sterfte vermijdbaar door het zorgbeleid, mannen		281,4	2013-2015	246,3	288,5	349,6	Statbel databank doodsoorzaken	263,3 ⁽⁴⁾ [BE: 288,8]
	Sterfte vermijdbaar door het zorgbeleid, vrouwen		152,4	2013-2015	132,7	161,3	186,7	Statbel databank doodsoorzaken	133,4 ⁽⁴⁾ [BE: 157,2]

Goede (●), gemiddelde (●) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg). (1) OECD Health Statistics 2018; (2) gegevens 2009-2014; (3) Resultaten voor colon-/rectumkanker worden apart weergegeven in de OECD Health Statistics; (4) Eurostats.



3.1.2 Gepastheid van zorg

Gepastheid van zorg kan worden gedefinieerd als "de mate waarin de gezondheidszorg een antwoord biedt op de medische noden, rekening houdend met het best beschikbare wetenschappelijke bewijs".²³ De gepastheid kan worden geëvalueerd met verschillende methodes. De sterkste methode is meten in hoeverre de medische praktijk de **klinische richtlijnen** volgt. Een andere vaak gebruikte methode is de analyse van de **geografische variatie**.

Er werden zeven indicatoren geselecteerd die verband houden met acute en chronische zorg (Tabel 3). Ze gaan over het gebruik van richtlijnen (voor de opvolging van diabetici, over voorschrijfpatronen van antibiotica en antidepressiva, over het ongepast gebruik van medische beeldvorming) of over de variabiliteit van het aantal keizersnedes.

Andere bijkomende indicatoren zijn opgenomen in de tabellen rond preventieve zorg (Tabel 15) voor vaccinatie en screening, geestelijke gezondheid (Tabel 16 voor het voorschrijven en gebruik van medicatie) en zorg rond het levenseinde (Tabel 20 voor therapeutische hardnekkigheid op het einde van het leven). Variaties in medische praktijk ten slotte worden weergegeven in Tekstbox 6.

Gepastheid van zorg voor patiënten met een chronische ziekte (diabetes)

De gepastheid van zorg voor patiënten met een chronische ziekte wordt geëvalueerd door de opvolging van diabetici te meten.^e Het samengestelde eindpunt van de vijf tests die als kwaliteitsindicator voor de opvolging van diabetes werden beoordeeld, was slechts 30% voor insulineafhankelijke patiënten en 11% voor niet-insulineafhankelijke patiënten. Dat is lager dan de kwaliteitsindicator van het vorige rapport, waar de primaire kwaliteitsindicator wel enkel was gebaseerd op 3 testen (HbA1c, creatinine,

en de jaarlijkse opvolging door een oogarts). Bovendien werd de parameter creatinine uit de huidige samengestelde kwaliteitsindicator verwijderd (bevat de volgende parameters: HbA1c, glykemie, microalbuminuriestests, lipiden en oogheelkundige evaluatie) en vervangen door microalbuminuriestests. In de dagelijkse klinische praktijk worden de jaarlijkse microalbuminuriestests waarschijnlijk veel minder vaak uitgevoerd dan de jaarlijkse creatininecontroles. Bovendien bevat de huidige samengestelde indicator 5 tests, in plaats van de 3 van de vorige indicator. Dit is waarschijnlijk de reden voor de huidige lagere totale performantie.

Er zijn gewestelijke verschillen voor beide subgroepen: bij diabetici die insuline nodig hebben, bedraagt het verschil tussen Vlaanderen en Wallonië 6,5%. Voor niet-insulineafhankelijke patiënten heeft Brussel het hoogste dekkingpercentage, op de voet gevolgd door beide andere gewesten. Voor insulineafhankelijke patiënten lijken de 4 glykemietests per jaar het knelpunt te zijn, terwijl het knelpunt voor niet-insulineafhankelijke patiënten de microalbuminuriestests blijken te zijn, gevolgd door de glykemiemeting.

Gepastheid van zorg bij voorschrijfgedrag

Sinds het begin van de jaren 2000 heeft de overheid een bewustwordingsproces opgestart bij de bevolking en de artsen rond antibioticaresistentie. Antibiotica mogen uitsluitend worden voorgeschreven wanneer nodig, en de keuze zou bij voorkeur moeten uitgaan naar eerstelijns antibiotica ("verantwoord gebruik"). We gebruiken hier het **voorschrijven van antibiotica** om de naleving van richtlijnen te evalueren.

België staat hoog op de internationale ranglijst voor antibioticaconsumptie (even hoog als Frankrijk, maar ongeveer 2,5 keer hoger dan Nederland). In 2016 kreeg een hoog percentage (39,6%, lichte afname t.o.v. 41,5% in 2011) van de totale bevolking minstens één antibioticavoorschrift, met hogere cijfers in Wallonië (43,7%) dan in Vlaanderen (38,5%) en in Brussel (35,3%). De cijfers liggen vooral hoog in de woonzorgcentra (62,2% voor bewoners van 75 jaar en ouder) tegenover ouderen die nog thuis wonen

^e In de diabeteszorg bevelen de richtlijnen aan om geglyceerd hemoglobine, albumin, creatinine en lipiden bij voorkeur een keer per jaar en minstens om

de 15 maanden op te volgen, en de glykemie om de 3 maanden. Daarnaast wordt aanbevolen dat een oftalmoloog elk jaar een verwijde fundus onderzoek uitvoert om vroegtijdige oogcomplicaties op te sporen.



(44,4%). Bovendien is 51,8% van de in 2016 voorgeschreven antibiotica tweedelijsantibiotica (versus 16% in Nederland²⁹). Er werden ook lage scores voor deze indicator vastgesteld bij kinderen (35%). De Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid (BAPCOC) legde twee indicatoren vast met streefdoelen rond antibiotica in de tweede lijn:

- de verhouding amoxicilline/amoxicilline-clavulaanzuur moet 4 tegen 1 (80/20) bedragen, maar deze ligt nog steeds net boven 50/50, nl op 1,02 in 2016. Bij kinderen (jonger dan 15) bedraagt ze 3.16; voor 65-plussers 0,63.
- de totale DDD's (gemiddelde dagdosissen-Defined Daily Dose) van chinolonen in vergelijking met de totale voorgeschreven hoeveelheid antibiotica zouden moeten dalen van ongeveer 10% in 2014 tot 5% in 2018. In 2016 noteerden we nog steeds 10,7%.

Gebruik van ongepaste medische beeldvormingstechnieken

Ongepaste beeldvormingstechnieken waren verantwoordelijk voor 50% van de medische straling in 2013. Het ging voornamelijk over CT-scans van de lumbale wervelkolom. In de meeste gevallen van specifieke lage rugpijn is medische beeldvorming nochtans niet aanbevolen.^{30, 31} Daarom focust dit rapport op medische beeldvorming van de wervelkolom: computertomografie (CT-scans) en röntgenfoto's zijn twee beeldvormingstechnieken met kankerverwekkende ioniserende stralingen, en magnetische resonantiebeeldvorming (MRI), die een veilige beeldvormingstechniek is. Van 2007 tot 2016 daalde het gebruik van algemene beeldvorming van de wervelkolom jaarlijks met 2%. Het gebruik van röntgen nam de laatste jaren sneller af: in 2017 bedroeg het minder dan de helft van het gebruik in 2007 (7,35 jaarlijkse daling). Het gebruik van CT-scans bleef sinds 2014 stabiel en daalde recent in Vlaanderen. Het gebruik van MRI neemt langzaam af, en sinds 2016 ziet men ook een daling in Brussel (gecompenseerd door een stijging van CT-scans in 2017).

Geografische variabiliteit bij chirurgische ingrepen

Geografische variabiliteit bij vooraf geplande chirurgische ingrepen kan wijzen op ongepaste zorg. In dit rapport bekeken we keizersnede (MN-3), maar er zijn nog vele andere voorbeelden (zoals het plaatsen van heup- of knieprothesen, twee ingrepen waarvoor België aan de top van de ranglijst van de EU-15 landen staat).³²

Terwijl de WGO tussen 1985 en 2015 aangaf dat er geen reden is om een percentage keizersnedes te hebben dat hoger ligt dan 10-15%^{f,33} blijven de cijfers in de EU-15 regio hoog en blijven ze stijgen (25,9% van de levendgeboortes in EU-13). De cijfers op het totale Belgische grondgebied liggen lager (21,6%) maar zijn in de loop van de laatste jaren zeer langzaam gestegen (sinds 2014 werd enkel in Brussel een daling waargenomen en sinds 2016 ook in Wallonië). Er is bovendien een grote variabiliteit tussen de ziekenhuizen, wat aangeeft dat in sommige ziekenhuizen lagere percentages kunnen worden bereikt. Het [hoofdstuk moeder en pasgeborene](#) gaat hierop dieper in.

Indicatoren rond gepastheid in andere delen van dit rapport

Indicatoren in andere domeinen kunnen ook worden gelinkt aan gepastheid van zorg. In het **preventieve domein** (Tabel 15) lijkt borstkankerscreening niet gepast te worden uitgevoerd: de deelname aan het georganiseerde screeningsprogramma is laag (vooral in Wallonië en in Brussel) en er wordt veel gescreend buiten de leeftijdsdoelgroep: een derde van de vrouwen van 41 tot 49 jaar ondergaat een mammografie, hoewel de screeningspopulatie vrouwen van 50 tot 69 jaar omvat. Er zijn regionale verschillen: Vlaanderen heeft een lager aandeel (26,3% in 2016) van vrouwen van 41-49 jaar die worden gescreend dan Brussel (46,7% in 2016) en Wallonië (49,0% in 2016). In het domein van de **geestelijke gezondheid** zijn er indicaties van ongepast voorschrijven van medicatie: voor een grote groep patiënten wordt de aanbevolen duurtijd voor de behandeling van majeure depressie (tenminste drie maanden) niet gerespecteerd. In het domein **moeder en**

^f In de meest recente WHO-aanbevelingen wordt gesteld dat “alles in het werk moet worden gesteld om keizersnedes aan te bieden aan vrouwen in nood, in plaats van te streven naar een specifiek percentage.”³³



pasgeborene zijn er, behalve de keizersnede, verschillende indicatoren die als indicatoren voor gepaste zorg kunnen worden geanalyseerd: episiotomiepercentage, inductiepercentage, verhouding vaginale geboorten na een eerdere keizersnede, zeer preterme geboorten in een ziekenhuis zonder NICU en herhaalde toxoplasmose-screening tijdens de zwangerschap. De laatste is de enige indicator met verontrustende resultaten (richtlijnen worden niet goed gevolgd) die niet verbeterd.

Conclusie

Verschiedende indicatoren illustreren dat de gepastheid van zorg in heel wat domeinen (preventieve, acute, lange termijn en ouderenzorg) niet optimaal is. Voor heel wat indicatoren presteert België ondermaats in vergelijking met internationale benchmarks en we zien de laatste jaren slechts een kleine verbetering.

De resultaten voor de indicatoren voor het voorschrijven van antibiotica en antidepressiva zijn slecht, voor zowel volume als kwaliteit. Het aantal keizersneden is recent gestabiliseerd, maar vertoont nog een grote variabiliteit tussen de ziekenhuizen.

Ongepaste zorg (over- en ondergebruik en verkeerd gebruik van middelen) heeft gevolgen voor verschillende dimensies (veiligheid, continuïteit, doeltreffendheid, efficiëntie). Het aanpakken van ongepaste zorg om de performantie van het gezondheidssysteem te verbeteren vormt een echte uitdaging in België.

Tekstbox 6 – Variaties in de medische praktijk

Praktijkvariaties zijn alle ongerechtvaardigde variaties in de zorg die geen willekeurige variaties zijn van onder- of overgebruik van zorg. Aan de hand van de gegevens 2007-2017 uit N documenten (met de medische uitgaven van verzekerde personen), die per jaar gestandaardiseerd zijn op basis van leeftijd, geslacht en verhoogde tegemoetkomingsstatus voor arrondissementen, provincies en gewesten, analyseerde het RIZIV verschillende soorten praktijkvariaties (internationale en geografische variaties, variaties per geslacht, leeftijd, sociale status en zorgtype en variaties in evolutietrends en gebruikte technieken). De gedetailleerde analyse is te vinden via <https://www.healthybelgium.be/>. We geven hier enkele voorbeelden:

Variatie per geslacht

Hoewel sommige praktijkvariaties per geslacht inherent zijn aan de behandeling zelf (hysterectomie, echografie van de prostaat, enz.) geldt dit niet noodzakelijk voor andere soorten interventies. Zo werden er in 2017 significant meer percutane coronaire interventies (PCI) bij mannen uitgevoerd dan bij vrouwen. Men kan zich dan ook afvragen of er ondergebruik is bij vrouwen.

Variatie per leeftijdsgroep

Net als geslachtsgebonden variaties, kunnen leeftijdsgebonden variaties ook verklaard worden vanuit de epidemiologie of door specifieke beleidsmaatregelen zoals screening. Hoge leeftijdsgebonden variaties die hier echter geen verband mee houden, kunnen daarom als niet-gerechtvaardigd worden beschouwd, zelfs bij een hoge gebruiksgraad voor dezelfde leeftijdsgroepen. In het voorbeeld van de mammografie pleiten de huidige aanbevelingen voor borstkankerscreening vanaf 50 tot 69 jaar. Hoewel de variatie relatief stabiel is in deze leeftijdsgroep, ligt hij significant hoger in de leeftijdsgroep van 41 tot 50 jaar. De onzekerheid van de voorschrijvers over de indicatie van mammografie voor deze leeftijdsgroepen is hier waarschijnlijk de oorzaak van.

**Variatie per zorgtype**

Er zijn ook variaties tussen daghospitalisatie en ziekenhuisopname. Voor de behandeling van een hernia inguinalis zijn er weinig geografische variaties in aantal interventies, maar er zijn wel significante verschillen in de keuze van het zorgtype (daghospitalisatie versus ziekenhuisopname). Een vergelijking voor deze interventie levert een verhouding van 7 op tussen de arrondissementen met het hoogste en het laagste aandeel daghospitalisaties.

Variatie per sociale status

De sociale status wordt vastgesteld met behulp van de verhoogde tegemoetkoming waarvan sommige verzekerden genieten. Bij deze mensen worden interventies voor spataders aan de onderste ledematen in alle provincies significant minder uitgevoerd (ratio van 1,46).

In hoofdstuk 9 werden de socio-economische ongelijkheden per terugbetalingsstatus of opleidingsniveau voor verschillende indicatoren bekeken. Daaruit blijkt dat de kankerscreeningparticipatiegraad (borstkanker, baarmoederhalskanker) ongeveer 30% lager ligt bij mensen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming.

Geografische variatie

De gegevensstandaardisering op basis van leeftijd, geslacht en sociale status (terugbetalingsregeling) heeft als gevolg dat de geografische variaties een weerspiegeling zijn van de verschillende praktijken in de verschillende landsdelen en daarom a priori als niet-gerechtvaardigd kunnen worden beschouwd. Zo tonen de gegevens een verhouding van ongeveer 4 tussen de extreme waarden (max/min ratio) voor echografie van de halsslagader.

De variabiliteit tussen de Belgische ziekenhuizen werd ook onderzocht voor verschillende indicatoren die in dit rapport aan bod komen, ondanks de niet-gestandaardiseerde gegevens. Het aantal keizersneden per ziekenhuis schommelde in 2016 tussen de 16% tot 35%, en in 2015 bedroeg het aandeel vaginale bevallingen na een eerdere keizersnede 12% tot 61%, het inductiepercentage 10% tot 49% en het episiotomiepercentage 8% tot 84% (zie ook hoofdstuk 15).³⁴



Tabel 3 – Indicatoren voor gepastheid van zorg

(ID) Indicator			België	Jaar	Streefdoel	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddeld)
Eerstelijnszorg – patiënten met een chronische ziekte (richtlijnen)										
QA-1	Aandeel van volwassen diabetici met gepaste opvolging ^a (% van diabetici onder insuline)	+	30,2	2016	-	32,5	26,0	31,1	EPS (IMA)	-
QA-2	Aandeel van volwassen diabetici met gepaste opvolging ^a (% van diabetici niet onder insuline, 50+ jaar)	+	11,0	2016	-	11,3	10,2	13,1	EPS (IMA)	-
Eerstelijnszorg – voorschrijfgedrag (richtlijnen)										
QA-3	Gebruik van antibiotica (totale DDD/1000 inwoners/dag)	+	27,7	2016		26,4	30,3	23,4	Farmanet	20,2 ⁽¹⁾
QA-4	Gebruik van antibiotica minstens een keer per jaar (% van populatie)	+	39,6	2016		38,5	43,7	35,3	IMA	-
QA-5	Gebruik van tweedelijnsantibiotica ^b (% totale DDD antibiotica)	+	51,8	2016		49,3	56,8	47,9	IMA	-
Ongepaste medische beeldvorming										
QA-6	Beeldvorming lumbale wervelkolom (Rx, CT-scan, MRI per 100 000 inwoners)	+	10 620	2017		9 944	12 314	9 436	RIZIV	-
Overscreening van kanker										
QA-7	Borstkankerscreening buiten leeftijdsgroep (% vrouwen van 41-49 jaar)	ST	35,4	2016	-	26,3	49,0	46,7	EPS (IMA)	-

Goede (●), gemiddelde (●) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg).

^a Gepaste opvolging wordt gedefinieerd als patiënten die regelmatig netvliesonderzoeken en bloedonderzoeken krijgen (glycohemoglobine, bloedsuiker, lipiden en microalbuminurie) ^bTweedelijnsantibiotica zijn: amoxicilline met clavulaanzuur, macroliden, cephalosporines en chinolonen.

⁽¹⁾ OECD Health Statistics 2015.



3.1.3 Veiligheid van zorg

Veiligheid kan worden gedefinieerd als “de mate waarin het systeem de patiënt geen schade berokkent”.²³ Vier types van indicatoren evalueren de veiligheid van zorg in dit rapport: gezondheidszorg gerelateerde infecties, complicaties na chirurgie, complicaties gerelateerd aan verpleegkundige zorg en polymedicatie bij ouderen (Tabel 4).

Gezondheidszorg gerelateerde (of nosocomiale) infecties

De prevalentie van ziekenhuisinfecties (HAI) bij gehospitaliseerde patiënten is 7.3% in 2017 (vergelijkbaar met de resultaten uit 2011, 7,1%). Dit is hoger dan men zou verwachten op basis van de *casemix* van de Belgische patiënten (in vergelijking met de *casemix* en resultaten bij Europese patiënten die werden opgenomen in de European Centre for Disease and Control enquête) en ligt ook hoger dan het EU-gemiddelde (6,4%). Er moet dus nog vooruitgang worden geboekt bij de preventie van HAI.

De tweede indicator is de incidentie van nosocomiale MRSA, een belangrijke ziekenhuisinfectie die sinds 2007 verplicht bewaakt wordt in alle Belgische ziekenhuizen. De opvolging van deze indicator levert positieve resultaten op, met een constante daling van het aantal infecties sinds 2005. De incidentie van nosocomiale MRSA blijft wel hoger in Wallonië dan in de andere gewesten. Waarschijnlijk zijn de nationale aanbevelingen om MRSA te controleren, die in 2003 werden gepubliceerd, een van de factoren die heeft bijgedragen tot dit positieve resultaat.

De derde indicator, het aandeel van MRSA en van *E. coli* met verminderde gevoeligheid voor de 3e of 4e generatie cefalosporinen in acute ziekenhuizen, geeft een beeld van de doeltreffendheid van infectiepreventie en controlemaatregelen (MRSA), en van de antibioticacconsumptie (*E. coli*). Het mediane resistentieaandeel van de MRSA- bacterie *S. aureus* is sinds 2005 voortdurend gedaald in België en bedroeg in 2016 15%. Wallonië heeft

een significant hoger mediaan aandeel van resistente stammen dan de andere gewesten. Het aandeel van nosocomiale MRSA is 26%, er zijn geen significante verschillen tussen de gewesten. Het mediane aandeel van resistente *E. coli* bedroeg 9% in 2016; de verschillen tussen de gewesten zijn daar niet significant en er was een stijging in vergelijking met de resultaten van 2014 en 2015. In een vergelijking met de landen van de EU-15 situeert België zich in het midden.⁹

Complicaties na chirurgie

Complicaties na chirurgie, geregistreerd in de MZG (Minimale Ziekenhuis Gegevens), worden verzameld in het kader van de zogenoemde *Patient Safety Indicators* van het *Health Quality of Care Indicators* (HCQI) raamwerk van de OESO. De resultaten geven een lichte daling voor diep-veneuze trombose of longembolie na een knie- of heupprothese (met betere resultaten voor Vlaanderen dan voor de twee andere gewesten), en een stabiel resultaat voor postoperatieve sepsis na abdominale chirurgie (met betere resultaten voor Brussel, een gemiddeld resultaat voor Wallonië en een hoger complicatiepercentage voor Vlaanderen). Beide indicatoren tonen een lager complicatiepercentage dan in de EU-15 landen (vrij recent voor postoperatieve sepsis na abdominale chirurgie), maar de methodologie is licht verschillend tussen de landen.

Complicaties waarop verpleegkundige zorg een impact kan hebben

Doorligwonden hebben een ernstige negatieve impact op de gezondheid en kunnen worden voorkomen door gepaste verpleegkundige zorg. De resultaten van een recente bevraging uit 2012 door de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit gaven een prevalentie weer van 5.1% doorligwonden (Cat. II-IV). De prevalentie van doorligwonden is het hoogst in Wallonië. Op dit moment is het moeilijk om deze resultaten te

⁹ Vergelijkingen tussen landen moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden: deelname op vrijwillige basis, alleen invasieve isolaten zijn geïncludeerd, verschillen in staalafnamefrequentie en de kwaliteit van de laboresultaten.



benchmarken met de resultaten van andere landen, maar ze vormen een uitgangspunt voor toekomstige maatregelen.

Polymedicatie bij ouderen

Het laatste type indicatoren houdt verband met polymedicatie bij ouderen (65 jaar of ouder). Polymedicatie kan een negatieve impact hebben op de gezondheid, door o.a. een verhoogd risico op interacties tussen geneesmiddelen. Om polymedicatie te meten met verschillende indicatoren werden verschillende bronnen gebruikt. Er zijn vele chronische patiënten die op een jaar tijd 5 of meer geneesmiddelen nemen met >80 DDD (39%). De trend is weliswaar stabiel over de periode 2014-2016, en polymedicatie komt meer voor in Wallonië (44% in 2016) dan in Brussel (35%) en Vlaanderen (37%). De analyses van de resultaten werden in België uitgevoerd in het kader van de Gezondheidsenquêtes in 2004, 2008, 2013 en 2018 (van de laatste zijn nog geen resultaten beschikbaar). De analyses van het aandeel van oudere patiënten die 5 of meer geneesmiddelen namen in de afgelopen 24 uur gaven een percentage van 27% aan in 2013, m.a.w. een dalende trend (2004 en 2008 leverden elk een resultaat van 32%) zonder significante regionale verschillen. De SILC-EU-survey verzamelde in 2015 voor het eerst gegevens over polymedicatie op Europees niveau. De prevalentie van polymedicatie voor ons land bedroeg 34%, de 4^e hoogste van 18 Europese landen.

Conclusie

De meeste veiligheidsindicatoren leveren gemiddelde resultaten op, met uitzondering van één indicator: de prevalentie van ziekenhuisinfecties. Deze is niet verbeterd en blijft een aandachtspunt. Net als in het voorgaande rapport zijn de meeste andere veiligheidsindicatoren nog steeds aan het verbeteren.



Tabel 4 – Indicatoren voor de veiligheid van de zorg

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Ziekenhuisinfecties									
QS-1	Prevalentie van ziekenhuisinfecties (% van gehospitaliseerde patiënten)	ST	7,3	2017	-	-	-	Sciensano	6,4%(1)
QS-2	Incidentie van ziekenhuisinfecties door MRSA (/1000 ziekenhuisverblijven - mediaan)	+	0,7	2016	0,5	1,2	0,5	Sciensano	-
QS-7 (a) <i>NIEUW</i>	Percentage methicilline-resistente <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) in acute ziekenhuizen (% , mediaan)	+	15,0	2016	10,9	21,2	10,3	Sciensano	(3)
QS-8 (b) <i>NIEUW</i>	Percentage <i>Escherichia coli</i> met verminderde gevoeligheid voor 3e of 4e generatie cefalosporinen (3GC/ GC I/R <i>E. coli</i>) in acute ziekenhuizen (% , mediaan)	-	9,1	2016	8,1	9,3	10,9	Sciensano	(3)
Complicaties na chirurgie^a									
QS-3	Incidentie van postoperatieve longembol of diep-veneuze trombose, na heup- of knieprothese (/100 000 ontslagen na heup- of knieprothese)	+	352	2014	247	498	576	MZG	401(2) [BE: 354]
QS-4	Incidentie van postoperatieve sepsis na abdominale chirurgie (/100 000 ontslagen na abdominale chirurgie)	+	1717	2014	2230	1443	715	MZG	2122(2) [BE: 1717]
Complicaties tijdens hospitalisatie – kwaliteit van de verpleegkundige zorg									
QS-5*	Prevalentie van cat II-IV doorligwonden in ziekenhuizen (% van gehospitaliseerde patiënten)	●	5,1	2012	4,0	7,7	5,9	FRKVA	-
Polymedicatie									
QS-6	Polymedicatie bij ouderen (5 of meer geneesmiddelen of >80 DDD per jaar) (% verzekerde populatie van 65+ jaar)	+	39%	2016	37%	44%	35%	Farmanet Sciensano	—

Goede (●), gemiddelde (●) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg).

^a Patient Safety Indicators gebaseerd op MZG

(1) Uitgezonderd Denemarken en Zweden (2) OECD Health at a Glance 2017 (3) België staat op de middelste plaats binnen de EU-15-landen voor een gelijkaardige indicator (zie technische fiche in de bijlage voor meer details)

* deze indicator zal worden geactualiseerd op de website (<https://www.healthybelgium.be/>) van zodra de resultaten beschikbaar zijn.



3.1.4 Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg is “de mate waarin gezondheidszorg voor specifieke gebruikers over verloop van tijd goed wordt georganiseerd binnen en tussen zorgverleners, instellingen en de overheid, en in welke mate het volledige ziekte-traject wordt opgevolgd”.²³

Er komen vier aspecten aan bod: **informationele continuïteit** (de beschikbaarheid en het gebruik van gegevens van voorgaande gebeurtenissen bij nieuwe patiëntcontacten), **relationele continuïteit** (een voortdurende relatie tussen een patiënt en een of meerdere zorgverleners), **managementcontinuïteit** (een coherente zorgverlening door verschillende zorgverleners in verschillende zorgsettings) en **zorgcoördinatie** (de coherentie tussen de verschillende zorgverleners om een gemeenschappelijk doel te bereiken).

Er werden zes indicatoren geselecteerd om deze verschillende aspecten te omvatten (zie Tabel 5). Initiatieven voor geïntegreerde, persoonsgerichte zorg in verschillende settings hebben ook betrekking op de continuïteit en de coördinatie van de zorg, maar worden beschreven in het hoofdstuk over patiëntgerichte zorg. Initiatieven voor thuishospitalisatie worden beschreven in Tekstbox 7.

Tekstbox 7 – Thuishospitalisatie

Hoewel een consensus over de definitie van thuishospitalisatie (TH) ontbreekt, betekent het concept TH dat “de patiënt thuis zorgen krijgt toegediend die anders enkel in het ziekenhuis kunnen worden gegeven”.³⁵ Een belangrijk element is het niveau van complexiteit van de te verlenen zorg. Deze complexiteit moet dusdanig zijn dat, zonder de mogelijkheid van TH, de patiënt in het ziekenhuis zou moeten worden behandeld.

Een aantal behoeften en beweegredenen liggen aan de basis van deze aanpak: het gebrek aan beschikbare ziekenhuisbedden, een poging tot het beperken van de kosten van de gezondheidszorg, de duur van het verblijf en/of het aantal ziekenhuisopnames, of, vanuit de vraagzijde, een manier om patiënten in hun eigen omgeving te houden en hun voorkeuren te respecteren, in de veronderstelling dat patiënten meestal liever thuis verblijven.³⁵ Nochtans beschikt België over een algemene overcapaciteit van acute ziekenhuisbedden, behalve dan voor geriatrie.³⁶ De grootste uitdagingen liggen dan ook in de continuïteit van de zorg, de dichting van de kloof tussen eerste- en tweedelijnszorg en in het bieden van de mogelijkheid aan de patiënt om in de minst complexe maar klinisch geschikte omgeving te blijven.³⁵

Tot nu heeft TH nog geen specifieke status in België. Maar in maart 2017 lanceerde de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid twaalf proefprojecten voor thuishospitalisatie (vijf in Vlaanderen, vijf in Wallonië en twee in Brussel). Deze zijn gericht op thuisbehandeling met antibiotica (acht projecten) en andere soorten zorg zoals antitumorale behandelingen (vijf projecten, waaronder twee gericht op borstkanker) of hemato-oncologische behandelingen (één project). Bij de projecten zijn 1300 patiënten en 35 ziekenhuizen betrokken, maar ook thuisverplegingsdiensten en huisartsen.³⁷

De evaluatie van deze proefprojecten moet ons toelaten om de uitkomsten en de zorgkwaliteit (doeltreffendheid en efficiëntie) en tevredenheid en levenskwaliteit van de patiënten te beoordelen, om zo een vergelijking te kunnen maken met bestaande alternatieven (klassieke hospitalisatie en dagziekenhuis). Er zijn echter nog geen evaluaties beschikbaar.



Informationele continuïteit in de huisartspraktijk

Met het globaal medisch dossier (GMD) kan de huisarts informatie verzamelen en de medische gegevens van zijn/haar patiënten centraliseren. Het percentage GMD's is in de loop der jaren toegenomen van 32,1% in 2003 tot 67,5% in 2016. Er worden verschillen waargenomen tussen leeftijdsgroepen. Oudere verzekerden werden beter bereikt dan jonge mensen, d.w.z. 84,9% voor mensen vanaf 75 jaar versus minder dan 62% voor mensen jonger dan 45 jaar. Men zag ook verschillen tussen de gewesten: in het Vlaamse Gewest heeft driekwart van de verzekerden een GMD, tegenover minder dan 60% in Wallonië en minder dan 50% in Brussel.

Relationele continuïteit met een huisarts

De *Usual Provider Continuity* (UPC) index is het aandeel contacten met een 'gebruikelijke huisarts', zijnde de huisarts die de patiënt het vaakst geraadpleegd heeft over een periode van twee jaar.

In de periode 2015-2016 zag bijna 68% van de patiënten zijn/haar gebruikelijke huisarts minstens drie keer op de vier ($UPC \geq 0,75$). Dit percentage is lichtjes hoger in Wallonië en voor de meest kwetsbare patiënten (ouderen vanaf 65 jaar en lagere socio-economische groepen). Van 2010 tot 2014 was er een dalende trend, gevolgd door een stabilisering.

Managementcontinuïteit tussen ziekenhuis en huisarts

Ondanks het algemeen aanvaarde voordeel van een huisartsconsultatie binnen de week na een ontslag uit het ziekenhuis, gebeurde dit in 2016 na slechts 56,6% van de ziekenhuisopnames van oudere patiënten (65+). Dit aandeel daalde licht van 2008 tot 2015, maar nam vanaf wel 2016 opnieuw toe. Een lager aandeel wordt waargenomen in Brussel (45,7%; vergeleken met 58,1% in Vlaanderen en 55,7% in Wallonië), bij patiënten die geen langdurige zorg krijgen (d.w.z. 50,2% van de patiënten die noch in een instelling wonen, noch thuisverpleging krijgen), en bij oudere patiënten tot 75 jaar ($< 50\%$) (QC-3, Tabel 5). Het lagere aandeel in Brussel kan verklaard worden doordat patiënten van medische huizen niet uit de noemer werden uitgesloten, maar wel werden beschouwd als patiënten die geen contact hadden met hun huisarts (onderschatting, zie technische fiche).

Een beperking van deze indicator is dat er noch met de reden voor de hospitalisatie, noch met de verblijfsduur rekening wordt gehouden, terwijl deze factoren toch een rol spelen bij de noodzaak om de huisarts te zien na hospitalisatie. Het is bovendien onmogelijk te bepalen of de raadpleging bij de huisarts voortvloeit uit het ontslagplan van het ziekenhuis of heeft plaatsgevonden op initiatief van de patiënt zelf.

Coördinatie van ambulante zorg voor diabetici

Om de zorg voor diabetici te verbeteren, nam het RIZIV verschillende maatregelen (diabetespaspoort, zorgtrajecten voor chronische zorg en conventie voor zelfmanagement van diabetes).

Na een stijging van 2006 tot 2013 blijft het aandeel diabetespatiënten onder insuline dat in een diabeteszorgmodel is ingeschreven nu stabiel, rond 90% (vooral via conventies), terwijl het aandeel diabetespatiënten op orale antidiabetica of injecteerbare oplossingen zonder insuline in een diabeteszorgmodel laag blijft (20%, half diabetespaspoort, half zorgtraject) met weliswaar een geleidelijke stijging over de laatste jaren. Het aandeel van beide patiëntengroepen ligt hoger in Vlaanderen en is lager voor patiënten in de residentiële sector.

Zorgcontinuïteit draagt ook bij tot de doeltreffendheid van het gezondheidssysteem. De opnames voor complicaties bij diabetes vertonen bijvoorbeeld een dalende lijn over verloop van tijd (zie QE-2), wat bemoedigend is, hoewel de echte impact van de zorgcontinuïteit op deze uitkomst moeilijk in te schatten is.



Coördinatie van ziekenhuiszorg voor kankerpatiënten

In veel landen werden multidisciplinaire oncologische consultaties (MOC) ingevoerd als belangrijkste model voor kankermanagement. Ze moeten garanderen dat alle patiënten een tijdige *evidence-based* diagnose en behandeling krijgen, en de continuïteit tussen de verschillende zorgverlener verzekeren.

Sinds de invoering van speciale nomenclatuurcodes voor de MOCs in 2003 is hun aantal voor alle kankertypes snel toegenomen. In totaal werd ongeveer 87,5% van de kankerpatiënten in 2015 besproken in een MOC (vergeleken met 51% in 2004 en 84% in 2012). Er zijn wel verschillen in het aantal MOCs tussen de kankertypes (hoogste aandeel van 95,7% voor borstkanker, laagste aandeel van 70,5% voor maligne melanoom), maar de verschillen zijn kleiner dan in 2004.

In de periode 2004-2015 is het gebruik van de MOC in de drie gewesten toegenomen. Bovendien is de initiële (d.w.z. in 2004) regionale variabiliteit, met de hoogste resultaten in Vlaanderen, de laatste jaren merkbaar afgenomen, met iets meer kankerpatiënten die in 2015 werden besproken in een MOC in Vlaanderen (88,7%), gevolgd door Brussel (87,8%) en Wallonië (85,1%).

Een beperking van deze indicator is dat door de focus te leggen op een specifieke categorie van aandoeningen, de indicator slechts een beperkt beeld schetst van de intramurale zorgcoördinatie.

Conclusie

De indicatoren voor zorgcontinuïteit leveren contrasterende resultaten op. De resultaten voor zorgcoördinatie zijn positief voor eerstelijnszorg aan diabetici onder insuline (gemeten als geregistreerd in een zorgprotocol) of binnen een ziekenhuissetting voor kankerpatiënten die besproken worden tijdens MOCs. De resultaten zijn echter teleurstellend voor diabetici die geen insuline gebruiken. De structuur voor de promotie van zorgcoördinatie lijkt voor hen wel te bestaan, maar wordt nauwelijks gebruikt. De andere drie andere indicatoren hebben betrekking op huisartsen en leveren gemiddelde resultaten op: het gebruik van een GMD moet blijven stijgen. De relationele continuïteit, gemeten met de UPC-index, kan beter, hoewel deze al vrij goed is bij de meest kwetsbare patiënten (ouderen en lagere socio-economische groepen). Het aantal contacten na hospitalisatie van een oudere patiënt is nog steeds vrij laag.

Deze evaluatie heeft twee beperkingen: eerst en vooral geeft dit beperkte aantal indicatoren slechts een gedeeltelijk weer van het veelgelaagde concept zorgcontinuïteit. Ten tweede is een vergelijking met resultaten uit andere landen erg moeilijk, omdat internationale indicatoren, en dus gegevens voor deze dimensie ontbreken.



Tabel 5 – Indicatoren voor de continuïteit van de zorg

(ID)	Indicator	Score	België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Informationele continuïteit in de huisartspraktijk									
QC-1	Gebruik van een globaal medisch dossier (% van de populatie met een global medisch dossier (GMD) bij een huisarts)	+	67,5	2016	76,4	57,1	49,3	IMA	-
Relationele continuïteit in de huisartspraktijk									
QC-2	Usual Provider Continuity index ≥ 0.75 (%)	ST	67,6	2015-2016	65,8	71,9	64,7	IMA	-
Managementcontinuïteit tussen ziekenhuis en huisarts									
QC-3	Contact met huisarts binnen 7 dagen na ziekenhuisontslag (% patiënten van 65+)	ST	56,6	2016	58,1	55,7	45,7*	IMA	-
Coördinatie van ambulante zorg									
QC-4	Percentage volwassen diabetici (onder insuline) met een conventie/paspoort/zorgtraject (% van de patiënten, 18+)	ST	89,9	2016	91,3	88,6	86,1	IMA	-
QC-5	Percentage volwassen diabetici (die uitsluitend glucoseverlagende medicatie nemen, geen insuline) met een conventie/paspoort/zorgtraject (% van de patiënten, 50+)	+	20,2	2016	26,0	12,3	17,5	IMA	-
Coördinatie van ziekenhuiszorg									
QC-6	Kankerpatiënten die werden besproken tijdens een multidisciplinaire oncologische consultatie (MOC) (%)	+	87,5	2015	88,7	85,1	87,8	Belgisch Kankerregister; IMA	-

Goede (●), gemiddelde (●) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg).

* Onderschat (zie technische fiche in bijlage van het rapport)



3.1.5 Patiëntgerichtheid

Patiëntgerichtheid is een benadering in gezondheidszorg waarbij bewust rekening wordt gehouden met de noden en individuele voorkeuren van de patiënt en waarbij wordt getracht om alle klinische beslissingen te laten leiden door diens waarden.³⁸ Voor de evaluatie van patiëntgerichtheid wordt gekeken naar de erkenning van de noden, wensen en voorkeuren van de patiënt, de kwaliteit van de communicatie tussen zorgverlener en patiënt en naar de betrokkenheid van patiënten en zorgverleners. Patiëntgerichtheid verhoogt de patiënttevredenheid en beperkt de problemen van gefragmenteerde zorg, zoals tegenstrijdig medisch advies, te veel voorschrijven, te veel ziekenhuisopnames en niet-responsiviteit.³⁹ Patiëntgerichtheid vereist echter een gecoördineerde aanpak van de zorgverlening en –organisatie, en gaat goed samen met initiatieven voor geïntegreerde zorg (zie Tekstbox 8).

Bovendien kan de evaluatie van patiëntgerichte zorg een uitdaging zijn, omdat ze wordt beïnvloed door de gezondheidstoestand en/of de socio-demografische kenmerken van de patiënt. Toch wordt het steeds belangrijker om rekening te houden met het perspectief van de patiënt. De gezondheidssystemen willen immer meer tegemoetkomen aan de noden van de patiënten die een beroep doen op hun diensten. In de vroege jaren 2000 ontwikkelde de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) een gestandaardiseerd instrument (binnen het kader van het *Health Care Quality Indicators* (HCQI) project), om de ervaringen van patiënten in de ambulante zorg in kaart te brengen. Aan de hand van dit instrument, dat in de Belgische Gezondheidsenquête (HIS) 2013 werd gebruikt en in 2015 werd geactualiseerd, kunnen gemeenschappelijke indicatoren voor internationale vergelijkingen van zorgkwaliteit worden gebruikt.^{40, 41}

De vier indicatoren rond patiëntgerichtheid, gebaseerd op de laatste HIS (2013) en opgenomen in dit rapport zijn de volgende: (1) artsen die voldoende tijd besteden aan hun patiënten tijdens de consultaties, (2) artsen die uitleg geven op het niveau van de patiënt, (3) artsen die de patiënt de gelegenheid geven om vragen te stellen of problemen te melden en (4) artsen die patiënten betrekken bij beslissingen over hun zorg en/of

behandeling. Deze vier indicatoren konden niet worden bijgewerkt vanwege een gebrek aan de meest recente gegevens, we gebruikten daarom de laatst beschikbare gegevens; Zodra recente gegevens beschikbaar zijn, zullen deze op de website worden bijgewerkt (zie Tekstbox 5).

Aan het huidige rapport werden twee extra indicatoren toegevoegd rond patiëntervaringen in de ambulante zorg, met name het aandeel patiënten met gelokaliseerde prostaatkanker dat geen actieve behandeling kreeg rond de diagnosedatum, en het aandeel patiënten met gelokaliseerde teelbalkanker dat adjuvante behandeling kreeg na chirurgie. Deze twee nieuwe indicatoren meten de patiëntgerichtheid van de zorg, omdat artsen wordt aanbevolen om patiënten met prostaatkanker actief te betrekken bij de behandelingskeuze. Voor prostaatkanker in stadium I (gelokaliseerde tumor) bevelen de klinische praktijkrichtlijnen artsen aan om de keuze van het al dan niet behandelen van de kanker te bespreken met de patiënt (d.w.z. hetzij actieve behandeling door operatie, radiotherapie of hormoontherapie hetzij 'active surveillance' of 'watchful waiting').⁴² Voor patiënten met een laag risico (gelokaliseerde tumor) en met een levensverwachting boven de 10 jaar wordt 'active surveillance' aanbevolen, maar voor patiënten met een levensverwachting onder de 10 jaar geniet 'watchful waiting' de voorkeur.⁴³ Daarnaast beveelt men na chirurgie (orchiëctomie van seminomen en non-seminomen) bij gelokaliseerde teelbalkanker zonder risicofactoren opvolging aan in plaats van adjuvante behandeling (d.w.z. chemotherapie, radiotherapie of retroperitoneale lymfeklierdissectie).⁴⁴

Aan het huidige rapport werd ook nog een indicator toegevoegd voor de beoordeling van patiëntervaringen in de ziekenhuissetting, met name het aandeel algemene ziekenhuizen dat een PREMS-vragenlijst (patiëntgerapporteerde ervaringen) gebruiken om de ervaringen van patiënten na een verblijf in een C- of D-bed te evalueren. Om de patiëntgerichte aanpak en de zorgkwaliteit in ziekenhuizen te kunnen beoordelen, is een meting van patiëntervaringen immers noodzakelijk.³⁹ Deze indicator komt uit het programma 'Pay for Performance' (P4P) voor



algemene ziekenhuizen dat in 2018 door de overheid werd gelanceerd^h na de aanbevelingen van het KCE met betrekking tot P4P.⁴⁵ De P4P werd ontwikkeld door de werkgroep 'Pay for Quality' (P4Q) in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het programma omvat in totaal 80 punten (maximale score) waarvan er 10 betrekking hebben op patiëntervaringen.

Patiëntervaringen in de ambulante zorg

In het algemeen was de patiënttevredenheid hoog voor de vier indicatoren uit de HIS van 2013, zowel voor de contacten met huisartsen (min. 95,8% - max. 98,1%) als voor de contacten met specialisten (min. 92,1% - max. 96,3%). Voor deze vier indicatoren van tevredenheid in de ambulante zorg scoorde België beter dan het EU-15-gemiddelde. Hoewel er op basis van geslacht en leeftijd van de patiënt geen verschil in tevredenheid werd vastgesteld, bleek het opleidingsniveau wel een invloed te hebben op de patiënttevredenheid. Zo bleken patiënten met een lager opleidingsniveau iets minder tevreden over hun contacten met specialisten dan patiënten met een hoger opleidingsniveau. Deze lijn werd niet doorgetrokken voor de contacten met huisartsen (Tabel 6). De regionale verschillen waren het grootst voor de tijd die specialisten aan hun consultatie besteedden (Brussel 93,9%, Vlaanderen 97,1% en Wallonië 96,1%) en de gelegenheid die de patiënt kreeg om hen vragen te stellen (Brussel 91,9%, Vlaanderen 95,4% en Wallonië 96,4%). Voor deze twee indicatoren waren de patiënten uit Brussel in het algemeen minder tevreden dan de patiënten uit de andere gewesten (Tabel 6).

Voor de indicatoren van prostaatkanker stelden we vast dat het aandeel prostaatkankerpatiënten met een laagrisicotumor in een vroeg stadium (cT1-cT2 CN0/x CM0/x en Gleason <7) dat een behandeling kreeg rond de diagnosedatum de laatste jaren afneemt (d.w.z. 2012-2015): 58% van de patiënten die in 2015 werden gediagnosticeerd, kreeg geen behandeling (alle leeftijden) in vergelijking met 21% in 2004. Er waren weinig regionale

verschillen, maar oudere patiënten (75 jaar en ouder) kregen vaker geen behandeling rond de diagnose dan jongere patiënten. In 2015 kregen oudere patiënten (75 jaar en ouder) met een gemiddeld risico (cT1-cT2 CN0/x CM0/x en Gleason 7) ook een minder uitgebreide eerstelijnsbehandeling (d.w.z. externe radiotherapie) dan in 2010 (2015: ~30%, 2010: ~15%).

Voor seminomen bij teelbalkanker werd in de periode 2013-2015 een duidelijke afname van het aandeel adjuvante behandelingen waargenomen vergeleken met de periode vóór publicatie van nieuwe richtlijnen (2004-2012).⁴⁴ Deze daling was in alle gewesten merkbaar (vóór de richtlijnen in België: 66,8%; na de richtlijnen in België: 59,9%). In de periode 2013 tot 2015 werd het hoogste percentage adjuvante behandelingen voor teelbalkanker in stadium I in Brussel gezien (69,2%), gevolgd door Vlaanderen (57,2%) en Wallonië (36,5%) (Tabel 6). Deze cijfers zijn uiteraard slechts een indirecte meting van het belang dat aan de voorkeur van de patiënt wordt gehecht. Bij voorkeur worden dergelijke beslissingen inderdaad na zorgvuldig overleg met de patiënt genomen.

Patiëntervaringen in ziekenhuizen

Voor het P4P-programma in 2018 organiseerde 94% van de deelnemende ziekenhuizen (96 van de 102) PREMs in 2017-2018. In de toekomst zullen meer PREMs maar ook PROMs (patiëntgerelateerde uitkomstmetingen) in het P4P-programma worden opgenomen. Een internationale vergelijking is op dit moment niet beschikbaar (Tabel 6).

^h Programme Pay for Performance (P4P) 2018. Beschikbaar op: <https://www.health.belgium.be/fr/programme-pay-performance-p4p-pour-les-hopitaux-generaux> (laatst geraadpleegd op 23 januari 19)



Conclusie

Belgische artsen in de ambulante zorg leken in 2013 de verwachtingen van de patiënt te hebben ingelost wat betreft de tijd die ze met hen doorbrengen, de gegeven informatie, de gelegenheid om vragen te stellen en het samen nemen van beslissingen. Deze indicatoren vertonen de beperkingen van de HIS-2013, zoals het gebrek aan representativiteit van de Belgische bevolking, de beperkingen van zelfgerapporteerde informatie (invloed van opleidings- en inkomensniveau, status van ziekte-ervaring, etc) en werden elders al uitgebreid besproken.⁴⁶ Globaal gezien lijkt bij de behandeling van prostaat- en teelbalkanker de nieuwe richtlijnen te worden nageleefd. Maar

deze nieuwe indicatoren zijn afkomstig van administratieve en klinische gegevens, niet van interviews met patiënten. De actieve participatie van de patiënt werd niet gemeten. De meeste algemene ziekenhuizen die aan het P4P-programma deelnamen, rapporteerden PREMs. Deze indicator beoordeelt echter enkel algemene ziekenhuizen; het zou in de toekomst zinvol zijn om PREMs te organiseren op specifieke afdelingen, zoals de kraamkliniek of het dagziekenhuis. Ondanks de invoering van het Plan Geïntegreerde zorg (zie Tekstbox 8) en het P4P-programma in 2018 zijn de initiatieven ter verbetering van de patiëntgerichtheid nog steeds te gefragmenteerd. Breedschalige gegevens die de performantie rond patiëntgerichtheid meten, ontbreken in bijna alle settings.

Tabel 6 – Indicatoren voor de patiëntgerichtheid van de zorg

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Patiëntervaringen met ambulante zorg									
QP-1*	Arts spendeert genoeg tijd met patiënten tijdens consultatie (% van de respondenten, contact met HA/SP)	●	HA: 97,7 SP: 96,3	2013	HA: 98,0 SP: 97,1	HA: 97,5 SP: 96,1	HA: 96,6 SP: 93,9	HIS	87,1 ⁽¹⁾
QP-2*	Arts geeft gemakkelijk te begrijpen informatie (% van de respondenten, contact met HA/SP)	●	HA: 98,1 SP: 95,5	2013	HA: 98,3 SP: 96,0	HA: 98,2 SP: 95,7	HA: 97,4 SP: 93,2	HIS	91,1 ⁽¹⁾
QP-3*	Arts biedt de gelegenheid om vragen te stellen of bezorgdheid te uiten (% van de respondenten, contact met HA/SP)	●	HA: 98,1 SP: 95,3	2013	HA: 96,6 SP: 95,4	HA: 97,4 SP: 96,4	HA: 96,9 SP: 91,9	HIS	89,3 ⁽¹⁾
QP-4*	Arts betreft patiënten bij beslissingen over zorg en/of behandeling (% van de respondenten, contact met HA/SP)	●	HA: 95,8 SP: 92,1	2013	HA: 96,0 SP: 91,8	HA: 95,8 SP: 92,5	HA: 95,0 SP: 92,0	HIS	86,1 ⁽¹⁾
QP-5 NIEUW	Patiënten met een gelokaliseerde prostaatkanker die geen behandeling krijgen rond diagnosedatum (%)	+	58,2	2015	58,3	56,8	65,7	BCR	-
QP-6 NIEUW	Patiënten met gelokaliseerde teelbalkanker (seminoom) die na de chirurgische ingreep adjuvante behandeling krijgen (%)	+	52,3	2013-2015	57,2	36,5	69,2	BCR	-
Patiëntervaringen in ziekenhuizen									
QP-7 NIEUW	Percentage algemene ziekenhuizen dat PREMs uitvoert na een verblijf in een C- of D-bed (%)	●	94%	2018	-	-	-	FOD VVVL	-

Goede (●), gemiddelde (●) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg). HA = huisarts; SP = specialist;

Bron voor internationale vergelijking: (1) OECD Health Statistics 2015.

* deze indicator wordt geactualiseerd op de website (<https://www.healthybelgium.be/>) zodra de resultaten van de HIS 2018 beschikbaar zijn.



Tekstbox 8 – Geïntegreerde zorg

Het afgelopen decennium is geïntegreerde zorg een onmisbaar element geworden bij de hervorming van het gezondheidsbeleid in heel Europa. Geïntegreerde zorg is immers cruciaal om problemen door demografische veranderingen (verouderende bevolking, verhoogde levensverwachting of dalende vruchtbaarheidsgraad) aan te pakken. Om het hoofd te bieden aan de steeds toenemende chronische aandoeningen en de beperkte overheidsmiddelen wordt de huidige benadering van zorg opnieuw onder de loep genomen en herzien. De stap naar een meer geïntegreerde zorg, met een betere integratie en coördinatie van de gezondheidszorg, kan een oplossing zijn voor deze demografische uitdagingen. Om geïntegreerde zorg te promoten, publiceerden internationale en Europese organisaties verschillende rapporten over dit onderwerp.⁴⁷⁻⁴⁹ Ook de Wereldgezondheidsorganisatie belichtte in 2015 de voordelen van een patiëntgerichte en geïntegreerde aanpak, om gefragmenteerde, inefficiënte en niet-duurzame gezondheidszorg te vermijden.⁴⁷ Geïntegreerde gezondheidszorg betekent een fundamentele paradigmaverschuiving, met als doelstelling het aanbieden van een levenslange zorgcontinuïteit in verschillende settings en plaatsen, volgens de noden van de patiënt.⁵⁰ Sinds 2008 duiken in België verschillende initiatieven op om de levenskwaliteit van chronische patiënten te verbeteren. In 2011 schreef het KCE een position paper over de organisatie van de zorg voor deze patiënten, met als conclusie dat de Belgische gezondheidszorg zeer gefragmenteerd is, zowel tussen als binnen de zorglijnen.⁵¹

Na de publicatie van dit KCE-rapport ontwikkelde de Interkabinettenwerkgroep Chronische ziekten de oriëntatienota “Een geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België”⁵², waarna een gemeenschappelijk plan “Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid” werd opgesteld, dat in 2015 werd goedgekeurd door de federale en gefedereerde ministers van volksgezondheid. Het doel van

dit plan was de promotie en ontwikkeling van een geïntegreerd en persoonsgericht zorgsysteem voor chronisch zieken.⁵³

De missie van het plan is om de levenskwaliteit van de bevolking te verbeteren, en vooral dan die van de personen met één of meerdere chronische aandoeningen, zodat zij zo goed mogelijk kunnen leven in de eigen omgeving (familie, school, werk) en in de maatschappij, en op een actieve manier het zorgproces kunnen beheren. Deze aanpak is gericht op de patiënt en diens familie (bekwaamheid, gezondheidstoestand, tevredenheid over de zorg en welzijn) maar houdt ook rekening met de perceptie van de zorgverleners.⁵³ Om de missie van het geïntegreerde zorgplan te implementeren, worden het ‘Triple Aim’-principe en twee aanvullende doelstellingen nagestreefd⁵³:

- de gezondheid van de bevolking verbeteren in het algemeen, en van de chronisch zieken in het bijzonder (Triple Aim 1);
- de door patiënten en mantelzorgers ervaren zorgkwaliteit verbeteren (Triple Aim 2);
- de toegewezen middelen efficiënter inzetten om de duurzaamheid van het financieringssysteem van de zorg te verzekeren (Triple Aim 3);
- de billijkheid bevorderen en gezondheidsongelijkheden wegwerken; en
- de jobtevredenheid van zorgverleners verbeteren.

Het geïntegreerde zorgplan wordt uitgevoerd via pilootprojecten voor geïntegreerde zorg. In de eerste maanden van 2018 zijn er twaalf opgestart (zes in Vlaanderen, vijf in Wallonië en één in Brussel) voor een periode van vier jaar, en ze dekken ongeveer een vierde van de Belgische bevolking (2,52 miljoen inwoners). Op de website van Integreo is een beschrijving van elk pilootproject beschikbaarⁱ. In de projecten, die door een integratieteam worden geleid, staan de noden van de patiënt

ⁱ “Geïntegreerde Zorg voor een betere gezondheid”, beschikbaar op: <https://www.integreo.be/nl> (laatst geraadpleegd op 21 januari 2019).



centraal. Ze worden doorlopend ondersteund door een team binnen de Belgische federale regering en een wetenschappelijk team (FAITH.be of “Federated consortium for appraisal of integrated care teams in health in Belgium”) dat ze moet evalueren.⁵⁴ Er worden twee evaluaties voorzien, een om de globale doeltreffendheid te meten van het geïntegreerde zorginterventieprogramma^j en een die door de proefprojecten zelf wordt uitgevoerd, om de vorderingen ten opzichte van het initiële actieplan te beoordelen. Er zullen bij elke evaluatie ‘best practices’ worden geïdentificeerd om succesvolle veranderingen of vernieuwingen structureel in te voeren.

4 TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG

Toegankelijkheid kan worden gedefinieerd als de mate waarin patiënten gemakkelijk toegang hebben tot de gezondheidsdiensten. Het gaat om fysieke toegang (geografische spreiding), kosten, tijd, en beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel.²³ De toegankelijkheid van een gezondheidssysteem is een noodzakelijke voorwaarde voor een kwaliteitsvol en efficiënt systeem.

In dit rapport definieerden we 14 indicatoren om de toegankelijkheid van het gezondheidszorgsysteem te evalueren (Tabel 7). Een eerste groep van indicatoren heeft betrekking op financiële toegang, een tweede groep op het personeelsbestand, dus de beschikbaarheid van zorgpersoneel, en een laatste indicator meet of patiënten tijdig toegang hebben tot de gezondheidszorg.

Drie bijkomende indicatoren, een eerste over “catastrofale uitgaven” en twee andere over de geografische toegankelijkheid (namelijk een eerste m.b.t. de toegankelijkheid van een spoeddienst binnen een bepaald tijdsbestek en een tweede m.b.t. de toegankelijkheid van een materniteitsdienst binnen een bepaald tijdsbestek) zijn nog niet beschikbaar en zullen eind 2019 op de website worden gepubliceerd.

Financiële toegang tot gezondheidszorg

Financiële toegang tot gezondheidszorg kan beschreven worden op basis van drie dimensies: de verzekerde populatie (wie is gedekt?), het verzekerde pakket (wat is gedekt?) en het aandeel van de kosten dat door de ziekteverzekering verzekerd is (welke kosten zijn gedekt?). Onvervulde zorgbehoeften om financiële redenen, de toegang tot geconventioneerde tarieven en het aandeel van ereloonsupplementen zijn eveneens indicatoren van financiële toegankelijkheid.

^j Een indicatorenset werd ontwikkeld door FAITH.be om de vijf doelstellingen te evalueren; de beoordeling zal de wijzigingen op vlak van volksgezondheid, patiëntervaringen, kosten, indicaties van doeltreffendheid, billijkheid en de tevredenheid van de zorgverleners vergelijken tussen de pilootprojecten.



Wie is gedekt?

Bijna de volledige bevolking wordt gedekt door een **verplichte algemene ziekteverzekering**. Ongeveer één percent is niet verzekerd. Het betreft personen wiens administratieve en/of financiële voorwaarden niet zijn vervuld. Dit percentage ligt iets hoger in het Brussels gewest (rond 2%). Men mag daarbij niet vergeten dat voor deze indicator mensen die niet zijn aangesloten bij een ziekenfonds (bv. migranten zonder papieren, zie ook Tekstbox 9) niet onder de definitie van 'bevolking' vallen. Bovendien zijn er geen betrouwbare en exhaustieve gegevens voorhanden over het aantal personen met een privé ziekteverzekering

Tekstbox 9 – Kwetsbare personen

Het witboek van het RIZIV uit 2014 over de toegankelijkheid van de zorg in België identificeerde een reeks bijzonder kwetsbare bevolkingsgroepen voor wie de toegang tot de gezondheidszorg niet vanzelfsprekend is. Sommigen zien zich genoodzaakt om zorgen niet op te nemen of uit te stellen.⁵⁵ Het is doorgaans moeilijk om voor deze groepen gegevens over consumptie van en toegang tot gezondheidszorg te verzamelen waardoor ze niet beschikbaar zijn in administratieve databanken. Specifieke HSPA-indicatoren kunnen voor deze groepen daarom moeilijk worden berekend. We bespreken hierna de problemen voor bepaalde kwetsbare groepen. We merken wel op dat onderstaande beschrijving niet tot doel heeft om alle kwetsbare groepen op een exhaustieve manier te beschrijven.

Migranten

Het begrip "migrant" omvat verschillende bevolkingstypes die in de meeste gevallen als "kwetsbaar" kunnen worden beschouwd.

Migranten zonder papieren zijn personen zonder verblijfsvergunning waarmee ze officieel in België kunnen verblijven. Dit betreft onder andere personen zijn die het land illegaal zijn binnengekomen, personen van wie de verblijfsvergunning is verstreken of ongeldig is geworden, personen die geen asiel kregen of die het kind zijn van ouders zonder papieren.⁵⁶ In 2013 werd het aantal personen zonder wettige verblijfsvergunning in België geschat op 85 000 tot 160 000 personen, inclusief migranten uit de EU-28, maar deze schatting is verre van accuraat.⁵⁷

Dit cijfer komt neer op 0,8%-1,4% van de totale bevolking in België. Als gevolg van de politieke crisissen in Syrië, Irak, Eritrea en Afghanistan is dit aantal sindsdien waarschijnlijk nog gestegen. Personen zonder wettige verblijfsvergunning kunnen zich niet aansluiten bij een Belgisch ziekenfonds. Ze hebben wel recht op dringende medische hulp (DMH). In 2013 kregen 17 602 personen DMH. Bijgevolg deed naar schatting 10% (17 602/85 000) tot 20% (17 602/160 000) van de personen zonder wettige verblijfsvergunning in 2013 minstens één keer een beroep op de medische diensten. Ter vergelijking, dit aandeel benadert 90% voor personen die zijn aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds.⁵⁷ De geïnteresseerde lezer wordt verwezen naar Roberfroid et al. (2015).⁵⁷ Personen die internationale bescherming aanvragen (asielzoekers en personen die subsidiaire bescherming vragen): in 2017 vroegen 19 688 personen asiel aan in België (onder wie enkelvoudige en meervoudige asielaanvragen).⁵⁸ Personen die in opvangcentra verblijven (federaal centrum Fedasil of structuur van een van de partners, zoals het Rode Kruis), krijgen eerstelijnszorg via het centrum. Elke partner organiseert autonoom zijn systeem en de informatie wordt niet gecentraliseerd. Voor de asielzoekers die in een 'lokaal opvanginitiatief' verblijven (opvang die op lokaal niveau wordt georganiseerd in samenwerking met Fedasil), wordt de medische verzorging ten laste genomen door de OCMW's. Voor asielzoekers die niet in opvangcentra verblijven, worden de kosten voor de medische verzorging betaald door de 'cel medische kosten' van Fedasil waarbij een speciaal formulier wordt gebruikt dat voor elke verzorging bij de zorgverlener moet worden ingediend. De geïnteresseerde lezer wordt verwezen naar Dauvrin et al. (Forthcoming 2019).⁵⁹

Vluchtelingen en Belgische inwoners met een buitenlandse geboortenationaliteit: in 2015 werd 19,68% (2 06 259/11 209 044) van de Belgische inwoners geboren met een buitenlandse nationaliteit. Van deze groep behield 11,20% (1 255 270) de buitenlandse nationaliteit terwijl 8,48% (950 989) Belg werd. De meerderheid van de personen met een buitenlandse nationaliteit komen uit een ander EU-28-land (68,17%).

Het omgekeerde geldt echter voor de groep van buitenlanders die Belg zijn geworden, waarvan de meerderheid afkomstig is uit een land dat niet tot EU-28 behoort (69,00%).⁶⁰ Aangezien zij zich verplicht bij een



Belgische ziekenfonds moeten aansluiten, kan hun gezondheidszorgconsumptie worden gemeten met behulp van de IMA-databank. Maar in de IMA-databank worden geen nationaliteiten geregistreerd, en dus kunnen personen met een buitenlandse (geboorte)nationaliteit niet van Belgen worden onderscheiden. De groep Belgische inwoners met een buitenlandse nationaliteit omvat bovendien zeer verschillende groepen populaties die niet allemaal als “kwetsbaar” kunnen worden beschouwd.

Gedetineerden

In de periode april 2015-april 2016 verbleven 26 511 personen minstens voor 1 nacht in de gevangenis.⁶¹ De Belgische wet verplicht de consultatie van een huisarts binnen de 24 uur na aankomst in de gevangenis. Naast deze verplichte consultatie bedroeg het aantal huisartsconsultaties 16,3 per gedetineerde-jaar, wat ver boven het gemiddelde van de algemene bevolking ligt. Gebrek aan goede gegevens verhindert een diepgaand onderzoek. Het totale percentage medische consultaties (zowel de verplichte huisartsconsultaties als consultaties bij andere professionals) bedroeg 23,7 per gedetineerde-jaar. Toch werd voor bijna 7% van de gedetineerden geen medische consultatie geregistreerd.⁶¹ De geïnteresseerde lezer wordt verwezen naar Mistiaen et al. (2017).⁶¹

Druggebruikers

De gevolgen van druggebruik voor de gezondheid kunnen worden beoordeeld aan de hand van verschillende indicatoren, zoals een indicator over de gevraagde behandeling, morbiditeitsindicatoren (HIV, hepatitis B en C en tuberculose) en mortaliteitsindicatoren.

Sommige gegevens over prevalentie en gevolgen worden in België verzameld door Sciensano^{62, 63}, andere gegevens worden verzameld via lokale projecten zoals de studie rond alcohol- en drugsgebruik in het kader van het ‘European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs’ (ESPAD)⁶⁴ dat in 2015 in het Vlaamse Gewest werd geïmplementeerd, of de studie Jongeren en Gezondheid die deel uitmaakt van de internationale studie ‘Health Behaviour in School-aged Children’ (HBSC)⁶⁵ in het Vlaamse gewest en de Federatie Wallonië-Brussel. De geïnteresseerde lezer wordt verwezen naar het Belgische

landenverslag van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving⁶⁶, naar het Nationaal drugsrapport van Sciensano⁶² en naar het Eurotox-rapport.⁶⁷

Sekswerkers

Voor sekswerkers zijn geen gecentraliseerde administratieve gegevens beschikbaar in België. Een studie van de organisaties Ghapro, Pasop, Alias en Espace P voor het RIZIV uit 2011-2012 geeft informatie m.b.t. 3 817 sekswerkers, voornamelijk vrouwen, die bij deze verenigingen zijn aangesloten. De lezer wordt hiervoor verwezen naar het Groenboek van het RIZIV over de toegankelijkheid van gezondheidszorg in België.⁶⁸ Aanvullende informatie is te vinden in het effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers, waarin 273 sekswerkers in Vlaanderen werden geïnterviewd.⁶⁹

Thuislozen

Voor dak- en thuislozen zijn er geen gecentraliseerde gegevens beschikbaar in België. Het Steunpunt Thuislozenzorg Brussel (la Strada) schat het aantal dak- en thuislozen in Brussel aan de hand van de Europese typologie over thuisloosheid en sociale uitsluiting op vlak van wonen (European Typology of Homelessness and housing exclusion - ETHOS).⁷⁰ In de nacht van 7 november 2016 telden zij 3 386 personen (1 081 daklozen, 854 thuislozen, 1 339 met gebrekkige huisvesting en 12 op de spoeddienst van een ziekenhuis), en in de nacht van 3 maart 2017 telden zij 4 094 personen (1 963 daklozen, 864 thuislozen, 1 256 met gebrekkige huisvesting en 11 op de spoeddienst van een ziekenhuis).⁷¹ De ngo ‘Dokters van de wereld’ verzamelt informatie bij daklozen over hun subjectieve gezondheid en zorggebruik tijdens het Winterplan voor daklozen.⁶⁸ Tijdens het Winterplan 2016-2017 beoordeelde 62% van de 377 respondenten zijn/haar gezondheid als matig of slecht, en slechts 37,4% als goed of zeer goed. Met betrekking tot het zorggebruik vertelde 8% nooit een beroep te doen op gezondheidszorg, zelfs niet als hij/zij het nodig heeft.⁷²



Wat is gedekt?

Over de omvang van het verzekerde pakket (diensten die volledig of gedeeltelijk worden terugbetaald door de ziekteverzekering) zijn geen performantie-indicatoren gedefinieerd. De diensten die gedekt zijn door de verplichte ziekteverzekering worden beschreven in de nationale tariefregeling (de zogenaamde nomenclatuur) en zijn te vinden op de website van het RIZIV; <https://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur/Paginas/default.aspx>.

De mate waarin verschillende gezondheidsdiensten worden gefinancierd door eigen bijdragen geeft een indicatie van de belangrijkste lacunes in de dekking van de gezondheidszorg. In België vertegenwoordigen de eigen bijdragen 57,6% van de uitgaven voor tandheelkundige zorg, 29,8% van de uitgaven voor farmaceutische producten, 13,1% van de uitgaven voor ziekenhuiszorg, 7,5% voor ondersteunende diensten (bv. laboratorium, beeldvorming, apotheek, kinesitherapie) en 5,6% voor langdurige zorg.

Hoeveel van de zorgkosten zijn gedekt?

Als we kijken naar het aandeel van de eigen betalingen in de huidige uitgaven voor gezondheidszorg is er lichte verbetering merkbaar sinds het laatste performantierapport (gebaseerd op gegevens van 2013). Het aandeel van de eigen betalingen in de totale uitgaven voor gezondheidszorg daalde naar 15,9% in 2016 (vergeleken met 17,5% in 2013) en ligt nu onder het EU-15 gemiddelde (17,7% in 2016). De eigen betalingen per capita stegen eerst van US \$ 525 (PPP) in 2005 tot US \$ 791 (PPP) in 2014 en daalden daarna terug tot US \$ 739 (PPP) in 2016 (in lijn met het Europese gemiddelde van US \$ 732 (PPP)). We merken op dat het aandeel van de eigen betalingen in de uitgaven voor tandzorg hoog is, maar vergelijkbaar met het Europese gemiddelde (57,6% in 2016, vergeleken met een Europees gemiddelde van 59,2% op basis van 10 landen). In de periode 2004-2016 steeg het aandeel eigen betalingen voor tandzorg in België van 50% naar 58%. Het hoge Europese gemiddelde is hoofdzakelijk te wijten aan het feit dat tandzorg in Griekenland en Spanje zo goed als niet gedekt is. De dekking in onze buurlanden, zoals Duitsland (25,5%) en Nederland (21,7%) is echter veel beter dan in België. Merk wel op dat er geen nauwkeurige data over de eigen betalingen in de ambulante sector

beschikbaar zijn, en dat er enige reserves bestaan over de betrouwbaarheid van deze schattingen.⁷³

Aangezien de eigen betalingen een invloed hebben op de beschikbare middelen voor andere goederen en diensten, moeten ze ook gelinkt worden aan **huishoudelijke consumptiepatronen** om de 'financiële bescherming' in de gezondheidszorg te meten. De Huishoudbudgetenquête (2016) toonde aan dat het aandeel eigen betalingen voor de gezondheidszorg in de totale huishoudelijke consumptie gemiddeld 4,6% bedroeg (stabiel in 2012, 2014, en 2016).⁷⁴ Huishoudens in het hogere inkomenskwartiel besteedden in 2016 meer dan het dubbele aan gezondheidszorg (€ 2 154) dan huishoudens in het lagere inkomenskwartiel (€ 954). Het aandeel van de huishoudelijke consumptie dat aan medische zorg wordt besteed, met uitzondering van uitgaven voor langdurige zorg (om de vergelijking van de resultaten tussen landen mogelijk te maken), liep in 2016 in België op tot 3,0%, volgens de OESO gegevens (het Europese gemiddelde bedroeg 2,6%).⁷⁵

Onvervulde zorgbehoeften om financiële redenen

8% van de Belgische huishoudens in de Gezondheidsenquête van 2013 verklaarde dat één of meer gezinsleden **gezondheidszorg uitstelden om financiële redenen** (medische zorg, met inbegrip van tandzorg, voorgeschreven medicatie, geestelijke gezondheidszorg, bril of contactlenzen). Dit percentage komt overeen met de resultaten van eerdere enquêtes (1997, 2001 en 2004) en is lager dan de 14% die in 2008. Er is een grote variatie tussen de drie gewesten; in het Brussels Gewest stelt meer dan 20% van de huishoudens gezondheidszorg uit om financiële redenen.

De EU-SILC-enquête (personen vanaf 16 jaar) bevat ook een vraag over uitgestelde medische en tandheelkundige zorg om financiële redenen. Het aandeel van personen dat medisch of tandheelkundig onderzoek uitstelt in de EU-SILC bedraagt 3,5% voor tandheelkundig onderzoek en 2,0% voor medisch onderzoek. Een directe vergelijking tussen beide bronnen is echter moeilijk aangezien de HIS-enquête onvervulde zorgbehoeften op gezinsniveau meet en meer uitgavenposten bevat (bijv. bril of contactlenzen). De resultaten uit de EU-SILC tonen een verslechtering van de situatie in de periode 2011-2014 en een verbetering in 2017. Het aandeel



van personen dat medische zorg uitstelt omwille van financiële redenen blijft echter boven het Europese gemiddelde, en in het bijzonder voor het laagste inkomenskwintiel (bij de hoogste in Europa). Om de verschillen in omvang en fluctuatie van deze indicator over de jaren heen en tussen enquêtes goed te begrijpen, is verder onderzoek nodig.

Toegang tot overeengekomen tarieven: de dichtheid van geconventioneerde artsen

De **dichtheid** van artsen die toetreden tot de conventie tussen het RIZIV en de ziekenfondsen ("**geconventioneerde**" **artsen**) kan als maatstaf worden gebruikt voor geografische en financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorg, aangezien geconventioneerde artsen in de ambulante zorg geen bijkomende erelonen (bovenop de standaardtarieven) mogen aanrekenen. Gemeten in voltijdsequivalent (VTE) was de dichtheid van praktiserende huisartsen die tot de conventie toetraden 6,97 per 10 000 verzekerde personen in België in 2016 (7,40 in Vlaanderen, 6,81 in Wallonië, en 4,95 in Brussel). Hoewel men in vele landen een hoge concentratie aan huisartsen vaststelt in de hoofdsteden, is de verspreiding in België gelijkmatiger, met enkele gaten in bepaalde gemeenten (zie technische fiche). Hetzelfde werd vastgesteld voor tandartsen. We merken op dat de dichtheid van de geconventioneerde gynaecologen (in VTE) in de verschillende Belgische gemeenten doorgaans laag is in vergelijking met andere specialismen.

Het aandeel van ereloonsupplementen

Om de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg te meten werd ten slotte ook gekeken naar het aandeel gefactureerde ereloonsupplementen in verhouding tot de officiële erelonen. Sinds 2015 zijn de ereloonsupplementen blijven stijgen. In 2017 waren ze goed voor 18,1% van de officieel aangerekende erelonen en liepen ze in totaal op tot € 563 miljoen. De stijging was vooral te merken bij de klassieke ziekenhuisverblijven (+8% in de periode 2015-2017). Voor daghospitalisaties slonken de ereloonsupplementen over dezelfde periode

met 5%. Dit kwam door de afschaffing op 28 augustus 2015 van de ereloonsupplementen voor tweepersoonskamers en kamers met meerdere bedden in dagziekenhuizen (voor een klassiek verblijf waren ereloonsupplementen voor dit soort kamers al niet meer toegestaan sinds 2013). Na deze afschaffing vond een verschuiving plaats. Voor steeds minder ziekenhuisverblijven worden ereloonsupplementen aangerekend, maar de ereloonsupplementen zijn wel verhoogd. Het debat over de verdere afschaffing van ereloonsupplementen is onlosmakelijk verbonden met het bredere debat over de hervorming van de financiering van ziekenhuizen en artsen.

Verdere stappen moeten gezet worden om een gelijke toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg voor patiënten en een duurzame financiering van ziekenhuizen en artsen te garanderen. Ongeacht de keuze van het kamertype moet de vrije keuze van de arts gegarandeerd zijn.

Beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel

Toegang tot gezondheidszorg hangt ook af van de beschikbaarheid van medisch personeel. We gingen de huidige beschikbaarheid van artsen en verpleegkundigen na. De beschikbaarheid van specifieke groepen (bv. psychiaters, indicator MH-2) of het toekomstige personeelsbestand (indicatoren S-4 tot S-10) komt aan bod in andere delen van dit rapport

Sinds 2000 is de **dichtheid van praktiserende artsen** in België zeer stabiel, met 3,07 praktiserende artsen per 1000 inwoners in 2016. De dichtheid is iets lager in Vlaanderen dan in Wallonië of in Brussel (respectievelijk 2,8, 3,2 en 3,8 per 1000 inwoners). Merk op dat de analyse gebruik maakt van het thuisadres van de arts en niet van het adres van de praktijk. Een recente studie over de dichtheid van praktiserende huisartsen gebaseerd op het adres van de praktijk constateerde dat er in Brussel 1,23 huisartsen per 1000 inwoners zijn, t.o.v. 1,17 praktiserende huisartsen per 1000 inwoners in 2016^k met RIZIV data gebaseerd op het thuisadres van de huisarts.⁷⁶

^k 2017 nog niet beschikbaar.



De dichtheid van praktiserende artsen in België lag onder het Europese gemiddelde van 3,54 artsen per 1000 inwoners. Er moet wel worden opgemerkt dat de definitie van praktiserende arts niet dezelfde is in alle landen (bv. gebruik van verschillende minimale activiteitsdrempels). Vergelijkingen tussen landen zijn daarom moeilijk.

Deze indicator is echter een slechte weerspiegeling van het werkelijke personeelsbestand van praktiserende artsen, aangezien alle artsen die meer dan 1 klinische handeling stellen (minimale activiteitsdrempel) worden meegeteld. Om dit op te lossen, schatte het RIZIV ook het aantal **praktiserende artsen in voltijdsequivalent (VTE)** en het aantal **tot de conventie toegetreden praktiserende artsen** (geconventioneerden) in **voltijdsequivalent (VTE)**. In 2016 bedroeg het aantal praktiserende huisartsen 12 929 (1,14 per 1000 inwoners) of 8 988 omgerekend in VTE (0,79 per 1000 inwoners), en bedroeg het aantal VTE tot de conventie toegetreden huisartsen 7 719 (0,68 per 1000 inwoners). Voor bepaalde specialismen (vooral voor gynaecologen) is er een lager aantal VTE artsen tot de conventie toegetreden.

Een nieuw rapport van PlanCAD Artsen dat bijzonderheden geeft over alle professioneel actieve artsen, inclusief artsen die buiten het door de verplichte ziekteverzekering gedekte gezondheidssysteem werken, zoals arbeidsgeneesheren, verzekeringsartsen, artsen in kinderopvangdiensten (Kind en gezin), enz., eveneens in VTE, zal pas in 2019-2020 gepubliceerd worden. Van zodra het PlanCAD-rapport voor artsen beschikbaar is, zal deze indicator op de website worden geactualiseerd.

Voor verpleegkundigen was het PlanCAD-rapport al beschikbaar en konden precieze schattingen worden gedaan van het aantal verpleegkundigen dat op de Belgische arbeidsmarkt (**professioneel actief**) en in de gezondheidssector (**praktiserende verpleegkundigen**) actief is. In 2016 waren 202 402 verpleegkundigen erkend om het beroep uit te oefenen, daarvan waren 143 470 verpleegkundigen actief op de Belgische arbeidsmarkt en 124 196 praktiserende verpleegkundigen werkzaam in de gezondheidssector. De meeste professioneel actieve verpleegkundigen zijn werknemer in een ziekenhuis (65,5%) of werknemer in de residentiële zorg

voor ouderen (woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen; 13,7%) en de thuisverpleging (7,9%). Het aantal praktiserende verpleegkundigen per 1000 inwoners steeg tussen 2004 en 2015 in België (van 8,8 per 1000 inwoners in 2004 naar 10,9 in 2016). Deze stijgende trend is ook merkbaar in andere Europese landen. De dichtheid van praktiserende verpleegkundigen (10,9 per 1000 inwoners) ligt boven het Europese gemiddelde (9,4 per 1000 inwoners).

Een groot aantal **vacatures voor verpleegkundigen** kan ook wijzen op toegangsproblemen. Het aantal vacatures voor ziekenhuisverpleegkundigen liep in 2016 op tot 1 274 (1 159 VTE). We moeten dit cijfer in het juiste perspectief plaatsen: in 2016 waren er 74 619 verpleegkundigen (in VTE) professioneel actief in de ziekenhuissector. Meer details voor Vlaanderen kunnen bekomen worden bij de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB), met gegevens die niet beperkt zijn tot ziekenhuisverpleegkundigen. Uit deze VDAB-gegevens blijkt dat het aantal vacatures voor verpleegkundigen van 2006 tot 2011 bleef stijgen, daarna licht daalde tot 2014 en de afgelopen 3 jaar opnieuw steeg tot 1 844 vacatures voor verpleegkundigen in Vlaanderen in september 2017. Hoewel een vacature op zich niet noodzakelijk wijst op een tekort, zijn vacatures voor verpleegkundigen zeer moeilijk op te vullen. Dit kan daarom worden geïnterpreteerd als een mogelijk toegangsprobleem.

Ten slotte toonde een Europese studie (RN4CAST, 2009-2010) met gegevens van 500 ziekenhuizen uit 12 landen aan dat Belgische ziekenhuizen een hoog gemiddeld aantal patiënten per verpleegkundige heeft (10,7 patiënten per verpleegkundige per 24 u, tegenover gemiddeld 9 voor alle landen).⁷⁷ Uit een andere studie, die ook op deze gegevens is gebaseerd^l, blijkt dat de verhouding patiënt-verpleegkundige correleert met de sterftcijfers in ziekenhuizen.⁷⁸ Deze indicator kan daarom indirect informatie verschaffen over de zorgkwaliteit in ziekenhuizen. De betrouwbaarheid van dit verband tussen de verhouding patiënt-verpleegkundige en complicaties (mortaliteit in het ziekenhuis) werd bevestigd door sensitiviteitsanalyses waarin niet-verpleegkundigen (bv. zorgkundigen) werden ingezet. Bovendien varieert de verhouding patiënt-

^l Maar enkel op 300 ziekenhuizen en 9 landen, België inbegrepen.



verpleegkundige tussen Belgische ziekenhuizen onderling, van 7,5 tot 15,9. Het KCE is momenteel bezig aan een studie die de verhouding patiënt-verpleegkundige zal actualiseren. Resultaten zullen begin 2020 beschikbaar zijn. Daarna zal de indicator op de website worden herzien.

Wachttijden

Wanneer patiënten lang moeten wachten op een afspraak met een specialist, kan dit een tijdige toegang tot de gezondheidszorg verhinderen. In 2013 moest meer dan 38% van de patiënten twee of meer weken wachten om een afspraak te krijgen met een specialist. Dit zelfgerapporteerde percentage ligt in de drie gewesten ongeveer even hoog. Ongeveer 10% van deze patiënten vond deze wachttijd problematisch.

De wachttijden voor een eerste persoonlijk contact in een ambulant centrum voor geestelijke gezondheidszorg komt aan bod in Hoofdstuk Geestelijke gezondheidszorg (indicator MH-3). In 2013 moest 37% van de patiënten minstens 1 maand wachten op een eerste contact met dergelijk centrum. Daarna zal de indicator op de website worden herzien.

Conclusie

Zelfs al zijn sinds onze vorige analyse verbeteringen merkbaar in de eigen betalingen per capita, toch blijft het percentage personen dat medische onderzoeken uitstelt om financiële redenen hoger dan het Europese gemiddelde, vooral in de laagste inkomensgroep. Ook de dekking van de diensten voor tandzorg blijft laag. Wat het personeelsbestand betreft, moet in sommige gemeenten aandacht worden besteed aan het aantal praktiserende VTE artsen (vooral huisartsen en gynaecologen) en praktiserende VTE tandartsen dat toegetreden is tot de conventie. Monitoring van de verhouding patiënt-verpleegkundige en van de wachttijd voor een afspraak met een specialist is eveneens belangrijk om te kunnen bepalen of de situatie sinds 2010 (2013 voor de wachttijd) is verbeterd (meer recente gegevens zijn binnenkort beschikbaar, rond 2020).



Tabel 7 – Indicatoren voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg

(ID) indicator		SCORE	België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Financiële toegankelijkheid									
A-1	Aandeel van de bevolking gedekt door verplichte ziekteverzekering (% van de populatie)	ST	99,0	2017	99,5	99,3	98,1	RIZIV	---
A-2	Eigen betalingen voor gezondheid (% van de totale gezondheidsuitgaven)	+	15,9	2016	---	---	---	SHA; OECD	17,7
A-10 NIEUW	Eigen medische uitgaven (% van het totale huishoudbudget)	ST	3,0	2016	---	---	---	SHA; OECD	2,6
A-3	Eigen betalingen (in US \$ PPP/capita)	+	738,9	2016	---	---	---	SHA; OECD	732,2
A-11 NIEUW	Eigen betalingen voor tandzorg (% van de uitgaven voor tandzorg)	-	57,6	2016	---	---	---	SHA; OECD	59,2 (EU-10)
A-4**	Zelfgerapporteerde uitgestelde contacten met gezondheidsdiensten om financiële redenen (% van de huishoudens)	+	2,0	2017	---	---	---	Eurostat (EU-SILC)	1,2
A-12 NIEUW	Toegang tot overeengekomen tarieven: geconventioneerde praktiserende huisartsen (VTE) per 10 000 inwoners) *****	C	6,97	2016	7,40*	6,81*	4,95*	RIZIV	---
A-13 NIEUW	Toegang tot overeengekomen tarieven: geconventioneerde praktiserende tandartsen (VTE) (per 10 000 inwoners) *****	C	3,17	2016	2,85*	3,40*	4,29*	RIZIV	---
A-14 NIEUW	Percentage ereloonsupplementen t.o.v. de officiële erelonen	↗	18,5	2017	14,02	20,19	31,51	IMA	---



Gezondheidszorgpersoneel											
A-5	Praktiserende inwoners)	artsen	(/1000	↗	3,1	2016	2,8*	3,2*	3,8*	RIZIV; OECD 2018	3,5 (EU-10)
A-6	Praktiserende (/1000 inwoners)	verpleegkundigen		↗	10,9	2016	11,7	9,8	10,7	FOD; OECD 2018	9,4 (EU-11)
A-7	Aantal verpleegkundigen	vacatures voor		→	1274	2016	---	---	---	FOD	---
A-8***	Verhouding patiënt-verpleegkundige			●	10,7	2010	---	---	---	RN4CAST	9,0
Wachttijd											
A-9****	Wachttijd van meer dan twee weken om een afspraak te krijgen bij een specialist (% van de bevolking dat een afspraak vroeg)			ST	38,4	2013	38,6	38,9	36,0	HIS	---

Goede (●), gemiddelde (●) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg).

* Op basis van de plaats waar de arts woont en niet van de plaats waar de arts werkt. Een recente studie over de dichtheid van praktiserende huisartsen gebaseerd op het adres van de praktijk constateerde dat er in Brussel 1,23 huisartsen per 1000 inwoners zijn, t.o.v. 1,17 praktiserende huisartsen per 1000 inwoners in 2016 met RIZIV data gebaseerd op het thuisadres van de huisarts.⁷⁶

**De belangrijkste indicator is gebaseerd op de gezondheidsenquête (HIS) maar er waren alleen resultaten van 2013 beschikbaar. Deze indicator is daarom gebaseerd op resultaten van de EU-SILC, maar zal op de website worden geactualiseerd (<https://www.healthybelgium.be/>) van zodra de resultaten van de HIS 2018 beschikbaar zijn.

***Deze indicator wordt op de website geactualiseerd van zodra de resultaten van de lopende KCE studie over de bestaffing van verpleegkundigen in ziekenhuizen beschikbaar zijn.

**** Deze indicator wordt op de website geactualiseerd (<https://www.healthybelgium.be/>) van zodra de resultaten van de HIS 2018 beschikbaar zijn.

***** Geconventioneerde artsen in België, zijn artsen die toetreden tot de overeengekomen tarieven onderhandeld door het RIZIV en de ziekenfondsen. Geconventioneerde artsen mogen geen ereloonsupplementen aanrekenen.



Tabel 8 – Indicatoren gerapporteerd in andere domeinen of dimensies

(ID) Indicator	
In het hoofdstuk over preventieve zorg	
P-6	Borstkankerscreening (% vrouwen van 50-69 jaar)
P-7	Borstkankerscreening – georganiseerd programma (% vrouwen van 50-69 jaar)
P-11	Regelmatige tandartsbezoeken (% populatie van 3+ jaar)
In het hoofdstuk over geestelijke gezondheidszorg	
MH-2	Praktiserende psychiaters (per 1000 inwoners)
MH-3	Wachttijd van langer dan 1 maand voor eerste contact in ambulant centrum voor geestelijke gezondheidszorg (% van populatie met contact in ambulant centrum voor geestelijke gezondheidszorg)
In het hoofdstuk over ouderenzorg	
ELD-1	Langetermijnzorg in residentiële voorzieningen (% populatie 65+ jaar)
ELD-2	Langetermijn thuiszorg (% populatie 65+ jaar)
ELD-3	Mantelzorgers (% van populatie 50+ jaar)
ELD-4 NIEUW	Aantal bedden voor langdurige zorg in instellingen
ELD-5 NIEUW	Personen met een lage zorgafhankelijkheid in een residentiële/woonzorgvoorziening voor ouderen
ELD-6 NIEUW	Aantal praktiserende geriaters per 1000 inwoners
In het hoofdstuk over zorg rondom het levenseinde	
EOL-1	Patiënten die palliatieve zorg kregen (% van terminale kankerpatiënten die binnen het jaar stierven)
EOL-2	Patiënten die stierven binnen de week na de opstart van palliatieve zorg (% van terminale kankerpatiënten die palliatieve zorg kregen en binnen het jaar stierven)

Tabel 9 – Toekomstige publicatie op de website

(ID) Indicator		Bron
NIEUW	Catastrofale uitgaven voor gezondheidszorg	EU-SILC, IMA, Huishoudbudgetenquête
NIEUW	toegankelijkheid van een spoeddienst binnen een bepaald tijdsbestek	NGI
NIEUW	toegankelijkheid van een materniteitsdienst binnen een bepaald tijdsbestek	NGI



5 EFFICIËNTIE VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM

Efficiëntie definiëren

Efficiëntie van gezondheidszorg gaat over de verhouding tussen input (d.w.z. geld, tijd, personeel, kapitaal) en tussentijdse output (bv. aantal behandelde patiënten, wachttijd) of finale gezondheidsuitkomsten (bv. gewonnen levensjaren, gewonnen Quality-Adjusted Life Years (QALYs)). Idealiter ligt de focus van de economische evaluaties op deze finale gezondheidsuitkomsten en niet de op de tussentijdse output.⁷⁹ De relatie tussen input en uitkomsten is echter complex en wordt gestuurd door factoren buiten de controle van de beleidsmakers binnen het gezondheidssysteem.⁸⁰ In de literatuur zijn er ontelbare definities van efficiëntie in gezondheidszorg. Het belangrijkste verschil tussen al deze definities is de manier waarop kwaliteit wordt bepaald.⁸¹

Een verwant concept is '*waar voor geld*' (*value for money*), dat ook bepaald wordt door de relatie tussen input (geld) en output (gewaardeerde output of uitkomst). Gewaardeerde output kan zowel gezondheidswinst, positieve patiëntervaring, kleinere ongelijkheden of bredere sociale en economische voordelen van de gezondheidsdiensten zijn.⁸²

Efficiëntie meten

De efficiëntie van gezondheidszorg wordt meestal gemeten op drie niveaus:⁸³ dat van het gezondheidssysteem, van de sub-sector en van het ziekteniveau.

Elk niveau heeft voor- en nadelen. Een vaak gebruikte indicator van efficiëntie op systeemniveau is levensverwachting in verhouding tot de uitgaven voor gezondheid per capita. Het belangrijkste nadeel van deze indicator is dat uitgaven voor gezondheid slechts een van de vele determinanten zijn van levensverwachting. Daarom werd deze analyse in dit rapport niet uitgevoerd. Indicatoren op sub-sector niveau resulteren makkelijker in sectorspecifieke (bv. de ziekenhuissector) aanbevelingen en acties. Uitkomstmaten op ziekenhuisniveau zijn echter nog niet algemeen beschikbaar. Uitkomstmaten met betrekking tot specifieke ziektes zijn wel beschikbaar, maar ziektegebonden uitkomsten linken aan input blijft een uitdaging.

Geselecteerde efficiëntie-indicatoren in dit rapport

Er werden vier indicatoren geselecteerd om de efficiëntie van het gezondheidssysteem te evalueren (Tabel 10).

Ze worden alle vier gemeten op sub-sector niveau. Net zoals in andere Europese landen is er in België een tendens naar een meer efficiënt gebruik van zorgdiensten. De indicatoren evolueren immers positief in de loop van de tijd: toename van gebruik van goedkopere geneesmiddelen (medicatie en biosimilars) en daling van de verblijfsduur voor een normale bevalling (wat een meer vergelijkbare indicator is tussen landen dan de gemiddelde verblijfsduur voor de totale ziekenhuispopulatie omwille van de verschillen in patiënt *casemix*). De verblijfsduur na bevalling in België ligt bijna in de lijn met het EU-15 gemiddelde (zie hoofdstuk 1 voor een meer gedetailleerde analyse).



Tabel 10 – Indicatoren voor de efficiëntie van gezondheidszorg

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
E-1	Chirurgische dagopnames (% van de opnames voor chirurgie)	●	47,2	2016	49,5	42,9	45,3	MZG	-
E-2	Verblijfsduur voor normale bevalling (gemiddeld, dagen)	⊕	3,1	2016	3,2	3,1	2,9	MZG	2,8 ⁽¹⁾
E-3	Gebruik van goedkope geneesmiddelen (% van totale ambulante DDD's)	⊕	53,8	2017	54,9	51,8	52,8	Farmanet	-
E-4	Behandeling met biosimilars (%)*	⊕	5,71	2017	-	-	-	RIZIV	-
NIEUW	Behandeling met biosimilars in de ambulante zorg (%)		1,71		1,87	1,11	2,86		

Goede (●), gemiddelde (●+) of slechte (●-) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg).

⁽¹⁾ Bron: OECD Health Statistics * Deze indicator toont het volume van dit type geneesmiddelen, maar geeft geen informatie over het prijsniveau in vergelijking met andere biologische geneesmiddelen.

Andere indicaties van (in)efficiëntie

In dit deel stellen we indicatoren van andere dimensies of domeinen voor die inefficiënties in het gezondheidszorgstelsel tonen.

De richtlijnen over borstkankerscreening bevelen geen screening aan bij vrouwen jonger dan 50 jaar, behalve in specifieke medische situaties. Gebrekkige naleving van deze richtlijnen duidt op ongepastheid van de huidige preventieve praktijken: een hoog aandeel vrouwen jonger dan 50 jaar (35% in 2016) wordt gescreend. In Vlaanderen wordt een dalende trend waargenomen (van 31% screening buiten de doelgroep in 2008 naar 26% in 2016).

De richtlijnen voor aspecifieke rugpijn bevelen in de meeste gevallen geen beeldvorming aan. Toch stellen we vast voor deze aandoening beeldvormingsonderzoek gebruikelijk is, ook al kan dat schadelijk zijn, zoals bij röntgenonderzoek of CT-scan (ioniserende stralingen die kanker kunnen veroorzaken).

Volgens de richtlijnen moeten patiënten met ernstige depressie minstens 3 maanden worden behandeld met antidepressiva. Nochtans zijn meer dan 4 op de 10 behandelingsepisodes korter dan 3 maanden.

Tabel 11 – Illustratieve indicaties van inefficiëntie

Oorzaak inefficiëntie	Indicator	Indicator ID	Resultaat voor België
Screening buiten doelgroep	Borstkankerscreening buiten doelgroep: vrouwen van 41-49 jaar, in de voorbije twee jaar (%)	ID11	● 34,5
Overgebruik onderzoeken/materiaal	Beeldvorming lumbale wervelkolom (Rx, CT-scan, MRI per 100 000 inwoners)	QA-6	●+ 10 620
Ongepaste behandeling	Percentage patiënten met kortetermijnbehandeling (< 3 maanden) met antidepressiva (% van populatie onder antidepressiva)	MH-8	●+ 42,6

Goede (●), gemiddelde (●+) of slechte (●-) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg).



6 DUURZAAMHEID VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM

Duurzaamheid kan worden gedefinieerd als het vermogen van het systeem om:⁸⁴

- duurzaam gefinancierd te blijven door publieke middelen;
- een infrastructuur, een personeelsbestand (bv. door opleiding en training), voorzieningen en materiaal ter beschikking te stellen en te behouden;
- innoverend te zijn;
- in te spelen op nieuwe noden.

Voor de vier elementen uit de definitie werden in totaal 16 specifieke indicatoren geselecteerd (zie Tabel 12).

In dit rapport is duurzaamheid een ruim en heterogeen begrip. De combinatie van sub-dimensies (uitgaven, personeelsbestand, rol van ziekenhuizen en innovatie) weerspiegelt deze heterogeniteit, en geeft een brede waaier aan indicaties voor een duurzaam gezondheidssysteem.

Financiële duurzaamheid

Een specifiek aspect van deze dimensie is de financiële duurzaamheid dat de economische duurzaamheid en de fiscale duurzaamheid omvat.

Economische duurzaamheid verwijst naar de groei van gezondheidsuitgaven als een aandeel van het BBP. De totale uitgaven zijn duurzaam tot op het punt dat de sociale kost van deze uitgaven de geproduceerde waarde overschrijdt. Daarnaast geeft **het aandeel van de lopende gezondheidszorguitgaven in het BBP (S-1)** het belang aan van de gezondheidssector in de algemene economie van een land. In België zijn de lopende gezondheidsuitgaven gestegen van 8,9% van het BBP in 2006 tot 10,0% in 2016. Sinds 2009 is de trend gestabiliseerd rond 10% van het BBP. Het EU-15-gemiddelde volgt een gelijkaardige evolutie, maar met een iets lager aandeel van het BBP, ongeveer 9,5% tot 9,8% sinds 2009. In absolute cijfers stegen de lopende **gezondheidszorguitgaven** in België van

€ 28 952 miljoen (€ 2 745 per capita) in 2006 tot € 42 430 miljoen (€ 3 745 per capita) in 2016. **Aan de hand van de lopende uitgaven voor gezondheidszorg, uitgedrukt per capita en in koopkrachtequivalenten (Purchasing Power Parity (PPP), US\$) (S-2)**, kan een internationale vergelijking worden gemaakt. De lopende gezondheidszorguitgaven in België, uitgedrukt per capita en in PPP US\$, volgen dezelfde trend als het EU-gemiddelde.

Fiscale duurzaamheid verwijst naar de capaciteit om publieke inkomsten te genereren (belastingen en sociale bijdragen) om te voldoen aan de publieke uitgaven.⁸⁵ Lopende totale (S-1) en **publieke (S-3) uitgaven voor gezondheid** zijn dus complementair in het weerspiegelen van de financiële duurzaamheid van het systeem.⁸⁵ In 2016 werd 78,8% van de gezondheidsuitgaven gefinancierd door de publieke sector. Dit percentage steeg van 76,3% in 2006 tot 78,8% in 2016 en ligt iets boven het EU-15-gemiddelde (76,6% in 2016). In 2017 werd ook een hervorming in de financieringsmechanismen van de sociale zekerheid in België doorgevoerd, alsook andere hervormingen om de groei van de overheidsuitgaven voor de gezondheidszorg beter onder controle te houden (zie Tekstbox 10). De evolutie van de financieringsbronnen van de gezondheidszorg komt ook aan bod in sectie 7.2.

Tekstbox 10 – De hervorming in de financieringsmechanismen van de sociale zekerheid in België

In maart 2017 keurde het Belgische parlement delen van een nieuwe hervorming goed met betrekking tot de financiering van de sociale zekerheid, waaronder de gezondheidszorg. Deze hervorming is onder meer bedoeld enerzijds om de groei van de publieke uitgaven voor gezondheidszorg beter onder controle te houden door de verantwoordingsplicht bij de sociale partners te vergroten en anderzijds om een deel van de belastingdruk van socialezekerheidsbijdragen over te dragen naar andere vormen van belastingheffing, zoals belasting over de toegevoegde waarde (BTW). De belangrijkste elementen van deze hervorming zijn:

- Eigen alternatieve financiering voor de gezondheidszorg omvat uitsluitend inkomsten uit BTW



- De overheidsinkomsten kunnen onder bepaalde voorwaarden worden verhoogd met een verouderingscoëfficiënt (waaronder de voorwaarde dat de reële groei van het BBP groter is dan 1,5% en dat mensen de arbeidsmarkt gemiddeld op een latere leeftijd verlaten)
- De zogenaamde 'bijdrage tot het financieel evenwicht' (voorzien door de federale overheid om eventuele tekorten te compenseren) hangt af van een reeks verantwoordingsfactoren op macroniveau.⁸⁶

In 2016 waren de sociale zekerheidsinkomsten als volgt verdeeld:⁸⁷

- Sociale zekerheidsbijdragen (62%),
- Overheidssubsidies (22%)
- Alternatieve financiering (11%)
- Andere (5%)

Personeelsbestand

Een andere sub-dimensie van duurzaamheid is de capaciteit van het systeem om een voldoende groot personeelsbestand ter beschikking te stellen en te behouden. Specifieke indicatoren om de duurzaamheid van het personeelsbestand te meten zijn het aantal nieuw afgestudeerden (S-4, S-8), het aandeel buitenlandse werkkrachten (S-14, S-16), het aandeel zorgverleners dat in de nabije toekomst op pensioen zal gaan (S-7, S-10) en de graad van specialisatie (S-5, S-9)

Toegankelijkheid, gemeten volgens de dichtheid van praktiserende artsen en verpleegkundigen (A-5, A-6 in hoofdstuk 4 over de toegankelijkheid van de zorg), kan een probleem worden als er een tekort is aan afgestudeerde zorgverleners.

Artsen

Het **aantal afgestudeerde artsen per 100 000 inwoners** steeg tussen 2006 en 2016 van 6.5 naar 14.2 (S-4). De gevolgen van de *numerus clausus* waren voor het eerst zichtbaar in 2004 (835 afgestudeerden in 2004 versus 1193 in 2003). Er werd ook een systeem van '*smoothing numbers*' ingevoerd, waardoor de universiteiten de toekomstige quota al konden gebruiken om voor de bestaande studenten akkoorden af te sluiten. Dit zou gedeeltelijk kunnen verklaren waarom het aantal afgestudeerde artsen geleidelijk is gestegen en sinds 2014 de dichtheidsaantallen van 2003 overschrijdt. In vergelijking met andere Europese landen ligt de dichtheid van 12 afgestudeerde artsen per 100 000 inwoners in 2015 onder het Europese gemiddelde van 14 per 100 000 inwoners (gebaseerd op 13 landen en gegevens uit 2015, d.w.z. het laatste jaar met voldoende gegevens beschikbaar). Gezien de evolutie (14,8 in 2017 in België), zal het Belgische cijfer mogelijk in de toekomst het Europese gemiddelde overschrijden. Het percentage buitenlandse afgestudeerde artsen met een Belgisch diploma (12,8% in België) varieert sterk tussen de gemeenschappen: een stabiele 7% voor de Vlaamse Gemeenschap en een stijgende 18% voor de Franse Gemeenschap.

Door artsen opgeleid in het buitenland, aan te trekken, kan het aantal artsen in een land ook op peil worden gehouden. In een "Wereldwijde gedragscode voor de internationale rekrutering van zorgpersoneel" ('Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel') moedigt de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) de landen echter aan tot meer "zelfredzaamheid" in de opleiding van zorgpersoneel. Het aandeel **in het buitenland opgeleide artsen** in verhouding tot het totale aantal artsen dat erkend is om het beroep uit te oefenen (S-14) varieert van minder dan 5% in Italië en Nederland tot meer dan 35% in Ierland. Het Belgische aandeel van 11,5% is licht onder het Europese gemiddelde (13,9%, op basis van 10 landen en gegevens uit 2015). De vergelijking tussen landen moet echter voorzichtig geïnterpreteerd worden omdat niet alle landen dezelfde definities hanteren. Het percentage in het buitenland opgeleide artsen (d.w.z. met een buitenlands diploma) steeg geleidelijk in België van 4% in 2000 tot 12% in 2017. De helft van deze artsen was afkomstig uit Frankrijk, Nederland en Roemenië.



Bovendien stellen we vast dat de doorstroom van pas afgestudeerde artsen naar huisartsgeneeskunde problematisch blijft. Hoewel het **aandeel afgestudeerde artsen dat** twee jaar na het behalen van het diploma (als percentage van alle medische specialismen) **huisarts werd**, steeg van 25% in 2010 tot 31% in 2016 (S-5), blijft de vooruitgang laag gezien alle inspanningen om het huisartsenberoep aantrekkelijker te maken. Volgens de Planningscommissie moet dit aandeel om en bij de 40% bedragen.⁸⁸ Een gevolg hiervan is dat huisartsen in 2016 de oudste **gemiddelde leeftijd** hebben (52,7 jaar, gewogen naar VTE, S-6), terwijl deze leeftijd in 2000 vergelijkbaar was met die van de andere specialismen. De gemiddelde leeftijd ligt ook iets hoger voor Franstalige (54 jaar) dan voor Nederlandstalige huisartsen (52 jaar, onderscheid gebaseerd op de taalkundige rol van de arts). Het aandeel praktiserende artsen van **55 jaar en ouder** (S-7 en S-15) steeg eveneens, en is vooral hoog voor huisartsen (54,5% van de praktiserende huisartsen in 2015). Ook dit percentage ligt hoger voor Franstalige huisartsen dan voor Nederlandstalige huisartsen (respectievelijk 59% en 51%).

Verpleegkundigen

In 2017 studeerden in totaal 6 357 nieuwe verpleegkundigen af in België. De dichtheid van 50 afgestudeerde verpleegkundigen per 100 000 inwoners (S-8) ligt boven het EU-13 gemiddelde van 42 per 100 000 inwoners (gebaseerd op gegevens uit 2015). Deze vergelijking wordt echter vertekend door het grote aandeel buitenlandse studenten in de Franse Gemeenschap, die België meestal verlaten na hun opleiding. Het aandeel buitenlandse studenten in de Franse Gemeenschap is aanzienlijk (32% op basis van nationaliteit en 15,5% op basis van woonplaats); in de Vlaamse Gemeenschap is dat aandeel echter klein (<5%). 454 verpleegkundigen met een buitenlands diploma kregen in 2017 een visum in België.

Het aandeel nieuw afgestudeerde verpleegkundigen met een bachelor diploma steeg sterk van 20,1% in 2007 tot 59,6% in 2011, en stabiliseerde daarna rond 55% op nationaal niveau. Het percentage ligt hoger in de Franse Gemeenschap (64,8%) dan in Vlaanderen (48,8%). Deze trend moet worden gemonitord, om een goed opgeleid bestand van verpleegkundigen te kunnen garanderen voor de komende jaren.

In 2016 was 33,4% van de professioneel actieve verpleegkundigen in België ouder dan 50 jaar (S-10, 34,1% in Vlaanderen, 31,3% in Wallonië, 35,2% in Brussel), terwijl 18% 55 jaar of ouder was (18,3 % in Vlaanderen, 17,9% in Wallonië, 20,5% in Brussel).

Van alle verpleegkundigen die in België erkend zijn om het beroep uit te oefenen, stijgt het aandeel verpleegkundigen dat in het buitenland is opgeleid (S-16) geleidelijk doorheen de tijd (van 0,5% in 2000 tot 3,5% in 2017). Het aandeel is nu vergelijkbaar met het EU-gemiddelde (gebaseerd op gegevens uit 2015 en 8 EU-landen).

Behoud van voorzieningen: ligdagen in acute zorg

Het aantal **ligdagen in acute zorg per capita** is een indicatie van de behoefte van de bevolking aan bedden in acute zorg, en dus van de infrastructuur die nodig is. In 2016 werden 12.4 miljoen dagen doorgebracht in acute ziekenhuizen (uitsluitend klassieke hospitalisatie, daghospitalisatie niet meegerekend). Per capita komt dit neer op 1.1 ligdagen in acute zorg, wat dicht ligt bij het Europese gemiddelde (S-11). Toch is dit aantal vrij hoog in vergelijking met buurlanden zoals Nederland (met 0,5 ligdagen in acute zorg per capita in 2016).

Sinds 2003 is dit cijfer vrij stabiel in België, terwijl in dezelfde periode de gemiddelde verblijfsduur voor de meeste APR-DRG daalde en het aantal klassieke opnames steeg.³⁶ Als de stijging van het aantal klassieke opnames een gevolg is van bijvoorbeeld een vergrijzende bevolking, en de kortere verblijfsduur de gezondheidsuitkomsten niet negatief beïnvloedt, kan deze combinatie beschouwd worden als een verbetering van de efficiëntie van de ziekenhuissector op macroniveau.



Innovatie

Een indicator van een innovatief systeem is het gebruik van nieuwe technologieën. In 2016 was 65% van de globale medische dossiers (GMD) elektronisch. Sinds de invoering van MyCareNet wordt een continue stijging vastgesteld in het aandeel huisartsen dat een eGMD (elektronisch globaal medisch dossier) via MyCareNet gebruikt (van 16% in het eerste trimester van 2016 tot 58% in het derde trimester van 2018) (S-13)

Het bijhouden van elektronische patiëntdossiers is waarschijnlijk niet de meest up-to-date indicator voor nieuwe technologieën, maar nieuwe gegevens over het gebruik van het *eHealth*-platform zouden binnenkort beschikbaar moeten zijn. En dat is een betere meting van het gebruik van nieuwe technologieën. Meer details over de initiatieven rond E-health worden beschreven in Tekstbox 11. We moeten tevens opmerken dat het percentage elektronische voorschriften in België niet kan worden berekend omdat we niet beschikken over de informatie m.b.t. het totale aantal voorschriften dat per jaar wordt uitgeschreven (elektronisch en op papier). Elektronisch voorschrijven is nog niet verplicht in ambulante setting in België, maar er loopt wel een procedure om het te verplichten tegen 2020. In oktober 2018 maakten ongeveer 13 648 artsen en 3 733 tandartsen gebruik van een elektronisch voorschrift, goed voor ongeveer 3,5 miljoen voorschriften.^{89, 90}

Een andere indicator van innovatie is de snelle toegang tot innovatieve geneesmiddelen. Het weerspiegelt ook de algemene duurzaamheid van het gezondheidszorgsysteem, in zijn vermogen om innovatie te integreren. Een studie van de Europese federatie van farmaceutische industrieën en verenigingen (EFPIA) werd in voorgaand performantierapport gebruikt om dit aspect te meten. Details van de laatste resultaten (periode 2014-2016) zijn echter niet meer openbaar. We besloten daarom om deze indicator niet op te nemen in dit rapport (zie ook bijlage over uitsluiting van indicatoren, om meer te weten m.b.t. de redenen van de uitsluiting). Dit punt moet in de toekomst verder worden onderzocht. We merken op dat de laatste jaren

maatregelen zijn genomen om de toegang tot innovatieve geneesmiddelen te verbeteren, zoals de mogelijkheid sinds 2010 om te werken met overeenkomsten voor innovatieve geneesmiddelen met klinische of economische onzekerheden (zie het KCE-rapport 288 over de zogenaamde art.81-overeenkomsten) of het toekomstpact in 2015 dat onder meer de toegang tot innovatieve geneesmiddelen wil bevorderen.⁹¹

Tekstbox 11 – E-health in België

E-health of elektronische gezondheid wordt gedefinieerd als het geheel van middelen en diensten die gebruik maken van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën (ICT) ter ondersteuning en verbetering van de gezondheidszorg^m. E-health omvat de elektronische medische dossiers, elektronische voorschriften etc. en telegezondheid, telegeneeskunde, mobiele gezondheid (of m-gezondheid). Een goed opgezette e-gezondheidsstrategie verbetert de kwaliteit van de gezondheidsinformatie, versterkt het nationale gezondheidszorgsysteem, garandeert een toegankelijke, hoogwaardige gezondheidszorg voor iedereen en verbetert de doeltreffendheid van de gezondheidszorgⁿ.

Na de organisatie in 2012 van een panelgesprek over de ontwikkeling van de automatisering van de gezondheidszorg werd in België een “actieplan e-Gezondheidszorg” opgesteld voor de duur van 5 jaar (2013-2018). Dit plan werd goedgekeurd door de verschillende overheden bevoegd voor gezondheid (9 ministeries, leden van federale en gefedereerde entiteiten) en er werden 20 actiepunten geformuleerd met concrete uit te voeren doelstellingen^o. De doelstellingen waren de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners, de grotere betrokkenheid bij en kennis over e-gezondheid van patiënten, de ontwikkeling van een gemeenschappelijke terminologie, de vereenvoudiging van administratieve procedures, meer doeltreffendheid en de oprichting van een transparante controlestructuur met alle betrokken actoren. In 2018 werd ongeveer 75% van deze

^m <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/e-gezondheid/Paginas/default.aspx>

ⁿ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/e-health/e-health-readmore>

^o <http://www.plan-esante.be/>



doelstellingen bereikt^p.

In 2018 besloot de interministeriële conferentie over volksgezondheid om een nieuw plan 2019-2021 op te stellen om lopende projecten te bekrachtigen en de coördinatie van e-gezondheidsinitiatieven te ondersteunen. Aan dit toekomstige eGezondheidsplan (2019-2021) wordt nog gewerkt en zal waarschijnlijk indicatoren bevatten.

Momenteel zijn er in België enkel procesindicatoren beschikbaar. Deze zijn moeilijk te interpreteren in het licht van de globale beoordeling van de performantie van de gezondheidszorg.

Conclusie

De interpretatie van duurzaamheidsindicatoren wordt bemoeilijkt door het gebrek aan afdoende drempelwaarden. Daarom worden sommige indicatoren beschouwd als contextuele indicatoren. Sommige verdienen echter om te worden verbeterd of zorgvuldig opgevolgd: het aandeel (nieuwe) huisartsen op het totaal van alle specialismen, het aandeel huisartsen van 50 jaar of ouder (en het gemiddeld aantal jaren actief als huisarts), het aandeel afgestudeerde verpleegkundigen met een bachelor diploma, en, in mindere mate, het aantal curatieve ligdagen per capita en het gebruik van elektronische medische dossiers.

Tabel 12 – Indicatoren voor de duurzaamheid van het gezondheidssysteem

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Gezondheidszorguitgaven en financiering									
S-1	Lopende gezondheidszorguitgaven (% BBP)	→	10,0	2016	---	---	---	SHA-OECD	9,5
S-2	Lopende gezondheidszorguitgaven per capita (in PPP US\$)	↗	4 659,5	2016	---	---	---	SHA-OECD	4538,7
S-3	Lopende gezondheidszorguitgaven (% gefinancierd door publieke sector)	→	78,8	2016	---	---	---	SHA-OECD	76,6
Toekomstig personeelsbestand (instroom, uitstroom)									
S-4	Afgestudeerde artsen (per 100 000 inwoners)	↗	12,1 (14,8)	2015 (2017)	---	---	---	FOD kadaster; OECD 2018	14,2 (EU-13)
S-14	Artsen opgeleid in het buitenland (% van artsen die erkend zijn om het beroep uit te oefenen)	↗	11,5	2015	---	---	---	FOD; OECD 2018	13,9 (EU-10)
S-5	Afgestudeerde artsen die huisarts worden (% van afgestudeerden in alle medische specialismen)	+	31,1	2016	34,9*	27,3*	---	RIZIV	---

^p <https://www.health.belgium.be/nl/news/interministeriele-conferentie-volksgezondheid-van-26-maart-2018>



S-6	Gemiddelde leeftijd van praktiserende huisartsen (in VTE, jaren)	⬇	52,7	2016	52,0*	53,8*	---	RIZIV	---
S-7	Artsen van 55+ (% van alle praktiserende artsen)	⬇	44,4	2015	41,3*	47,8*	---	RIZIV; OECD 2018	34,5
S-15 NIEUW	Huisartsen van 55+ (% van alle praktiserende artsen)	⬇	54,5	2015	51,1*	58, 6*	---	RIZIV	---
S-8	Afgestudeerde verpleegkundigen (per 100 000 inwoners)	↗	49,7	2015	---	---	---	FOD kadaster; OECD 2018	42,3 (EU-13)
S-9	Afgestudeerde verpleegkundigen met een bachelor diploma volgen (% van de nieuw afgestudeerde verpleegkundigen)	→	55,7	2017	48,8*	64,8*	---	FOD kadaster	---
S-10	Verpleegkundigen van 50+ jaar (% van alle professioneel actieve verpleegkundigen)	C	33,4	2016	34,1	31,3	35,2	FOD	---
S-16 NIEUW	Verpleegkundigen opgeleid in het buitenland (% van verpleegkundigen die erkend zijn om het beroep uit te oefenen)	↗	3,2	2015	---	---	---	FOD kadaster; OECD 2018	3,2 (EU-8)
Behoud van voorzieningen									
S-11	Ligdagen curatieve zorg (aantal/capita)	ST	1,1	2016	1,06	1,17	1,04	MZG; OECD	1,0
Innovatie									
S-13	Percentage huisartsen die een elektronisch globaal medisch dossier (eGMD) gebruiken via MyCareNet	+	58	2018 (q3)	---	---	---	eHealth	---
S-17 NIEUW	Elektronisch globaal medisch dossier (% van alle globale medische dossiers)	●	65	2016	67	59	62	IMA; RIZIV	---

*Gebaseerd op de taalrol van de arts (en niet op regionaal niveau)

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



7 BILLIJKHEID EN ONGELIJKHEID

7.1 Socio-economische ongelijkheden in het gebruik van gezondheidsdiensten

Onderzoek heeft herhaaldelijk aangetoond dat gezondheid en het gebruik van gezondheidszorg ongelijk verdeeld is in de samenleving.⁹²⁻⁹⁵ **Socio-economische ongelijkheden** in het gebruik van gezondheidszorg worden gedefinieerd als verschillen, variaties en ongelijkheden in gezondheidszorg die tussen sociaal-economische groepen worden waargenomen.

Ongelijkheden die onrechtvaardig zijn, worden onbillijkheden genoemd. Het oorspronkelijke doel van dit hoofdstuk was het meten van onbillijkheden. Maar om een onderscheid te kunnen maken in de verschillende onderliggende oorzaken van socio-economische ongelijkheden (zie hieronder) is veel informatie nodig over individuen en huishoudens m.b.t. o.m. gezondheidsstatus, inkomen, opleiding, activiteitsstatus en zorggebruik (zoals gemeten door verschillende indicatoren in dit rapport). Gezien geen enkele databank alle benodigde informatie samenbrengt, werd een machtiging gevraagd om verschillende databronnen te koppelen. Ondanks het feit dat de machtiging meer dan een jaar geleden werd aangevraagd, waren de gegevens nog niet beschikbaar bij de publicatie van dit rapport.

Later dit jaar zal een vervolgrapport gepubliceerd worden met een bijkomende analyse van onbillijkheden in het gebruik van en de betalingen voor gezondheidszorg.

Er is op dit moment wel voldoende informatie om socio-economische ongelijkheden te berekenen. Aangezien ongelijkheden aanwezig zijn in het gehele gezondheidszorgsysteem, is het relevant om ze in kaart te brengen voor de verschillende domeinen. Dit hoofdstuk brengt resultaten samen van de verschillende dimensies en domeinen waarin we een onderscheid naar socio-economische groep konden maken (zie Tabel 13 hieronder).

De socio-economische ongelijkheden in het zorggebruik hebben meerdere onderliggende oorzaken.^{96, 97} Ze weerspiegelen niet alleen verschillen in gezondheidsstatus en medische noden. Ze worden ook veroorzaakt door

andere individuele keuzes en voorkeuren met betrekking tot het gebruik van bepaalde diensten, verschillen in socio-economische status (opleiding, inkomen, activiteitsstatus), verschillen in levensstijl, verschillen in de dekking door (aanvullende) ziekteverzekeringen, enz. Sommige ongelijkheden kunnen als onrechtvaardig worden beschouwd (bv. verschillen in zorggebruik op basis van inkomen of opleidingsniveau), terwijl andere dat niet zijn (bv. verschillen in zorggebruik op basis van medische noden).⁹⁶⁻⁹⁸ Ongelijkheden die onrechtvaardig zijn, worden onbillijkheden genoemd. Voor de analyse van onbillijkheden moeten de ongelijkheden worden gecorrigeerd zodat er rekening wordt gehouden met de aard – rechtvaardig of onrechtvaardig – van de onderliggende oorzaken.

Meer informatie over de methodologie in dit hoofdstuk en over het vervolgrapport is te vinden in Tekstbox 12.



Tekstbox 12 – Hoe hebben we de socio-economische ongelijkheden gemeten?

Hoe hebben we socio-economische groepen gedefinieerd?

Het socio-economisch statuut (SES) wordt op drie manieren bepaald. Sociale groepen worden onderscheiden op basis van inkomenskwintielen voor indicatoren berekend met gegevens uit EU-SILC; op basis van het opleidingsniveau voor indicatoren berekend met gegevens uit EU-SILC en HIS^q; en op basis van het terugbetalingstatuut van medische kosten voor indicatoren met gegevens van administratieve databanken.^r

Hoe hebben we ongelijkheden gemeten in dit hoofdstuk?

Om de grootte van de ongelijkheden te berekenen, werden twee ongelijkheidsmaatstaven gebruikt:^{100, 101}

- Het **absolute verschil**, gedefinieerd als het verschil tussen de gemiddelde waarden waargenomen in de minst bevoordeelde sociale subgroep en de meest bevoordeelde sociale subgroep.
- Het **relatieve verschil**, die wordt berekend door de gemiddelde waarde waargenomen in de minst bevoordeelde sociale subgroep te delen door de gemiddelde waarde van de meest bevoordeelde sociale subgroep.

Van de meting van ongelijkheid naar onbillijkheid in een vervolgrapport

Bepaalde ongelijkheden in zorggebruik zijn te rechtvaardigen en moeten niet als problematisch worden beschouwd. Verschillen in zorggebruik op basis van medische noden zijn hiervan een voorbeeld. Naarmate

gezondheidsstatus en bijgevolg ook medische noden, systematisch zijn geassocieerd met socio-economische status, zullen de verschillen in gebruik die verklaard worden door verschillende medische noden gemeten worden als socio-economische ongelijkheden. Dit bemoeilijkt de interpretatie van socio-economische ongelijkheden.

De opzet van het vervolgrapport is het meten van **onbillijkheden in zorggebruik**, d.w.z. de ongelijkheden die als onrechtvaardig worden beschouwd.^{96, 98} Er wordt een methodologie voorgesteld die ongelijkheden corrigeert voor medische noden en die, meer algemeen, tracht een onderscheid maakt tussen rechtvaardige en onrechtvaardige oorzaken van ongelijkheden. De analyse gebruikt informatie afkomstig van individuen en huishoudens over onder meer gezondheidsstatus, inkomen, opleiding, activiteitsstatus, gezinskenmerken, verzekeringsstatus en het gebruik van en de beschikbaarheid van gezondheidszorg.

Daarnaast wordt ook de **billijkheid in de financiering van gezondheidszorg** bestudeerd. Er is een vrijwel algemene consensus dat de financiële last van zorggebruik niet buitenproportioneel mag rusten op de schouders van de zieken. Dit uitgangspunt zal worden beoordeeld d.m.v. een analyse van de herverdelende impact van de financiering van de gezondheidszorg enerzijds en van het risico op catastrofale en verarmende eigen betalingen voor gezondheidszorg anderzijds. Deze indicatoren kwantificeren de verhouding tussen de uitgaven voor gezondheidszorg en de financiële draagkracht van een gezin.¹⁰²⁻¹⁰⁶

^q HIS groepeerde het opleidingsniveau in 4 niveaus: laag opleidingsniveau (geen diploma of diploma lagere school), lager secundair onderwijs, hoger secundair onderwijs en hoger onderwijs. SILC groepeerde het opleidingsniveau in 3 niveaus: laag opleidingsniveau (geen diploma, diploma lagere school en diploma lager secundair onderwijs), hoger secundair onderwijs en hoger onderwijs.

^r Er zijn twee terugbetalingsstatuten: recht op verhoogde terugbetaling van medische kosten of niet. Het al dan niet recht hebben op een verhoogde

tegemoetkoming is afhankelijk van het gebruik van specifieke sociale uitkeringen (bv. leefloon), het hebben van een specifieke status (bv. wees), of het wonen in een gezin met een laag inkomen.⁹⁹ De diversiteit van de criteria die recht geven op de verhoogde tegemoetkoming, maakt het moeilijk deze sociale groep duidelijk te typeren. Een bijkomend probleem is dat een groot aantal gezinnen geen gebruik maakt van hun recht op verhoogde tegemoetkoming, hetgeen een vertekend beeld geeft van de samenstelling van deze sociale groep.⁹⁹



Overzicht van resultaten

Tabel 13 toont de socio-economische ongelijkheden voor een reeks van indicatoren. Ze zijn geordend volgens de in het rapport gebruikte dimensies en domeinen. De voorgestelde ongelijkheden geven aan dat de minder bevoordeelde groepen (met een laag opleidingsniveau, met een laag inkomensniveau, of die genieten van een verhoogde tegemoetkoming):

- meer uitgestelde medische en tandheelkundige onderzoeken omwille van financiële redenen rapporteren. Ondanks de genomen maatregelen om de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren, worden grote - en groeiende – socio-economische ongelijkheden vastgesteld. Uitgestelde contacten komen 4 keer vaker voor in de groep met een laag opleidingsniveau in vergelijking met de groep met een hoog opleidingsniveau; de verschillen per inkomenskwintiel zijn nog meer uitgesproken. Het aandeel personen dat aangeeft zorg uit te stellen bedraagt in de laagste en in de hoogste inkomenskwintielen respectievelijk 6,7% en 0,0% voor medische onderzoeken en 10,5% en 0,3% voor tandheelkundige onderzoeken.
- minder gebruik maken van preventieve zorg. Er is een aanzienlijk lagere participatiegraad voor borstkankerscreening (voor vrouwen van 50-69: 48,1% versus 65,1%). Ook regelmatige bezoeken aan de tandarts gebeuren minder frequent (40,7% versus 57,4%). Personen met een verhoogde tegemoetkoming krijgen wel iets vaker een griepvaccinatie (57,6% versus 53,6%). De financiële drempel voor gezondheidszorgconsumptie (zie hierboven) is dus niet de enige drempel, aangezien er zelfs ondergebruik is van gratis gezondheidsgoederen of -diensten.
- een hoger aandeel vrouwen met een laag-risico zwangerschap minder dan de aanbevolen 7 prenatale consultaties heeft (7,4% versus 3,3%).
- meer geneigd zijn om medicatie te gebruiken. Niet alleen gebruikt een groter aandeel meer antibiotica (37,9% versus 23,2%) en antidepressiva (22,0% versus 8,8%), maar ook zijn de ingenomen dosissen hoger. Er is bovendien een hoger risico op het gebruik van 5 of meer geneesmiddelen (48% versus 35%).
- genieten van een goede continuïteit van zorg. Ze hebben een hogere dekking van het globaal medisch dossier (73,7% versus 66,5%), worden vaker opgevolgd door dezelfde huisarts (UPC $\geq 0,75$: 73,1% versus 66,2%) en hebben meer kans op contact met een huisarts binnen 7 dagen na ontslag uit het ziekenhuis (63,4% versus 52,4%). De opvolging van diabetespatiënten loopt zeer gelijkmatig in de meer minder bevoordeelde groepen. De gepaste opvolging van volwassen diabetespatiënten onder insuline is zelfs iets beter voor personen met een verhoogde tegemoetkoming van medische kosten (32,3% versus 24,8%).
- het contact met hun huisarts niet anders beoordelen dan de meer bevoordeelde groepen, en dit met betrekking tot voldoende consultatietijd, heldere uitleg, gelegenheid tot vragen stellen, betrokkenheid bij de beslissing over de behandeling. De minder bevoordeelde groepen ervaren specialisten weliswaar als minder duidelijk en open in de omgang. Toch wordt de patiëntgerichtheid in de omgang met artsen over het algemeen positief beoordeeld (goedkeuringspercentage van 85% of meer met betrekking tot de verschillende aspecten van de patiënt-arts relatie).



Beperkingen

Eerst en vooral konden de resultaten voor veel indicatoren niet worden opgedeeld naar sociaal statuut; zodoende konden we de aanwezigheid van ongelijkheden niet meten.

Ten tweede hebben socio-economische ongelijkheden in zorggebruik verschillende oorzaken, waarvan er sommige gerechtvaardigd zijn. Verschillen in gebruik als gevolg van medische noden zijn daar een voorbeeld van. In België zijn er grote socio-economische ongelijkheden in gezondheid (bv. verschillen in levensverwachting of prevalentie van chronische aandoeningen) die in onze samenleving een belangrijke bron van onrecht vormen.¹⁰⁷ Deze gezondheidsverschillen kunnen een verklaring en rechtvaardiging zijn voor een verschillend gebruik van de diensten voor gezondheidszorg. Maar ook al legt de minder bevoordeelde sociale groep een hoger zorggebruik aan de dag dan de meer bevoordeelde sociale groep, dan betekent dat nog niet dat er geen onderconsumptie is in de minder bevoordeelde groep. Alleen een gedetailleerde analyse van de verschillen in medische noden kan hier meer duidelijkheid brengen.

In een vervolgrapport worden de onbillijkheden, d.w.z. de ongelijkheden die als onrechtvaardig worden beschouwd, grondig geanalyseerd. In tegenstelling tot de voorgelegde resultaten, i.e. gemiddelden per socio-economische groep, zullen verschillen in gezondheidsstatus en leeftijd in rekening worden gebracht.

Ten slotte kijken de gebruikte metingen van ongelijkheid naar de verschillen tussen de meest en de minst bevoordeelde sociale groepen. Er wordt geen rekening gehouden met informatie over de groepen daartussenin (bv. bij gebruik van inkomenskwintielen of opleidingsniveau).

De conclusies voor de dimensie billijkheid zijn daarom nog niet volledig.

Conclusie

In vergelijking met de meer bevoordeelde sociale groepen hebben personen in de minder bevoordeelde sociale groepen (gemeten op basis van opleidingsniveau, inkomensniveau of erkenning voor verhoogde tegemoetkoming van medische uitgaven) hogere financiële barrières voor zorggebruik, een lagere participatiegraad voor kankerscreening, minder regelmatige bezoeken aan een tandarts, een hoger medicatiegebruik (antibiotica, antidepressiva, polymedicatie), meer kans op minder dan het aanbevolen aantal prenatale consultaties bij laag-risico zwangerschappen en een grotere zorgcontinuïteit, vooral door de huisarts.



Tabel 13 – Indicatoren gerapporteerd in andere domeinen en dimensies, resultaten per socio-economische groep en meting van socio-economische ongelijkheden

	Totale waarde	Jaar	Classificatie van socio-economisch statuut (SES)	Waarde in laagste sociale groep	Waarde in hoogste sociale groep	Absoluut verschil (laagste minus hoogste SES)	Relatieve verschil (laagste gedeeld door hoogste SES)
Gepastheid van zorg							
Aandeel van volwassen diabetici met gepaste opvolging ^a (% van de diabetici onder insuline)	30,2	2016	Verhoogde terugbetaling	32,3	24,8	7,4	1,30
Aandeel van volwassen diabetici met gepaste opvolging ^a (% van de diabetici onder orale antidiabetica alleen, 50+ jaar)	11,0	2016	Verhoogde terugbetaling	11,0	11,2	-0,2	0,98
Gebruik van antibiotica (totale DDD/1000 inwoners/dag)	27,7	2016	Verhoogde terugbetaling	37,9	23,2	14,7	1,63
Gebruik van antibiotica minstens een keer per jaar (% inwoners)	39,6	2016	Verhoogde terugbetaling	44,8	38,0	6,8	1,18
Gebruik van tweedelijsantibiotica ^b (% totale DDD antibiotica)	51,8	2016	Verhoogde terugbetaling	55,9	49,2	6,7	1,14
Veiligheid van zorg							
Polymedicatie (5 of meer geneesmiddelen) (% van de personen van 65+ jaar)	39	2016	Verhoogde terugbetaling	48	35	13,0	1,37
Continuïteit van zorg							
Gebruik van globaal medisch dossier (% van de personen met een globaal medisch dossier (GMD) bij een huisarts)	67,5	2016	Verhoogde terugbetaling	73,7	66,5	7,2	1,14
Usual Provider Continuity index ≥ 0.75 (%)	67,6	2015-2016	Verhoogde terugbetaling	73,1	66,2	6,9	1,10
Contact met huisarts binnen 7 dagen na ziekenhuisontslag (% van de patiënten van 65+ jaar)	56,6	2016	Verhoogde terugbetaling	63,4	52,4	11,0	1,20
Percentage volwassen diabetici (onder insuline) met een conventie/paspoort/zorgtraject (% van de patiënten, 18+ jaar)	89,9	2016	Verhoogde terugbetaling	88,8	90,5	-1,7	0,98



Percentage volwassen diabetici (die alleen glucoseverlagende medicatie krijgen, geen insuline) met een conventie/paspoort/zorgtraject (% van de patiënten, 50+ jaar)	20,2	2016	Verhoogde terugbetaling	21,1	19,8	1,3	1,07
Patiëntgerichtheid							
Arts spendeert genoeg tijd aan patiënten tijdens consultatie (% van de respondenten, contact met huisarts (HA) /specialist (SP))	HA: 97,7 SP: 96,3	2013	Opleiding: lagere school of geen, lager secundair, hoger secundair, tertiair	HA: 97,2 SP: 96,5	HA: 97,9 SP: 97,6	HA: -0,7 SP: -1,1	HA: 0,99 SP: 0,99
Arts geeft makkelijk te begrijpen informatie (% van de respondenten, contact met huisarts (HA) /specialist (SP))	HA: 98,1 SP: 95,5	2013	Opleiding: lagere school of geen, lager secundair, hoger secundair, tertiair	HA: 95,3 SP: 85,5	HA: 98,9 SP: 98,2	HA: -3,6 SP: -12,7	HA: 0,96 SP: 0,87
Arts biedt de gelegenheid om vragen te stellen of bezorgdheid te uiten (% van de respondenten, contact met huisarts (HA) /specialist (SP))	HA: 98,1 SP: 95,3	2013	Opleiding: lagere school of geen, lager secundair, hoger secundair, tertiair	HA: 97,6 SP: 88,7	HA: 98,5 SP: 96,7	HA: -0,9 SP: -8,0	HA: 10,99 SP: 0,92
Arts betreft patiënten bij beslissingen over zorg en/of behandelingen (% van de respondenten, contact met huisarts (HA) /specialist (SP))	HA: 95,8 SP: 92,1	2013	Opleiding: lagere school of geen, lager secundair, hoger secundair, tertiair	HA: 95,7 SP: 87,1	HA: 97,1 SP: 93,5	HA: -1,4 SP: -6,4	HA: 0,99 SP: 0,93
Toegankelijkheid van zorg							
Zelfgerapporteerde uitgestelde contacten met gezondheidsdiensten omwille van financiële redenen	2,0	2017	Inkomenskwintielen	6,7	0,0	6,7	NA
	2,0	2017	Opleiding: lager secundair of minder, hoger secundair, tertiair	3,2	0,7	2,5	4,57
Zelfgerapporteerde uitgestelde contacten voor tandzorg omwille van financiële redenen in België	3,5	2017	Inkomenskwintielen	10,5	0,3	10,2	35,00
	3,5	2017	Opleiding: lager secundair of minder, hoger secundair, tertiair	5,2	1,3	3,9	4,00
Preventieve zorg							
Griepvaccinatie (% van de personen van 65+ jaar)	54,7	2016	Verhoogde terugbetaling	57,6	53,6	4,0	1,07
Borstkankerscreening (% van de vrouwen van 50-69 jaar)	61,8	2016	Verhoogde terugbetaling	48,1	65,1	-17,0	0,74
Borstkankerscreening – georganiseerd programma	33,2	2016	Verhoogde terugbetaling	24,9	34,3	-9,4	0,73



(% vrouwen van 50-69 jaar)							
Borstkankerscreening buiten streefdoelleeftijd (% vrouwen van 41-49 jaar)	35,4	2016	Verhoogde terugbetaling	31,7	36,1	-4,4	0,88
Regelmatige tandartsbezoeken ^d (% van de personen van 3+ jaar)	54,1	2016	Verhoogde terugbetaling	40,7	57,4	-16,7	0,71
Geestelijke gezondheidszorg							
Gebruik van antidepressiva (totale DDD/1000 inwoners/dag)	79,0	2016	Verhoogde terugbetaling	173,7	42,4	131,3	4,10
Gebruik van antidepressiva (% van volwassen populatie, ten minste een keer per jaar)	13,1	2016	Verhoogde terugbetaling	22,0	8,8	13,2	2,50
Percentage patiënten met korte termijn behandeling (< 3 maanden) met antidepressiva (% inwoners onder antidepressiva)	42,6	2016	Verhoogde terugbetaling	43,0	42,4	0,6	1,01
Moeder en pasgeborene							
Aandeel vrouwen met minder dan 7 consultaties (gynaecoloog, vroedvrouw of huisarts) tijdens de zwangerschap	3,7	2016	Verhoogde terugbetaling	7,4	3,3	4,1	2,24

^a Gepaste opvolging wordt gedefinieerd als patiënten die regelmatig netvliesonderzoeken en bloedonderzoeken krijgen (glycohemoglobine, bloedsuiker, lipiden en microalbuminurie)



7.2 Contextuele indicatoren van billijkheid

In dit hoofdstuk worden de contextuele indicatoren van billijkheid besproken. Enerzijds geven ze informatie over de context waarin de gezondheidszorg zich situeert, anderzijds geven ze indirecte informatie over de herverdeling via de financiering van de gezondheidszorg. De contextuele informatie wordt niet geëvalueerd.

De universele ziekteverzekering heeft als doel dat iedereen een beroep kan doen op de gezondheidszorg zonder in financiële problemen te geraken of in diepere armoede terecht te komen. Financiële barrières mogen geen negatief effect hebben op het gebruik van de noodzakelijke zorg, noch mogen ze de gezondheid ondermijnen. De financiële last mag daarom niet buitenproportioneel rusten op de schouders van de zieken, en moet dus grotendeels onafhankelijk zijn van gezondheidsrisico's.

Billijkheid in de financiering van de gezondheidszorg kan aan de hand van twee principes worden beschreven. *Horizontale billijkheid* in de financiering van de gezondheidszorg betekent gelijke betalingen voor gezondheidszorg door huishoudens met een gelijke financiële draagkracht. *Verticale billijkheid* daarentegen impliceert hogere bijdragen door huishoudens met een hogere financiële draagkracht. Beide principes worden samengebracht in de analyse van de **herverdelende impact van de financiering van de gezondheidszorg**.

Om het globale herverdelende effect van de financiering van de gezondheidszorg te evalueren, zijn gegevens nodig op niveau van het individu en het huishouden over de betalingen voor elk van de financieringsbronnen (sociale bijdragen, directe en indirecte belastingen, eigen betalingen), en over het beschikbare inkomen.¹⁰³⁻¹⁰⁵ Deze gegevens werden opgevraagd als onderdeel van de machtiging (zie hierboven), maar werden nog niet ontvangen op het moment van publicatie. De analyse van het herverdelende effect zal daarom in het vervolgrapport worden

opgenomen. Het vervolgrapport zal daarnaast ook informatie bevatten over catastrofale en verarmende eigen betalingen (zie Tekstkader 12).^s

Nu bespreken we de contextuele indicatoren voor inkomensongelijkheid en progressiviteit van de financiering van de gezondheidszorg.

Progressiviteit en regressiviteit van de financiering van het gezondheidssysteem

De eerste contextuele indicator van billijkheid heeft betrekking op de progressiviteit van de financiering van het gezondheidssysteem. Met progressiviteit bedoelen we niet het patiëntaandeel in de zorgkosten (zoals supplementen, remgeld, niet-terugbetaalde geneesmiddelen, premies voor privéverzekering, enz.) maar de manier waarop de gemiddelde belastingvoet evolueert in functie van het inkomen:

- **progressief (regressief):** wanneer de gemiddelde belastingvoet stijgt (daalt) met het inkomen;
- **proportioneel** wanneer de gemiddelde belastingvoet constant blijft.

De progressiviteit of regressiviteit van een financieringsbron is één element om zijn herverdelende impact te kunnen bepalen, naast de inkomsten uit belastingen die uit de bron worden opgehaald en de mate waarin huishoudens met een vergelijkbare financiële draagkracht ongelijk worden behandeld.

We typeren de progressiviteit/regressiviteit van de belangrijkste financieringsbronnen van het Belgische gezondheidssysteem. Directe belastingen (bv. de personenbelasting) worden beschouwd als progressief. Overheidssubsidies bestaan gedeeltelijk uit directe belastingen. Sociale bijdragen worden beschouwd als proportionele ontvangsten. Indirecte belastingen (bv. belasting over de toegevoegde waarde - BTW) zijn in het algemeen regressief. De alternatieve financiering en de overheidssubsidies worden gedeeltelijk gefinancierd door indirecte belastingen. We berekenen

^s Eigen betalingen worden als catastrofaal beschouwd van zodra ze een vooraf gedefinieerd percentage de financiële draagkracht van het gezin overschrijden. Er worden in de literatuur verschillende percentages (drempels) en definities voor de financiële draagkracht gehanteerd, bv.

Beschikbaar inkomen of consumptiebestedingen. Eigen betalingen zijn verarmend als het beschikbare inkomen boven de armoedegrens ligt, maar na aftrek van de eigen betalingen daalt het gecorrigeerde beschikbare inkomen onder de armoedegrens.^{102, 108-111}



eenvoudige ratio's om het aandeel progressieve en regressieve ontvangsten in de financiering van de gezondheidszorg te beschrijven van de financiering voor 2007, 2011, 2015 en 2017 (EQ-2 en EQ-3, Tabel 14).

De gegevens tonen aan dat inkomsten uit progressieve financieringsbronnen is verdubbeld tussen 2011 en 2017. Desondanks blijven ontvangsten uit proportionele financieringsbronnen (52,6% in 2017, komende van 61,5% in 2007) en regressieve financieringsbronnen (26,7% in 2017, gelijk aan de 25,2% in 2007) belangrijker dan ontvangsten uit progressieve financieringsbronnen (14,1% in 2017, komende van 7,3% in 2007). De aanzienlijke verschuiving in de samenstelling van het budget voor gezondheidszorg is het resultaat van drie effecten. Ten eerste heeft de zesde staatshervorming bepaalde bevoegdheden overgedragen aan de gemeenschappen, wat tot een verschuiving heeft geleid van alternatieve financiering (voornamelijk BTW, een regressieve financieringsbron) naar overheidssubsidies, die deels uit progressieve ontvangsten bestaat. Ten tweede heeft de belastinghervorming uit 2016 (beter gekend als de taks shift) geleid tot een daling van de sociale bijdragen van de werkgevers, waardoor deze financieringsbron kleiner werd. Ten derde werd de alternatieve financiering hervormd in 2017 en werden ontvangsten uit accijnzen (een regressieve financieringsbron) vervangen door ontvangsten uit de roerende voorheffing (een progressieve financieringsbron).¹¹²

De Gini-coëfficiënt meet inkomensongelijkheid

Een tweede contextuele indicator van billijkheid is de Gini-coëfficiënt, die inkomensongelijkheid meet (EQ-1, Tabel 14). De Gini-coëfficiënt is gelijk aan 0 als de verdeling van inkomens tussen individuen of gezinnen perfect gelijk is. De coëfficiënt is gelijk aan 100 als de verdeling totaal ongelijk is – één enkele persoon bezit het volledige nationale inkomen.

Uit onderzoek is gebleken dat er een verband is tussen de manier waarop inkomen wordt verdeeld in een land (inkomensongelijkheid) en bepaalde vormen van objectieve gezondheidsproblemen en de gepercipieerde gezondheidssituatie en -status.¹¹³⁻¹¹⁹ Er is duidelijk bewijs dat gezondheidsverschillen bijdragen aan inkomensongelijkheden; over de oorzakelijkheid van het omgekeerde verband is er discussie.^{119, 120}

De Gini-coëfficiënt is makkelijk te interpreteren en te berekenen voor België en internationale organisaties gebruiken hem om inkomensongelijkheid in een internationaal perspectief te plaatsen. Het is een kernindicator om de doelstellingen te monitoren in het 'Health 2020' beleidskader van de WGO/regio Europa.¹²¹

De Belgische samenleving is een van de meest egalitaire van de Europese landen als we de Gini-coëfficiënt van beschikbaar inkomen vergelijken, d.w.z. het inkomen dat huishoudens kunnen aanwenden voor consumptie en sparen. Dit is het resultaat van een aanzienlijke herverdeling via belastingen en sociale transfers (de inkomensongelijkheid halveert nagenoeg na belastingen en transfers). De hoge mate van inkomensherverdeling en de meer egalitaire verdeling van beschikbare inkomens zou gepaard kunnen gaan met een betere gezondheid van de Belgische bevolking.

Ondanks de beperkte inkomensongelijkheid is er een relatief hoog armoederisico. Vooral laag opgeleide personen lopen een risico op werkloosheid en armoede.

Conclusie

De twee contextuele billijkheidsindicatoren (aandeel van progressieve en regressieve ontvangsten in de financiering van de gezondheidszorg en de inkomensongelijkheid) tonen aan dat de overheidsfinanciering van het gezondheidssysteem meer regressieve dan progressieve ontvangsten omvat (het bedrag van regressieve ontvangsten is 1,89 keer hoger dan het bedrag van progressieve ontvangsten). Tussen 2011 en 2017 vond een belangrijke verschuiving plaats in de samenstelling van het budget voor de gezondheidszorg, met een aanzienlijke stijging van progressieve ontvangsten en een daling van proportionele ontvangsten. Daarnaast maakt de herverdeling via het globale systeem van belastingen en transfers België tot een van de meest egalitaire landen in de EU-15.

Deze twee resultaten zijn niet tegenstrijdig omdat een maatschappij een substantiële inkomensherverdeling kan organiseren door een breed systeem van transfers en belastingen en een specifieke collectieve sector kan financieren (met name het gezondheidssysteem) met gebruik van middelen die in belangrijke mate regressief zijn.



Tabel 14 – Contextuele indicatoren van billijkheid

(ID) Indicato		België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
EQ-1	Inkomensverdeling bij de bevolking (GINI-coëfficiënt)	→	26,0	2017			Eurostat	29.7
EQ-2	Aandeel van progressieve ontvangsten in de financiering van de gezondheidszorg (Ratio progressieve ontvangsten / totale ontvangsten, uitgedrukt in %)	↗	14,1	2017	-	-	FOD Sociale Zekerheid, RIZIV, Nationale Bank van België	-
EQ-3	Aandeel van regressieve ontvangsten in de financiering van de gezondheidszorg (Ratio regressieve ontvangsten / totale ontvangsten, uitgedrukt in %)	→	26,7	2017	-	-	FOD Sociale Zekerheid, RIZIV, Nationale Bank van België	-

Toekomstige publicatie op de website

(ID) Indicator	
NIEUW	Catastrofale uitgaven voor gezondheidszorg
NIEUW	Herverdelende impact van de financiering van de gezondheidszorg



DEEL 3 – RESULTATEN PER PERFORMANTIEDOMEIN

8 PREVENTIEVE ZORG

Preventieve zorg omvat twee soorten interventies. Enerzijds is er primaire preventie, die als doel heeft het ontstaan van ziekten te verminderen of ze uit te roeien (bv. vaccinatie). Wat betreft primaire preventie focust dit HSPA-rapport enkel op de door het gezondheidssysteem georganiseerde primaire preventie. Anderzijds is er secundaire preventie, die als doel heeft een ziekte zo vroeg mogelijk op te sporen, zodat de behandeling vroegtijdig kan worden opgestart om zo de gevolgen op vlak van mortaliteit, morbiditeit en invaliditeit te beperken (bv. kankerscreening of een routinecontrole bij de tandarts).

Op vlak van primaire preventie behandelen we in dit rapport vaccinaties om kinderziekten of ziekten bij ouderen te voorkomen. Op vlak van secundaire preventie kozen we voor screening van bepaalde kankers en daarnaast ook preventieve tandzorg. Alle indicatoren, behalve één, van Tabel 15 zijn procesindicatoren die de dekkingsgraad van de preventieve zorg evalueren. Eén indicator, de incidentie van mazelen, is een uitkomstindicator van preventie.

De organisatie van preventieve interventies is voornamelijk in handen van de gefedereerde entiteiten, met enige betrokkenheid van de federale overheid voor bepaalde terugbetalingen. Afhankelijk van interventie kunnen regionale programma's in de verschillende gewesten hetzij vrij gelijkaardig zijn (zoals vaccinaties bij kinderen of borstkankerscreening), hetzij min of meer belangrijke verschillen vertonen (in Wallonië en Brussel is er bijvoorbeeld geen georganiseerde baarmoederhalskankerscreening). De evaluatie dient dan ook op regionaal niveau te gebeuren, ook al werd eveneens een nationaal gemiddelde berekend.

Vaccinatie tegen kinderziekten

België doet het vrij goed inzake vaccinaties bij zuigelingen: de dekking van het volledige vaccinatieschema voor DTP en polio (4 doses) bedraagt 93%, wat iets onder de streefdoelen voor polio (95%) en pertussis ligt.

De dekkingsgraad van pneumokokkenvaccinatie wordt beschouwd als voldoende.

De WGO heeft streefdoelen bepaald voor de uitroeiing van mazelen,¹²² namelijk het bereiken van een dekkingsgraad van 95% voor beide vaccinatiedoses, en het verminderen van de incidentie van mazelen tot minder dan 1 geval per miljoen inwoners.

Met betrekking tot de *dekkingsgraad van vaccinatie tegen mazelen*, wordt dit streefcijfer van 95% sinds 2012 op nationaal niveau bereikt, en sinds 2015 ook in Wallonië. Maar voor de tweede dosis (gegeven in de vroege adolescentie) bereikt de dekking slechts gemiddeld 85%, hetgeen veel te laag is. Er zijn aanzienlijke regionale verschillen. Vlaanderen bereikt bijna het streefdoel, terwijl de dekkingsgraad in Wallonië en Brussel rond de 75% ligt. Deze cijfers moeten echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd aangezien de methodologie tussen de gewesten verschilt en de dekking in Brussel en Wallonië mogelijk onderschat is.

De incidentie van mazelen schommelde na de uitbraak van 2011 tot 2016 tussen 3,5 en 9 per miljoen inwoners. Een recente uitbraak vond plaats in 2017 (voornamelijk in Wallonië en in mindere mate in Brussel). De met tussenpozen opkomende opstoot van mazelen in België¹²³ en in andere Europese landen is waarschijnlijk te wijten aan een aantal clusters van niet-gevaccineerde of onvolledig gevaccineerde personen. Die clusters bestaan uit kinderen van wie de ouders de vaccinatie weigeren, maar ook uit volwassenen die nooit zijn gevaccineerd. Dit toont de noodzaak aan om de vaccinatiegraad te verbeteren: continue en doelgerichte inspanningen zijn nodig om niet alleen een mazelenvaccinatiegraad van 95% te halen voor beide doses, maar ook om de clusters van niet-gevaccineerde volwassenen te detecteren en te vaccineren.



Vaccinatie tegen griep

De griepvaccinatie van ouderen (65+) is de voorbije acht jaar constant gedaald en ligt, met een dekkingsgraad van 54,7% in 2016, veel lager dan het WGO-streefdoel van 75%. De vaccinatiegraad van ouderen in woonzorgcentra ligt daarentegen veel hoger (82%). De dekking bij personen buiten de woonzorgcentra is hoger in Vlaanderen dan in de twee andere gewesten. De daling van de dekking is bovendien meer uitgesproken in Wallonië en Brussel en werd ook vastgesteld in andere Europese landen. Ondanks de daling scoort België vrij goed binnen de EU15 landen.

Screening van borst-, baarmoederhals- en colonkanker

Voor borstkankerscreening bereikt de totale dekking (inclusief deelname aan georganiseerde screening en opportunistische screening) slechts 62%, terwijl een participatiegraad van 75% wordt aanbevolen. Deze te lage dekking is stabiel in de tijd. De totale dekking in Vlaanderen ligt 14 procentpunt (absoluut verschil) hoger dan die in de andere gewesten, hetzij een relatief verschil van 27%. Voor de georganiseerde screening ziet men een nog grotere kloof: vrouwen in Vlaanderen worden meestal gescreend via het georganiseerde programma (50%), terwijl dit zelden het geval is in Wallonië en Brussel (respectievelijk 7 en 11%); daar vindt borstkankerscreening bij vrouwen plaats buiten het georganiseerde programma. Dit roept vragen op over de algemene efficiëntie van het programma.

Anderzijds bevelen richtlijnen rond borstkankerscreening aan om vrouwen jonger dan 50 jaar niet te screenen, tenzij in specifieke medische situaties. De gebrekkige opvolging van deze richtlijnen wijst erop dat de huidige preventieve praktijken niet gepast zijn: een groot aandeel van de vrouwen jonger dan 50 jaar (35% in 2016) wordt wel gescreend. Er is wel een daling van deze niet aanbevolen screening in Vlaanderen (van 31% in 2008 naar 26% in 2016).

Er werd op basis van de IMA-databank een proxy van baarmoederhalskankerscreening berekend, nl. het aandeel vrouwen van 25-64 jaar voor wie in de afgelopen 3 jaar cervixcytologie werd terugbetaald; met deze proxy bedroeg het percentage vrouwen van de doelgroep die een terugbetaling kreeg voor cervixcytologie in 2016 48%; er waren weinig regionale verschillen. Dit percentage lijkt in de loop van de tijd te zijn afgenomen (60% in 2011), maar deze afname kan een kunstmatig effect zijn van een wijziging in het terugbetalingsbeleid. Deze resultaten moeten verder worden onderzocht, omdat ze een onderschatting kunnen zijn van de werkelijke dekking. Om het Vlaamse baarmoederhalskankerscreeningsprogramma te evalueren, heeft het *Centrum voor Kankeropsporing* (CvKO) ook rekening gehouden met de cytologische onderzoeken genoteerd in de dossiers (geregistreerd in het Belgisch kankerregister); de dekking voor baarmoederhalskankerscreening bedroeg in 2016 56%. Er is nood aan een methodologie om, op basis van de beschikbare gegevens, de dekkingsgraad van baarmoederhalskankerscreening op nationaal niveau te berekenen. De beste manier is wellicht dat de IKW (Interkabinettenwerkgroep) een technische werkgroep de opdracht geeft om deze kwestie op te lossen. Ondertussen werd deze indicator uit dit rapport verwijderd.

Programma's voor colonkankerscreening via FOBT (Fecaal Occult Bloed Test) lopen sinds 2009 in Wallonië en Brussel, en sinds 2013 in Vlaanderen. Er kunnen verschillende indicatoren van dekking worden berekend, omdat de strategie ofwel FOBT is in afwezigheid van risicofactoren, ofwel colonoscopie ingeval er risicofactoren zijn. De totale dekking zou in de teller idealiter beide tests bevatten als ze gerealiseerd werden met de intentie om te screenen, en in de noemer de risicopopulatie. Afhankelijk van de gekozen indicator, komt het CvKO tot een dekkingsgraad variërend van 39 tot 68% voor colonkankerscreening in Vlaanderen. Het rapport voor Wallonië en Brussel zal binnenkort beschikbaar zijn, maar het lijkt erop dat de berekeningsmethode heel anders is. Net zoals voor baarmoederhalskankerscreening is het nodig dat een technische werkgroep, aangesteld door de IKW, een methode bepaalt om, op basis van de beschikbare gegevens, de dekkingsgraad van colonkankerscreening op Belgisch niveau te berekenen. Om dezelfde reden werd ook deze indicator uit dit rapport verwijderd.



Preventieve mondzorg, gemeten op basis van regelmatige tandartsbezoeken

Regelmatige tandartsbezoeken^t is de enige indicator in dit deel die niet onder de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten valt. De resultaten zijn slecht, want slechts 54% heeft regelmatig contact met een tandarts. Dat aandeel ligt lager in Wallonië en Brussel (48%) dan in Vlaanderen (58%). De percentages zijn in de loop van de tijd in alle gewesten verbeterd.

Het hogere contactpercentage bij tieners (66-71%) is waarschijnlijk deels te wijten aan orthodontische behandeling in die leeftijdscategorie.

Het lage contactpercentage roept vragen op over mogelijke belemmerende factoren, gegeven dat de meeste preventieve en restauratieve zorg volledig wordt terugbetaald voor kinderen tot 18 jaar.

Conclusie

De indicatoren op vlak van preventieve zorg schetsen een eerder somber beeld voor België. Alleen de vaccinatiedekking bij kinderen bereikt een aanvaardbaar niveau, maar ook hier zijn verbetermogelijkheden om de vastgelegde doelen te bereiken. De mazelenvaccinatiegraad bij adolescenten is te laag in Wallonië en Brussel. De influenzavaccinatiegraad bij ouderen is te laag in de drie gewesten. De screeningsgraad voor borstkanker is te laag, vooral in Brussel en Wallonië, zelfs als we kijken naar de globale dekking (georganiseerde en opportunistische screening).

Tabel 15 – Indicatoren voor de beoordeling van preventieve zorg

(ID) Indicator			België	Jaar	Streefdoel	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Vaccinatiedekking										
P-1-1	Polio (%, 4 ^e dosis)		93,0	2016	95	93,6	92,9	91,1	Sciensano	nr
P-1-2	Kindervaccinatie tegen polio, difterie, tetanus en pertussis (%, 4 ^e dosis)		92,7	2016	90-95	93,0	92,9	91,1	Sciensano	nr
P-2-1	Kindervaccinatie tegen mazelen (%, 1 ^e dosis)		95,7	2016	95	96,2	95,6	94,1	Sciensano	
P-2-2	Vaccinatie tegen mazelen bij adolescenten (%, 2 ^e dosis)		85,1	2016	95	93,4	75,0	75,0	Sciensano	na

^t Regelmatige contacten met een tandarts worden gedefinieerd als minstens twee contacten gedurende minstens twee afzonderlijke jaren in de voorbije drie jaar



P-3	Pneumokokkenvaccinatie bij kinderen (%, 3 ^e dosis)		93,6	2016	na	94,9	92,9	90,1	Sciensano	nr
P-4	Griepvaccinatie (% populatie van 65+) ^a		54,7	2016	75	59,5	49,8	48,5	IMA	49,1 ⁽¹⁾
Incidentie besmettelijke ziektes die kunnen voorkomen worden door vaccinatie										
P-5	Incidentie van mazelen (nieuwe gevallen/miljoen inwoners) ^b		31,6	2017 (epidemie- jaar)	< 1	6,3	80,8	20,1	Sciensano	18,1
Kankerscreening^c										
P-6	Borstkankerscreening (% vrouwen van 50-69 jaar)		61,8	2016	75	67,4	53,9	52,9	IMA	69,1 ⁽¹⁾
P-7	Borstkankerscreening – georganiseerd programma (% vrouwen van 50-69 jaar)		33,2	2016	75	50,7	6,8	10,9	IMA	-
Over-screening kanker										
QA-7	Borstkankerscreening buiten leeftijdsgroep (% vrouwen van 41-49 jaar)		35,4	2016	-	26,3	49,0	46,7	EPS (IMA)	-
Mondzorg – tandartsbezoeken										
P-11	Regelmatig tandartsbezoek ^d (% populatie 3+)		54,1	2016	-	58,4	48,1	47,7	IMA – AIM	-

Good () , average () or poor () results, globally stable (ST), improving (+), deteriorating (-) or trend not evaluated (empty).

^a Met uitzondering van de populatie in woonzorgcentra;

^b De incidentie van mazelen heeft een grote variabiliteit afhankelijk van opkomende epidemieën. 2017 was een epidemiejaar in Wallonië en Brussel;

^c Gedurende de voorbije twee jaar voor borstkankerscreening;

^d Gedefinieerd als minimum twee contacten met een tandarts die plaatsvonden in twee verschillende jaren, bekeken over een periode van drie jaar;

^e 2012 gegevens

Bron voor internationale vergelijking: ⁽¹⁾ OECD Health Statistics 2018

na: niet beschikbaar (not available); nr: niet relevant



9 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Hervormingen focussen op deïstitutionalisering maar te weinig gegevens om deze trend te monitoren

Net zoals in de meeste geïndustrialiseerde landen¹²⁴, onderging de geestelijke gezondheidssector in België tijdens de laatste decennia van de 20^{ste} eeuw verschillende hervormingsgolven, voortgestuwd door een sterke deïstitutionalisering. Deze beweging wil mensen met mentale aandoeningen re-integreren in de maatschappij door de zorg te verschuiven van grote psychiatrische ziekenhuizen naar alternatieve settings binnen de gemeenschap.¹²⁵ Belangrijke gegevensbeperkingen bemoeilijken echter de adequate meting van deze trend en meer algemeen van de performantie van de geestelijke gezondheidssector in België. Doordat een unieke patiëntidentificatie ontbreekt, zijn er geen gegevens over follow-up van de patiënt na ontslag en zijn er weinig gegevens over ambulante zorg. De relevante indicatoren om de evoluties te monitoren (bv. *case management*) konden niet worden ontwikkeld omwille van beperkingen in de huidige gegevensstructuren. In plaats daarvan hebben we ons gebaseerd op algemene indicatoren (bv. zelfdoding) en op indicatoren m.b.t. psychiatrische hospitalisatie (bv. aantal opnamedagen in psychiatrische ziekenhuizen; onvrijwillige opnames).

Dit rapport bevat 11 indicatoren met specifieke informatie over geestelijke gezondheid. De resultaten hebben verschillende beperkingen en geven slechts een gedeeltelijk beeld van de performantie van de geestelijke gezondheidssector. Er kunnen niettemin belangrijke lessen uit worden getrokken.

Zelfdodingscijfers blijven hoog

Eerst en vooral liggen de zelfdodingscijfers in België (15.8 per 100 000 inwoners) beduidend hoger dan in andere Europese landen (10.2 voor EU-15 landen in 2015). Uit deze resultaten kunnen echter geen duidelijke conclusies worden getrokken. Zelfdoding is uiteindelijk slechts een proxy indicator van de geestelijke gezondheidstoestand van een bevolking en moet worden bekeken in combinatie met andere indicatoren rond geestelijke

gezondheid. Toch zijn er indicaties dat er ruimte is voor verbetering. Een rapport van de socialistische ziekenfondsen toonde bijvoorbeeld aan dat 27% van de leden die werden gehospitaliseerd na een zelfdodingspoging (ongeveer 4 000 personen tussen 2011-2013) geen follow-up afspraak had met hun huisarts of psychiater in de 3 maanden na hun hospitalisatie.¹²⁶ Ondanks de daling van de zelfdodingscijfers (> 20 per 100 000 inwoners in 2000), geven de resultaten aan dat gezamenlijke actie hieromtrent¹²⁷ verder moet worden gesteund, om deze positieve evolutie te versnellen. Daarnaast zijn er substantiële gewestelijke verschillen. Het aantal zelfdodingen ligt beduidend hoger in Wallonië (19.8 per 100 000 inwoners) dan in Brussel (10.2) en Vlaanderen (16.0). De schijnbaar lagere zelfdodingscijfers in Brussel kunnen echter te wijten zijn aan gegevensproblemen (bv. vertragingen bij het doorgeven van gewelddadige overlijdens door het openbaar ministerie).

Antidepressiva: frequent voorgeschreven maar met gebrekkige opvolging van de richtlijnen

Hoewel in heel Europa een stijging wordt waargenomen van het aantal voorschriften van antidepressiva, blijven de Belgische cijfers (79 DDD per 1 000 inwoners/dag) beduidend hoger dan in andere Europese landen (70 DDD). De cijfers liggen beduidend hoger in Wallonië (99 DDD) dan in Vlaanderen (72 DDD) en Brussel (62 DDD). Er moet verder worden onderzocht of deze verschillen verklaard kunnen worden door sociaal-economische en demografische verschillen of door andere oorzaken (bv. arbeidscultuur, verspreiding van *evidence-based* richtlijnen).

Na een stijging tot 2008 stabiliseerde het aantal volwassenen dat antidepressiva neemt (MH-7) in de afgelopen jaren (13,3% in 2008 en 13,1% in 2016). Bovendien situeren de hoogste voorschrijfpercentages zich bij de ouderen (75+ jaar) in woonzorgcentra (49% in woonzorgcentra en 19% erbuiten).

Een derde indicator is een proxy voor **richtlijnopvolging**. Een ernstige depressie vereist antidepressiva voor een minimumperiode van drie maand. Een hoog percentage volwassenen neemt echter antidepressiva gedurende kortere periodes (<3 maanden, MH-8): 42.6% in 2016. Dit hoge percentage van voorschriften voor een kortdurende behandeling is de afgelopen jaren



lichtjes gedaald. Het voorschrijven van antidepressiva die bekend staan om hun anticholinergische nevenwerkingen bij ouderen (die valongelukken kunnen veroorzaken) is de laatste tijd tot 12% afgenomen (voornamelijk door de sterke daling in Vlaanderen). Het opvolgen van de richtlijnen voor gepast gebruik van antidepressiva is een belangrijk werkpunt in België.

Aantal psychiatrische hospitalisatiedagen blijft hoog ondanks hervormingen

Ondanks recente hervormingen om de geestelijke gezondheidszorg te verschuiven van het ziekenhuis naar ambulante alternatieven, zijn de resultaten van deze hervormingen nog niet zichtbaar. Het aantal psychiatrische hospitalisatiedagen is zelfs gestegen van 304 per 1 000 inwoners in 2000 naar 327 per 1000 inwoners in 2014. Ondanks de hervormingen daalden twee contextuele variabelen niet: de bezoeken aan de spoedafdeling om sociale, mentale en psychische redenen (1,6% van de opnames in de spoedafdeling in algemene ziekenhuizen in 2014; 1,5% over de periode 2009-2012) en het aantal onvrijwillige opnames in een psychiatrisch ziekenhuis (7,3 per 10 000 inwoners in 2016; 6,8 in 2008).

Daarnaast ligt het aantal hospitalisatiedagen in psychiatrische ziekenhuisafdelingen in Vlaanderen hoger dan in andere gewesten. Er moet worden onderzocht of deze opnames gepast zijn en of ze verklaard kunnen worden door tekorten in het aanbod (bv. onvoldoende alternatieven in de omgeving van de patiënt, onvoldoende *case management*). Gegevens uit Vlaanderen tonen aan dat een substantieel aantal patiënten een maand of langer moet wachten op een eerste contact in een ambulant centrum voor geestelijke gezondheidszorg (44% in 2017, een percentage dat met de tijd licht gestegen is 30% in 2009).

Ervaring van patiënten

Het Vlaams Patiëntenplatform ontwikkelde een enquête om patiëntenervaringen in de geestelijke gezondheidszorg te meten. De metingen werden uitgevoerd in 2016 en 2017 (deelname op vrijwillige basis)^u. De volgende patiëntgerapporteerde ervaringen (PREMS) werden in de enquête opgenomen:

- De gemiddelde patiënttevredenheidsscore voor behandeling of ziekenhuisverblijf was 7,9 in 2016 en 7,8 in 2017 (op een maximum van 10).
- De helft van de patiënten zou de voorziening zeker aanbevelen aan familie en vrienden (52% in 2016, 49% in 2017).

Dergelijke initiatieven zouden in België moeten worden veralgemeend, cf. het P4P-programma in algemene ziekenhuizen (zie deel patiëntgerichtheid, QP-7).

Conclusie

Hoewel bepaalde indicatoren een verbetering tonen, blijven de resultaten voor de geestelijke gezondheids- en gezondheidszorgindicatoren alarmerend. De voorbije hervormingen zijn (nog) niet voldoende zichtbaar en de zelfdodingscijfers blijven hoog. Bovendien blijft performantiemonitoring in dit domein een uitdaging omdat men met de gegevenssystemen het volledige zorgtraject van patiënten (met inbegrip van de ambulante zorg) niet voldoende kan opvolgen.

^u <https://www.zorg-en-gezondheid.be/resultaten-kwaliteitsmeting-in-de-geestelijke-gezondheidszorg> (laatst geraadpleegd op 7 februari 2019)



Tabel 16 – Indicatoren voor geestelijke gezondheid en gezondheidszorg

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Gezondheidstoestand									
MH-1	Overlijdens door zelfdoding (/100 000 inwoners)	●	16,6	2015	16,0	19,8	10,2 ^a	SPMA	10,2 ⁽¹⁾
Toegankelijkheid van zorg									
MH-2	Praktiserende psychiaters (/1 000 inwoners)	→	0,17	2016	-	-	-	RIZIV	0,19 ⁽¹⁾
MH-3	Wachttijd > 1 maand voor 1e contact in ambulant centrum voor ggz (% van populatie met contact in ambulant centrum voor ggz)	■	-	2017	44	-	-	VAZG	-
Gepastheid van zorg									
MH-4	Percentage onvrijwillige opnames in psychiatrische ziekenhuisafdelingen (/10 000 inwoners)	↗	7,3	2016	7,1	6,3	10,3	MPG	-
MH-5	Bezoeken aan spoedafdeling om sociale of psychische reden (% opnames in spoedafdeling van algemene ziekenhuizen)	ST	1,6	2016	1,7	1,5	1,4	MZG	-
MH-11	Heropnames binnen 30 dagen in psychiatrische ziekenhuizen (in hetzelfde ziekenhuis) (%)	●	14,1	2017	14,7	11,1	11,1	MPG	-
Gepastheid van voorschrijfgedrag bij ambulante patiënten									
MH-6	Gebruik van antidepressiva (totale DDD/1 000 inwoners/dag)	↗	79,0	2016	71,8	98,6	62,3	Farmanet (EPS)	70,2 ⁽¹⁾
MH-7	Gebruik van antidepressiva (% van volwassen populatie, tenminste een keer per jaar)	→	13,1	2016	11,9	16,2	11,2	Farmanet (EPS)	-
MH-8	Kortetermijnbehandeling (< 3 maanden) van antidepressiva (% van populatie onder antidepressiva)	+	42,6	2016	43,2	41,3	43,7	IMA	-
Veiligheid van voorschrijfgedrag bij ambulante patiënten									
MH-9	Patiënten (65+ jaar) die antidepressiva met anticholinergische nevenwerkingen nemen (%)	+	12	2016	10	15	14	EPS	-
Contextuele indicator									
MH-10	Aantal hospitalisatiedagen in psychiatrische ziekenhuisafdelingen (/1 000 inwoners)	↗	351	2016	381	293	261	MPG	-

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

^a onderschatting ⁽¹⁾ Bron: OECD Health Statistics 2018



10 LANGDURIGE EN ACUTE ZORG VOOR OUDEREN

De populatie van ouderen verdient in ons gezondheidssysteem speciale aandacht. In de eerste plaats vertegenwoordigen ze een groot deel van de bevolking. In 2018 waren meer dan twee miljoen personen in België 65 jaar en ouder, wat neerkomt op 19% van de totale bevolking. Ze hebben bovendien een sterke nood aan gezondheidsdiensten. Niet alleen is er een correlatie tussen oudere leeftijd en de vraag naar acute medische zorgen, veel ouderen hebben ook voor langere periodes ondersteuning nodig om hun dagelijkse activiteiten te kunnen uitvoeren. In dit hoofdstuk focussen we zowel op de langdurige als op de acute zorg voor ouderen.

Langdurige zorg wordt door internationale organisaties zoals WGO, OESO, Eurostat gedefinieerd als een geheel van diensten vereist voor personen met een functionele, fysieke of cognitieve beperking, en die hierdoor langere tijd hulp nodig hebben bij de basisactiviteiten en instrumentele activiteiten in hun dagelijkse leven (*Activities of Daily Living* - ADL).¹²⁸ Basis ADL zijn onder meer baden en douchen, aankleden, naar toilet gaan, zich verplaatsen en zich voeden. Instrumentele ADL omvatten o.a. schoonmaken en onderhouden van de woning, bereiden van maaltijden en innemen van voorgeschreven medicatie.¹²⁹

Mantelzorg, d.w.z. zorg verleend door familie en vrienden (meestal echtgenoten en kinderen), is van oudsher een belangrijke bron van zorg voor mensen met langdurige zorgbehoeften. Als de mantelzorg niet langer toereikend is, is **formele zorg** door professionals noodzakelijk. Formele zorg kan in eerste instantie thuis worden verleend door thuisverpleegkundigen. In België is **thuisverpleging** beschikbaar voor personen met lage tot ernstige ADL- of cognitieve beperkingen, ongeacht hun leeftijd. Thuisverpleegkundigen bieden basisverpleegkundige (voornamelijk hygiënische) zorg en stellen daarnaast ook technisch-verpleegkundige handelingen.¹³⁰ Naast de thuisverpleging zijn er ook de thuishulpdiensten voor voornamelijk ondersteuning bij instrumentele AD.

Voor ouderen die niet meer thuis kunnen verblijven, zijn er twee soorten **woonzorgcentra**: de rustoorden voor bejaarden (ROB)^v, die verpleegkundige en persoonlijke zorg bieden aan ouderen met vooral lichte tot matige beperkingen (categorieën O, A, B, C, Cd en D op de Katz-schaal), en de rust- en verzorgingstehuizen (RVT)^w, voor personen die sterk zorgafhankelijk zijn maar geen permanente behandeling in het ziekenhuis nodig hebben (categorieën B, C, Cd en D op de Katz-schaal). Naast de woonzorgcentra zijn er ook serviceflats of assistentiewoningen die fungeren als een belangrijke semi-residentiële zorgomgeving, waar mensen zelfstandig kunnen wonen in een aangepaste en veilige omgeving, met een gemeenschappelijke ruimte voor interactie met andere bewoners en met, indien nodig, ondersteuning van zorgdiensten.

Tot de 6e staatshervorming van 2014 was langdurige zorg voor ouderen opgenomen in het ziektekostenverzekeringsstelsel van het RIZIV: voornamelijk rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen en thuisverpleging. Met de 6e staatshervorming zijn veel van de bevoegdheden voor langdurige zorg voor ouderen verschoven van het federale niveau naar de gewesten.¹³¹

Toegankelijkheid van diensten voor langdurige zorg

Om op oudere leeftijd een goed leven te kunnen leiden, is een vlotte toegang tot voorzieningen voor langdurige zorg (thuis of in een instelling) noodzakelijk. Het aantal gebruikers van langdurige zorg kan dienen als een proxy-indicator voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van deze voorzieningen. Het aantal gebruikers geeft ook informatie over de duurzaamheid van het systeem van langdurige zorg. De mate waarin inwoners beroep doen op formele zorg of mantelzorg en de mate waarin zorg in instellingen of thuis wordt verleend zijn immers belangrijke determinanten voor de overheidsuitgaven m.b.t. langdurige zorg.¹²⁸ We merken hierbij op dat formele zorg niet altijd de mantelzorg vervangt; vaak is het een aanvulling, een ondersteuning die bovenop de mantelzorg komt.

Uit de meest recent beschikbare gegevens uit 2016 blijkt dat 8,5% van de 65-plussers in de residentiële zorg verblijft (ELD-1) en 5,1% van de ouderen

^v Vroeger rustoorden voor bejaarden (ROB; nu woonzorgcentrum, WZC)

^w Vroeger rust- en verzorgingstehuis (RVT; nu woonzorgcentrum, WZC)



thuisverpleging krijgt (ELD-2). Opmerkelijk is dat er sprake is van een grote geografische variatie in het gebruik van de residentiële zorg en de thuisverpleging. In vergelijking met Vlaanderen en Wallonië verblijft een hoger percentage ouderen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in de residentiële zorg (10,3% in Brussel tegenover 9,0% in Wallonië en 8,0% in Vlaanderen). Omgekeerd heeft het Brussels Hoofdstedelijk Gewest het laagste percentage thuisverpleging (3,3%), samen met de provincies Luik en Luxemburg. De provincies Henegouwen en Limburg maken het meest gebruik van thuisverpleging (respectievelijk 6,7% en 8,8% van de ouderen).

Door de vele verschillende manieren waarop langdurige zorg kan verstrekt of ondersteund worden, is internationale vergelijking moeilijk, maar uit de beschikbare OESO-gegevens blijkt dat gemiddeld 13% van de 65-plussers langdurige zorg ontvangt, in instelling of thuis. Dit cijfer ligt heel dicht bij de Belgische situatie, echter, de mix blijkt wel verschillend. In vergelijking met andere landen doet België relatief meer beroep op residentiële zorg en minder beroep op thuisverpleging. De algemene perceptie echter is dat zowel residentiële zorg als thuisverpleging in België goed ontwikkeld zijn. Er is wel een groeiende bezorgdheid met betrekking tot de betaalbaarheid ervan voor ouderen, de budgettaire duurzaamheid van sommige diensten en ook de toenemende privatisering – zowel in de thuiszorg als in de residentiële sector.¹³¹

Residentiële bedcapaciteit

Zoals veel andere Europese landen, heeft het Belgische beleid inzake langdurige zorg ernaar gestreefd de thuiszorgdiensten uit te breiden en de institutionalisering zo lang mogelijk uit te stellen. Het RIZIV-budget voor thuisverpleging is een 'open' budget zodat het de vraag kan volgen. De overheidsuitgaven voor thuisverpleging zijn dan ook aanzienlijk gestegen. Ook het budget voor residentiële zorg nam aanzienlijk toe, hoewel deze werd beperkt door moratoria. Parallel hiermee werd een aanzienlijk aantal ROB-bedden omgezet naar RVT-bedden om het hoofd te kunnen bieden aan de hoge zorgbehoeften van bewoners.¹³⁰

Gezien de vergrijzing van de bevolking zal de behoefte aan langdurige zorg in het algemeen, zowel thuis als in de residentiële zorg, verder toenemen.¹³² Op verzoek van de beleidsmakers hebben het Federaal Planbureau en KCE in 2011 een model ontwikkeld om het benodigde aantal residentiële bedden in de toekomst te voorspellen. Volgens dat model zouden in 2025 149 000

tot 177 000 bedden nodig zijn. Na 2025 zou deze behoefte nog sneller toenemen.¹³⁰ Om de evolutie van het aantal bedden te volgen, hebben we een nieuwe indicator (ELD-4) geïntroduceerd. In 2018 waren er in totaal meer dan 144 000 bedden, wat aangeeft dat er nood is aan verdere groei. Hoewel het aantal bedden per 1 000 65-plussers is afgenomen in de periode 2011-2014, is dat aantal in de periode 2015-2018 toegenomen tot 68 bedden per 1 000 65-plussers in 2018. In vergelijking met andere Europese landen scoort België relatief hoog; België wordt enkel voorafgegaan door Luxemburg en Nederland, met het grootste aantal bedden, respectievelijk 86 en 85 bedden per 1 000 65-plussers.

Beleidsopties om de toename van nodige bedden in te dijen, zijn het verder stimuleren van de thuiszorg en de ondersteuning van de mantelzorg. Daarnaast dient er ook voor gezorgd te worden dat de beschikbare bedden in de eerste plaats worden gebruikt voor ouderen die meer intensieve zorg nodig hebben. Vooral voor personen die nog zelfstandig zijn (categorie O van de Katz-schaal), maar ook voor personen met een lage zorgafhankelijkheid (categorie A) kan men zich afvragen of een woonzorgcentrum de beste optie is. Om dit punt op te volgen, hebben we een nieuwe indicator toegevoegd die het percentage zelfstandige ouderen of ouderen met een lage zorgafhankelijkheid (categorie O of A van de Katz-schaal) in een residentiële zorgvoorziening meet (ELD-5). In de periode 2011-2018 is het aandeel patiënten van categorie O of A gestaag gedaald, van 32% in 2011 tot 25% in 2018. Deze gegevens tonen een positieve evolutie, maar regionale verschillen wijzen op nog verdere verbetermogelijkheden. In Brussel heeft meer dan een derde (34%) van de ouderen in een residentiële zorgvoorziening nog steeds een zekere autonomie. In Vlaanderen blijft dit aandeel beperkt tot 20%.



Om te vroege institutionalisering van zelfstandige personen of personen met een lage zorgafhankelijkheid te voorkomen, moeten naast thuiszorgdiensten ook andere alternatieve zorgmogelijkheden worden uitgebreid. Het kan immers ook gaan om personen met nood aan geestelijke gezondheidszorg of aan een sociale woonvoorziening die elders geen plaats vinden en voor wie een woonzorgcentrum een laatste redmiddel is. Ook serviceflats kunnen een alternatief vormen voor mensen die thuis sociaal geïsoleerd geraken. Voor een exploratie van het probleem en mogelijke beleidsalternatieven verwijzen we naar een onderzoek dat onlangs werd uitgevoerd in opdracht van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.¹³³

Mantelzorgers

Mantelzorgers vormen van oudsher een belangrijke component voor de invulling van langdurige zorgbehoeften. Naar alle verwachting echter zal de beschikbaarheid van mantelzorgers de komende decennia afnemen, rekening houdende met de afnemende gezinsgrootte, de toegenomen geografische mobiliteit en de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen. De laatste SHARE enquête (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)¹³⁴ wees uit dat België goed scoort met 19% van de 50-plussers die dagelijks of wekelijks mantelzorg verlenen (ELD-3). Dit is één van de hoogste percentages in de enquête. Desondanks zou het ook voor België moeilijk kunnen worden om te ontsnappen aan de algemene trend van een krimp aan aanbod aan mantelzorgers; de evolutie dient dan ook verder te worden opgevolgd.

Hoewel mantelzorg vaak wordt gezien als een kosteneffectieve manier om institutionalisering te vermijden of uit te stellen,¹³⁵ mag men niet over het hoofd zien dat hieraan ook indirecte kosten verbonden zijn; dit zowel op individueel vlak als op overheidsvlak, zoals de impact op de werksituatie van de mantelzorger en de mogelijk negatieve gevolgen van de mantelzorg op diens gezondheid.¹³⁶ Het stimuleren van mantelzorg en het ondersteunen van mantelzorgers vormen dan ook een uitdaging. Er bestaan mogelijkheden om de mantelzorg te formaliseren via vergoedingen, wettelijke rechten, sociale zekerheid en opleiding. Ze kunnen de mantelzorg stimuleren, de mantelzorger ondersteunen en de kwaliteit van de mantelzorg optimaliseren.¹³⁵ Voor meer reflecties over mogelijke ondersteuningsmaatregelen verwijzen we naar KCE-rapport 223.¹³⁷

Toegankelijkheid van acute zorg voor ouderen

De vergrijzing van de bevolking legt niet alleen druk op de langdurige zorg, maar ook op de acute zorg voor ouderen. Ons land kent een tekort aan **gerieters**; daarom werd een nieuwe indicator (ELD-5) toegevoegd om de evolutie van de beroepsbevolking in de geriatrie op te volgen. In de afgelopen jaren werden een aantal acties ondernomen om meer studenten geneeskunde te motiveren om voor geriatrie te kiezen. De Hoge Raad voor artsen-specialisten en huisartsen heeft de specialistische opleiding interne geneeskunde hervormd. Het studietraject van zes jaar begint nu met een gezamenlijk traject ("truncus communis") van 3 jaar waarin elke student ook ervaring opdoet in de geriatrie. Pas na deze 3 jaar moet een definitieve keuze voor subspecialisaties gemaakt worden. Bovendien zijn er meer RIZIV-codes gemaakt om de erelonen van gerieters te verhogen. Er moet nog worden geëvalueerd of de genomen maatregelen volstaan om het vereiste personeelsbestand te verzekeren.

Met 0.3 gerieters per 10 000 inwoners van 65+ scoort België lager dan elk van de G-7 landen. In de G-7 varieert de dichtheid van 0.4 in Canada tot 2.4 in het Verenigd Koninkrijk.¹³⁸

Veiligheid in residentiële zorg

Valincidenten zijn een veel voorkomende oorzaak van morbiditeit en mortaliteit bij ouderen. Recente gegevens over valincidenten bij ouderen zijn alleen beschikbaar voor de Vlaamse gemeenschap. Ze worden gemeten in het kader van het Vlaams indicatorenproject voor woonzorgcentra (VIP WZC). Gegevens uit dit project tonen dat in 2017 een mediaan van 12% van de inwoners in de Vlaamse woonzorgcentra binnen een periode van een maand een valincident had (ELD-7). Dit hoge percentage illustreert de grote zorgbehoefte van bewoners in woonzorgcentra en de nood aan verdere acties om valincidenten bij ouderen te voorkomen.



Doorligwonden (of decubitus) in het ziekenhuis, in de residentiële zorg of thuis hebben een ernstige negatieve invloed op de gezondheid van een patiënt. Doorligwonden kunnen worden voorkomen dankzij kwalitatief goede verpleegkundige zorg. Het hebben van doorligwonden is een van de kwaliteitsindicatoren gemeten in het Vlaams indicatorenproject voor woonzorgcentra voor ouderen. Deze gegevens tonen dat in 2017 2% van de bewoners doorligwonden had van categorie 2, 3, 4 of onbepaald, gemeten op een enkele referentiedag (ELD-8). Slechts bij 1,3% van de bewoners ontstonden de doorligwonden in het woonzorgcentrum. Voorlopig zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om de trend van de voorbije jaren te evalueren. Er zijn ook geen recente internationale gegevens voorhanden om te kunnen vergelijken. Aanbevolen wordt om deze kwaliteitsindicatoren ook in de andere regio's te meten, niet alleen om de toestand te evalueren maar ook om aandacht te creëren voor de problematiek en voor de nood aan preventieve inspanningen om het risico op doorligwonden te verminderen en om de omstandigheden te voorkomen waarin ze ernstig en fataal kunnen zijn.

Nosocomiale infecties (vaak veroorzaakt door antibioticaresistente organismen) met methicillineresistente *Staphylococcus aureus* (**MRSA**) zijn een andere belangrijke oorzaak van morbiditeit en mortaliteit in de residentiële zorg. Bewoners van woonzorgcentra zijn vaak gekoloniseerd met MRSA en MRSA-acquisitie is zeer frequent binnen deze zorgvoorzieningen. Een studie van Sciensano op basis van een steekproef van woonzorgcentra in 2015 toont aan dat 9,0% van de bewoners MRSA-drager was (ELD-9). De resultaten van de drie Belgische onderzoeken over MRSA-dragerschap tonen een voortdurende daling van de prevalentie in woonzorgcentra, van 19% in 2005 tot 12,2% in 2011 en tot 9,0% in 2015. Niettegenstaande deze positieve evolutie, blijft MRSA een continu aandachtspunt voor het zorgpersoneel en het management van woonzorgcentra.

Gepastheid van zorg

Vanwege hun bijwerkingen, vooral bij oudere patiënten, moeten **anticholinergica** in deze populatie zoveel mogelijk worden vermeden. Toch blijkt uit gegevens (ELD-10) dat 22% van de Belgische 65-plussers in 2016 een dosering van meer dan 80 DDD anticholinergica voorgeschreven kreeg, wat wijst op chronisch gebruik van dit geneesmiddel. Ouderen in residentiële voorzieningen krijgen vaker anticholinergica voorgeschreven dan thuiswonende ouderen (52% van de 75-plussers in de residentiële setting vergeleken met 22% van de thuiswonende 75-plussers). Sinds 2011 is er zo goed als geen evolutie. Verder is er een aanzienlijke regionale variatie. Er is duidelijk nood aan verbetering van het voorschrijfgedrag van artsen, via educatie en beter gebruik van richtlijnen.

Antipsychotica worden vaak voorgeschreven voor probleemgedrag bij patiënten met dementie. Omwille van de risico's verbonden aan deze geneesmiddelen, zijn niet-medicamenteuze interventies echter de eerste aanbevolen stap. Uit gegevens blijkt dat in 2016 6,1% van de bevolking ouder dan 65 jaar antipsychotica kreeg. Dit percentage is erg hoog in vergelijking met andere OESO-landen. Ter vergelijking: in Zweden, Noorwegen, Nederland, Frankrijk, Australië en Denemarken werden antipsychotica voorgeschreven aan minder dan 3,5% van de 65-plussers. Het probleem lijkt bijzonder acuut in de residentiële setting: 32% van de 75-plussers kreeg er antipsychotica voorgeschreven (ELD-11) tegenover slechts 5% van de thuiswonende 75-plussers (ELD-12). Het terugdringen van het overmatig gebruik van antipsychotica in de residentiële zorg blijft een beleidsprioriteit voor België.



Tabel 17 – Indicatoren voor ouderenzorg

Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (mean)
ELD-1	Verblijf in residentiële voorziening ^{a, b} (% inwoners 65+)	C	8,5	2016	8,0	9,0	10,3	IMA	4,3 ⁽¹⁾
ELD-2	Thuisverpleging ^c (% inwoners 65+)	C	5,1	2016	5,5	4,8	3,3	IMA	8,7 ⁽¹⁾
ELD-3	Aantal mantelzorgers (% inwoners 50+ die mantelzorg verlenen)	C	20	2015	---	---	---	SHARE	13,3 ⁽²⁾
ELD-4 <i>NIEUW</i>	Aantal bedden voor langdurige zorg in residentiële voorziening ^{a,b} (per 1 000 inwoners 65+)	C	68	2018	61	74 ^d	99	RIZIV	46,2 ⁽³⁾
ELD-5 <i>NIEUW</i>	Personen met lage zorgafhankelijkheid in residentiële voorziening ^{a,b} (% van de bewoners)	C	25	2018	20	31 ^d	34	RIZIV	---
Toegankelijkheid van diensten voor acute zorg									
ELD-6 <i>NIEUW</i>	Aantal praktiserende geriaters (per 10 000 inwoners)	C	0,30	2016	---	---	---	RIZIV	---
ELD-7	Valincident in de voorbije maand in woonzorgcentra ^{a,b} (% bewoners)	●	--	2017	12	--	--	VAZG	---
ELD-8	Prevalentie van doorligwonden (graad II-IV) in woonzorgcentra ^{a,b} (% bewoners)	●	---	2017	2,0	---	---	VAZG	---
ELD-9	Prevalentie van MRSA-dragers in rust- en verzorgingstehuis ^b (% van inwoners)	+	9,0	2015	---	---	---	Sciensano	---
Gepastheid van zorg									
ELD-10 <i>NIEUW</i>	Gebruik van anticholinergica > 80 DDD bij ouderen (% van inwoners 65+)	ST	21,8	2016	19,6	25,9	23,7	EPS	---
ELD-11 <i>NIEUW</i>	Gebruik van antipsychotica in residentiële voorziening (% van bewoners 75+)	●	31,6	2016	---	---	---	EPS	---
ELD-12 <i>NIEUW</i>	Gebruik van antipsychotica buiten residentiële voorziening (% van inwoners 75+)	↘	5,2	2016	---	---	---	EPS	---

Goede (●), gemiddelde (●) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg). C (contextuele indicator, geen evaluatie).

Vetgedrukte resultaten wijzen op een gewest met een relatief risico hoger dan 1.2 (of lager dan 0.83) in vergelijking met het gewest met de beste resultaten.

VAZG = Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. ^a rustoorden voor bejaarden (ROB), ^b rust- en verzorgingstehuis (RVT), ^c Gegevens m.b.t. langdurige thuiszorg zijn gebaseerd op per diem facturering van forfaits, ^d Wallonië: Duitstalige Gemeenschap inclusief; Bronnen met resultaten voor internationale vergelijking: ⁽¹⁾ Schatting voor OESO-16/18 afgeleid uit OECD Health Statistics 2017 <http://dx.doi.org/10.1787/888933605920> en <http://dx.doi.org/10.1787/888933605882>; geen gegevens over België gepubliceerd; ⁽²⁾ OESO-18 in Health at a Glance 2017 obv SHARE bij populatie 50+; ⁽³⁾ OESO-31; ⁽⁴⁾ OESO-15 van OECD Health Statistics 2017

**Samenvatting van de indicatoren specifiek voor de populatie 65+/75+**

Tabel 18 en Tabel 19 vatten de indicatoren voor ouderen samen die ook al in voorgaande delen aan bod kwamen. In Tabel 18 vergelijken we de 65-plussers die geen langdurige zorg krijgen met 65-plussers die thuisverpleging krijgen en met 65-plussers die in een residentiële voorziening verblijven. In Tabel 19 vergelijken we de groep thuiswonende 75-plussers met de groep geïnstitutionaliseerde 75-plussers.

Over het algemeen gaat het krijgen van thuiszorg of het verblijven in een residentiële voorziening gepaard met een hoger percentage influenzavaccinatie (P-4) en een hoger contactpercentage met de huisarts (QC-2 en QC-3). Verblijf in een residentiële voorziening wordt daarnaast ook geassocieerd met een hoger gebruik van antidepressiva (MH-7), antibiotica (QA-4) en anticholinergica (ELD-10) en een lager contactpercentage met oogartsen bij diabetespatiënten (QA-1 en QA-2).

Tabel 18 – Indicatoren gerapporteerd in andere delen, specifiek voor de populatie van 65-plussers

(ID)	Indicator	Jaar	Bron	België	Geen formele zorg (65+)	Thuiszorg (65+)	In WZC (65+)
Preventie							
P-4	Griepvaccinatie (% inwoners 65+)	2016	IMA	54,7	53,8	70,7	82,1*
Continuïteit van zorg							
QC-2	Usual Provider Continuity index $\geq 0,75$	2015-2016	IMA	67,6	66,9	83,2	80,5
QC-3	Contact met huisarts binnen 7 dagen na ontslag uit ziekenhuis (% 65+)	2016	IMA	56,6	50,2	68,0	69,5
Veiligheid							
QS-6	Polymedicatie bij ouderen (5 of meer geneesmiddelen van >80 DDD per jaar) (% inwoners 65+)	2016	Farmanet Sciensano	39%	n.a.	n.a.	n.a.

*Resultaten m.b.t. influenza voor 65-plussers in woonzorgcentra hebben alleen betrekking op Brussel en Wallonië (resultaten voor Vlaanderen zijn niet beschikbaar in de IMA-gegevens); DDD = gedefinieerde dagelijkse dosis.

na = niet beschikbaar

**Tabel 19 – Indicatoren specifiek voor de populatie van 75-plussers**

(ID)	Indicator	Jaar	Bron	Buiten WZC (75+)	In WZC (75+)
MH-7	Gebruik antidepressiva (% inwoners 75+, minstens éénmaal per jaar)	2016	IMA	18,9	48,6
QA-1	Aandeel diabetespatiënten met gepaste opvolging (% diabetespatiënten 75+ onder insuline)	2016	IMA	30,7	20,1
QA-2	Aandeel diabetespatiënten met gepaste opvolging (% diabetespatiënten 75+ onder orale antidiabetica alleen)	2016	IMA	10,6	2,3
QA-4	Gebruik antibiotica (% inwoners 75+, minstens éénmaal per jaar)	2016	IMA	44,4	62,2
QA-5	Gebruik tweedelijsantibiotica (% totaal DDD antibiotica bij inwoners 75+)	2016	IMA	55,1	49,4
ELD-10	Voorschrift anticholinergische geneesmiddelen >80 DDD (% inwoners 75+)	2016	IMA	22	52

DDD = gedefinieerde dagelijkse dosis.

Conclusie

MRSA-dragerschap in residentiële voorzieningen voor ouderen neemt af, maar dient een continu aandachtspunt te blijven voor het zorgpersoneel en het management van deze instellingen. Gegevens over valincidenten en doorligwonden zijn moeilijk te evalueren omdat ze alleen beschikbaar zijn voor de Vlaamse voorzieningen en betrouwbare gegevens pas sinds kort beschikbaar zijn. Aanbevolen wordt om deze kwaliteitsindicatoren ook in de andere regio's te meten, niet alleen om de situatie op te volgen maar ook om aandacht te vestigen op het belang van preventieve inspanningen.

Er worden te veel anticholinergica en te veel antipsychotica voorgeschreven aan ouderen in residentiële voorzieningen. Het voorschrijfgedrag van artsen dient te worden verbeterd, via opleiding en beter gebruik van richtlijnen. Het aantal gepolymediceerde patiënten blijft relatief hoog in vergelijking met andere landen, maar is in de loop van de tijd licht gedaald.



11 ZORG RONDOM HET LEVENSEINDE

Palliatieve zorg wordt door de WGO gedefinieerd als een benadering die de levenskwaliteit verbetert van patiënten en hun familie die geconfronteerd worden met een levensbedreigende ziekte, door het lijden te voorkomen en te verlichten door een vroege identificatie, evaluatie en behandeling van pijn en andere problemen (fysiek, psychosociaal en spiritueel).¹³⁹ Deze definitie benadrukt de verschillende aspecten van palliatieve zorg, zoals de holistische aanpak door een multidisciplinair team van zorgverstrekkers, zorg bestemd voor alle patiënten met een levensbedreigende ziekte, en dus niet alleen voor kankerpatiënten, en de noodzakelijke ondersteuning van de familie.

België heeft heel wat structuren en diensten ontwikkeld voor palliatieve patiënten. Zo zijn er palliatieve netwerken, palliatieve thuiszorgteams, palliatieve zorgforfaits voor patiënten die thuis blijven en palliatieve functies in ziekenhuizen en in residentiële voorzieningen voor ouderen.¹⁴⁰ Daarnaast ontwikkelde België een wetgeving voor euthanasie bij volwassenen en kinderen.¹⁴¹

Uit Belgisch onderzoek blijkt dat palliatieve thuiszorgondersteuning een positief effect heeft op de kwaliteit van zorg, met een reductie van de totale zorgkosten in de laatste 14 dagen van het leven. Het onderzoek wees op de noodzaak voor beleidsmakers en zorgverleners om de communicatie over de bestaande opties van palliatieve thuiszorg aan patiënten en hun mantelzorgers te versterken.¹⁴²

In het verleden werden patiënten vaak te laat als palliatieve patiënt herkend - vaak slechts een week voor overlijden; daarom zijn er nieuwe criteria in gebruik genomen die niet langer gebaseerd zijn op de levensverwachting maar op de kwetsbaarheid. Voorheen was een levensverwachting van maximaal drie maanden de wettelijk bepaalde voorwaarde om in aanmerking te komen voor palliatieve zorg. De nieuwe criteria zijn gebaseerd op de eerste schaal van de 'Palliatieve Zorg Indicator Tool'

(PICT), met als eerste vraag: "Zou u verrast zijn mocht deze patiënt in de komende 6 tot 12 maanden overlijden?".¹⁴³ Dankzij deze nieuwe definitie kunnen patiënten vroeger worden gedetecteerd.

Dit rapport streeft er niet naar een uitgebreid overzicht te maken van het huidige gebruik van palliatieve zorgdiensten. Eerder geeft het een selectie van waarschuwingsindicatoren weer, voor de klinische praktijk en voor beleidsmakers. Een belangrijke beperking was dat nationale gegevens rond levenseinde enkel beschikbaar zijn voor terminale kankerpatiënten. Het is niet zeker dat we deze resultaten kunnen extrapoleren naar alle levenseinde situaties. Een Vlaams project ontwikkelde 31 kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg. De implementatie van deze indicatorenset is echter beperkt tot 29% van de palliatieve zorgdiensten in Vlaanderen (37 teams). Voor deze reden werden deze gegevens dan ook niet opgenomen in dit rapport.¹⁴⁴

Toegankelijkheid en (laat)tijdigheid van palliatieve zorg

De eerste twee indicatoren in dit hoofdstuk betreffen gegevens over palliatieve zorg voor kankerpatiënten; 53% van de terminale kankerpatiënten ontving in 2015 palliatieve zorg (EOL-1), hetzij thuis, hetzij in het ziekenhuis^x. Dit percentage is in de tijd licht gestegen en ligt hoger in Vlaanderen. Dit percentage is waarschijnlijk nog een onderschatting van de realiteit, omdat patiënten palliatieve zorg kunnen krijgen in het ziekenhuis zonder dat dit specifiek wordt weergegeven in de facturering.

18,4% van de terminale kankerpatiënten stierf echter binnen een week na start van de palliatieve zorg (EOL-2). Dit percentage is sinds 2012 licht gedaald (19,6%), wat een positieve evolutie is. Hoewel het om een minderheid van patiënten gaat, blijft dit cijfer een signaal naar zorgverleners, patiënten en hun omgeving toe om zich bewust te zijn van het belang van een tijdige opstart van palliatieve zorg. Met de nieuwe criteria van een palliatieve patiënt, zoals vastgesteld bij Koninklijk Besluit in 2018, zal de situatie naar verwachting verbeteren.

^x Palliatieve zorg zoals geïdentificeerd in facturatiegegevens: dit omvat patiënten die een palliatief zorgforfait krijgen in de gebruikelijke woonplaats, patiënten die bezoek kregen van de huisarts of verpleegkundige binnen een

palliatieve setting, patiënten opgenomen in palliatieve eenheden of gehospitaliseerde patiënten die bezoek kregen van multidisciplinaire palliatieve zorgteams.



Therapeutische hardnekkigheid aan het levenseinde²

Naast de indicator over het tijdig opstarten van palliatieve zorg, levert ook deze over therapeutische hardnekkigheid (bv. ongepaste behandelingen in de laatste levensfase) belangrijke informatie op voor zorgverleners en beleidsmakers.¹⁴⁵ Ongeveer 8.9% van de terminale kankerpatiënten kreeg tijdens de laatste 14 dagen van hun leven nog chemotherapie (EOL-3), met hogere cijfers in Wallonië. Deze gegevens maken echter geen onderscheid tussen curatieve en palliatieve chemotherapie en houden geen rekening met onverwachte sterfgevallen bij kankerpatiënten, wat de interpretatie van deze resultaten bemoeilijkt. Sinds 2012 is dit percentage licht gedaald.

Patiëntgerichtheid

Ondanks de huidige organisatie van palliatieve diensten die de patiënten en de familie moeten helpen om de patiënt thuis te laten verblijven, stierf 63% van de kankerpatiënten in een ziekenhuis. Slechts 23.1% stierf thuis en 6.8% in residentiële zorg (dus 29.9% stierf in zijn vertrouwde omgeving, EOL-4). Het aandeel patiënten dat in een ziekenhuis stierf, ligt hoger in Brussel. In de periode 2008-2015 was er een lichte daling van patiënten die overleden in het ziekenhuis en een lichte toename van patiënten die in de residentiële zorg overleden.

Patiënten zouden doorgaans zo veel mogelijk moeten overlijden op de plek die ze hiervoor kiezen. Het aandeel patiënten dat het liefst thuis, in de residentiële zorg of elders wil sterven is echter niet gekend. We moeten de gebruikte indicator dan ook als een proxy beschouwen en met voorzichtigheid interpreteren. Zorgprofessionals worden aangemoedigd om de voorkeurplaats van overlijden van de patiënt te registreren. Deze gegevens kunnen dan gebruikt worden om het "percentage sterfgevallen op hun voorkeurslocatie" te monitoren, wat een meer accurate indicator voor patiëntgerichtheid zou zijn.

Conclusie

Sinds het vorige performantierapport tonen de gegevens een beperkte positieve evolutie. Voor het volgende rapport dienen opnieuw inspanningen te worden geleverd om andere patiëntgroepen op te nemen (zoals patiënten met dementie of andere chronische aandoeningen). Dit ligt in lijn met de 'Global Atlas of Palliative Care' waarin de definitie van palliatieve zorg wordt uitgebreid naar personen met veelvuldige chronische aandoeningen en levensbedreigende of -verkortende aandoeningen.¹⁴⁶



Tabel 20 – Indicatoren voor zorg rondom het levenseinde bij terminale kankerpatiënten

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddeld)
Toegankelijkheid van de palliatieve zorg									
EOL-1	Patiënten die palliatieve zorg kregen ^a (% van terminale kankerpatiënten die binnen het jaar stierven)	+	53,4	2015	59,8	46,1	43,7	Belgisch kankerregister + IMA	---
Gebrek aan tijdige palliatieve zorg									
EOL-2	Patiënten die stierven binnen de week na de opstart van palliatieve zorg (% van terminale kankerpatiënten die palliatieve zorg kregen en binnen het jaar stierven)	+	18,4	2015	16,3	21,7	23,0	Belgisch kankerregister + IMA	---
Therapeutische hardnekkigheid rondom het levenseinde									
EOL-3	Patiënten die chemotherapie kregen tijdens de laatste 14 dagen van hun leven (% van terminale kankerpatiënten die binnen het jaar stierven)	+	8,9	2015	7,5	10,9	9,7	Belgisch kankerregister + IMA	---
Patiëntgerichtheid									
EOL-4	Overlijden in de vertrouwde omgeving (thuis of in residentiële zorg) (% van terminale kankerpatiënten die binnen het jaar stierven)	+	29,9	2015	31,0	30,1	20,7	Belgisch kankerregister + IMA	---

Goede (●), gemiddelde (●) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg).

Vetgedrukte resultaten wijzen op een gewest met een relatief risico hoger dan 1,2 (of lager dan 0,83) in vergelijking met het gewest met de beste resultaten.

^a Palliatieve zorg zoals geïdentificeerd in facturatiegegevens: dit omvat patiënten die een palliatief zorgforfait krijgen in de gebruikelijke woonplaats, patiënten die bezoek kregen van de huisarts of verpleegkundige binnen een palliatieve setting, patiënten opgenomen in palliatieve eenheden of gehospitaliseerde patiënten die bezoek kregen van multidisciplinaire palliatieve zorgteams



12 MOEDER EN PASGEBORENE

Pasgeborenen

Neonatale sterfte is de laatste decennia afgenomen en stabiliseerde sinds 2009, met 2,5 neonatale sterfgevallen per 1 000 levendgeborenen. In 2015 bedroeg het neonatale sterftcijfer in België 2,2 per 1 000 levendgeborenen, wat dicht ligt bij het EU-15-gemiddelde (2,3 per 1000 levendgeborenen). Tussen 2005 en 2009 echter nam **de perinatale sterfte** licht toe, maar neemt momenteel af. Daardoor ligt dit cijfer sinds 2005 boven het EU-13-gemiddelde, hoewel het verschil in 2015 minder groot was (perinatale sterftcijfer van 6,0 per 1 000 geboorten in België tegenover 5,7 voor het EU-13-gemiddelde). Belgische gegevens zijn echter moeilijk te vergelijken met internationale gegevens onder meer omwille van de verschillen in de definitie van foetale sterfte.

De waarde van de **Apgar-score na 5 minuten** is bekend als sterk gecorreleerd met neonatale mortaliteit en biedt een goede voorspellende waarde voor latere mortaliteit.¹⁴⁷ In België bedroeg het aandeel pasgeborenen met een lage (minder dan 7) en een zeer lage (minder dan 4) Apgar-score in 2015 respectievelijk 17,52 en 2,75 per 1 000 levendgeborenen. Dit aandeel evolueerde niet veel in de tijd (hoewel een gemiddelde daling werd waargenomen in de periode 1998-2015) en komt overeen met dat van andere Europese landen.¹⁴⁷

Zeer premature geboorten (tussen 22 en 31 weken zwangerschap) zijn zeldzaam, maar vertegenwoordigen een groot deel van de neonatale sterfgevallen. De geboorte van deze neonaten op kraamafdelingen voorzien van een **NIC (Neonatal Intensive Care)** unit wordt geassocieerd met lagere sterfte.^{147, 148} In 2015 vond in Brussel 3,66% van de zeer premature geboorten plaats buiten dit type afdeling, hetgeen lager is dan in 2011 (8,60%). De meeste ziekenhuizen met een kraamafdeling hebben er ook een NIC unit (7 van de 11) en dit verklaart waarom het aandeel zeer premature geboorten buiten deze eenheden laag is. De percentages liggen hoger in Vlaanderen en Wallonië (respectievelijk 17,92% en 19,14%), maar nemen ook af.

Interventies tijdens de arbeid en de bevalling

De toename van interventies tijdens de arbeid en de bevalling heeft de afgelopen jaren voor wereldwijde bezorgdheid gezorgd.^{149 150, 151} In België zijn de inductie- en episiotomiepercentages nog steeds hoog, maar namen grotendeels af in de tijd. Het **inductiepercentage** daalde van 31,9% in 1998 tot 26,7% in 2015, terwijl het **episiotomiepercentage** (bij vaginale bevallingen) daalde van 47,9% in 2010 tot 40,8% in 2015.

Vanaf 1985 tot 2015 oordeelde de WGO en de internationale gezondheidszorggemeenschap dat het percentage keizersneden niet hoger mocht zijn dan 10-15%. Deze aanbeveling werd in 2015 herzien, waarbij de WGO oordeelt dat *"alles in het werk moet worden gesteld om keizersneden aan te bieden wanneer medisch noodzakelijk voor moeder en/of kind, in plaats van te streven naar een specifiek percentage"*.³³ In België bedroeg het percentage **keizersneden** in 2016 21,6%, m.a.w. minder dan het EU-13-gemiddelde van 25,9%. Hoewel dit percentage op nationaal niveau toeneemt, wordt sinds 2013 een daling waargenomen in Brussel en sinds 2014 in Wallonië. Bovendien beveelt de WGO het gebruik aan van de Robsonclassificatie om het percentage keizersneden te beoordelen, te bewaken en te vergelijken.^{33, 152} Het percentage keizersneden ligt voor de meeste Robsoncategorieën binnen het door de WGO vooropgestelde verwachte bereik.¹⁵³ Het percentage keizersneden bij multipara vrouwen met eenlingzwangerschap, ≥ 37 weken, in Robsoncategorie 3 en 4 zonder antecedent van keizersnede is laag in België (in 2016: 7,4% in Vlaanderen, 6,2% in Wallonië, 7,4% in Brussel voor Robson 4), vergeleken met de verwachte percentages (niet hoger dan 15% voor Robson 4 volgens de WGO¹⁵³). Anderzijds ligt het percentage keizersneden bij vrouwen met antecedent van keizersnede (Robsoncategorie 5) op of boven de bovengrens van het verwachte bereik (in 2016: 66,50% in Vlaanderen, 63,9% in Wallonië en 59,7% in Brussel), terwijl het verwachte bereik 50-60% bedraagt¹⁵³). Deze categorie (Robson 5) was ook het meest vertegenwoordigd in het totale percentage keizersneden.



Echter, na lang het adagium "Eens een keizersnede, altijd een keizersnede" een must te hebben gehouden, VBAC (Vaginal Birth After Cesarean) of vaginale bevalling na een keizersnede wordt nu beschouwd als een goede benadering bij bepaalde zwangerschappen. Om het risico op uterusruptuur te verkleinen, wordt echter aanbevolen om elke vorm van inductie, vooral met prostaglandinen, te vermijden.¹⁵⁴ In België is het percentage VBAC tussen 2010 en 2014 gedaald (van 34,30% naar 30,54%). Dit is in lijn met de internationale trends; die duiden sinds het einde van de jaren negentig op een afname van de VBAC-percentages na toename van het aantal gerapporteerde uterusrupturen en andere obstetrische complicaties.^{155, 156} Desalniettemin neemt men in België recent een stijging waar (VBAC-percentage in België van 31,88% in 2015, stijging startte in 2012 in Brussel, in 2013 in Vlaanderen en in 2014 in Wallonië). Toekomstige gegevens moeten deze opwaartse trend nog bevestigen.

Tekstbox 13 – Wettelijke gegevens en de facto-gegevens

Om de performantie van het gezondheidssysteem tussen de gewesten in België te vergelijken, zijn er twee benaderingen mogelijk: het vergelijken van de inwoners van de verschillende gewesten of het vergelijken van de zorgverlening in de verschillende gewesten. *De facto-gegevens* laten toe om te analyseren wat er in een bepaald gewest gebeurt (bijvoorbeeld in Brussel), terwijl *wettelijke gegevens* het mogelijk maken om te analyseren wat er gebeurt voor de bewoner van een gewest (bijvoorbeeld personen die in Brussel wonen). Dit onderscheid is interessant bij de analyse van de zorg voor moeder en pasgeboren, aangezien een kwart van de vrouwen die in Brussel bevallen, niet in dat gewest woont. In 2016 bevielen in Brussel 17,5% vrouwen die in Vlaanderen wonen en 6,9% vrouwen die in Wallonië wonen.¹⁵⁷ Daarom is het bij het interpreteren van regionale vergelijkingen belangrijk na te gaan welk soort gegevens er zijn gebruikt. Het percentage VBAC is bijvoorbeeld hoger bij vrouwen die in het Brusselse gewest wonen (wettelijke gegevens) dan bij vrouwen die in het Brusselse gewest bevallen (de facto-gegevens).

Het episiotomiepercentage ligt lager bij vrouwen die in het Brussels Gewest wonen dan bij vrouwen die in het Brusselse gewest bevallen.

Geografische variabiliteit in de interventies tijdens arbeid en bevalling

Geografische variabiliteit in de interventies tijdens arbeid en bevalling kan duiden op ongepaste zorg. Keizersnedes zijn een veel aangehaald voorbeeld^{21, 32, 158, 159}, maar ook andere interventies zijn van belang. In België is de geografische variabiliteit vrij groot. In 2016 varieerden de keizersnedepercentages per Belgisch district van 12% tot 30%. Ook de variabiliteit tussen de ziekenhuizen is groot (variërend van 16% tot 35%). Het percentage VBAC in de Belgische ziekenhuizen varieert van 12% tot 61% (gegevens 2015). Ook de inductiemethodes in de ziekenhuizen variëren sterk, van 10% tot 49% (gegevens 2015). Dezelfde praktijkvariabiliteit werd waargenomen voor de episiotomiepercentages in de Belgische ziekenhuizen, die in 2015 varieerden van 8% tot 84%. Niettemin moeten we deze verschillen voorzichtig interpreteren omdat ze gedeeltelijk verklaard kunnen worden door verschillen in 'case-mix' tussen de ziekenhuizen en door andere beïnvloedende factoren waarvoor niet werd gecorrigeerd in de analyse.

Verkorting van de ziekenhuisverblijfsduur

De **gemiddelde verblijfsduur voor een normale bevalling** is een indicator voor het efficiënte gebruik van zorgdiensten. Deze indicator is meer geschikt dan de globale gemiddelde verblijfsduur, waarbij geen rekening wordt gehouden met de verschillen in case-mix van patiënten. In België daalde de gemiddelde opnameduur voor een normale bevalling van 4,96 dagen in 2010 tot 3,83 in 2013 en daalde daarna scherp tot 3,11 dagen in 2016. Budgettaire beslissingen en de lancering van zeven proefprojecten voor bevallen met kortere ziekenhuisopname¹⁶⁰ dragen bij tot deze neerwaartse trend. De gemiddelde verblijfsduur in België ligt nu dicht bij het EU-13-gemiddelde (2,8 dagen in 2016).



Door de verkorting van de ziekenhuisverblijfsduur na een bevalling moet vaker buiten de kraamafdeling een bloedstaal worden afgenomen voor neonatale screeningstests op metabole ziekten. In dat kader is de mogelijke toename van het percentage late bloedafnames een bezorgdheid, aangezien de afname moet gebeuren tussen de 3 en 5 dagen na de geboorte.^{161 162} Een bloedafname meer dan 5 dagen na de geboorte heeft gevolgen voor het gebruik van afkapwaarden tijdens de analyse van het bloedstaal.¹⁶³ Het lijkt erop dat in de Federatie Wallonië-Brussel het **percentage late screeningtests op metabole ziekten** inderdaad is gestegen tussen 2013 en 2014, maar daarna sterk is gedaald in 2015 en 2016. In 2013 gebeurde 2,59% van de tests te laat; in 2016 was dit nog maar 1,80%. Tegelijkertijd volgde **het percentage tests dat te vroeg werd genomen** (1 tot 2 dagen na de geboorte) dezelfde trend: een toename tussen 2013 en 2014 (van 0,13% naar 1,73%), gevolgd door een afname. In 2016 lag het aandeel tests dat te vroeg gebeurde (0,57%) echter nog niet op het niveau van 2013. Anderzijds is het **aandeel tests dat meer dan 4 dagen na staalafname in het labo wordt ontvangen** voortdurend toegenomen tussen 2013 en 2016 (van 11,05% tot 16,7%).

Prenatale klinische beoordeling en screeningstests

Voor laagrisicozwangerschappen worden, ongeacht de zorgverlener (gynaecoloog, vroedvrouw of huisarts), zeven prenatale consultaties aanbevolen voor multipara en tien voor primipara.¹⁶⁴ Om de efficiëntie van de zorg te verzekeren, moet een toename in gebruik van prenatale zorg door één type zorgverlener gecompenseerd worden door een afname in gebruik van prenatale zorg door een ander type zorgverlener. In België zien we echter een toename van het **mediane aantal prenatale consultaties** (alle soorten zorgverleners) van 14 in 2010 tot 15 in 2016: zowel het mediane aantal consultaties bij de gynaecoloog als het mediane aantal consultaties bij de vroedvrouw steeg tussen 2010 en 2016 (van 10 naar 11 en van 0 naar 1), terwijl het mediane aantal consultaties bij de huisarts gedurende deze periode stabiel bleef (2 consultaties). Daarnaast had 85,08% van de vrouwen met een laagrisicozwangerschap in 2016 meer dan 10 prenatale consultaties (66,78% na exclusie van de consultaties bij de huisarts). Daarnaast hadden sommige vrouwen (3,67% in 2016) met een laagrisicozwangerschap minder dan 7 prenatale consultaties (6,29% na

exclusie van de consultaties bij de huisarts). Meer gedetailleerde analyses zijn te vinden in Benahmed et al. (Forthcoming, 2019).¹⁶⁵

Met betrekking tot screeningstests tijdens de zwangerschap, beveelt de KCE-richtlijn¹⁶⁴ aan om niet routinematig aan elke zwangere vrouw een hepatitis C-test aan te bieden. Routinescreening naar toxoplasmose-infectie bij alle zwangere vrouwen, herhaald op verschillende tijdstippen tijdens de zwangerschap, wordt evenmin aanbevolen. Nochtans kan een eenmalige serologische test preconceptioneel of in het begin van de zwangerschap nuttig zijn. Routinematige screening naar cytomegalovirusinfectie bij alle zwangere vrouwen is evenmin aanbevolen, hoewel een eenmalige serologische test, bij voorkeur preconceptioneel, nuttig kan zijn. In juni 2017 is de RIZIV-nomenclatuur in die zin aangepast: de nieuwe nomenclatuurcodes voor de toxoplasmosetest kunnen tijdens de zwangerschap niet meer dan tweemaal in rekening worden gebracht en de nieuwe nomenclatuurcodes voor de cytomegalovirustest kunnen tijdens de zwangerschap alleen in rekening worden gebracht bij klinisch vermoeden van een acute cytomegalovirusinfectie. De thans beschikbare gegevens (tot 2016) laten ons echter niet toe om de impact van deze recente wijzigingen te analyseren. In 2016 kreeg 70,83% van de zwangere vrouwen **ten minste een hepatitis C-test** tijdens de zwangerschap, 74,16% kreeg **ten minste twee toxoplasmosetests** en 48,62% kreeg **minstens twee cytomegalovirustests**. De percentages blijven ongeveer gelijk, ook wanneer alleen de laagrisicozwangerschappen in aanmerking worden genomen. Deze percentages zijn toegenomen sinds 2010 (toen respectievelijk 62,78%, 69,29% en 45,00%). Bovendien daalt het mediane aantal toxoplasmosetests tijdens de zwangerschap niet: 3 [P25-P75: 1-4] toxoplasmosetests in 2010 en 3 [P25-P75: 1-5] in 2016.



Tabel 21 – Indicatoren voor moeder en pasgeborene

(ID) Indicator	Score	België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU (mean)
Effectiviteit								
MN-1 NIEUW Neonataal sterftcijfer (per 1 000 levendgeborenen)	+	2,16	2015	2,58	1,81	1,37	Statbel, OECD	2,3*
MN-2 NIEUW Pasgeborenen met lage Apgar-score (<7) na 5 minuten (per 1 000 levendgeborenen)	ST	17,52	2015	18,70	15,06	18,40	Statbel	NA
Gepastheid								
MN-3 Keizersnedes (per 1 000 levendgeborenen)	ST	216	2016	216	223	206	MZG, OECD	259**
MN-4 NIEUW Inducties (per 1 000 levend- en doodgeborenen)	+	267	2015	238	308	284	Statbel	NA
MN-5 NIEUW Episiotomie (per 1 000 vaginale bevallingen van levendgeborenen)	+	408	2015	466	359	301	Statbel	NA
MN-6 NIEUW Percentage vaginale bevallingen na een keizersnede (VBAC) (% van alle vrouwen met een vaginale bevalling na eerdere keizersnede)	-	31,88	2015	30,14	31,24	38,68	Statbel, Euro-Peristat	26,1%***
MN-7 NIEUW Zeer premature geboorten in een ziekenhuis zonder NIC unit (% van alle geboorten tussen 22 en 31 weken)	+	NA	2015	17,92	19,14	3,66	SPE, CEpiP	NA
MN-8 NIEUW Herhaalde screening op toxoplasmose tijdens de zwangerschap (% vrouwen tenminste twee keer gescreend)	-	74,19	2016	73,73	77,70	68,55	IMA	NA
Efficiëntie								
MN-9 Gemiddelde verblijfsduur voor een normale bevalling (dagen)	+	3,11	2016	3,20	3,11	2,85	MZG, OECD	2,8**
MN-10 NIEUW Mediaan aantal prenatale consultaties voor laagrisicozwangerschappen	-	15	2016	16	15	14	IMA	NA

Goede (●), gemiddelde (●) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg).

* Gegevensbron: OECD Health Statistics 2018. EU-15: Denemarken, Griekenland, VK, Ierland, Frankrijk, Nederland, Oostenrijk, Duitsland, België, Portugal, Luxemburg, Italië, Spanje, Zweden, Finland.

** Gegevensbron: OECD Health Statistics 2018. EU-13: Italië, Portugal, Ierland, Luxemburg, Duitsland, Oostenrijk, VK, Spanje, België, Frankrijk, Denemarken, Zweden, Finland.

*** Gegevensbron: Euro-Peristat. EU-26: België, Tsjechische Republiek, Denemarken, Duitsland, Estland, Frankrijk, Kroatië, Italië, Cyprus, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Portugal, Slovenië, Slowakije, Finland, Zweden, Engeland, Wales, Schotland, Noord-Ierland, IJsland, Noorwegen, Zwitserland



13 STERKE EN ZWAKKE PUNTEN VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM

We stelden heel wat positieve ontwikkelingen vast, maar er zijn ook een aantal werkpunten.

Kwaliteit van curatieve zorg is gemiddeld, met tekenen van verbetering

De meeste aspecten van zorgkwaliteit liggen binnen de EU-15 gemiddelden. Er zijn zelfs een aantal betere scores, zoals een lage mortaliteit door oorzaken die vermijdbaar zijn door het gezondheidssysteem of zoals overleving na colorectale kanker. Daarnaast scoren we zwak bij o.a. de gepastheid van zorg (bijvoorbeeld voorschrijven van antibiotica of medische beeldvormingsonderzoeken) en bij veiligheid (namelijk op vlak van prevalentie van ziekenhuisinfecties). Er is een gunstige evolutie niet alleen voor de overlevingskansen na colorectale kanker, maar ook voor de zorgcoördinatie voor kankerpatiënten en de diabetici onder insuline in een zorgtraject, voor de vermijdbare opnames van diabetici, voor de sterftecijfers na een AMI en MRSA-infecties in ziekenhuizen.

Hoge patiënttevredenheid

Vanuit het perspectief van patiënten, is de evaluatie eerder positief: de Belgische bevolking geeft aan tevreden te zijn over de contacten met het gezondheidssysteem, zowel in de ambulante zorg als in de ziekenhuissetting. Echter, voor sommige indicatoren waren geen recente gegevens beschikbaar en het beeld wordt meer genuanceerd wanneer de volledige indicatorenset wordt bekeken.

Een toegankelijk gezondheidssysteem, maar met uitgestelde contacten omwille van financiële redenen

De toegankelijkheid van het systeem wordt gegarandeerd door een universele ziekteverzekering en het bestaan van sociale vangnetten (maximumfactuur, verhoogde tegemoetkoming van medische kosten). De eigen uitgaven van de patiënt zijn gedaald (16%, onder het gemiddelde in vergelijking met andere Europese landen). Er is echter enige bezorgdheid: het aandeel gezinnen met uitgestelde gezondheidszorg om financiële redenen bedraagt 2,2%, wat hoger is dan in andere Europese landen.

De efficiëntie van het gezondheidssysteem gaat erop vooruit, maar er is nog ruimte voor verbetering

Het gezondheidssysteem wordt efficiënter op heel wat vlakken, wat blijkt uit de stijging in het voorschrijven van goedkope geneesmiddelen, uit de verschuiving van ziekenhuisopnames (van tenminste een nacht) naar dagopnames voor chirurgische ingrepen, en uit de korter wordende verblijfsduur bij een normale bevalling (die nu dicht bij het EU-15 gemiddelde ligt). Er blijven echter nog inefficiënties bestaan, zoals blijkt uit de grote onverklaarde geografische verschillen bij sommige interventies of gezondheidskosten, overgebruik van onderzoeken/apparatuur en onangepaste behandelingen in heel wat zorgdomeinen.

Totale gezondheidsuitgaven liggen dicht bij die van de EU-15 landen

De totale uitgaven voor gezondheid vertegenwoordigen 10.0% van ons bruto binnenlands product en worden grotendeels gefinancierd door de publieke sector (79%). De gezondheidszorguitgaven liggen zeer dicht bij (lichtjes hoger dan) het EU-15 gemiddelde. Gezondheidsuitgaven per capita bleven stijgen in 2016.



Stand van zaken met betrekking tot human resources

De huidige beschikbaarheid van huisartsen en verpleegkundigen doet vragen rijzen over het vermogen van ons land om demografische veranderingen op te vangen (bv. vergrijzende bevolking, hogere prevalentie van multiple chronische aandoeningen). Het aandeel (nieuwe) huisartsen op alle specialismen haalt de quota van de Planningscommissie niet (40%): Vlaanderen heeft de quota verhoogd (35%), maar deze zijn nog steeds te laag in de Franse gemeenschap (27%), en de gemiddelde leeftijd van praktiserende huisartsen stijgt sneller dan bij de andere specialismen. Hoewel het aantal afgestudeerden in verpleegkunde de voorbije jaren toenam, ligt het aantal verpleegkundigen per patiënt in het ziekenhuis lager dan in andere landen.

Sociaal-economische ongelijkheden op gebied van gezondheid zijn groot

In vergelijking met de meer bevoordeelde sociale groepen hebben personen in de minder bevoordeelde sociale groepen (gemeten op basis van opleidingsniveau, inkomensniveau of erkenning voor verhoogde tegemoetkoming van medische uitgaven) hogere financiële barrières voor zorggebruik, een lagere participatiegraad voor kankerscreening, minder regelmatige bezoeken aan een tandarts, een hoger medicatiegebruik (antibiotica, antidepressiva, polymedicatie), meer kans op minder dan het aanbevolen aantal prenatale consultaties bij laag-risico zwangerschappen en een grotere zorgcontinuïteit, vooral door de huisarts.

Preventieve zorg verdient meer aandacht

Onze preventieve zorg beantwoordt niet altijd aan de internationale streefdoelen: de dekking van sommige kindervaccinaties ligt nog altijd lager dan de aanbevolen immunisatiedrempel en de dekking van borstkankerscreening is suboptimaal en verbetert niet, en griepvaccinatie bij ouderen is zelfs afgenomen. Bovendien heeft een groot deel van de bevolking geen regelmatig contact met een tandarts, alhoewel dit stilaan verbetert.

Geestelijke gezondheid en gezondheidszorg vertonen verontrustende signalen

De resultaten voor de geestelijke gezondheid en gezondheidszorg blijven alarmerend. De wachttijden voor toegang tot de centra voor geestelijke gezondheid zijn lang (en worden nog langer), wat vragen doet rijzen over de toegankelijkheid van deze diensten. De opnamecijfers in psychiatrische afdelingen blijven stijgen, net als het gebruik van antidepressiva. We zien enkele verbeteringen: het zelfdodingscijfer, hoewel nog steeds hoog, neemt af, en minder patiënten hebben een kortdurende behandeling met antidepressiva. Eerdere hervormingsinspanningen in de psychiatrische zorgsetting zijn onvoldoende zichtbaar.

Toegankelijkheid en zorgkwaliteit in residentiële voorzieningen voor ouderen

De zorgkwaliteit in residentiële voorzieningen voor ouderen levert gemengde resultaten op: het aantal MRSA-dragers daalt maar het aantal gepolymediceerde patiënten blijft relatief hoog in vergelijking met andere landen, maar neemt in de tijd licht af. Gegevens over valincidenten en doorligwonden zijn moeilijk te interpreteren omdat ze alleen beschikbaar zijn voor de Vlaamse voorzieningen en betrouwbare gegevens pas sinds kort beschikbaar zijn. Het is aanbevolen om deze kwaliteitsindicatoren ook in de andere regio's te meten.

Punten die zorgen baren zijn het feit dat in de residentiële zorg voor ouderen te veel anticholinergica en antipsychotica worden voorgeschreven, met gevolgen op vlak van patiëntveiligheid.

Toegankelijkheid en zorgkwaliteit rondom het levenseinde

De vier indicatoren voor zorg rondom het levenseinde geven slechts een gedeeltelijk beeld van de huidige praktijk in België, die voornamelijk gericht zijn op toegankelijkheid, tijdigheid, therapeutische hardnekkigheid en patiëntgerichtheid bij kankerpatiënten. Sinds het vorige performantierapport tonen de gegevens een beperkt positieve evolutie. Inspanningen voor het volgende rapport moeten worden geleverd om andere patiëntgroepen op te nemen (zoals patiënten met dementie of andere chronische aandoeningen).



Zorg voor moeder en pasgeborene

De doeltreffendheid van zorg met betrekking tot moeder en pasgeborene in België is goed: neonatale sterfte en het aandeel pasgeborenen met lage Apgar score zijn laag. Het systeem wordt er ook efficiënter op, met een gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis voor een normale bevalling die nu dicht bij het EU gemiddelde ligt. Wat betreft gepastheid van zorg, gebeuren de meeste zeer premature geboortes nu in een ziekenhuis met NIC unit. Het aantal interventies tijdens arbeid en bevalling echter zijn nog steeds hoog, alhoewel verbetering zichtbaar is. Daarnaast is ook de variabiliteit tussen Belgische ziekenhuizen groot. We constateren ook overconsumptie van zorg tijdens de zwangerschap wat betreft consultaties bij zorgprofessionals en screening tests zoals voor toxoplasmose.

Regionale ongelijkheden werden vastgesteld

Voor heel wat indicatoren in dit rapport werden kleine tot erg uitgesproken regionale verschillen waargenomen die moeten worden onderzocht.

DEEL 4 – DISCUSSIE

14 BELGISCHE HSPA EN BELEIDVORMINGSPROCES

14.1 De Belgische HSPA in het beleidvormingsproces

Een HSPA-project vormt een belangrijke schakel in het beleid. Een beleidvormingsproces wordt traditioneel opgedeeld in een agendabepaling (problemerkenning en prioriteiten stellen), beleidsformulering (voorstellen van oplossingen), besluitvorming (keuze van oplossing), beleidsinvoering (oplossingen omzetten in praktijk) en beleidsevaluatie (monitoren van de resultaten).¹⁶⁶

Sterke overheidsondersteuning

Bij het Belgische HSPA-project, met de HSPA-rapporten als belangrijke mijlpalen, zijn de beleidsmakers intensief betrokken.

Om een HSPA op te nemen in de beleidsvorming dienen de volgende voorwaarden vervuld te zijn:

1. *Een sterk engagement op hoog niveau*
Op 18 maart 2008 werd een engagement opgenomen in het Belgisch regeerakkoord omtrent volksgezondheid, in navolging van een aanbeveling uit het Handvest van Tallinn: “De performantie van ons gezondheidssysteem (met inbegrip van kwaliteit) moet worden geëvalueerd op basis van meetbare resultaten.” Dit engagement – hernieuwd door de daaropvolgende regeringen en ondersteund door alle administratieve instanties – was van groot belang om HSPA op de politieke agenda te zetten.
2. *Betrokkenheid van alle gezondheidsadministraties*
De Belgische gezondheidsautoriteiten vroegen hun gezondheidsadministratie om bij te dragen tot en feedback te geven over het HSPA-rapport. Een interadministratieve werkgroep werd opgericht om het project op te volgen. De tien (federale en



gefedereerde) gezondheidsadministraties waren betrokken bij het proces.

3. *Onafhankelijke wetenschappelijke instellingen*
Een onafhankelijke wetenschappelijke groep van onderzoekers van het Belgisch Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Sciensano (het vroegere Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)) en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), alsook voor dit rapport de FOD Volksgezondheid kreeg de opdracht om de evaluatie uit te voeren.
4. *Belang van het opmerken van noden, mogelijke barrières en weerstand*
Bij het eerste evaluatieonderzoek van 2009² werden de stakeholders gevraagd naar hun verwachtingen. Zij vermeldde de nood aan evaluatie, verantwoordelijkheid, internationale vergelijking en verbetering. Er werden verschillende barrières en risico's onderscheiden: gebrek aan evaluatiecultuur, weerstand en complexiteit. Zij vreesden vooral dat er geen follow-up HSPA-rapport zou komen en dat het rapport niet zou leiden tot besluitvorming.
5. *Link tussen wetenschappelijke organen en beleidsmakers*
De interadministratieve werkgroep functioneert als een beleidswerkgroep van de Interministeriële Conferentie (IMC) en rapporteert aan deze conferentie. Zijn rol is om de kloof te overbruggen tussen wetenschappelijke kwesties en beleidskwesties, om zo het gezondheidssysteem te verbeteren en om evaluatie te vertalen naar beleidsvragen. De rol van de interadministratieve werkgroep is cruciaal geweest om continuïteit te garanderen en acties te stimuleren.

Follow-up van het HSPA-rapport

Na de publicatie van het HSPA-rapport van 2015⁴, hebben verschillende stakeholders initiatieven genomen. Hieronder een selectie:

Witboek over toegang tot zorg⁵⁵: aanbevelingen en concrete acties ter verbetering van de toegang tot zorg voor kwetsbare groepen, gepubliceerd

door het RIZIV en Dokters van de Wereld; verschillende aanbevelingen werden geïmplementeerd en aanvullende rapporten gepubliceerd (gezondheidszorg voor mensen zonder papieren⁵⁷, gezondheidszorg in Belgische gevangenissen⁶¹), een derde rapport wordt in de komende maanden verwacht (organisatie van gezondheidszorgdiensten voor asielzoekers).⁵⁹

Gezondheidsstatusrapport: dit rapport geeft een overzicht van de gezondheidsstatus van de bevolking (levensverwachting en kwaliteit van leven, mortaliteit en doodsoorzaken, ziekten, determinanten van gezondheid en ongelijkheid in gezondheid), gepubliceerd door Sciensano op verzoek van de minister van Volksgezondheid.

Doelstellingen voor het gezondheidssysteem¹⁶⁷: een andere afgeleide van HSPA; dit rapport verkent mogelijke opties voor het formuleren van doelstellingen voor het Belgische gezondheidssysteem, gepubliceerd door het KCE op verzoek van de minister van Volksgezondheid; dit heeft geleid tot de oprichting van een werkgroep in de interministeriële conferentie.

Roadmap Evidence-based practice: de richtlijnen voor zorgverleners zullen toegankelijker worden gemaakt; er zal een centrale instantie zijn om ervoor te zorgen dat EBP daadwerkelijk op het terrein wordt geïmplementeerd, bijv. keuze van richtlijnen die moeten worden ontwikkeld, het opstellen van actieplannen en ontwikkelen van hulpmiddelen die zorgverleners tijdens hun dagelijkse praktijkvoering ondersteunen. Dit gebeurde reeds voor een eerste richtlijn over lage rugpijn³⁰, met de ontwikkeling van een online tool dat beschikbaar is voor zorgverleners.^y

Individuele feedback aan zorgverleners: huisartsen ontvangen feedback van het RIZIV met betrekking tot ongeveer 50 indicatoren om de kwaliteit van voorschriftplichtige geneesmiddelen, screening, follow-up van patiënten met chronische aandoeningen, gebruik van medische beeldvorming en laboratoriumtests, enz. te meten. Deze indicatoren zijn gerelateerd aan die van het HSPA-rapport.

^y <http://lowbackpain.kce.be/>



Variatie in de medische praktijk: voor veel indicatoren worden in de HSPA-rapporten praktijkvariaties waargenomen; het RIZIV heeft een zorgcel opgericht die deze praktijkvariaties analyseert met als doel ze met de zorgverleners te bespreken en gezamenlijk praktische maatregelen te bepalen om deze variaties tegen te gaan.

Tekstbox 14 – Follow-up van het HSPA-rapport 2012

Reacties van beleidsmakers na het HSPA-rapport 2012: geleerde lessen en suggesties voor verbetering van de beleidsmakers

Het rapport 2012,³ met de eerste volledige HSPA-diagnose, was de gelegenheid om een verbeteringsproces op te starten. Concreet riepen de Ministers van Volksgezondheid op tot speciale aandacht voor het opvolgen van de waarschuwingssignalen uit het rapport.

De interadministratieve werkgroep identificeerde verschillende prioriteiten voor verbetering. Deze prioriteiten hadden te maken met gezondheidspromotie (obesitas, tabak, alcohol), screeningstrategie (borst, colorectaal), geestelijke gezondheid (zelfdodingen, antidepressiva), chronische zorg (kwaliteit van de opvolging), veiligheid (blootstelling aan medische straling, antibiotica), een beleid om de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep te vergroten (nieuwe status voor afgestudeerde huisartsen) en de zorgtoegankelijkheid (uitstel van zorg om financiële redenen).¹⁶⁸ Deze onderwerpen werden toegewezen aan IMC-werkgroepen die de strategie van de gezondheidsinstanties moesten definiëren of verbeteren en die specifieke streefdoelen moesten stellen.¹²⁷ In 2013-2014 startten de meeste IMC-werkgroepen een verbeteringsproces op: De geïdentificeerde problemen werden erkend en aanvaard en sommige groepen pasten hun programma voor het volgende jaar aan, stelden voor om nieuwe indicatoren te monitoren en namen specifieke doelen op

(bijv. antibioticadoelstellingen geformuleerd door BAPCOC in het strategisch plan 2014-2019). Door de vertraging bij het verkrijgen van gegevens kon geen enkele werkgroep in zo'n korte tijdspanne positieve resultaten voorleggen.

Verschillende lessen kunnen worden getrokken uit deze ervaring, en er waren twee kwesties die de moeilijkheid om HSPA te vertalen naar beleidsvorming aantonen.

Eerst en vooral gingen de meeste IMC-groepen niet akkoord met een aantal indicatoren omdat ze hun positieve actie in dat domein niet weergaven, ofwel omdat de indicator te algemeen was of omdat het de specifieke acties niet rechtstreeks mat. Eigenlijk moeten HSPA-rapporten een globale evaluatie (in vogelperspectief) geven. Ze kunnen dus niet gebruikt worden om het effect van specifieke programma's te monitoren. In dat oogpunt is het soms moeilijk om dezelfde indicator te gebruiken voor evaluatie en voor monitoring. Performantie-indicatoren moeten inderdaad een hulpmiddel zijn om problematische kwesties te identificeren, maar deze indicatoren zijn niet altijd het beste instrument om een situatie te monitoren en doelen te stellen.

Ten tweede waren sommige gegevens overduidelijk te gedateerd om te worden gebruikt voor diagnose en voor monitoring. Dit is inherent aan het gebruik van administratieve gegevens of registers. Voor internationale vergelijking dienden we soms te vertrouwen op gegevens van vele jaren geleden. Het ontbreken van recente gegevens maakt rapporteren met korte tussenpozen zinloos: er moeten meer inspanningen geleverd worden om binnen een redelijke termijn toegang te hebben tot gegevens.

De lessen die we trokken uit onze ervaring met beleidsmakers zijn:¹⁶⁸

Gemakkelijk te begrijpen

De visuele weergave van de gegevens en de voorstelling van de vergelijkingen moeten aantrekkelijk, begrijpelijk en gestandaardiseerd zijn, en aangepast worden aan de verschillende soorten lezers. Met de waarschuwingssignalen moet men gemakkelijk prioriteiten kunnen bepalen voor verdere actie en/of onderzoek. Dat was de bedoeling van de synoptische tabellen en de kleurcodes in dit rapport.

Universele boodschap, maar rapportering op maat



HSPA- en kwaliteitsindicatoren zijn in de eerste plaats een instrument voor beleidsmakers om hun prioriteiten op een lijn te brengen en om hen te motiveren om problemen op te lossen. Sommige dimensies kunnen echter aan specifieke actoren toegewezen worden. Terwijl financiële toegankelijkheid bijvoorbeeld een specifiek onderwerp is voor beleidsmakers, kunnen efficiëntie en gepastheid ook gezondheidsprofessionals aanspreken.

Zo kan, door de uitgebreide Belgische gegevens over het gebruik van de gezondheidszorg en over de activiteiten van de gezondheidsprofessionals, feedback, met inbegrip van benchmarking, worden gegeven aan elke gezondheidsprofessional over de eigen activiteit. Deze feedback kan binnen *peer review* comités worden besproken om tot verbetering te leiden.

Concrete aanbevelingen

Om het rapport nog meer bruikbaar te maken, zijn concrete aanbevelingen nodig. Het is de rol van de IMC-werkgroep om deze aanbevelingen te bezorgen aan de beleidsmakers en om prioriteiten te stellen, ook voor gegevens-inzameling.

Expliciete gezondheidsdoelstellingen

De formulering van gezondheids(gerelateerde) doelstellingen is essentieel om deze te vergelijken met de concrete maatregelen in de volgende HSPA-rapporten. Dit wordt besproken in het volgende deel.

14.2 Streefdoelen voor het gezondheidssysteem

In kader van "Gezondheid 2020" vraagt het *Regionaal WGO-Bureau voor Europa* uitdrukkelijk aan al haar lidstaten om een proces op poten te zetten om doelen vast te stellen. Over het algemeen worden gezondheidsdoelstellingen voorgesteld als een multifunctionele tool dat kan dienen als richtlijn voor het gezondheidsbeleid, om prioriteiten te stellen, om politiek en administratief engagement te bekomen, om de prestatie van het gezondheidssysteem te monitoren en om goed bestuur te ondersteunen.

Internationaal bepalen steeds meer landen gezondheidsdoelen. Ook Vlaanderen, één van de Belgische regio's, formuleert sinds lange tijd doelstellingen. Het federale niveau lijkt echter achterop te hinken. Daarom voerde KCE in 2017 een studie uit om te onderzoeken hoe België deze achterstand ten opzichte van andere landen en sommige van zijn regio's kan wegwerken. Deze studie toonde dat verschillende federale actoren reeds gekwantificeerde doelen formuleren voor verschillende gezondheids- en gezondheidszorgdomeinen, zoals onder meer doelstellingen voor het gebruik van antibiotica, medische beeldvorming en voor het voorschrijven van geneesmiddelen. Deze initiatieven zijn echter versnipperd, er is geen rode draad en ze zijn niet erg zichtbaar. Er ontbreekt met andere woorden coördinatie. KCE adviseerde daarom om een platform te creëren om de bepaling van doelstellingen te coördineren en te ondersteunen en de doelen als een samenhangende set te communiceren. Dit platform dient vertegenwoordigers samen te brengen uit alle relevante beleidsniveaus en –domeinen, zowel uit politieke, administratieve, wetenschappelijke als operationele hoek. Voor meer details verwijzen we naar KCE-rapport 292.¹⁶⁷



15 CONCLUSIE

Dit rapport vormt de vierde evaluatie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem, voortbouwend op een initiële haalbaarheidsstudie en twee volwaardige rapporten (van 2012 en 2015). Aan de hand van 121 indicatoren geeft dit rapport een totaalbeeld van de performantie van het gezondheidssysteem. De indicatoren tonen de sterktes en zwaktes van het systeem, die samengevat werden in hoofdstuk 13, op vlak van toegankelijkheid, kwaliteit, efficiëntie, duurzaamheid en billijkheid. In sommige gevallen zijn de beleidsmakers zich al bewust van de problemen en gaven ze al opdracht tot bijkomend onderzoek om te weten welke acties moeten worden ondernomen. In andere gevallen zijn deze signalen nieuw, 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 voor de nodige acties en/of verdere studies.

Het uiteindelijke doel van het gezondheidssysteem is het verbeteren van de gezondheid van de Belgische bevolking. We hopen dat dit rapport een waardevol hulpmiddel is om dit doel te bereiken.

Tekstbox 15 – Voorzichtigheid is geboden bij het trekken van conclusies

- Effecten als gevolg van beleidswijzigingen zijn zeer moeilijk te monitoren via cijfers, vooral in een rapport zoals de HSPA, dat niet tot doel heeft om een gedetailleerde analyse te maken van een specifiek probleem. De HSPA mag niet gezien worden als een instrument om het beleid te evalueren, maar heeft tot doel om een breed beeld (in vogelperspectief) te geven van het gezondheidssysteem. De resultaten zijn niet afhankelijk van een enkele factor, maar hebben verschillende oorzaken, die extern kunnen zijn aan het gezondheidssysteem. De resultaten zijn afhankelijk van de kwaliteit van de verzamelde gegevens (beschikbaarheid, bias, onvolledigheid,...).
- Omdat ze betrekking hebben op gezondheid en de gezondheidszorg, zijn de indicatoren die we in dit rapport voorstellen intrinsiek complex. Ze zijn nooit het resultaat van een enkele actie, maar weerspiegelen

de interactie van een hele reeks variabelen en parameters. De indicatoren kunnen de genomen beleids- of administratieve maatregelen die in het verleden zijn genomen weerspiegelen, maar doordat de implementatie vaak slechts traag gebeurt, kan het even duren vooraleer verandering op het terrein zichtbaar wordt. Daarom is voorzichtigheid geboden bij het analyseren van de resultaten.

- De frequentie van gegevensverzameling en de kwaliteit van de gegevens bepalen (en beperken) ook wat we uit de indicatoren kunnen leren.
- We beschikken over een grote hoeveelheid ziekenhuisgegevens, maar gegevens uit de ambulante setting zijn vrij beperkt. Willen we zicht op het hele plaatje van het gezondheidssysteem en op de nood aan gezondheidszorg, dan is de combinatie van beide soorten gegevens nodig. Een betere kennis van de ambulante sector is noodzakelijk om het gezondheidssysteem beter te kunnen evalueren. Er moeten meer gegevens worden verzameld en/of ter beschikking worden gesteld voor analyse; ook het koppelen van gegevens moet vereenvoudigen zodat patiënten van de ene setting naar de andere kunnen worden gevolgd, met respect voor hun privacy: dit vraagt om een juist evenwicht. We hebben onvoldoende gegevens over de ambulante zorg in België om adequate indicatoren op te stellen; bijv. gegevens over diagnostiek en ereloonsupplementen zouden ons toelaten een beter zicht te hebben op het gezondheidssysteem en de veranderingen die worden doorgevoerd (bijv. hervormingen om de geestelijke gezondheidszorg te de-institutionaliseren).
- Het bepalen van doelstellingen is een moeilijke opdracht. Voor veel indicatoren slaagt de wetenschap en zelfs de ethiek er immers niet in exacte doelen te definiëren die vanuit volksgezondheidsperspectief moeten worden bereikt. Het bepalen van SMART-doelstellingen (*specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden*) vereist samenwerking tussen politieke, administratieve, wetenschappelijke en operationele actoren. De samenwerking moet gebeuren met betrokkenheid van de verschillende beleidsniveaus (federaal/regionaal) en worden ondersteund door alle relevante beleidsdomeinen.



In dit performantierapport 2019 worden de volgende waarschuwingssignalen geïdentificeerd (zie Tekstbox 16).

Tekstbox 16 – Waarschuwingssignalen uit dit Performantierapport 2019

Met betrekking tot de **zorgkwaliteit** is er voor verschillende indicatoren ruimte voor verbetering, nl. op vlak van gepastheid, veiligheid en zorgcontinuïteit:

- Met de keuze van de antibiotica die in eerste instantie worden voorgeschreven, wordt er te veel afgeweken van de aanbevelingen, en er is slechts een kleine verbetering merkbaar.
- Het percentage diabetici dat wordt opgevolgd volgens de aanbevelingen is te laag, door een lager aantal consultaties bij de oftalmoloog dan aanbevolen. Dit kan ook wijzen op problemen van toegankelijkheid tot sommige specialismen. De resultaten zijn vooral laag voor niet-insulineafhankelijke patiënten. Ook de coördinatie van de zorg voor deze niet-insulineafhankelijke patiënten is slecht.
- Ongepast gebruik van medische beeldvorming voor lage rugpijn blijft een aandachtspunt. Er is een lichte verbetering merkbaar, voornamelijk door de afname in gebruik van röntgenstralen; sinds 2010 is er echter geen verbetering merkbaar voor CT-onderzoek van de lumbale wervelkolom en het aantal MRI's blijft groeien.
- De prevalentie van nosocomiale infecties bij ziekenhuispatiënten is te hoog in vergelijking met wat men zou verwachten op basis van de *casemix* bij gehospitaliseerde patiënten. Er is geen verbetering vastgesteld tussen 2011 en 2017.

Wat betreft de **financiële toegankelijkheid**: de eigen uitgaven per capita zijn sinds 2014 licht gedaald, maar de zelfgerapporteerde niet ingevulde medische noden omwille van financiële redenen liggen in België hoger dan in andere EU-15-landen, vooral voor het kwintiel met het laagste inkomen (en de situatie verergert voor dit deel van de bevolking).

Over de **beschikbaarheid van personeel**:

- De huisartsgeneeskunde speelt een sleutelrol in het gezondheidssysteem. Daarom is het verontrustend dat de gemiddelde leeftijd van de huisartsen blijft stijgen. Indien deze situatie aanhoudt, dan kan dit zeer snel leiden tot problemen voor de werking van de eerste lijn. Bovendien laten de vastgestelde minimumquota voor toegang tot de huisartsenopleiding al meerdere jaren niet toe om een voldoende aantal afgestudeerde artsen op te leiden tot huisarts (de situatie is in 2016 licht verbeterd, vooral in Vlaanderen). In reactie daarop heeft de Franse Gemeenschap in 2018 de minimumquota voor de huisartsenopleiding opgetrokken en heeft de Vlaamse Gemeenschap een plancommissie opgericht om hieraan te werken. Er moeten in deze richting verdere inspanningen worden geleverd.
- Het gemiddelde aantal patiënten per verpleegkundige in acute ziekenhuizen behoort tot de hoogste in Europa, wat nadelige gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van de zorg.

Sociaal-economische ongelijkheden:

- Vergeleken met personen uit een hogere klasse hebben personen met een lagere sociaal-economische positie (gemeten op basis van het opleidingsniveau of de toegang tot verhoogde tegemoetkoming van de medische kosten): hogere financiële drempels om gebruik te maken van de gezondheidszorg, lagere participatiegraad aan kankerscreening, minder regelmatig bezoeken aan de tandarts, hoger medicatiegebruik (antibiotica, antidepressiva, polymedicatie) en een groter risico op minder prenatale bezoeken tijdens laagrisicozwangerschappen dan aanbevolen.

In het domein van de **preventieve zorg** bestaan er eenvoudige en doeltreffende interventies die nu te weinig zijn gedekt:

- Griepvaccinatie bij 65-plussers ligt onder de WGO-doelen en daalt nog.
- De dekkingsgraad van borstkankerscreening bij de doelgroepen is relatief laag en stagneert. Daarnaast is de dekkingsgraad van georganiseerde borstkankerscreening te laag om efficiënt te zijn.



Voor de dekking van baarmoederhals- en colorectale kankerscreening ontbreekt een methodologie om de dekkingsgraad in België te meten.

- Ongeveer de helft van de bevolking heeft geen regelmatig contact met een tandarts.

In het domein van de **geestelijke gezondheid(szorg)**:

- Het hoge aantal zelfdodingen is een uitdaging: er is de afgelopen jaren geen merkbare verbetering vastgesteld.
- De wachttijden voor een eerste contact met een gezondheidscentrum voor geestelijke gezondheidszorg zijn lang en worden steeds langer, wat wijst op problemen met toegankelijkheid en het aanbod van geestelijke gezondheidsdiensten.
- 13.1% van de volwassen Belgische bevolking krijgt tenminste één voorschrift voor antidepressiva per jaar, en het gebruik blijft stijgen. De duurtijd van de therapie met antidepressiva is echter in vier op tien gevallen korter dan de aangeraden duurtijd.

In het domein van **lange termijnzorg voor ouderen** geven verschillende indicatoren slechte resultaten voor oudere patiënten in residentiële zorg:

- Het percentage van volwassen diabetici (onder insuline) met gepaste opvolging is laag voor patiënten in residentiële zorg, omdat er minder bezoeken aan de oftalmoloog zijn. Dit roept vragen op over de zorgcoördinatie voor oudere patiënten in een residentiële setting.
- Bijna de helft van de 75-plussers in de residentiële zorg krijgt antidepressiva voorgeschreven; de gepastheid hiervan kan in vraag worden gesteld.
- Een hoog percentage (21,8%) oudere patiënten (65+) krijgt anticholinergica voorgeschreven. Het is bekend dat deze medicatie bijwerkingen heeft in deze populatie (bijv. valpartijen); de situatie is sinds 2011 niet verbeterd en is vooral een probleem in de residentiële

zorg, waar meer dan de helft van de 75-plussers anticholinergica voorgeschreven krijgt.

- Antipsychotica worden voorgeschreven aan bijna een derde van de 75-plussers in de residentiële zorgsetting.

In het domein van **zorg voor moeder en pasgeborene**:

- Het aantal keizersneden is lager dan het EU-gemiddelde, maar er is een belangrijke variabiliteit waar te nemen in ziekenhuizen. De episiotomie- en inductiepercentages zijn hoog en vertonen ook een belangrijke variatie in ziekenhuizen.
- Herhaalde screening op toxoplasmose tijdens de zwangerschap gebeurt nog steeds frequent, terwijl de richtlijn slechts een eenmalige serologische test aanbeveelt preconceptueel of in het begin van de zwangerschap. Het mediane aantal prenatale consultaties bij laagrisicozwangerschappen ligt ook ver boven het aanbevolen aantal.
- De toename van prenatale consultaties bij vroedvrouwen wordt niet gecompenseerd door een afname van het aantal prenatale consultaties bij gynaecologen.
- Door de verkorting van de ziekenhuisverblijfsduur na een bevalling was er een tijdelijke toename van het percentage bloedafnames voor neonatale screening dat later dan aanbevolen werd afgenomen. Dit percentage late screeningtests is daarna echter weer gedaald. Anderzijds is het aandeel tests dat te laat na staalafname in het labo wordt ontvangen voortdurend toegenomen. De resultaten zijn echter moeilijk interpreteerbaar en enkel voor de Federatie Wallonië-Brussel worden deze gegevens gecentraliseerd.

Regionale verschillen:

Er werden ook regionale ongelijkheden waargenomen bij heel wat indicatoren.



■ AANBEVELINGEN

Aanbeveling 1 voor de beleidsmakers: leg meetbare doelstellingen vast

Het concept performance gaat impliciet samen met het behalen van doelstellingen. In België zijn er echter heel weinig expliciete doelstellingen vastgelegd op het gebied van gezondheidszorg en gezondheid. Daarom beperkt dit rapport zich tot een beschrijving van de situatie en trends in België en vergelijkt het deze, waar mogelijk, met internationale doelstellingen en benchmarks. De overheidsinstanties moeten ervoor zorgen dat de gezondheids(systeem)doelstellingen worden vastgelegd, op basis van een raadpleging van de stakeholders. Deze doelstellingen moeten meetbaar zijn, en het tijds kader waarin ze moeten worden bereikt en de organisaties die daarvoor verantwoordelijk zijn, moeten worden bepaald. Sommige specifieke doelstellingen zullen moeten worden berekend. Hiervoor worden verkennende maatregelen voorgesteld in KCE-rapport 292.

Aanbeveling 2 voor de beleidsmakers: pak de problemen, die werden aangeduid met waarschuwingssignalen, verder aan

Een van de doelstellingen van dit rapport over de performantie van het gezondheidssysteem is het informeren van de overheidsinstanties over de domeinen die speciale aandacht vragen. Aanbevolen wordt dat de betrokken instellingen en organen rekening blijven houden met de waarschuwingssignalen (zie Tekstbox 16) bij het bepalen van hun politieke agenda.

Aanbeveling 3 voor de gezondheidsadministraties: verbeter verder de integratie van de informaticasystemen m.b.t. gezondheid

De kwaliteit en de tijdige beschikbaarheid van de gegevens zijn essentieel voor de relevantie van de indicatoren.

Aan de gezondheidsadministraties:

- de inspanning om de verschillende bronnen van gezondheidsgegevens te integreren moet worden voortgezet volgens het Actieplan eHealth 2019-2021;
- Een 'Unique Patient Identifier' (UPI) moet worden gebruikt om de koppeling van de MZG en MPG met de mortaliteitsgegevens van het Rijksregister mogelijk te maken met het grootste respect voor het confidentiële karakter van de individuele gegevens. Met deze unieke identificatie kan een patiënt na het verlaten van het ziekenhuis doorheen het gehele gezondheidszorgsysteem worden gevolgd. De koppeling van de gegevens en de opvolging na hospitalisatie zouden de berekening van een aantal internationale kwaliteitsindicatoren mogelijk maken, wat momenteel niet kan;



- de toegang tot de administratieve databanken moet sneller kunnen gebeuren;
- problemen rond specifieke gegevens, opgesomd in Tekstbox 17, moeten op de agenda worden geplaatst.

Aan de FOD Volksgezondheid, het RIZIV en Sciensano:

Het bezorgen van regelmatig geüpdatete gegevens aan internationale organisaties (OESO, Eurostat, WHO) moet worden voortgezet.

Aanbeveling 4 voor de beleidsmakers: breng een debat op gang over de ethische, wettelijke en technische aspecten van een multidimensionele databank, die een betere transversale monitoring van patiënten mogelijk zou maken

Het koppelen van databanken (zie UPI in aanbeveling 3) neemt, wanneer mogelijk, soms meer dan een jaar in beslag, vooraleer er een analyse kan worden uitgevoerd. Andere Europese landen hebben al aangetoond dat dit kan worden verbeterd door het volgen van een eenvoudiger en sneller proces om bestaande databanken voor wetenschappelijke analyse te koppelen, of door een gekoppelde databank op te richten (zoals de permanente steekproef van het IMA), of nog door een permanente databank met referentie-informatie te creëren, zodat persoonlijke informatie uit meerdere databanken kan worden gekoppeld (zoals de Kruispuntbank). De oprichting van een dergelijke multidimensionele databank brengt echter een aantal ethische, juridische en technische problemen met zich mee, die nog in de Belgische context moeten worden onderzocht.



Tekstbox 17 – Problemen rond kwaliteit en beschikbaarheid van gegevens

- **Veiligheid:** door de afwezigheid van een UPI is het niet mogelijk om de heropnames van een bepaalde patiënt in een ander ziekenhuis te identificeren
- **Veiligheid / preventie:** het is niet mogelijk om gegevens over het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen (benzodiazepines, vaccin tegen meningokokken, enz.) te verkrijgen.
- **Toegankelijkheid:** het is niet mogelijk om het aandeel van de bevolking met een privé ziekteverzekering na te gaan (probleem van dubbele telling van mensen met een vrijwillige verzekering bij een privébedrijf en een ziekenfonds). Het is eveneens onmogelijk om gegevens in te zamelen over eigen betalingen (out-of-pocket) in de ambulante zorg.
- **Billijkheid en ongelijkheid:** een aantal indicatoren konden in dit rapport niet worden geanalyseerd, omdat de koppeling van de verschillende gegevensbronnen te lang duurde (meer dan een jaar).
- **Preventie:** momenteel bestaat er geen methodologie om de dekking van de Belgische bevolking inzake kankerscreening te berekenen (vooral voor baarmoederhalskanker en darmkanker). Daarnaast wordt preventieve tandheelkundige zorg nog steeds niet geregistreerd als de tandarts tegelijkertijd curatieve zorg verleend (onderschatting).
- **Geestelijke gezondheidszorg:** door de afwezigheid van een UPI kan een patiënt na het verlaten van het ziekenhuis (ambulant of opname in een ander ziekenhuis) niet worden gevolgd. Daardoor is het onmogelijk om het aantal heropnames correct te meten (MH-11)
- **Ouderenzorg:** de BelRAI-tool is nog niet volledig operationeel in alle zorginstellingen, waardoor de gegevens nog steeds niet bruikbaar zijn.



■ BIJLAGE

BIJLAGE 1. LIJST VAN INDICATOREN

QE-1	Hospitalisaties voor astma bij volwassenen
QE-2	Hospitalisaties voor complicaties bij diabetes bij volwassenen (/100 000 inwoners)
QE-3	Relatieve overleving na 5 jaar bij borstkanker (%)
QE-4	Relatieve overleving na 5 jaar bij colorectale kanker (%)
QE-5	Sterfte binnen 30 dagen na opname voor AMI (populatie 45+, op basis van opname, %)
QE-6	Sterfte binnen 30 dagen na opname voor ischemische beroerte (populatie 45+, op basis van opname, %)
QE-7a <i>NIEUW</i>	Sterfte binnen 30 dagen na chirurgische ingreep voor colonkanker (c) of rectumkanker (r)
QE-7b <i>NIEUW</i>	Sterfte binnen 90 dagen na chirurgische ingreep voor colonkanker (c) of rectumkanker (r)
QE-8	Sterfte vermijdbaar door het zorgsysteem, mannen
	Sterfte vermijdbaar door het zorgsysteem, vrouwen
QE-9	Sterfte vermijdbaar door het zorgbeleid, mannen
	Sterfte vermijdbaar door het zorgbeleid, vrouwen
QA-1	Aandeel van volwassen diabetici met gepaste opvolging (% van diabetici onder insuline)
QA-2	Aandeel van volwassen diabetici met gepaste opvolging (% van diabetici niet onder insuline, 50+ jaar)
QA-3	Gebruik van antibiotica (totale DDD/1000 inwoners/dag)
QA-4	Gebruik van antibiotica minstens een keer per jaar (% van populatie)
QA-5	Gebruik van tweedelijsantibiotica (% totale DDD antibiotica)
QA-6	Beeldvorming lumbale wervelkolom (Rx, CT-scan, MRI per 100 000 inwoners)



QA-7	Borstkankerscreening buiten leeftijdsdoelgroep (% vrouwen van 41-49 jaar)
QS-1	Prevalentie van ziekenhuisinfecties (% van gehospitaliseerde patiënten)
QS-2	Incidentie van ziekenhuisinfecties door MRSA (/1000 ziekenhuisverblijven - mediaan)
QS-7 (a) <i>NIEUW</i>	Percentage methicilline-resistente <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) in acute ziekenhuizen (% , mediaan)
QS-8 (b) <i>NIEUW</i>	Percentage <i>Escherichia coli</i> met verminderde gevoeligheid voor 3e of 4e generatie cefalosporinen (3GC/ GC I/R <i>E. coli</i>) in acute ziekenhuizen (% , mediaan)
QS-3	Incidentie van postoperatieve longembol of diep-veneuze trombose, na heup- of knieprothese (/100 000 ontslagen na heup- of knieprothese)
QS-4	Incidentie van postoperatieve sepsis na abdominale chirurgie (/100 000 ontslagen na abdominale chirurgie)
QS-5	Prevalentie van cat II-IV doorligwonden in ziekenhuizen (% van gehospitaliseerde patiënten)
QS-6	Polymedicatie bij ouderen (5 of meer geneesmiddelen of >80 DDD per jaar) (% verzekerde populatie van 65+ jaar)
QC-1	Gebruik van een globaal medisch dossier (% van de populatie met een global medisch dossier (GMD) bij een huisarts)
QC-2	Usual Provider Continuity index ≥ 0.75 (%)
QC-3	Contact met huisarts binnen 7 dagen na ziekenhuisontslag (% patiënten van 65+)
QC-4	Percentage volwassen diabetici (onder insuline) met een conventie/paspoort/zorgtraject (% van de patiënten, 18+)
QC-5	Percentage volwassen diabetici (die uitsluitend glucoseverlagende medicatie nemen, geen insuline) met een conventie/paspoort/zorgtraject (% van de patiënten, 50+)
QC-6	Kankerpatiënten die werden besproken tijdens een multidisciplinaire oncologische consultatie (MOC) (%)
QP-1	Arts spendeert genoeg tijd met patiënten tijdens consultatie (% van de respondenten, contact met HA/SP)
QP-2	Arts geeft gemakkelijk te begrijpen informatie (% van de respondenten, contact met HA/SP)
QP-3	Arts biedt de gelegenheid om vragen te stellen of bezorgdheid te uiten (% van de respondenten, contact met HA/SP)
QP-4	Arts betreft patiënten bij beslissingen over zorg en/of behandeling (% van de respondenten, contact met HA/SP)
QP-5 <i>NIEUW</i>	Patiënten met een gelokaliseerde prostaatkanker die geen behandeling krijgen rond diagnosedatum (%)
QP-6 <i>NIEUW</i>	Patiënten met gelokaliseerde teelbalkanker (seminoom) die na de chirurgische ingreep adjuvante behandeling krijgen (%)
QP-7 <i>NIEUW</i>	Percentage algemene ziekenhuizen dat PREMs uitvoert na een verblijf in een C- of D-bed (%)



A-1	Aandeel van de bevolking gedekt door verplichte ziekteverzekering (% van de populatie)
A-2	Eigen betalingen voor gezondheid (% van de totale gezondheidsuitgaven)
A-10 NIEUW	Eigen medische uitgaven (% van het totale huishoudbudget)
A-3	Eigen betalingen (in US \$ PPP/capita)
A-11 NIEUW	Eigen betalingen voor tandzorg (% van de uitgaven voor tandzorg)
A-4	Zelfgerapporteerde uitgestelde contacten met gezondheidsdiensten om financiële redenen (% van de huishoudens)
A-12 NIEUW	Toegang tot overeengekomen tarieven: geconventioneerde praktiserende huisartsen (VTE) per 10 000 inwoners
A-13 NIEUW	Toegang tot overeengekomen tarieven: geconventioneerde praktiserende tandartsen (VTE) (per 10 000 inwoners)
A-14 NIEUW	Percentage gefactureerde ereloonsupplementen t.o.v. de gefactureerde officiële ziekteverzekeringskosten
A-5	Praktiserende artsen (/1000 inwoners)
A-6	Praktiserende verpleegkundigen (/1000 inwoners)
A-7	Aantal vacatures voor verpleegkundigen
A-8	Verhouding patiënt-verpleegkundige
A-9	Wachttijd van meer dan twee weken om een afspraak te krijgen bij een specialist (% van de bevolking dat een afspraak vroeg)
E-1	Chirurgische dagopnames (% van de opnames voor chirurgie)
E-2	Verblijfsduur voor normale bevalling (gemiddeld, dagen)
E-3	Gebruik van goedkope geneesmiddelen (% van totale ambulante DDD's)
E-4 NIEUW	Behandeling met biosimilars (%) Behandeling met biosimilars in de ambulante zorg (%)
S-1	Lopende gezondheidszorguitgaven (% BBP)
S-2	Lopende gezondheidszorguitgaven per capita (in PPP US\$)
S-3	Lopende gezondheidszorguitgaven (% gefinancierd door publieke sector)
S-4	Afgestudeerde artsen (per 100 000 inwoners)
S-14	Artsen opgeleid in het buitenland (% van artsen die erkend zijn om het beroep uit te oefenen)



S-5	Afgestudeerde artsen die huisarts worden (% van afgestudeerden in alle medische specialismen)
S-6	Gemiddelde leeftijd van praktiserende huisartsen (in VTE, jaren)
S-7	Artsen van 55+ (% van alle praktiserende artsen)
S-15 <i>NIEUW</i>	Huisartsen van 55+ (% van alle praktiserende artsen)
S-8	Afgestudeerde verpleegkundigen (per 100 000 inwoners)
S-9	Afgestudeerde verpleegkundigen met een bachelor diploma volgen (% van de nieuw afgestudeerde verpleegkundigen)
S-10	Verpleegkundigen van 50+ jaar (% van alle professioneel actieve verpleegkundigen)
S-16 <i>NIEUW</i>	Verpleegkundigen opgeleid in het buitenland (% van verpleegkundigen die erkend zijn om het beroep uit te oefenen)
S-11	Ligdagen curatieve zorg (aantal/capita)
S-13	Percentage huisartsen die een elektronisch globaal medisch dossier (eGMD) gebruiken via MyCareNet
S-17 <i>NIEUW</i>	Elektronisch globaal medisch dossier (% van alle globale medische dossiers)
EQ-1	Inkomensverdeling bij de bevolking (GINI-coëfficiënt)
EQ-2	Aandeel van progressieve ontvangsten in de financiering van de gezondheidszorg (Ratio progressieve ontvangsten / totale ontvangsten, uitgedrukt in %)
EQ-3	Aandeel van regressieve ontvangsten in de financiering van de gezondheidszorg (Ratio regressieve ontvangsten / totale ontvangsten, uitgedrukt in %)
P-1-1	Polio (% , 4 ^e dosis)
P-1-2	Kindervaccinatie tegen polio, difterie, tetanus en pertussis (% , 4 ^e dosis)
P-2-1	Kindervaccinatie tegen mazelen (% , 1 ^e dosis)
P-2-2	Vaccinatie tegen mazelen bij adolescenten (% , 2 ^e dosis)
P-3	Pneumokokkenvaccinatie bij kinderen (% , 3 ^e dosis)
P-4	Griepvaccinatie (% populatie van 65+)
P-5	Incidentie van mazelen (nieuwe gevallen/miljoen inwoners)
P-6	Borstkankerscreening (% vrouwen van 50-69 jaar)
P-7	Borstkankerscreening – georganiseerd programma (% vrouwen van 50-69 jaar)



P-11	Regelmatig tandartsbezoek ^d (% populatie 3+)
MH-1	Overlijdens door zelfdoding (/100 000 inwoners)
MH-2	Praktiserende psychiaters (/1 000 inwoners)
MH-3	Wachttijd > 1 maand voor 1e contact in ambulant centrum voor ggz (% van populatie met contact in ambulant centrum voor ggz)
MH-4	Percentage onvrijwillige opnames in psychiatrische ziekenhuisafdelingen (/10 000 inwoners)
MH-5	Bezoeken aan spoedafdeling om sociale of psychische reden (% opnames in spoedafdeling van algemene ziekenhuizen)
MH-11	Heropnames binnen 30 dagen in psychiatrische ziekenhuizen (in hetzelfde ziekenhuis) (%)
MH-6	Gebruik van antidepressiva (totale DDD/1 000 inwoners/dag)
MH-7	Gebruik van antidepressiva (% van volwassen populatie, tenminste een keer per jaar)
MH-8	Kortetermijnbehandeling (< 3 maanden) van antidepressiva (% van populatie onder antidepressiva)
MH-9	Patiënten (65+ jaar) die antidepressiva met anticholinergische nevenwerkingen nemen (%)
MH-10	Aantal hospitalisatiedagen in psychiatrische ziekenhuisafdelingen (/1 000 inwoners)
ELD-1	Verblijf in residentiële voorziening (% inwoners 65+)
ELD-2	Thuiszorg ^e (% inwoners 65+)
ELD-3	Aantal mantelzorgers (% inwoners 50+ die mantelzorg verlenen)
ELD-4	Aantal bedden voor langdurige zorg in residentiële voorziening (per 1 000 inwoners 65+)
NIEUW ELD-5	Personen met lage zorgafhankelijkheid in residentiële voorziening (% van de bewoners)
NIEUW ELD-6	Aantal praktiserende geriaters (per 10 000 inwoners)
NIEUW ELD-7	Valincident in de voorbije maand in woonzorgcentra (% bewoners)
ELD-8	Prevalentie van doorligwonden (graad II-IV) in woonzorgcentra (% bewoners)
ELD-9	Prevalentie van MRSA-dragers in rust- en verzorgingstehuis (% van inwoners)
ELD-10	Voorschrijven van anticholinergica > 80 DDD bij ouderen (% van inwoners 65+)
NIEUW ELD-11	Voorschrijven van antipsychotica in residentiële voorziening (% van bewoners 75+)
NIEUW	



ELD-12 NIEUW	Voorschrijven van antipsychotica buiten residentiële voorziening (% van inwoners 75+)
EOL-1	Patiënten die palliatieve zorg kregen (% van terminale kankerpatiënten die binnen het jaar stierven)
EOL-2	Patiënten die stierven binnen de week na de opstart van palliatieve zorg (% van terminale kankerpatiënten die palliatieve zorg kregen en binnen het jaar stierven)
EOL-3	Patiënten die chemotherapie kregen tijdens de laatste 14 dagen van hun leven (% van terminale kankerpatiënten die binnen het jaar stierven)
EOL-4	Overlijden in de vertrouwde omgeving (thuis of in residentiële zorg) (% van terminale kankerpatiënten die binnen het jaar stierven)
MN-1 NIEUW	Neonataal sterftecijfer (per 1 000 levendgeborenen)
MN-2 NIEUW	Pasgeborenen met lage Apgar-score (<7) na 5 minuten (per 1 000 levendgeborenen)
MN-3	Keizersnedes (per 1 000 levendgeborenen)
MN-4 NIEUW	Inducties (per 1 000 levend- en doodgeborenen)
MN-5 NIEUW	Episiotomie (per 1 000 vaginale bevallingen van levendgeborenen)
MN-6 NIEUW	Percentage vaginale bevallingen na een keizersnede (VBAC) (% van alle vrouwen met een vaginale bevalling na eerdere keizersnede)
MN-7 NIEUW	Zeer premature geboorten in een ziekenhuis zonder NIC unit (% van alle geboorten tussen 22 en 31 weken)
MN-8 NIEUW	Herhaalde screening op toxoplasmose tijdens de zwangerschap (% vrouwen tenminste twee keer gescreeend)
MN-9	Gemiddelde verblijfsduur voor een normale bevalling (dagen)
MN-10 NIEUW	Mediaan aantal prenatale consultaties voor laagrisicozwangerschappen



■ REFERENTIES

1. WHO Regional Office for Europe. The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen: World Health Organization; 2008. Available from: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf
2. 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
3. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, et al. Performance of the Belgian Health System. Report 2012. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE Reports (196)
4. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, et al. Performance of the Belgian Health System - Report 2015. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016. KCE Reports (259)
5. Smith P. Peer Review Belgian Health System Performance Assessment (Brussels, 19-20 May 2014). 2014. Discussion paper: Peer review on HSPA. Available from: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12450&langId=en>
6. WHO. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2002. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/en/>
7. WHO. Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Murray C, Evans D, editor. Geneva: World Health Organization; 2003.
8. WHO. Pathways to health system performance assessment. A manual to conducting health system performance assessment at national or sub-national level. 2012. Available from: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/169412/e96512-Eng.pdf?ua=1



9. WHO Europe. The European Health Report 2015: Targets and beyond - reaching new frontiers in evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/288645/European-health-report-2015-Targets-beyondreaching-new-frontiers-evidence-full-book-en.pdf?ua=1
10. Gerkens S F-PM-I, Desomer A, Stordeur S, De Waroux M, Van de Voorde C, Van de Sande S, Leonard C. The Belgian Health System in 2010. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE): Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. Health Systems in Transition (KCE reports 138C)
11. Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge University Press; 2009.
12. Smith P, 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
13. OECD. OECD Health Statistics 2018 [Web page]. [updated 8 November 2018; cited 22 November 2018]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
14. OECD. Health Care Quality Indicators [Web page]. [cited 2015, September 30]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>
15. OECD/EU Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD; 2018.
16. DG SANCO. Heidi Data tool: the European Community Health Indicators: http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm. DG SANCO; 2012.
17. European Commission. Peer Review in Belgium: Health System Performance Assessment, 2014 [Web page]. [cited 2015, September 30]. Available from: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=1890&moreDocuments=yes&tableName=news>
18. Council of the European Union. Council conclusions on the "Reflection process on modern, responsive and sustainable health systems", 2013. Available from: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/140004.pdf
19. Westert G, van den Berg M, Koolman X, Verkleij H. Dutch Health Care Performance Report 2008. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2008.
20. CIHI. Health Indicators 2011. [Web page]. Ottawa: Canadian Institute for Health Information [cited 2015, 20 september]. Available from: http://secure.cihi.ca/indicators/2011/tables_f.html
21. Euro-Peristat Project. European perinatal health report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. 2018.
22. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington D.C.: National Academy Press; 1990.
23. 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.
24. OECD. Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing; 2014.
25. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE--5-a population-based study. Lancet Oncol. 2014;15(1):23-34.
26. Patrick D, Guyatt G, Acquadro C, on behalf of the Cochrane Patient Reported Outcomes Methods Cochrane Review Group. Patient



- Reported Outcomes [Web page].2008 [cited 1 October, 2015]. Available from: http://hiv.cochrane.org/sites/hiv.cochrane.org/files/uploads/Ch17_PRO.pdf
27. van den Berg MJ, de Boer D, Gijsen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN. Zorgbalans 2014: De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2014.
28. Desomer A, Van den Heede K, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Kohn L, et al. Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2018 07/2018. KCE Reports 303 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_303_Patient_reported_outcomes_Report_2.pdf
29. Lambooy AE, R. de Metz, J. Schippers, M. Zwikker, H. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2017. 2017. Available from: <https://www.medicijngebruik.nl/filedispenser/A1264A2A-56A7-46EC-A053-25E336D7C146>
30. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, Berquin A, Demoulin C, Depreitere B, et al. Low back pain and radicular pain: assessment and management Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 05/2017. KCE Reports 287 (D/2017/10.273/36) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_287_Low_back_pain_Report_0.pdf
31. NICE. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence; 2016. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG59>
32. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: 2017. Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
33. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. World Health Organization; 2015.
34. RIZIV-INAMI. Davantage d'efficacité dans les soins de santé [Web page].2019. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/efficacite-soins-sante.aspx>
35. Farfan-Portet M-I, Denis A, Mergaert L, Daue F, Mistiaen P, Gerkens S. Implementation of hospital at home: orientations for Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015 03/07/2015. KCE Reports 250 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_250_implementation_hospital_at_home_Report_1.pdf
36. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 06/2017. KCE Reports 289 (D/2017/10.273/45) Available from: <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20the%20report%20in%20English%20%28550%20p.%29.pdf>
37. Beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Twaalf pilootprojecten rond thuishospitalisatie in de startblokken. March 2017. Available from: <https://www.deblock.belgium.be/nl/twaalf-pilootprojecten-rond-thuishospitalisatie-de-startblokken-0>
38. van der Heide I, Snoeijis SP, Boerma WG, Schellevis FG, Rijken M. How to strengthen patient-centredness in caring for people with multimorbidity in Europe? : European Observatory on Health Systems and Policies; 2017.
39. Corrigan JM. Crossing the quality chasm. 2005.



40. Carinci F, Van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora E, Januel J, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015;27(2):137-46.
41. Van der Heyden J, Tafforeau J, Gisle I, Drieskens S, Demarest S, Charafeddine R. Enquête de santé 2013. Rapport 3: Utilisation des services de santé et des services sociaux. Résumé des principaux résultats. Brussels: Institut de santé publique; 2015.
42. Jonckheer P, Christiaens W, Pierart J, Mertens R, Demeerleer G, Denis L, et al. The decisional process for the choice of active surveillance in localized prostate cancer. Brussels: Belgian Health Knowledge Centre (KCE); 2013.
43. Mambourg F, Jonckheer P, Piérart J, Van Brabant H. A national clinical practice guideline on the management of localised prostate cancer. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 194C (D/2012/10.273/101)
44. Oldenburg J, Fosså S, Nuver J, Heidenreich A, Schmoll H, Bokemeyer C, et al. Testicular seminoma and non-seminoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2013;24(suppl_6):vi125-vi32.
45. Annemans L, Boeckxstaens P, Borgermans L, De Smedt D, Duchesnes C, Heyrman J, et al. Avantages, désavantages et faisabilité de l'introduction de programmes "P4Q" en Belgique. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2009.
46. Van Der Heyden J. Validity of the assessment of population health and use of health care in a national health interview survey: Ghent University; 2017.
47. WHO Regional Office for Europe. The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery: an overview. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/the-european-framework-for-action-on-integrated-health-services-delivery-an-overview-2016>
48. WHO Regional office for Europe. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen, Denmark: WHO Regional office for Europe 2016 12–15 September 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/66th-session/documentation/working-documents/eurrc6615-strengthening-people-centred-health-systems-in-the-who-european-region-framework-for-action-on-integrated-health-services-delivery>
49. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. World Health Organization; 2016 15 April 2016. Sixty-Ninth World Health Assembly Provisional agenda item 16.1 Available from: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework/en/>
50. Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E. Handbook Integrated Care. Switzerland: Springer International Publishing AG; 2017.
51. Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisation of care for chronic patients in Belgium: development of a position paper. Health Services Research (HSR). Belgium: KCE 2012 10 December 2012. (190C)
52. Groupe de travail inter-cabinets. Note d'orientation Une vision intégrée des soins aux malades chroniques en Belgique. Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement INAMI 2013 28 novembre 2013. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/note-dorientation-une-vision-integree-des-soins-aux-malades-chroniques-en-belgique>



53. Plan conjoint en faveur des malades chroniques Des soins intégrés pour une meilleure santé. Belgique: 2015 19 octobre 2015. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/reseaux-de-soins/maladies-chroniques/soins-integres-en-faveur#consultation>
54. FAITH.be. Évaluation scientifique et appui aux projets pilote de soins intégrés (PSI) pour les personnes atteintes de maladies chroniques en Belgique (Programme Integreo). Federated consortium for Appraisal of Integrated care Teams in Health in Belgium 2017 27/04/2017. Available from: https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/faith.be_pr_otocolefr_2017.04.27_accepted.pdf
55. RIZIV-INAMI, Médecins du Monde. White Paper on access to care in Belgium. 2016. Available from: <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/white-paper.pdf>
56. Van Ginneken E. Health care access for undocumented migrants in Europe leaves much to be desired. Eurohealth. 2014;20(4):11-4.
57. Roberfroid D, Dauvrin M, Keygnaert I, Desomer A, Kerstens B, Camberlin C, et al. What health care for undocumented migrants in Belgium ? Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015 22/12/2015. KCE Reports 257 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_257_Health_care_Migrants_Scientific%20Report.pdf
58. Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides. Statistiques d'asile - Bilan 2017. 2018. Available from: <https://www.cgra.be/fr/actualite/statistiques-dasile-bilan-2017>
59. Dauvrin M, Detollenaere J, De Laet C, Roberfroid D, Swartenbroekx N, Vinck I. Organisation of health care for asylum seekers in Belgium: options for the future. Brussels: Health Services Research (HSR). Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); Forthcoming 2019.
60. MYRIA. 2016 La migration en chiffres et en droits. 2016.
61. Mistiaen P, Dauvrin M, Eyssen M, Roberfroid D, San Miguel L, Vinck I. Health care in Belgian prisons. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 10/2017. KCE Reports 293 Available from: <https://kce.fgov.be/en/health-care-in-belgian-prisons>
62. Plettinckx E, Antoine, J., Blanckaert, P., De Ridder, K., Vander Laenen, F., Laudens, F., Casero, L. Gremeaux, L. Rapport national sur les drogues 2014. Tendances et évolutions. Bruxelles: WIV-ISP; 2014.
63. Sciensano. Drogues illégales [Web page].2018. Available from: <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/drogues-illegales>
64. ESPAD Group. ESPAD report 2015: results from the European school survey project on alcohol and other drugs. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2016.
65. Moreau N. LT, Dujeu M., de Smet P., Godin I., Castetbon K. Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5e-6e primaire et dans le secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles; 2017.
66. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Belgium Drug Report 2018. 2018.
67. Stevenot C, Hogge, M. L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Eurotox; 2017.
68. RIZIV-INAMI, Médecins du Monde. Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique. 2016.



69. Van Nunen K, Gryseels C, Van Hal G. Effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers. Antwerpen: Onderzoeksrapport Universiteit Antwerpen. Google Scholar; 2012.
70. FEANTSA. ETHOS - European Typology on Homelessness and Housing Exclusion [Web page]. 2005.
71. Mondelaers N. Dénombrement des personnes sans abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale. La Strada; 2017.
72. Cobbaut N. Plan Hiver et soins de santé : un manque de continuité. Bruxelles Santé 2017.
73. Calcoen P, Moens D, Verlinden P, van de Ven WP, Pacolet J. Improved estimates of Belgian private health expenditure can give important lessons to other OECD countries. Health Policy. 2015;119(3):341-55.
74. StatBel. Budget des ménages [Web page]. Bruxelles: Direction générale Statistique - Statistics Belgium; 2016 [cited January 2019]. Available from: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/budget-des-menages#documents>
75. OECD. Health Working Paper (forthcoming) based on 2015 Joint Health Accounts Questionnaire. OECD Publishing: 2015.
76. Missinne S, Luyten S. Les médecins généralistes en région bruxelloise: qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries? Bruxelles: Observatoire de la santé et du social; 2018. Available from: http://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2018-02_medecins_generalistes_bruxelles.pdf
77. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ. 2012;344:e1717.
78. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet. 2014;383(9931):1824-30. doi: 10.016/S0140-6736(13)62631-8. Epub 2014 Feb 26.
79. Palmer S, Torgerson D. Definitions of efficiency. British Medical Journal. 1999;318(7191):1136.
80. Medeiros J, Schwierz C. Efficiency estimates of health care systems. June 2015. Economic Papers 549 Available from: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp549_en.pdf
81. Burgess J. Innovation and efficiency in health care: does anyone know what they mean? Health Systems. 2012;1:7-12.
82. Smith P. Measuring value for money in healthcare: concepts and tools. Centre for Health Economics, University of York; 2009. Available from: <http://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringValueForMoneyInHealthcareConceptsAndTools.pdf>
83. OECD Health Data National Correspondents. Developing health care efficiency indicators: current status and possible next steps. Meeting of OECD Health Data National Correspondents. 23-24 October 2014. DELSA/HEA/HD(2014)/1
84. National Health Performance Committee (NHPC). National Health Performance Framework Report. Brisbane: 2001. Queensland Health
85. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union - Challenges and policy responses. European Observatory on Health Systems and Policies; 2009. Observatory Series 17 Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf?ua=1
86. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Belgium: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. Paris - Brussels: OECD - European Observatory on Health Systems



- and Policies; 2017. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_be_en_english.pdf
87. Cours des comptes. Cahier 2017 relatif à la sécurité sociale. Gestions globales et institutions publiques de sécurité sociale. Bruxelles: Cours des comptes; 2017.
88. Cellule de Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé. Rapport annuel 2013 de la commission de planification - offre médicale. SPF santé publique, sécurité chaîne alimentaire et environnement, DG soins de santé; 2014. Available from: http://www.sante.belgique.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Rapports_Annuels/index.htm
89. e-Health. eSanté. Portail des services de l'eSanté [Web page]. Bruxelles: e-Health; 2019 [cited Januari 2019]. Available from: <https://www.ehealth.fgov.be/fr/news/patients-professionals>
90. RIZIV-INAMI. Prescription électronique de médicaments : Sur les rails et bien lancée, mais pas encore obligatoire au 1er juin 2018 [Web page]. Bruxelles: RIZIV-INAMI; 2018 [cited Janvier 2019]. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/nouvelles/Pages/prescription-electronique-20180528.aspx>
91. Pharma.be. Pacte d'avenir [Web page]. Bruxelles: Pharma.be; 2019 [cited Janvier 2019]. Available from: <https://pharma.be/fr/concentrer/pacte-davenir.html>
92. Mackenbach JP, de Jong JP. Health inequalities - an interdisciplinary exploration of socioeconomic position, health and causality. Amsterdam: 2018 17 May 2018.
93. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2011;65(5):412-9.
94. Avalosse H, Guillaume J. Concentratie van de gezondheidsuitgaven: bewijs met behulp van gegevens van het IMA. *CM-Informatie*. 2015(260).
95. Hernández-Quevedo C, Papanicolas I. Conceptualizing and comparing equity across nations. In: Papanicolas I, Smith PC, editors. *Health System Performance Comparison: an Agenda for Policy, Information and Research*. Buckingham, UK: Open University Press; 2013. Available from: <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/44095>
96. Fleurbaey M, Schokkaert E. Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics*. 2009;28(1):73-90.
97. Rochaix L, Tubeuf S. Mesures de l'équité en santé. *Fondements éthiques et implications*. *Revue économique*. 2009;60(2):325-44.
98. Fleurbaey M, Schokkaert E. Equity in Health and Health Care. In: Pauly MV, McGuire TG, Barros PP, editors. *Handbook of Health Economics*: Elsevier; 2011. p. 1003-92. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444535924000165>
99. Farfan-Portet M-I, Bouckaert N, Devriese S, Devos C, Van de Voorde C. Cost sharing and protection mechanisms in health. *Health Services Research (HSR)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2019. KCE Reports (309) Available from: <https://kce.fgov.be/en/cost-sharing-and-protection-mechanisms-in-health>
100. Harper S, Lynch J, National Cancer I. Selected comparisons of measures of health disparities : a review using databases relevant to healthy people 2010 cancer-related objectives. 2007.
101. Harper S, Lynch J. Methods for measuring cancer disparities : using data relevant to Healthy People 2010 cancer-related objectives. [Washington, D.C.]: [National Cancer Institute]; 2006.
102. Cylus J, Thomson S, Evetovits T. Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation



- methods. Bulletin of the World Health Organization. 2018;96(9):599-609.
103. Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. Journal of Health Economics. 1999;18(3):263-90.
104. van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. Journal of Health Economics. 1999;18(3):291-313.
105. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of Health Economics: Elsevier; 2000. p. 1803-62. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574006400800475>
106. De Graeve D, Van Ourti T. The Distributional Impact of Health Financing in Europe: A Review. World Economy. 2003;26(10):1459-79.
107. Renard F, Devleesschauwer B. Health Status Report 2019 - de gezondheidstoestand in België. Brussels: Sciensano; 2019. Health Status Report D/2019/14.440/4 Available from: https://www.healthybelgium.be/images/hsr/HSRReport2019_NL.pdf
108. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M-F, Chepynoga K, Buisman LR, et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. The Lancet Global Health. 2018;6(2):e169-e79.
109. Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. The Lancet Global Health. 2018;6(2):e180-e92.
110. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. The Lancet. 2003;362(9378):111-7.
111. Regional Committee for Europe. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Rome: WHO Regional office for Europe; 2018. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/378293/68wd11e_CanPeopleAffordHealthCare_180443.pdf?ua=1
112. Kuypers S, Figari F, Verbist G. Redistribution in a joint income-wealth perspective: a cross-country comparison. In: Policy HDCfS, editor. CSB Working Paper. Antwerp; 2018.
113. Braveman PA. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. Journal of Health Population and Nutrition. 2003;31(3):181-92.
114. Daniels N. Just Health. Meeting Health Needs Fairly. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
115. Rowlingson K. Does income inequality cause health and social problems? Joseph Rowntree Foundation; 2011.
116. Deaton A. Health, Inequality, and Economic Development. Journal of Economic Literature. 2003;XLI(March):113-58.
117. Wilkinson R, Pickett K. The spirit level: why equality is better for everyone. Revised ed. ed.: London : Penguin books; 2010.
118. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. London : Bloomsbury; 2015.
119. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. Social Science & Medicine. 2015;128:316-26.
120. O'Donnell O, van Doorslaer E, Van Ourti T. Health and Inequality. In: Atkinson AB, Bourguignon F, editors. Handbook of Income Distribution: Elsevier; 2015. p. 1419-533. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444594297000182>



121. World Health Organization Regional Office for Europe. The European health report 2015. Targets and beyond – reaching new frontiers in evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. The European health report Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/288645/European-health-report-2015-full-book-en.pdf?ua=1
122. WHO Regional Office for Europe. Eliminating measles and rubella. Framework for the verification process in the WHO European Region. Copenhagen: 2012.
123. Sabbe M, Hue D, Hutse V, Goubau P. Measles resurgence in Belgium from January to mid-April 2011: a preliminary report. Eurosurveillance. 2011;16(16).
124. WHO. Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges. Copenhagen: World Health Organization; 2008.
125. Eyssen M, Leys M, Desomer A, Senn A, Léonard C. Organization of mental health care for persons with severe and persistent mental illness. What is the evidence? Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 18/11/2010. KCE Reports 144 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/organization-of-mental-health-care-for-persons-with-severe-and-persistent-mental->
126. Boutsen M, Laasman J, Maron L, Thys R, Vanoverloop J. Admission à l'hôpital pour tentative de suicide. Brussels: Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS); 2015. Available from: <http://www.solidaris.be/Lists/PubDocs/Etude-Tentative-de-suicide-01092015.pdf>
127. RIZIV-INAMI. Performance report and policy actions: a summary of the selected topics and IMC working groups. Progress report. Brussels: 2015.
128. European Commission DG Economic and Financial Affairs. The 2018 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070). 2018 May 2018. Institutional paper 079 Available from: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf
129. OECD/European Commission. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care. 2013. OECD Health Policy Studies
130. Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van de Sande S, et al. Residential care for older persons in Belgium: Projections 2011-2025. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 169
131. Pacolet J, De Wispelaere F. European Social Policy Network (ESPN) Thematic Report on Challenges in long-term care Belgium European commission DG Employment, Social Affairs and Inclusion; 2018 March 2018.
132. Federaal Planbureau. Demografische vooruitzichten 2014-2060: Bevolking, huishoudens en prospectieve sterftequotiënten. Algemene Directie Statistiek; 2015.
133. Carbonnelle S. De profielen van de bewoners O en A in rusthuizen voor bejaarden (ROB) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Trajecten, oriënteringslogica, opvang en alternatieven. Overeenkomst GGC-CDCS vzw voor de realisatie van een kwalitatief onderzoek over de analyse van de noden van de profielen O en A in ROB-RVT in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. 2017 Juni 2017. Available from: http://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/rapport_oe_en_mrapa_2017.pdf
134. Börsch-Supan A. "Wave 6. Release version: 6.1.1. SHARE-ERIC. Data set." Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE); 2018.
135. Zigante V. Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality London School of Economics and Political Science. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for



- Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate A — Employment and Social Governance Unit A.4; 2018 April. ISBN 978-92-79-86583-1
136. European Commission (DG ECFIN) and Economic Policy Committee (AWG) European Economy 3. The 2015 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). Brussels: 2015 May. Available from: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf
137. Anthierens S, Willemse E, Remmen R, Schmitz O, Macq J, Declercq A, et al. Support for informal caregivers – an exploratory analysis. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014. Health Services Research (HSR) Report 223. D/2014/10.273/40
138. Morley J, Arai H, Cao L, Dong B, Merchant R, Vellas B, et al. Integrated Care: Enhancing the Role of the Primary Health Care Professional in Preventing Functional Decline: A Systematic Review. Journal of the American Medical Directors Association. 2017;18(6):489-94.
139. WHO. WHO Definition of Palliative Care [Web page]. 2015. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
140. Keirse E, Beguin C, Desmedt M, Deveugele M, Menten J, Simoens S, et al. Organisation of palliative care in Belgium Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2009. Health Services Research (HSR) KCE report 115 (D/2009/10.273/42)
141. Wet tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, teneinde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken, B.S. 28 februari 2014., 2014.
142. Maetens A, Beernaert K, De Schreye R, Faes K, Annemans L, Pardon K, et al. Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a population-level matched cohort study. BMJ Open. 2019;Jan 21;9(1):e025180.
143. Koninklijk Besluit van 21 oktober 2018 gepubliceerd op 20 november 2018. Koninklijk besluit tot vaststelling van de criteria om een palliatieve patiënt te definiëren 2018.
144. Leemans K, Cohen J, Werrebrouck B. Kwaliteitsindicatoren voor de palliatieve zorg. Waar staan we en wat is de toekomst? Beleidsrapport. Available from: http://www.endoflifecare.be/sites/default/files/beleidsrapport_qi_06-04-1.pdf
145. Earle C, Landrum M, Souza J, Neville B, Weeks J, Ayanian J. Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life: Is It a Quality-of-Care Issue? Journal of Clinical Oncology. 2008;26(23):3860-6.
146. WHO. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life 2014. Available from: <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>
147. Zeitlin J, Mohangoo A, Delnorn M, Alexander S, Blondel B, Bouvier-Colle M, et al. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. 2013.
148. Ozminkowski RJ, Wortman PM, Roloff DW. Inborn/outborn status and neonatal survival: A meta-analysis of non-randomized studies. Statistics in medicine. 1988;7(12):1207-21.
149. Seijmonsbergen-Schermer A, de Jonge A, van den Akker T, Beeckman K, Bogaerts A, Barros M, et al. Variations in childbirth interventions in high-income countries: protocol for a multinational cross-sectional study. BMJ open. 2018;8(1):e017993.
150. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. PloS one. 2016;11(2):e0148343.
151. The Royal College of Midwives. Interventions in Normal Labour and Birth. 2016. Available from: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Labour%20Interventions%20Report.pdf>



152. Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal and maternal medicine review. 2001;12(1):23-39.
153. World Health Organization. Robson classification: implementation manual. 2017. (9241513195) Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en/
154. Stordeur S, Jonckheer P, Fairon N, De Laet C. Elective caesarean section in low-risk women at term: consequences for mother and offspring. Health technology assessment. 2016. KCE Report 275 Available from: <https://kce.fgov.be/en/elective-caesarean-section-in-low-risk-women-at-term-consequences-for-mother-and-offspring>
155. American College of Obstetricians Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 184: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstetrics and gynecology. 2017;130(5).
156. Cunningham FG, Bangdiwala SI, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland CH, et al. NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. NIH consensus and state-of-the-science statements. 2010;27(3):1-42.
157. Van Leeuw V, Debauche C, Daelemans C, Debiève F, Leroy C. Santé périnatale en région bruxelloise - Année 2016. Centre d'épidémiologie périnatale. 2018.
158. Aelvoet W, Windey F, Molenberghs G, Verstraelen H, Van Reempts P, Foidart J-M. Screening for inter-hospital differences in cesarean section rates in low-risk deliveries using administrative data: an initiative to improve the quality of care. BMC health services research. 2008;8(1):3.
159. García-Armesto S, Angulo-Pueyo E, Martínez-Lizaga N, Mateus C, Joaquim I, Bernal-Delgado E. Potential of geographical variation analysis for realigning providers to value-based care. ECHO case study on lower-value indications of C-section in five European countries. The European Journal of Public Health. 2015;25(suppl_1):44-51.
160. Beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Verblijfsduur in het ziekenhuis bij een bevalling. December 2016. Available from: <http://www.deblock.belgium.be/nl/verblijfsduur-het-ziekenhuis-bij-een-bevalling>
161. Agentschap Zorg en Gezondheid. Vlaams bevolkingsonderzoek naar aangeboren aandoeningen bij pasgeboren via een bloedstall-Minidraaiboek voor vroedvrouwen. 2015.
162. Toussain B, Pereira T, Goyens P, Laeremans H, Vincent M, Marie S. Guide pour le programme de dépistage néonatal des anomalies métaboliques en fédération Wallonia Bruxelles. 2013.
163. Agentschap Zorg en Gezondheid. Vlaams bevolkingsonderzoek naar aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen via een bloedstaal-Draaiboek. 2016.
164. Gyselaers W, Jonckheer P, Ahmadzai N, Ansari M, Carville S, Dworzynski K, et al. What are the recommended clinical assessment and screening tests during pregnancy? Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2015 30/06/2015. KCE Reports 248 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_248_assessments_and_test_during_pregnancy_Report_0.pdf
165. Benahmed N et al. The organisation of antenatal care for women with an uncomplicated pregnancy (Study 2015-17 (HSR)). Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports Forthcoming 2019. Available from: <https://kce.fgov.be/en/study-program/study-2015-17-hsr-the-organisation-of-antenatal-care-for-women-with-an-uncomplicated-p>
166. van den Berg MJ, Kringos DS, Marks LK, Klazinga NS. The Dutch Health Care Performance Report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands. Health Res Policy Syst. 2014;12:1.



167. Obyn C, Cordon A, Kohn L, Devos C, Léonard C. Exploratory steps for the formulation of Belgian health system targets. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017. KCE Reports (292C)
168. Meeus P. Peer Review Belgian Health System Performance Assessment (Brussels, 19-20 May 2014). Health System Performance Assessment (HSPA) in Belgium. 2014. Host country paper. Peer review on HSPA. Available from: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12451&langId=en>