

DE PERFORMANTIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM – RAPPORT 2015



DE PERFORMANTIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM – RAPPORT 2015

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



■ VOORWOORD

De 'cultus van de prestatie' is een uitdrukking van de Franse socioloog Alain Ehrenberg, die in zijn gelijknamige boek uit 1991 deze voor de moderne mens zware belasting aan de kaak stelt. Deze nieuwe maatschappelijke, zelfs antropologische dwang is binnengedrongen in alle aspecten van ons leven: professioneel, sportief, cultureel, familiaal, relationeel en seksueel. En voor elk gedeeltelijk en tijdelijk succesje dat we onder deze prestatiedruk behalen, offeren we steeds meer van onze gezondheid op. Het lijkt daarom paradoxaal dat we van een gezondheidssysteem de performantie meten. We moeten echter realistisch zijn: de middelen zijn beperkt en de noden veelvuldig, en om die reden moeten er efficiënte keuzes worden gemaakt. Het is dus onze maatschappelijke verantwoordelijkheid om na te gaan in welke mate de middelen die in het gezondheidszorgsysteem worden geïnvesteerd, de vastgelegde doelstellingen bereiken. Daarbij volstaat het niet om algemene doelen na te streven, zoals de duurzaamheid of toegankelijkheid van het systeem. De doelstellingen moeten vooral meetbaar en realistisch zijn, wat ons niet mag beletten om ambitieus te zijn.

Het rapport nodigt inderdaad de bevoegde overheden uit om prioriteiten te stellen, en om de nodige inspanningen te doen om deze te bereiken. Wij beseffen dat het enkel een momentopname is van een aantal elementen van het zorgsysteem, die op hun beurt werden gemeten aan de hand van een beperkt aantal indicatoren (maar het is er wel één die de laatste jaren regelmatig werd herhaald, vermits dit al de derde editie is). Zoals de foto's van onze zomervakantie ons doen denken dat 'we veranderd zijn', wanneer we ze hartje winter bekijken, geven deze indicatoren een realiteit weer die alweer voorbij is als ze worden gepubliceerd. Het is niet daarom dat ze nutteloos zijn, want de tendensen die worden weergegeven leveren ons interessante informatie. Net zoals een vakantiefoto ons kan geruststellen ('ik zie er toch nog goed uit...') of alarmeren ('hoog tijd dat ik wat ga sporten!') moet de richting waarin de indicatoren evolueren ons doen nadenken over de prioriteiten van morgen, die we vanaf vandaag onder handen moeten nemen.

In de eerste plaats is dit rapport bedoeld als bron van inspiratie voor de beleidsmakers. Daarnaast kan het voor iedereen die deel uitmaakt van het systeem, de instellingen, de zorgverleners en, niet te vergeten, de patiënten, een waardevol document zijn. Maar wij hopen dat het ook andere, iets minder nauw betrokken actoren kan interesseren, zoals leerkrachten, de media, de sociale partners,... De gezondheid hangt immers ook af van de mate waarin iedereen de uitdagingen begrijpt en aanpakt. Uiteindelijk belangt dit rapport ook u en ons, gewone burgers, aan en het appeleert aan onze individuele en collectieve verantwoordelijkheid. Iedereen, waar men zich ook bevindt, moet immers de klei in zijn handen naar best vermogen boetsen.



Dit rapport is niet alleen het werk van het KCE. Wij wensen daarom het RIZIV en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) hartelijk te bedanken voor de uitstekende samenwerking tijdens de hele loop van het project. Daarnaast bedanken wij ook de inter-administratieve groep met alle vertegenwoordigers van de gezondheidsadministraties op federaal en gewestelijk/gemeenschapsniveau voor hun constructieve opmerkingen en hun betrokkenheid. Tot slot gaat ook onze dank uit naar de ongeveer veertig wetenschappelijke experts van de verschillende administraties die de definities en de resultaten van de indicatoren valideerden.

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



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
BMI	Body Mass Index
CII	Concentratie-Index van Ongelijkheden
CT	Computed Tomography
DDD	Standaard dagdosis (Defined Daily Dose)
DTP	Difterie – Tetanus – Kinkhoest
EC	Europese Commissie
ECDC	European Centre for Disease Control and Prevention
ECHI	European Community Health Indicators
ECHIM	European Community Health Indicators Monitoring
ECL	European Cancer League
EFPIA	European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
EL	Opleidingsniveau (Educational Level)
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-DB	Health for All Database
HIS	Gezondheidsenquête (Health Interview Survey)
HIV	Humaan Immunodeficiëntievirus
HLY	Levensverwachting zonder beperkingen (Healthy Life Years)
HSPA	Health System Performance Assessment
IADL	Instrumentele activiteiten van het dagelijks leven
IMA	InterMutualistisch Agentschap
IMC	Interministeriële Conferentie
ISCED	International Standard Classification of Education
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
MOC	Multidisciplinair Oncologisch Consult
MPG	Minimale Psychiatrische gegevens
MRSA	Meticilline-resistente <i>Staphylococcus Aureus</i>
MZG	Minimale Ziekenhuisgegevens
NSIH	Nationaal surveillanceprogramma van ziekenhuisinfecties
NSP	National Surveillance Programme
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OOP	Ten laste van de patiënt (Out-of-pocket)
PAF	Population Attributable Fraction
PPP	Koopkrachtpariteit (Purchasing Power Parity)
PROM	Patient reported outcome measures
PSI	Patiëntveiligheidsindicatoren (Patient Safety Indicators)
PYLL	Potentieel verloren levensjaren (Potential Years of Life Lost)
QALY	Quality-Adjusted Life Years
RAI	Resident Assessment Instrument
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
ROB	Rustoord voor Bejaarden
RR	Relatief Risico
RVT	Rust- en Verzorgingstehuis



RVV	Rechthebbende op de verhoogde (verzekerings)tegemoetkoming
SE	Socio-economisch
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
THE	Totale uitgaven voor gezondheid
UPC	Gebruikelijke zorgverlener (Usual Provider Continuity)
US	United States
VAZG	Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid
VDAB	Vlaamse Dienst voor Beroepsopleiding en Arbeidsbemiddeling
VTE	Voltijds Equivalent
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid



■ KERNBODSCHAPPEN

- Een HSPA (Health System Performance Assessment) is een proces waarmee het gezondheidssysteem holistisch kan worden beoordeeld op basis van meetbare indicatoren. Dit rapport is de derde Belgische HSPA: het bevat 106 indicatoren en evalueert de toegankelijkheid, kwaliteit, efficiëntie, duurzaamheid en billijkheid van ons gezondheidssysteem.
- Voor de burger is de evaluatie eerder positief: een groot deel (78%) van de Belgische bevolking geeft aan in goede gezondheid te verkeren, wat een beter resultaat is dan het EU-15 gemiddelde. De Belgische bevolking vermeldt ook tevreden te zijn over haar contacten met het gezondheidssysteem, vooral in de ambulante zorg. Het beeld is echter meer genuanceerd wanneer de volledige indicatorenset wordt onderzocht.
- De toegankelijkheid van het systeem wordt gegarandeerd door een algemene ziekteverzekering en door sociale vangnetten (maximumfactuur, verhoogde terugbetaling van medische kosten). Er is echter ook reden tot bezorgdheid: de persoonlijke bijdrage van de patiënt ligt hoog (18% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg) in vergelijking met andere Europese landen, en het aantal gezinnen die hun contacten met gezondheidsdiensten om financiële redenen uitstellen, blijft aanzienlijk, vooral in de laagste inkomensgroep.
- De meeste aspecten van de zorgkwaliteit vallen binnen het EU-15 gemiddelde. Sommige zijn beter, zoals een lagere mortaliteit door oorzaken die vermeden hadden kunnen worden door het gezondheidssysteem, andere zijn slechter, zoals de aangepastheid van de zorg (bv. het voorschrijven van antibiotica of het gebruik van medische beeldvorming) en nosocomiale infecties. Er is wel een gunstige evolutie voor de overlevingskans na colorectale kanker en de zorgcoördinatie voor kanker- en diabetespatiënten.
- De preventieve zorg beantwoordt niet altijd aan de internationale doelstellingen: de dekkingsgraad voor een aantal kindervaccinaties ligt nog altijd onder de aanbevolen immuniseringsdrempel, de dekkingsgraad voor borst- en baarmoederhalskanker is suboptimaal en de griepvaccinatie van ouderen daalt zelfs.
- Verschillende indicatoren voor gezondheidspromotie en levensstijl leveren slechte resultaten op. Zo blijft het aantal volwassenen met obesitas ongewijzigd, is er nog altijd een hoge prevalentie van dagelijkse rokers, wordt er te weinig aan lichaamsbeweging gedaan, is er risicovol alcoholgebruik (binge drinking) bij jonge mannen en is er bij de bevolking onvoldoende 'health literacy' (gezondheidsalfabetisme).
- Sommige mentale gezondheids(zorg)indicatoren zijn alarmerend. Het aantal zelfdodingen blijft hoog, het aantal opnames in psychiatrische afdelingen blijft stijgen, evenals het gebruik van antidepressiva. De wachttijd voor een eerste contact met een centrum voor geestelijke gezondheidszorg is lang, wat vragen doet rijzen over de toegankelijkheid van deze diensten.



- De zorgkwaliteit van residentiële voorzieningen voor ouderen levert gemengde resultaten op: de prevalentie van dragers van MRSA daalt en de prevalentie van doorligwonden is eerder laag. Er is wel nog ruimte voor verbetering bij de toegankelijkheid van specialisten (bv. oftalmologen voor diabetici), en het probleem van polymedicatie bij ouderen blijft groot.
- De toegankelijkheid en zorgkwaliteit bij het levenseinde leveren ook gemengde resultaten op: er wordt meer beroep gedaan op palliatieve diensten en de therapeutische hardnekkigheid bij het levenseinde is eerder laag. Het ziekenhuis blijft de meest gebruikelijke plaats om te sterven.
- Het gezondheidssysteem wordt efficiënter op sommige vlakken. Dit wordt aangetoond door de stijging in het voorschrijven van goedkope geneesmiddelen, door de verschuiving van klassieke (tenminste één nacht) naar dagopnames voor chirurgische ingrepen, en door de daling van de verblijfsduur voor een normale bevalling. Er blijven echter nog een aantal inefficiënties bestaan, zoals blijkt uit grote onverklaarde geografische verschillen bij sommige interventies of zorgkosten, uit het overmatig aantal onderzoeken of het overgebruik van apparatuur en uit de onaangepaste behandelingen in vele zorgdomeinen.
- Er werden socio-economische verschillen vastgesteld bij de gezondheidsuitkomsten, financiële toegankelijkheid en bij preventie.
- Er werden ook grote regionale variaties vastgesteld voor heel wat indicatoren.
- De huidige beschikbaarheid van huisartsen en verpleegkundigen roept vragen op over de Belgische capaciteit om toekomstige gezondheidsnoden door demografische veranderingen op te vangen. Het aandeel (nieuwe) huisartsen in verhouding tot alle specialismen haalt de quota van de Planningscommissie niet. De gemiddelde leeftijd van de praktiserende huisartsen stijgt bovendien sneller dan bij de andere specialismen. Hoewel het aantal afgestudeerden in verpleegkunde de voorbije jaren is gestegen, ligt het aantal patiënten per verpleegkundige in het ziekenhuis hoger dan in andere landen.
- De totale uitgaven voor gezondheid vertegenwoordigen 10.2% van ons bruto binnenlands product en worden grotendeels gefinancierd door de publieke sector (78%). Ze liggen iets hoger dan het EU-15 gemiddelde. In vergelijking met 2011, wijzigden de gezondheidsuitgaven per capita in reële termen voor 2012 en 2013 niet.



■ INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
	AFKORTINGENLIJST	3
■	KERNBOODSCHAPPEN.....	6
■	INHOUDSTAFEL	8
	DEEL 1 – CONTEXT EN METHODES.....	10
1.	CONTEXT EN DOELSTELLINGEN	10
1.1.	INLEIDING.....	10
1.2.	INTERNATIONALE INITIATIEVEN	11
1.3.	CONCEPTUEEL KADER	12
1.4.	DOELSTELLINGEN VAN HET RAPPORT 2015	12
2.	METHODES EN DATA	14
2.1.	SELECTIE VAN INDICATOREN EN GEGEVENSBRONNEN	14
2.2.	WAT IS ER NIEUW IN DIT RAPPORT IN VERGELIJKING MET DE VORIGE VERSIE?	15
2.3.	HOE VOERDEN WE DE EVALUATIE UIT?	15
	DEEL 2 – RESULTATEN	17
3.	PREVENTIEVE ZORG	17
4.	CURATIEVE ZORG	20
4.1.	TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG	20
4.2.	ZORGKWALITEIT	23
4.2.1.	Doeltreffendheid van de zorg	23
4.2.2.	Aangepastheid van zorg	26
4.2.3.	Veiligheid van zorg	29
4.2.4.	Continuïteit van zorg	31
4.2.5.	Patiëntgerichtheid	34
5.	GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG.....	36
6.	LANGETERMIJNZORG VOOR OUDEREN	39
7.	ZORG RONDOM HET LEVENSEINDE	42



8.	EFFICIËNTIE VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM	44
9.	DUURZAAMHEID	46
10.	GEZONDHEIDSTOESTAND	49
11.	GEZONDHEIDSPROMOTIE EN LEVENSTIJL.....	52
12.	BILLIJKHEID EN ONGELIJKHEID	55
12.1.	SOCIO-ECONOMISCHE ONGELIJKHEDEN IN GEZONDHEID EN GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSDIENSTEN	55
12.2.	CONTEXTUELE INDICATOREN VAN BILLIJKHEID	58
13.	CONCLUSIES OVER DE STERKE EN ZWAKKE PUNTEN VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM	60
DEEL 3 – DISCUSSIE		62
14.	BELGISCHE HSPA EN BELEIDVORMINGSPROCES	62
14.1.	DE BELGISCHE HSPA IN HET BELEIDVORMINGSPROCES	62
14.2.	STREEFDOELLEN VOOR HET GEZONDHEIDSSYSTEEM.....	64
15.	CONCLUSIE	65
■	AANBEVELINGEN	68
■	BIJLAGE	70
■	REFERENTIES	73



DEEL 1 – CONTEXT EN METHODES

1. CONTEXT EN DOELSTELLINGEN

1.1. Inleiding

Door het uitvoeren van een *Health System Performance Assessment* (HSPA) wordt een gezondheidssysteem in zijn totaliteit beoordeeld. Het proces is eigenlijk een 'check-up' van het systeem op basis van meetbare indicatoren. 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.

Een HSPA is een continu proces: door regelmatige monitoring worden de behoeften van het gezondheidsbeleid bepaald. In België werd dit proces in 2007 opgestart. Ondertussen werd de derde ronde beëindigd (zie Box 1).

De strategische doelstellingen van het Belgische HSPA-proces zijn:

1. de beleidsmakers informeren over de performantie van het gezondheidssysteem en een ondersteuning bieden voor beleidsplanning;
2. een transparant en toerekenbaar beeld schetsen van de performantie van het gezondheidssysteem, overeenkomstig het Handvest van Tallinn;
3. de performantie van het gezondheidssysteem op langere termijn volgen.

Het huidige 'Rapport 2015' volgt hetzelfde traject als de twee voorgaande rapporten en heeft tot doel de toegankelijkheid, kwaliteit, efficiëntie, duurzaamheid en billijkheid van het Belgische gezondheidssysteem te monitoren.



1.2. Internationale initiatieven

De manier waarop een HSPA wordt uitgevoerd, hangt af van de nationale perspectieven en prioriteiten. Internationale agentschappen houden zich eerder bezig met het promoten van de HSPA-principes, bieden een forum om ervaringen te delen en verzamelen voornamelijk data uit nationale bronnen. Betrouwbare en vergelijkbare data zijn namelijk van doorslaggevend belang voor het succes van een HSPA.²

Op Europees niveau worden HSPA-initiatieven vooral uitgevoerd 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 Box 2. Een bijkomende bron waarnaar vaak wordt verwezen is de “Euro Health Consumer Index”.³ Meer details hierover worden hier niet gegeven, omdat deze index een publicatie is van een privé organisatie uit één enkel land, terwijl alle hierboven vermelde initiatieven voortkomen uit een internationale samenwerking.

Box 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 indicatoren⁴
- **Rapport 2012:** eerste volledige evaluatie gebaseerd op 74 indicatoren⁵
- **Rapport 2015 (het huidige rapport):** tweede volledige evaluatie gebaseerd op 106 indicatoren

De rapporten zijn het resultaat van een samenwerking tussen het KCE, het WIV en het RIZIV.

Box 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 *health system performance assessment* 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 prestatie van de gezondheidssystemen door de publicatie van meetbare resultaten”.¹ In de loop der jaren publiceerde de WGO een aantal methodologische documenten over HSPA.^{7, 8}

De WGO onderhoudt ook de *Health for All Database* (HFA-DB), een selectie van belangrijke gezondheidsstatistieken over basis demografische data, gezondheidstoestand, gezondheidsdeterminanten en over de middelen, het gebruik en de uitgaven voor de 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 rigoureuze analyse van de werking van gezondheidssystemen in Europa. Het Observatory is een samenwerking tussen (o.a.) de regeringen van acht Europese landen (met inbegrip van 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 relevant 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 2010,¹⁰ en een nieuw rapport is nu in opmaak. Het Observatory publiceert ook methodologisch onderzoek naar 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 2015* (een database met meer dan 1200 indicatoren die alle aspecten van de gezondheidssystemen van de 34 OESO-lidstaten omvatten) en *OECD Health Care Quality Indicators (HCQI)*¹³, waarin de kwaliteit van de gezondheidsdiensten in verschillende landen wordt vergeleken. Daarnaast onderhoudt deze organisatie de *System of Health Accounts (SHA)* database, die vergelijkende tabellen met gezondheidsuitgaven bevat.

De OESO publiceert ook *Health at a Glance* rapporten.¹⁴ 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.¹⁵

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.¹⁶ Daarnaast besliste de Groep Volksgezondheid 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.¹⁷

1.3. Conceptueel kader

Op basis van een literatuurreview en een breedschalige consultatie van Belgische experts en *stakeholders*, werd beslist om de Nederlandse en Canadese kaders^{18, 19} te gebruiken voor de ontwikkeling van een Belgisch kader voor de evaluatie van de performantie.⁴ Reden is dat deze kaders complementair zijn en samen de *dimensies* bestrijken die de geconsulteerde experts en *stakeholders* belangrijk vonden voor de evaluatie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Daarnaast werd het gecombineerde kader op maat van de Belgische gezondheidscontext gemaakt door zijn draagwijdte 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, (2) niet-medische determinanten van gezondheid en (3) gezondheidssysteem. Dit laatste omvat zes domeinen: gezondheidspromotie, preventieve zorg, curatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg, zorg op lange termijn en zorg rond het levenseinde. Gezondheidspromotie is een zeer ruim domein dat de grenzen van het gezondheidssysteem ver overstijgt.

De performantie van het gezondheidssysteem wordt geëvalueerd op basis van vier hoofddimensies: **kwaliteit**, **toegankelijkheid**, **efficiëntie** en **duurzaamheid**. Zorgkwaliteit wordt op haar beurt onderverdeeld in vijf subdimensies (doeltreffendheid, aangepastheid, veiligheid, patiëntgerichtheid, continuïteit). De vijfde dimensie, **billijkheid**, is een transversale dimensie die alle niveaus overkoepelt.

1.4. Doelstellingen van het rapport 2015

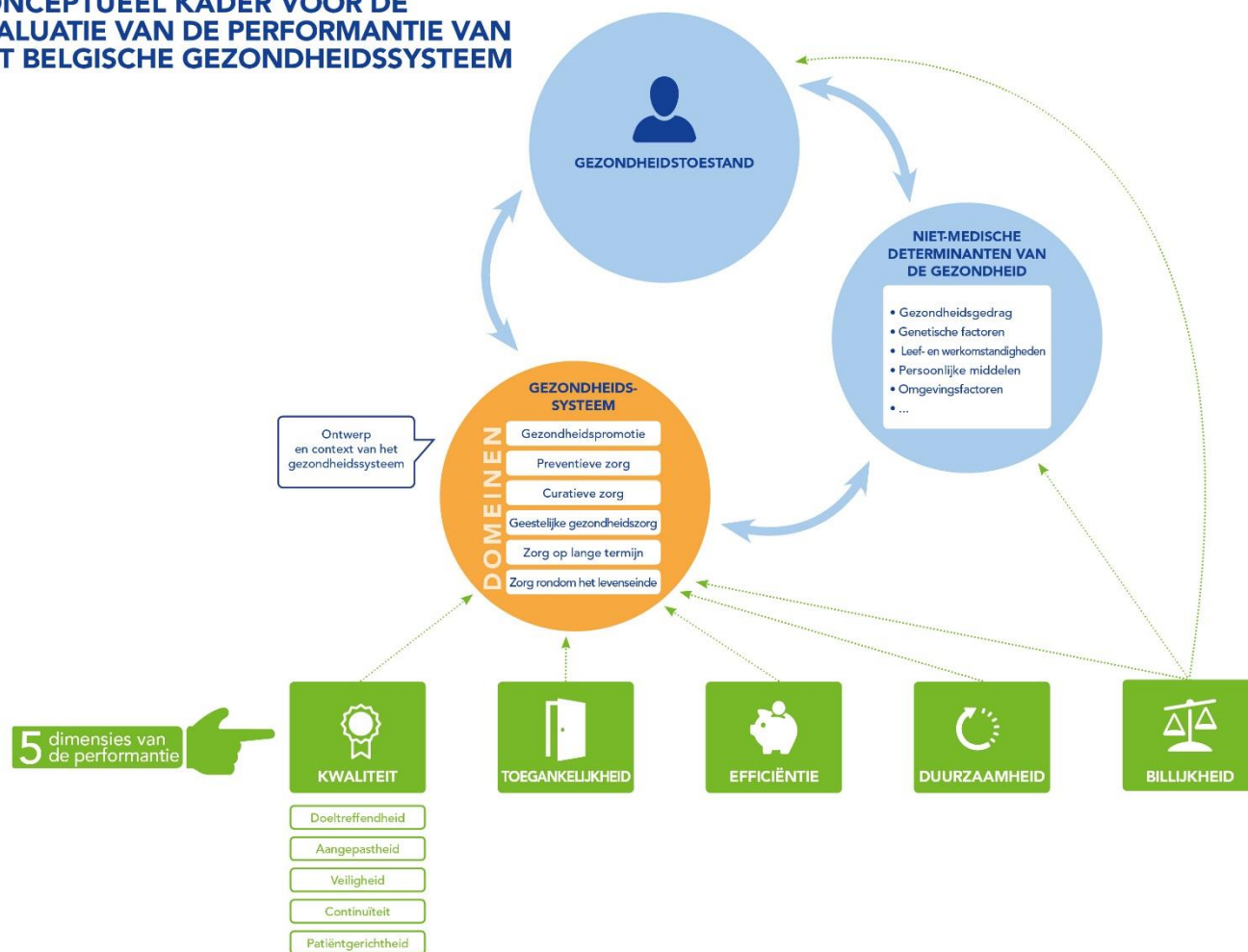
De doelstellingen van het rapport 2015 zijn:

- een reeks van indicatoren voorstellen en meten voor alle domeinen en dimensies van het Belgische gezondheidssysteem, met een beheersbaar aantal indicatoren (in dit rapport zijn dat er 106);
- de resultaten interpreteren met het oog op een globale evaluatie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem door middel van verschillende criteria, waaronder de vergelijking met doelen en internationale *benchmarking*, indien aangewezen.



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

CONCEPTUEEL KADER VOOR DE EVALUATIE VAN DE PERFORMANTIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM





2. METHODES EN DATA

2.1. Selectie van indicatoren en gegevensbronnen

De bedoeling van het HSPA-project is om het conceptuele kader in te vullen met de meest bruikbare indicatoren. Na een analyse van de geïndexeerde en grijze literatuur, en in samenwerking met externe experts werden de meest relevante indicatoren voor elk domein/dimensie gekozen (conceptuele relevantie). In een tweede fase werden deze indicatoren vergeleken met de beschikbare data in gegevensbronnen, om maximaal gebruik te maken van routinematig verzamelde gegevens (zie Box 3). Er werden geen nieuwe data ingezameld. De eindselectie van de indicatoren vormde een compromis tussen de conceptuele relevantie (wat idealiter zou moeten worden gemeten) en de haalbaarheid (beschikbaarheid van data en beheersbaar aantal indicatoren).

Op die manier werden in dit rapport in totaal 106 indicatoren geselecteerd en gemeten, die elk domein en elke dimensie van het conceptuele kader omvatten. Bijlage 1 bevat de lijst van indicatoren.

Box 3 – Gegevensbronnen in het Performantie Rapport 2015

- **Statistics Belgium** is de belangrijkste statistische instantie in België. Zij verzamelen en verspreiden alle bevolkings- en mortaliteitsdata.
- **MZG en MPG** (Minimale Ziekenhuis Gegevens en Minimale Psychiatrische Gegevens) zijn administratieve ziekenhuisontslaggegevens. Ze worden ingezameld en verspreid door de FOD Volksgezondheid.
- Het **IMA** (InterMutualistisch Agentschap) is een agentschap dat facturatiegegevens van alle ziekenfondsen verzamelt. Gegevensbronnen zijn o.a. de volledige IMA database of een steekproef ervan (EPS – Permanente Steekproef) en de IMA Atlas (een interactieve webapplicatie).
- De **gezondheidsenquête HIS** (*Health Interview Survey*) wordt om de 4 tot 5 jaar georganiseerd door het WIV en zamelt data in van ongeveer 10 000 personen in België.
- **Farmanet** is een database van het RIZIV die informatie bevat (gebruik, volume, enz.) over alle terugbetaalde geneesmiddelen.
- De **SHA** (*System of Health Accounts*) database wordt beheerd door de OESO. Ze bevat details over landgebonden gezondheidsuitgaven en financiering.
- Het **Kadaster van de gezondheidszorgberoepen** is het nationale register van gezondheidzorgberoepen dat bijgehouden wordt door de FOD Volksgezondheid. Het bevat informatie over nieuw afgestudeerden en professionals met een erkenning tot de uitoefening van een gezondheidszorgberoep.
- Het **Kankerregister** is een exhaustief nationaal register van kankergevallen. Deze data zijn gelinkt aan de IMA database om het zorgtraject van kankerpatiënten te kunnen volgen.
- Andere nationale **registers** bevatten data over de opvolging van ziekenhuisgebonden infecties, van HIV, enz.
- Andere **RIZIV** databases (Doc N, Doc P) bevatten ook informatie over zorgverstrekkers en gebruik van gezondheidsdiensten.



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

Er werden aanzienlijke inspanningen gedaan om de hiaten in de data van sommige indicatoren op te vullen en om nieuwe indicatoren te vinden voor de minder gedocumenteerde dimensies.

De belangrijkste aanvullingen zijn o.a. (onderstaande lijst is niet exhaustief):

- Zorgkwaliteit: dit deel werd uitgebreid herzien. Het bevat nu indicatoren die worden gemonitord door het OESO HCQI initiatief en nieuwe indicatoren rond patiëntgerichtheid en patiëntveiligheid.
- Arbeidskrachten: recente data van het nationale kadaster en nieuwe data over wachttijden (toegankelijkheid van de zorg) werden toegevoegd.
- Levensende: we werkten samen met het Belgische Kankerregister om vier indicatoren rond zorgkwaliteit rondom het levensende te monitoren voor een populatie van palliatieve patiënten met terminale kanker.
- Gezondheidspromotie in gezondheidsdiensten: we voegden een indicator toe rond de verspreiding van het gebruik van het globaal medisch dossier +, dat een gedeelte over preventieve zorg bevat.

In het gedeelte met de resultaten worden in de synoptische tabellen nieuwe indicatoren aangeduid met het teken '**NIEUW**'.

Sommige indicatoren uit het rapport 2012 werden verwijderd of licht aangepast, om verschillende redenen: internationale organisaties besloten de indicator niet meer te monitoren, of de resultaten waren gebaseerd op een enkele gedateerde studie die niet kon worden herhaald, of de informatie van de indicator werd, in vergelijking met andere indicatoren, overbodig bevonden.

In vergelijking met het vorige rapport (2012) behandelt het huidige rapport meer onderwerpen en bevat het 106 gemeten indicatoren (in plaats van 74 in de vorige versie).

2.3. Hoe voerden we de evaluatie uit?

De resultaten van de 106 indicatoren zijn samengevat in synoptische tabellen in het gedeelte met de resultaten (Deel 2). Deze tabellen bevatten de recentste resultaten op nationaal niveau en per gewest, de gegevensbron en het gemiddelde van de landen van de EU-15^a.

Evaluatie gebaseerd op niveau en trend

Een pictogram (Tabel 1) toont de evaluatie van de indicator, op basis van de meest recent beschikbare nationale resultaten en van de tendensen over verloop van tijd (voornamelijk sinds 2008 om een 5-jaarlijkse evaluatie van de meeste indicatoren mogelijk te maken). Contextuele indicatoren konden per definitie niet worden geëvalueerd.

De waarde op nationaal niveau werd vergeleken met **streefdoelen** (nationale streefdoelen als die bestaan, zo niet internationale targets), met resultaten van de landen van de EU-15 (**benchmarking**) en met **zorgnormen** (voornamelijk voor indicatoren uit klinische richtlijnen), in die volgorde. Indien er geen targets, benchmarking of zorgnormen bestonden, werd de evaluatie gebaseerd op een **consensus** tussen de auteurs van dit rapport (mening van de experts).

Gewestelijke verschillen (Vlaanderen, Wallonië en Brussel)

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

Daarbij moet rekening worden gehouden met de specifieke context van het Brusselse gewest: dit bestaat alleen uit één enkel stedelijk gebied, terwijl de twee andere gewesten een mengvorm zijn van stedelijke, voorstedelijke en landelijke gebieden.

^a 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.

**Tabel 1 – Pictogrammen voor evaluatie**

	Goede resultaten die nog verbeteren
	Goede en globaal stabiele resultaten of niet geëvalueerde trend
	Goede resultaten die echter verslechteren
	Gemiddelde resultaten die echter verbeteren
	Gemiddelde en globaal stabiele resultaten of niet geëvalueerde trend
	Gemiddelde resultaten die echter verslechteren
	Slechte resultaten die echter verbeteren (waarschuwingssignalen)
	Slechte en globaal stabiele resultaten of niet geëvalueerde trend (waarschuwingssignalen)
	Slechte resultaten die nog verslechteren (waarschuwingssignalen)
C	Contextuele indicator (geen evaluatie uitgevoerd)

Meer gegevens op onze website!

Voor elk van de hieronder beschreven indicatoren is een technische fiche beschikbaar op de KCE-website, in het document met als titel '[Supplement](#)'. De indicator identificatie (bijvoorbeeld: P-1) in de synoptische tabel 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.



DEEL 2 – RESULTATEN

3. PREVENTIEVE ZORG

Preventieve zorg omvat twee verschillende aspecten. Deze zorg heeft als doel het aantal ziektegevallen te verminderen of ziektes uit te roeien (dit is de bedoeling van vaccinatie). Anderzijds wil deze zorg een ziekte zo vroeg mogelijk opsporen, zodat de behandeling vroegtijdig kan worden opgestart (dat is de bedoeling van kankerscreening of een routinecontrole bij de tandarts).

De 11 indicatoren in Tabel 2 werden geselecteerd om na te gaan of de doelstellingen van preventieve zorg worden gehaald.

Vaccinatie tegen kinderziektes

België doet het goed voor de eerste doses van het vaccinatieschema tegen ziektes die zeer vroege vaccinatie vereisen. Een voorbeeld hiervan is de hoge vaccinatiegraad tegen 3-dosis DTP (difterie, tetanus en pertussis) en polio (een hogere graad dan het EU-15 gemiddelde). De dekking van het volledige vaccinatieschema – 4 doses voor DTP en polio – valt terug en haalt in Wallonië voor pertussis de kritische drempel niet (92%-95%).

De WGO heeft streefdoelen^b gesteld voor de uitroeiing van mazelen.²⁰ België haalde, voor de eerste keer in 2012, het WGO-streefdoel van 95% voor de eerste vaccinatiedosis, wat een aanzienlijke vooruitgang is. De vaccinatiegraad voor de tweede dosis is echter in alle gewesten veel te laag (daling van 10-20% voor de tweede dosis). De met tussenpozen opkomende opstoot van mazelen in België²¹ en in andere Europese landen toont de noodzaak aan om de vaccinatiegraad te verbeteren: er zijn continue en doelgerichte inspanningen vereist om een graad van 95% te halen voor beide doses van de mazelenvaccinatie en de doelstelling van uitroeiing te bereiken.

Vaccinatie tegen Hepatitis B werd recent opgestart in België en haalde op nationaal niveau snel de kritische drempel (en is zo goed als bereikt in de drie gewesten).

^b Met name: een dekkingsgraad van 95% halen voor beide doses van mazelenvaccinatie en een mazelenincidentie onder de 1 per miljoen inwoners bereiken.



Vaccinatie tegen griep

De griepvaccinatie van ouderen (65+) is de voorbije vijf jaar constant gedaald en ligt, met een dekkingsgraad van 56% in 2013, veel lager dan het WGO-streefdoel van 75%. De daling is meer uitgesproken in Wallonië en Brussel en werd ook vastgesteld in andere Europese landen. Een uitzondering hierop is de vaccinatie van ouderen in de residentiële sector (woonzorgcentra of rust- en verzorgingstehuizen), waar de dekkingsgraad veel hoger ligt (82.2%, zie P-4 in Tabel 11).

Screening van borst-, baarmoederhals- en colonkanker

De dekkingsgraad van kankerscreening is eerder laag: 63% voor borstkanker (stabiel over verloop van tijd, dicht tegen het EU-15 gemiddelde maar lager dan het algemeen aanvaarde streefdoel van 75%), 54% voor baarmoederhalskanker (met de tijd dalend, onder het EU-15 gemiddelde van 60%) en slechts 16% voor colorectale kanker (maar in stijgende lijn sinds de opstart van screeningprogramma's in het Fédération Wallonie-Bruxelles (2009) en in het Vlaams gewest (2013)). Er gaapt een brede kloof tussen de gewesten op vlak van borstkankerscreening: in Vlaanderen neemt de helft van de vrouwen deel via het georganiseerde programma. De deelname aan het programma in Wallonië en Brussel ligt veel lager (7-10%). Zij worden vooral buiten het georganiseerde programma gescreend, wat vragen oproept over de efficiëntie ervan. De gewestelijke verschillen in participatie aan de screening van baarmoederhals- en colorectale kanker zijn minder uitgesproken.

Richtlijnen rond borstkankerscreening bevelen 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 aangepast zijn: een groot aandeel van de

vrouwen jonger dan 50 jaar (35% in 2013) wordt wel gescreend. Er is wel een daling van deze niet aanbevolen screening in Vlaanderen (van 31% in 2008 naar 25% in 2013).

Preventieve maatregelen voor mondzorg, gemeten op basis van geen regelmatige tandartsbezoeken

Het ontbreken van regelmatige tandartsbezoeken^c is de enige indicator in dit deel die niet onder de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten valt. De resultaten zijn slecht, want 50% heeft geen regelmatig contact met een tandarts. Dat aandeel ligt hoger in Wallonië (56%).

De lage bezoekgraad en het feit dat de meeste preventieve en conserverende zorgen voor alle kinderen tot 18 jaar volledig worden terugbetaald (sinds mei 2009) doen vragen rijzen over de factoren die de toegang tot deze (preventieve) mondzorg belemmeren. Het hoge percentage bij tieners (68% - data niet in Tabel 2, zie [het Supplement](#)) is hoofdzakelijk toe te schrijven aan orthodontie.

Conclusie

De performantie-indicatoren van de preventieve zorg schetsen een eerder somber beeld van België. De vaccinatie-resultaten zijn heterogeen: ze liggen onder de kritische drempel voor mazelen in alle gewesten en voor pertussis in Wallonië. Er is een onvoldoende dekkingsgraad van griepvaccinatie bij ouderen, maar er zijn wel goede resultaten voor de vaccinatie tegen Hepatitis B en de eerste doses van DTP. De dekkingsgraad van kankerscreening voor de drie geselecteerde kankertypes (borst, baarmoederhals en colorectaal) is eerder laag, in vergelijking met de streefdoelen of met de resultaten van andere landen. Het percentage van de bevolking dat regelmatig een tandarts bezoekt ligt eveneens te laag.

^c Geen regelmatige contacten met een tandarts wordt gedefinieerd als minder dan twee contacten gedurende minstens twee afzonderlijke jaren in de voorbije drie jaar.

Tabel 2 – Indicatoren voor de beoordeling van preventieve zorg

(ID) Indicator			België	Jaar	Streefdoel	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Vaccinatiedekking										
P-1	Kindervaccinatie tegen polio, difterie, tetanus en pertussis (% , 3de/4de dosis)	⊖	3d: 99.0 4d: 92.0	2012	WGO: 90 BE: 95	4d: 93.2	4d: 90.4	4d: 91.1	WIV	3d: 96.2 ⁽¹⁾ 4d: ---
P-2	Kindervaccinatie tegen mazelen (% , 1ste/2de dosis)	⊕	1d: 95.5 2d: 85.0	2012	1d: 95 2d: 95	1d: 96.6 2d: 92.5	1d: 94.4 2d: 75.5	1d: 94.1 2d: 75.5	WIV	1d: 92.9 ⁽¹⁾ 2d: --
P-3 NIEUW	Kindervaccinatie tegen Hepatitis B (% , 3de/4de dosis)	⊕	3d: 97.8 4d: 91.3	2012	4d: 90	4d: 93.0	4d: 89.2	4d: 89.6	WIV	3d: 91.3 ⁽¹⁾ 4d: ---
P-4	Griepvaccinatie (% populatie van 65+) ^a	⊖	56.4	2013	75	60.6	50.1	47.8	IMA	55.0 ⁽¹⁾
Incidentie besmettelijke ziektes die kunnen voorkomen worden door vaccinatie										
P-5 NIEUW	Incidentie van mazelen (nieuwe gevallen/miljoen inwoners)	⊕	6.1	2014	1 per miljoen	7.8 ^b	1.9	8.6 ^b	WIV	---
Kankerscreening^c										
P-6	Borstkankerscreening (% vrouwen van 50-69 jaar)	●	62.7	2012	75	68.0	55.6	52.9	IMA	64.3 ⁽¹⁾
P-7 NIEUW	Borstkankerscreening – georganiseerd programma (% vrouwen van 50-69 jaar)	●	32.5	2012	75	49.6	7.2	10.2	IMA	---
P-8	Baarmoederhalskankerscreening (% vrouwen van 25-64 jaar)	⊖	53.6	2012	-	52.3	56.0	52.9	IMA	60.1 ⁽¹⁾
P-9 NIEUW	Colorectale kankerscreening (FOBT) (% populatie van 50-75 jaar)	⊕	16.5	2013	-	16.2	16.4	19.9	HIS	---
Over-screening kanker										
P-10	Borstkankerscreening buiten streefdoelleeftijd (% vrouwen van 40-49 jaar)	●	35.1	2013	-	28.3	45.6	44.2	IMA	---
Mondzorg – tandartsbezoeken										
P-11 NIEUW	Geen regelmatige tandartsbezoeken ^d (% populatie van 3+ jaar)	●	50.8	2012	-	47.3	56.0	55.3	IMA	---

Goede (⊕), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

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.

FOBT = Fecaal Occult Bloed Test

^a Met uitzondering van de populatie in woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen; ^b De gewestelijke verschillen van een specifiek jaar worden niet aangegeven, aangezien epidemische ziektes bij kinderen schommelingen vertonen die een 'one year snapshot' niet goed weergeeft; ^c Gedurende de voorbije twee jaar voor borst- en colorectale kankerscreening, gedurende de voorbije drie jaar voor baarmoederhalskankerscreening; ^d Geen regelmatige tandartsbezoeken wordt gedefinieerd als patiënten die minder dan twee contacten hebben gehad gedurende tenminste twee afzonderlijke jaren in de voorbije drie jaar.

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



4. CURATIEVE ZORG

4.1. 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.²² De toegankelijkheid van een gezondheidssysteem is een noodzakelijke voorwaarde voor een kwaliteitsvol en efficiënt systeem.

In dit rapport definieerden we 9 indicatoren om de toegankelijkheid van het gezondheidszorgsysteem te evalueren (Tabel 3). Sommige beoordelen de beschikbaarheid van zorgverleners, andere de financiële toegankelijkheid. Eén indicator meet of het systeem de patiënt tijdig toegang verleent tot de gezondheidszorg.

Financiële toegang tot gezondheidszorg

Financiële toegang tot gezondheidszorg kan beschreven worden op basis van drie dimensies: de verzekerde bevolking, de verzekerde diensten en het aandeel van de gezondheidszorgkosten dat gedekt wordt door de ziekteverzekering.

Bijna de volledige bevolking wordt gedekt door een **verplichte universele ziekteverzekering**. Het ongeveer ene percent dat daarbuiten valt zijn personen wiens administratieve en/of financiële voorwaarden niet zijn vervuld. Dit percentage ligt iets hoger in het Brussels gewest. Men mag daarbij niet vergeten dat voor deze indicator mensen die niet zijn aangesloten bij een ziekenfonds (bv. migranten zonder papieren) niet onder de definitie van 'bevolking' vallen. Bovendien zijn er geen betrouwbare en exhaustieve data voorhanden over het aantal personen met een privé ziekteverzekering.

Ondanks het bestaan van een algemene ziekteverzekering verklaarde 8% van de Belgische gezinnen in 2013 dat zij sommige **gezondheidszorgen** (medische zorg, chirurgie, tandzorg, voorgeschreven geneesmiddelen, geestelijke gezondheidszorg, bril of lenzen) **om financiële redenen moesten uitstellen**. In de HIS van 2008 bedroeg dit aandeel nog 14%. Ook de EU-SILC enquête (personen van 16 jaar en ouder) bevat een vraag over niet-ingevulde behoeften aan medische of tandzorg. Het aantal personen

die deze zorg om financiële redenen uitstellen ligt veel lager in de EU-SILC dan in de HIS, maar in de EU-SILC zijn minder items opgenomen. De resultaten van de EU-SILC vertonen een stijgende trend vanaf 2011, en dit vooral voor het laagste inkomenskwintiel.

Er is een groot verschil tussen de drie gewesten. In het Brussels gewest stelt meer dan één op vijf gezinnen gezondheidszorg om financiële redenen uit. Om de verschillen qua hoogte en schommelingen van deze indicator in de verschillende jaren en enquêtes ten volle te kunnen begrijpen, is verder onderzoek nodig.

Eigen betalingen (*out-of-pocket payments*) zijn betalingen die een patiënt volledig zelf draagt omdat de ziekteverzekering de kost van het gezondheidsproduct of -dienst niet (volledig) dekt. Het aandeel eigen betalingen in de totale gezondheidszorguitgaven is het voorbije decennium eerder constant gebleven en bedroeg in 2013 17.9%. Gemeten in per capita termen stegen de eigen betalingen van US \$ 656 (PPP) in 2008 naar US \$ 760 (PPP) in 2013. De eigen betalingen vertegenwoordigen een relatief groot deel van de totale gezondheidszorguitgaven in België in vergelijking met het EU-15 gemiddelde (16.6%). Ook het bedrag per capita ligt veel hoger dan het Europese gemiddelde (US \$ 595 PPP). Er bestaan daarbij wel twijfels over de betrouwbaarheid van de Belgische gegevens over de eigen betalingen van de patiënten.²³

Het bedrag en de evolutie van het **remgeld** voor (gedeeltelijk) terugbetaalde producten en diensten geeft dan weer een positiever resultaat. Een verklaring voor de betere resultaten voor remgeld is dat vangnetten zoals de maximumfactuur en de verhoogde terugbetaling van medische kosten, de patiënten alleen een bescherming bieden tegen hoge remgelden. Andere persoonlijke uitgaven zoals geneesmiddelen zonder voorschrift of supplementen worden er niet door opgevangen.

Geld dat aan gezondheidszorg wordt besteed, kan niet besteed worden aan de aankoop van andere producten en diensten. Om de financiële bescherming in de gezondheidszorg te meten zouden daarom de eigen betalingen voor gezondheidszorg moeten gerelateerd worden aan de gezinsconsumptie. De Huishoudbudgetenquête (2014) toonde aan dat het aandeel van de eigen betalingen voor gezondheidszorg 4.6% van de totale gezinsconsumptie vertegenwoordigt.²⁴ Gezinnen met een hoger inkomen besteden relatief meer aan gezondheid dan degenen met een lager inkomen. In 2013 bedroeg het aandeel van medische kosten,



langetermijnzorg niet inbegrepen (om de resultaten van de landen beter te kunnen vergelijken), in de gezinsconsumptie in België 3.0%.¹⁴

Er werden geen indicatoren gedefinieerd voor de verzekerde diensten (diensten die volledig of gedeeltelijk worden terugbetaald door de ziekteverzekering). Het verzekerde pakket, gedefinieerd als het aandeel basisziekteverzekering in de totale uitgaven voor gezondheidszorg, is afhankelijk van het type zorg: 84% voor ziekenhuiszorg, 78% voor ambulante eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg, 57% voor geneesmiddelen, 91% voor 'ancillary' diensten (waaronder klinische biologie en medische beeldvorming) en 49% voor tandzorg en tandprothesen.²⁵

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.

In 2013 lag de dichtheid van praktiserende artsen in België (2.95 per 1000 inwoners) lager dan het EU-15 gemiddelde (3.41 per 1000 inwoners). Voor 2009 werden alle geregistreerde artsen (niet enkel de praktiserende artsen, zijnde artsen met minstens 1 patiëntcontact) opgenomen in het dichtheidscijfer, waardoor België toen één van de hoogste dichtheden van artsen had in Europa (4.03 per 1000 inwoners).

Ook de dichtheid van praktiserende verpleegkundigen in 2012, gedefinieerd als verpleegkundigen werkzaam in de zorgsector, was in België lager (9.51 per 1000 inwoners) dan het EU-15 gemiddelde (10.77 per 1000 inwoners). In 2012 werkten 105 872 verpleegkundigen in de zorgsector: de meeste verpleegkundigen werken in ziekenhuizen (53%), gevolgd door de residentiële sector van de ouderenzorg (14%) en de thuisverpleging (7%).

Een groot aantal vacatures voor verpleegkundigen kan ook wijzen op toegangsproblemen. In 2013 waren er 2058 vacatures voor ziekenhuisverpleegkundigen (ter info: in 2009 werkten er 66 800 verpleegkundigen in ziekenhuizen). Meer gedetailleerde informatie voor Vlaanderen is beschikbaar bij de VDAB, die ook gegevens heeft over andere dan ziekenhuisverpleegkundigen. Hun gegevens tonen aan dat het aantal vacatures voor verpleegkundigen geleidelijk is gestegen tussen 2006 en

2011, en sindsdien licht is gedaald. Hoewel een vacature op zich niet noodzakelijk wijst op een tekort, zijn vacatures voor verpleegkundigen zeer moeilijk op te vullen, wat dus kan worden geïnterpreteerd als een mogelijk toegangsprobleem.

Ten slotte toonde een recente Europese studie met gegevens van 300 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). Deze studie stelde een verband vast tussen deze verhouding en het aantal overlijdens in het ziekenhuis.²⁶ 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-verpleegkundige tussen Belgische ziekenhuizen onderling, van 7.5 tot 15.9.

Wachttijden

Wanneer patiënten lang moeten wachten op een afspraak met een specialist, kan dit een tijdige toegang tot de gezondheidszorg verhinderen. Meer dan 38% van de patiënten moest 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 5 (indicator MH-3). In 2013 moest 37% van de patiënten minstens 1 maand wachten op een eerste contact met dergelijk centrum.

Conclusie

Het aandeel gezinnen dat gezondheidszorg om financiële redenen uitstelt blijft aanzienlijk, vooral in de laagste inkomensgroep. Bovendien gaan de data in Tabel 3 enkel over personen die aangesloten zijn bij een ziekenfonds. Om de bescherming die een ziekteverzekeringssysteem biedt ten volle te kunnen evalueren, moet gelijktijdig rekening worden gehouden met de verzekerde bevolking, het verzekerde pakket en het aandeel gezondheidszorgkosten dat wordt gedekt door de ziekteverzekering.



De dichtheid van artsen en verpleegkundigen zijn contextuele indicatoren van toegankelijkheid. Afzonderlijk leveren ze echter onvoldoende informatie om na te gaan of er voldoende personeel beschikbaar is voor de gezondheidsnoden van de bevolking. Andere elementen, zoals de spreiding van het gezondheidspersoneel, vooral in landelijke gebieden, beïnvloeden de toegankelijkheid van de zorg nog meer. Bovendien is een internationale vergelijking complex. Landen hanteren verschillende methodes om de dichtheid van het personeel te berekenen, en de taakverdeling tussen de

verpleegkundigen, de artsen en andere zorgverleners kan erg verschillen. In elk geval wijzen de indicatoren van de huidige beschikbaarheid van verpleegkundig personeel allemaal in dezelfde richting: België hinkt achterop in vergelijking met andere Europese landen bij het opvangen van demografische en epidemiologische veranderingen (bv. de vergrijzing, hogere prevalentie van multiële chronische aandoeningen).

Tabel 3 – Indicatoren voor de beoordeling van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Financiële toegankelijkheid									
A-1	Aandeel van de bevolking gedekt door verplichte ziekteverzekering (% van de populatie)		98.9	2014	99.4	99.2	97.8	RIZIV	---
A-2	Eigen betalingen voor gezondheid (% van de totale gezondheidsuitgaven)		17.9	2013	---	---	---	SHA	16.6 ⁽¹⁾
A-3	Eigen betalingen (in US \$ PPP/capita)		760	2013	---	---	---	SHA	595 ⁽¹⁾
A-4	Zelfgerapporteerde uitgestelde contacten met gezondheidsdiensten om financiële redenen (% van de huishoudens)		8.0	2013	5.0	9.0	22.0	HIS	---
Gezondheidszorgpersoneel									
A-5	Praktiserende artsen (/1000 inwoners)	C	2.95	2013	---	---	---	RIZIV	3.41 ⁽¹⁾
A-6	Praktiserende verpleegkundigen (/1000 inwoners)	C	9.51	2012	---	---	---	Kadaster ^a	10.77 ⁽¹⁾
A-7 <i>NIEUW</i>	Aantal vacatures voor verpleegkundigen	C	2058	2013	---	---	---	FOD	---
A-8 <i>NIEUW</i>	Verhouding patiënt-verpleegkundige		10.7	2010	---	---	---	RN4CAST	9.0 ⁽²⁾
Wachttijd									
A-9 <i>NIEUW</i>	Wachttijd van meer dan twee weken om een afspraak te krijgen bij een specialist (% van de bevolking dat een afspraak vroeg)		38.4	2013	38.6	38.9	36.0	HIS	---

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

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.

PPP = Koopkrachtpariteit (Purchasing Power Parity)

^a Laatste beschikbare data over praktiserende verpleegkundigen op basis van het Kadaster van de gezondheidszorgberoepen dateren van 2009. België, in samenwerking met de OESO, heeft een extrapolatie uitgevoerd voor de daaropvolgende jaren.

Bron voor internationale vergelijking: ⁽¹⁾ OECD Health Statistics 2015; ⁽²⁾ RN4CAST-onderzoek.



4.2. Zorgkwaliteit

Kwaliteit wordt gedefinieerd als "de mate waarin gezondheidszorg, zowel voor het individu als voor de bevolking, de kans vergroot op gewenste gezondheidsuitkomsten en waarbij de verleende zorg in overeenstemming is met gangbare medische kennis en inzichten".²⁷ In dit rapport wordt het concept kwaliteit onderverdeeld in 5 subdimensies: doeltreffendheid, geschiktheid, veiligheid, zorgcontinuïteit en patiëntgerichtheid.

4.2.1. Doeltreffendheid van de zorg

Doeltreffendheid wordt gedefinieerd als "de mate waarin de gewenste uitkomsten worden verkregen, met een correct aanbod van *evidence-based* gezondheidsdiensten voor iedereen die er baat bij heeft, maar niet voor diegenen die er geen baat bij zouden hebben".²² Doeltreffendheidsindicatoren 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 zes indicatoren gekozen uit internationaal gepubliceerde indicatoren om de doeltreffendheid te evalueren (Tabel 4).

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 na 5 jaar bij kanker (borst- en colorectale kanker) en overlijden binnen 30 dagen na opname voor een acuut myocardiaal infarct (AMI) en ischemische beroerte.

Verschillende indicatoren die worden geanalyseerd in andere delen van dit rapport kunnen 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 ziekenhuisgebonden doorligwonden (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); kankeroverlevingscijfers van kankertypes waarvoor een screeningprogramma bestaat (borstkanker QE-3 en colorectale kanker QE-4).

Vermijdbare ziekenhuisopnames

Hoge ziekenhuisopnamecijfers voor astma en complicaties bij diabetes kunnen wijzen op zwakke doeltreffendheid van de eerstelijnszorg, en van een gebrekkige coördinatie of zorgcontinuïteit.²⁸

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 toegankelijkheid van de zorg of in de methodologie om de indicator te meten.

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

Het aantal opnames voor complicaties bij diabetes daalt ook (vooral bij vrouwen) en dat is ook het geval in de andere EU-15 landen.

Overleven na kanker

Het overlevingspercentage na 5 jaar na borst- en colorectale kanker zijn uitkomstindicatoren die de doeltreffendheid van het gezondheidssysteem meten voor specifieke ziektes. Beide kankers kunnen gescreend worden en er worden programma's geïmplementeerd op gewestelijk niveau. Het relatieve overlevingspercentage kan wijzen op een vooruitgang in volksgezondheidsinterventies (groter bewustzijn van de ziekte, verbetering van screeningprogramma's) en op een verbetering van de behandelingen.

In de meest recente vergelijkende studie,²⁹ had België een uitstekend 5-jaars overlevingspercentage na colon- en rectumkanker, maar een lager percentage dan gemiddeld voor borstkanker. Het vergelijken van overlevingspercentages tussen Europese landen is echter complex door methodologische beperkingen en moet dus omzichtig worden geïnterpreteerd.



Het relatieve overlevingspercentage na 5 jaar na de diagnose van borst- en colorectale kanker is respectievelijk 88.3% en 64.8%, in een cohorte van patiënten die in 2008 werden gediagnosticeerd. In vergelijking met patiënten die werden gediagnosticeerd in 2004, bleef het overlevingspercentage stabiel voor borstkankerpatiënten en is er een matige stijging bij patiënten met colorectale kanker. Er werden aanzienlijke stijgingen genoteerd voor patiënten met stadium II en stadium III colorectale kanker (resultaten in [het Supplement](#)).

Mortaliteit na acuut myocardiaal infarct (AMI) of ischemische beroerte

De sterfte na 30 dagen bij AMI geeft een goed idee van de zorgprocessen, zoals het tijdige overbrengen van patiënten naar een ziekenhuis en doeltreffende medische interventies. Overlijden na een AMI daalde in België tussen 2000 en 2012, een tendens die we ook zagen in andere Europese landen.²⁸ Deze daling kan waarschijnlijk gedeeltelijk worden toegeschreven aan een betere behandeling, voornamelijk in de acute fase van het myocardiaal infarct. Er is meer onderzoek vereist naar de oorzaken van de hogere mortaliteit in Wallonië en Brussel, in vergelijking met Vlaanderen.

De behandeling van ischemische beroerte is het voorbije decennium geëvolueerd, met duidelijke vooruitgang op het gebied van trombolytische behandelingen en het inrichten van beroerte-eenheden.²⁸ Net zoals in andere Europese landen, daalde de sterfte na een ischemische beroerte in België licht tussen 2000 en 2004, maar dit cijfer is de voorbije jaren gestabiliseerd. De resultaten zijn gelijkaardig in de drie gewesten.

Het sterftecijfer bij AMI en ischemische beroerte ligt iets hoger dan het EU-15 gemiddelde.

Conclusie

De meting van de doeltreffendheid van de zorg in België is beperkt, vooral door het gebrek aan het meten van patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs). PROMs meten hoe patiënten functioneren rekening houdend met hun gezondheidstoestand en behandeling (bv. heup- of knietransplantatie, pijnbestrijding bij levenseinde).³⁰ Dit type meting wordt routinematig gerapporteerd in het Nederlandse performantierapport.³¹ In België worden PROMs niet ingezameld, met uitzondering van enkele lokale initiatieven.

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, waarvan de resultaten beter zijn dan in andere landen. Internationale vergelijkingen moeten echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omwille van methodologische problemen. Tendensen over verloop van 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 na colorectale kanker vertoont een opmerkelijke stijging voor stadium II-III patiënten.
- Sterfte na AMI is de laatste jaren gedaald, zoals in andere Europese landen.
- De resultaten van de indicatoren in andere dimensies (veiligheid, preventie, enz.) vertonen een positieve evolutie.



Tabel 4 – Indicatoren voor de beoordeling van de doeltreffendheid van de zorg

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde) [BELGIË]
Doeltreffendheid eerstelijnszorg – vermijdbare ziekenhuisopnames									
QE-1 NIEUW	Hospitalisaties voor astma bij volwassenen (/100 000 inwoners)	●	38	2012	36	36	55	MZG	35 ⁽¹⁾ [BE: 37.9]
QE-2 NIEUW	Hospitalisaties na complicaties bij diabetes bij volwassenen (/100 000 inwoners)	+	177	2012	167	189	195	MZG	176 ⁽²⁾ [BE: 181]
Doeltreffendheid ziekenhuiszorg - gezondheidsuitkomsten									
QE-3	Relatief overlevingspercentage na 5 jaar na borstkanker (%)	●	88.3	2008	88.9	89.6	88.6	Kanker-register	83.6 ⁽³⁾ [BE: 82.7]
QE-4	Relatief overlevingspercentage na 5 jaar na colorectale kanker (%)	+	64.8	2008	66.4	64.4	62.5	Kanker-register	58.9/58.4 ⁽³⁾ (4) [BE: 61.7/62.9]
QE-5 NIEUW	Sterfte binnen 30 dagen na opname voor AMI (populatie 45+ jaar, op basis van opname, %)	+	7.3	2012	6.5	9.3	8.0	MZG	7.0 ⁽¹⁾ [BE: 7.6]
QE-6 NIEUW	Sterfte binnen 30 dagen na opname voor ischemische beroerte (populatie 45+ jaar, op basis van opname, %)	●	8.9	2012	9.1	8.7	8.9	MZG	8.0 ⁽¹⁾ [BE: 9.2]

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

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.

AMI = acuut myocardiaal infarct

Bron voor internationale vergelijking: ⁽¹⁾ OESO Health Statistics 2015, de resultaten voor België betreffen het jaar 2009; ⁽²⁾ OECD Health at a Glance 2014; ⁽³⁾ EUROCARE-5 studie, cohorte 1999-2007, de resultaten voor België (Vlaanderen) worden aangegeven tussen []; ⁽⁴⁾ Resultaten voor colon-/rectumkanker worden apart weergegeven in de EUROCARE-5 studie.



4.2.2. Aangepastheid van zorg

Aangepastheid van zorg kan worden gedefinieerd als "de mate waarin de verleende gezondheidszorg een antwoord biedt op de medische noden, rekening houdend met het best beschikbare wetenschappelijke bewijs".²² De aangepastheid kan worden geëvalueerd met verschillende methodes. De sterkste methode is meten in hoeverre de medische praktijk de **aanbevelingen van klinische richtlijnen** volgt. Een andere vaak gebruikte methode is de analyse van de **geografische variatie**.

Er werden zes indicatoren geselecteerd die verband houden met acute en chronische zorg (Tabel 5). Ze verwijzen naar de toepassing van richtlijnen (voor de opvolging van diabetici, voor voorschrijfpatronen van antibiotica en antidepressiva, voor het gebruik van onaangepaste medische beeldvormingstechnieken) of naar de variabiliteit van het aantal keizersnedes.

Andere bijkomende indicatoren zijn opgenomen in de tabellen rond preventieve zorg (Table 2) voor vaccinatie en screening, geestelijke gezondheid (Table 9 voor voorschrijven en gebruik van medicatie) en zorg rondom het levenseinde (Table 12 voor therapeutische hardnekkigheid op het einde van het leven).

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

De aangepastheid van zorg voor patiënten met een chronische ziekte wordt geëvalueerd door de opvolging van diabetici te meten.^d De opvolging van diabetici is relatief stabiel: 68% van de insulineafhankelijke patiënten wordt opgevolgd volgens de klinische richtlijnaanbevelingen. Dit niveau ligt echter lager voor de insulineonafhankelijke diabetici (43%). Er zijn gewestelijke verschillen voor beide subgroepopulaties: voor diabetici die insuline nodig hebben, bereikt het verschil tussen Vlaanderen en Wallonië bijna 10%. Voor diabetici die orale antidiabetica nemen heeft Brussel de hoogste dekkingsgraad. Voor beide groepen zijn de onderzoeken van het netvlies door oftalmologen een knelpunt, vooral bij patiënten in de residentiële zorg.

^d In de diabeteszorg raden de richtlijnen aan om geglyceerd hemoglobine, albumine en creatinine bij voorkeur een keer per jaar en minstens om de 15

Aangepastheid 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. Het **voorschrijven van antibiotica** wordt gebruikt 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 2013 kreeg een hoog percentage (ongeveer 42%, stabiel over verloop van tijd) van de totale bevolking tenminste een antibioticavoorschrift, met hogere cijfers in Wallonië (44.5%) dan in Vlaanderen (41.1%) en in Brussel (36.4%). De cijfers liggen vooral hoog in de residentiële sector (62.1%) en bij ouderen die thuiszorg krijgen (60.1%) tegenover ouderen die geen langdurige zorg krijgen (43.4%, zie QA-4 in Table 11), maar dit kan te wijten zijn aan verschillen in de populatiegroepen. Bovendien is 55% van de voorgeschreven antibiotica van de tweede lijn (versus 17% in Nederland³²). Er werden ook lage scores voor deze indicator vastgesteld bij kinderen (> 38%).

Gebruik van onaangepaste medische beeldvormingstechnieken

De blootstelling aan medische straling ligt erg hoog in België, vooral door een wijdverbreid gebruik van medische beeldvormingsonderzoeken. Nationale campagnes georganiseerd door de FOD Volksgezondheid en het RIZIV zijn erin geslaagd de stijgende trend te stoppen en terug te keren naar het niveau van 2006. De huidige doses zitten echter nog altijd in de hogere top van Europese landen.³³ De helft van de medische bestraling in 2013 werd veroorzaakt door onaangepaste interventies, vooral CT-scans van de lumbale wervelkolom. De situatie verbeterde tussen 2009 en 2012 maar stabiliseerde nadien, vooral omdat het aantal CT-scans van de lumbale wervelkolom bleef stijgen. Een recent rapport toonde ook aan dat er vaker medische beeldvorming met straling wordt voorgeschreven in Wallonië.³⁴

maanden op te volgen. Aangeraden wordt ook dat een oftalmoloog elk jaar een verwijde fundus onderzoek uitvoert om vroegtijdige oogcomplicaties op te sporen.



Geografische variabiliteit bij chirurgische ingrepen

Geografische variabiliteit bij vooraf geplande chirurgische ingrepen kan wijzen op onaangepaste zorg. In dit rapport namen we de keizersnede op, 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 EU-15 landen staat).³⁴

Terwijl de WGO aangeeft dat er geen reden is om een percentage keizersnedes te hebben dat hoger ligt dan 10-15%,³⁵ blijven de cijfers in de EU-15 regio hoog en blijven ze stijgen (23.4% van de levendgeboortes). De cijfers in België liggen lager (20.4%), zijn de voorbije jaren gestabiliseerd en vertonen een grote variabiliteit tussen de ziekenhuizen.³⁶

Indicatoren rond aangepastheid in andere delen van dit rapport

Indicatoren in andere domeinen kunnen ook worden gelinkt aan aangepastheid van zorg. In het **preventieve domein** (Table 2), 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. In het domein van de **geestelijke gezondheid** zijn er indicaties van onaangepast voorschrijven van medicatie: voor een grote groep patiënten wordt de aanbevolen duurtijd voor het nemen van antidepressiva (tenminste drie maanden) niet gerespecteerd.

Conclusie

Verschillende indicatoren illustreren dat aangepastheid 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 keizersnedes is recent gestabiliseerd, maar vertoont nog een grote variabiliteit tussen de ziekenhuizen. De blootstelling aan medische straling door onaangepaste beeldvorming is gestopt met dalen door een gestegen gebruik van CT-scans van de wervelkolom.

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



Tabel 5 – Indicatoren voor de beoordeling van de aangepastheid van de zorg

Tabel 6 – Indicatoren voor de beoordeling van de aangepastheid van de zorg										
(ID) Indicator			België	Jaar	Streefdoel	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Primaire zorg – patiënten met een chronische ziekte (richtlijnen)										
QA-1	Aandeel van volwassen diabetici met aangepaste opvolging ^a (% van diabetici onder insuline)	●	67.8	2013		71.6	61.5	66.6	IMA	---
QA-2	Aandeel van volwassen diabetici met aangepaste opvolging ^a (% van diabetici uitsluitend onder orale antidiabetica, 50+ jaar)	●	43.4	2013		43.5	42.2	47.9	IMA	---
Primaire zorg – voorschrijfgedrag (richtlijnen)										
QA-3	Gebruik van antibiotica (totale DDD/1000 inwoners/dag)	●	28.7	2012		--	--	--	Farmanet	21.8 ⁽¹⁾
QA-4	Gebruik van antibiotica minstens een keer per jaar (% van populatie)	●	41.7	2013		41.1	44.5	36.4	IMA	---
QA-5	Gebruik van tweedelijsantibiotica ^b (% totale DDD antibiotica)	●	55.4	2013		54.9	59.2	53.2	IMA	---
Onaangepaste medische beeldvorming										
QA-6 NIEUW	Blootstelling aan medische straling door onaangepaste medische beeldvorming (mSv/capita/jaar)	+	0.90	2014		--	--	--	RIZIV	--
Acute zorg – variabiliteit in chirurgische procedures										
QA-7	Keizersnedes (/100 levendgeboortes)	●	20.4	2012	10-15	19.7	21.0	20.3	MZG	23.4 ⁽¹⁾

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

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.

DDD = Standaard dagdosering (Defined daily dose)

^a Aangepaste opvolging wordt gedefinieerd als patiënten die regelmatig netvliesonderzoeken en bloedonderzoeken krijgen (glycohemoglobine en serum creatinine);

^b Tweedelijsantibiotica zijn: amoxycilline met clavulaanzuur, macroliden, cephalosporines en quinolonen.

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



4.2.3. Veiligheid van zorg

Veiligheid kan worden gedefinieerd als “de mate waarin het systeem de patiënt geen schade berokkent”.²² 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 6).

Gezondheidszorg gerelateerde (of nosocomiale) infecties

De prevalentie van ziekenhuisinfecties (HAI) bij gehospitaliseerde patiënten is 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 (5.7%). 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 2004. 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. Toch blijft de incidentie van nosocomiale MRSA in Wallonië hoger in vergelijking met de andere gewesten.

Complicaties na chirurgie

Complicaties na chirurgie, geregistreerd in de MZG, 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 en een stabiel resultaat voor postoperatieve sepsis na abdominale chirurgie. Er is een verschil tussen de gewesten, waarbij Vlaanderen de laagste incidentie van complicaties na chirurgie heeft. Beide indicatoren leveren slechtere resultaten op dan in de EU-15 landen, maar de methodologie is licht verschillend.

Complicaties waarop verpleegkundige zorg een impact kan hebben

Doorligwonden hebben een ernstige negatieve impact op de patiëntgezondheid en kunnen worden voorkomen door aangepaste verpleegkundige zorg. De resultaten van een recente bevraging georganiseerd 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 benchmarken tegenover 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 oudere patiënten. Polymedicatie kan een negatieve impact hebben op hun gezondheid, door o.a. een verhoging van het risico op interacties tussen geneesmiddelen. Er werden twee indicatoren geselecteerd om dit fenomeen te monitoren: polymedicatie (minstens 5 verschillende geneesmiddelen per dag) en buitensporige polymedicatie (tenminste 9 verschillende geneesmiddelen per dag). De term ‘buitensporige polymedicatie’ verwijst alleen naar het gelijktijdige gebruik van tenminste negen verschillende geneesmiddelen, maar betekent niet noodzakelijk dat deze geneesmiddelen onaanpast zijn.

Voor beide indicatoren vertonen de resultaten van de gezondheidsenquête (HIS) sinds 2008 een dalende lijn met minieme gewestelijke variaties. Deze positieve resultaten zijn enigszins in tegenspraak met de stijgende tendensen voor farmaceutische consumptie in het algemeen.³⁷ Mogelijke redenen voor deze tegengestelde resultaten (gezondheidsenquête versus facturatiegegevens) moeten verder worden onderzocht. Daarnaast is de prevalentie van buitensporige polymedicatie hoger bij de ‘oudere ouderen’ (85+). Deze groep verdient specifieke aandacht omdat de ‘oudere ouderen’ een verhoogd risico lopen op ongewenste nevenwerkingen van geneesmiddelen, door potentieel verminderde lever- en nierfuncties.



Conclusie

De meeste veiligheidsindicatoren leveren matige resultaten op, met uitzondering van één indicator: de prevalentie van ziekenhuisinfecties. Deze is slechter dan verwacht en moet duidelijk worden verbeterd. De positieve trend die met de tijd werd waargenomen bij de indicatoren (wanneer beschikbaar) moet in de komende jaren worden bevestigd.

Tabel 6 – Indicatoren voor de beoordeling van de veiligheid van de zorg

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Ziekenhuisinfecties									
QS-1 NIEUW	Prevalentie van ziekenhuisinfecties (% van gehospitaliseerde patiënten)	●	7.1	2011	---	---	---	WIV+ NSIH	5.7 ⁽¹⁾
QS-2	Incidentie van ziekenhuisinfecties door MRSA (/1000 ziekenhuisverblijven)	+	1.2	2013	0.7	1.5	0.9	WIV+ NSIH	---
Complicaties na chirurgie^a									
QS-3 NIEUW	Incidentie van postoperatief pulmonair embolisme of diep-veneuze trombose, na heup- of knieprothese (/100 000 ontslagen na heup- of knieprothese)	+	472	2012	330	720	595	MZG	385 ⁽²⁾
QS-4	Incidentie van postoperatieve sepsis na abdominale chirurgie (/100 000 ontslagen na abdominale chirurgie)	+	2114	2012	1780	2267	3118	MZG	1736 ⁽²⁾
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 NIEUW	Polymedicatie (5 of meer verschillende geneesmiddelen op 24 uur) (% populatie van 65+ jaar)	+	27.4	2013	27.2	27.2	29.2	HIS	---
QS-7 NIEUW	Buitensporige polymedicatie (9 of meer verschillende geneesmiddelen op 24 uur) (% populatie van 65+ jaar)	●	5.6	2013	6.0	4.9	4.7	HIS	---

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

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.

MRSA = Meticilline-resistente *Staphylococcus aureus*; FRKVA = Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit; NSIH = Nationaal surveillanceprogramma van ziekenhuisinfecties

^a Patient Safety Indicators

Bron voor internationale vergelijking: ⁽¹⁾ European Centre for Disease Control, op basis van EU-30; ⁽²⁾ OECD Health at a Glance 2014 (maar niet volledig vergelijkbare methodologie).



4.2.4. Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg is “de mate waarin gezondheidszorg voor specifieke gebruikers over verloop van tijd goed wordt georganiseerd binnen en tussen zorgverstrekkers, instellingen en de overheid, en in welke mate het volledige ziekte-traject wordt opgevolgd”.²²

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

Er werden zes indicatoren geselecteerd om deze verschillende aspecten te omvatten (Tabel 7).

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.

In 2013 had 62% van de patiënten die in de voorbije drie jaar minstens één contact met hun huisarts hadden gehad een GMD (QC-1). Dit kan beter, zeker in Wallonië en Brussel waar dit cijfer nog lager ligt. Het gebruik van het GMD neemt echter toe sinds de opstart in 2001, en meer dan 82% van de 75-plussers heeft een GMD.

Een beperking van deze indicator is dat men er niet uit kan besluiten dat patiënten zonder een GMD niet genieten van informatiele continuïteit. Ze kunnen immers beschikken over een medisch dossier zonder te zijn opgenomen in het GMD-systeem.

Relationele continuïteit met een huisarts

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

Op minstens drie op de vier keer dat ze een huisarts bezochten (UPC $\geq$ 0.75) was dat voor bijna 70% van de patiënten bij hun gebruikelijke huisarts (2012-2013). Dit percentage bleef stabiel sinds 2008, en ligt hoger bij de leeftijdsgroep 65-84 en in Wallonië.

Managementcontinuïteit tussen ziekenhuis en huisartspraktijk

Slechts 54.6% van de oudere patiënten (65+) hadden binnen de week na hun ziekenhuisontslag contact met hun huisarts, terwijl dergelijk contact nochtans als nuttig wordt beschouwd. Dit percentage is licht gedaald sinds 2008, ligt hoger in Vlaanderen en Wallonië dan in Brussel en ligt hoger bij patiënten in residentiële zorg (QC-3, Tabel 11).

Een beperking van deze indicator is dat er noch met de reden voor de hospitalisatie, noch met de duur van het verblijf rekening wordt gehouden, terwijl deze factoren toch een rol spelen bij de noodzaak om de huisarts te zien na hospitalisatie.

Coördinatie van ambulante zorg voor diabetici

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

De meerderheid (91%) van diabetici die insuline gebruiken valt onder een van de systemen (vooral conventie). Dit is helemaal niet het geval voor de patiënten die orale antidiabetica nemen (16%, de helft diabetespaspoort, de helft zorgtraject). Voor beide patiëntgroepen ligt het aandeel hoger in Vlaanderen en is er met de tijd een positieve trend in alle gewesten. Deze indicator is ook lager voor patiënten in de residentiële sector.

Zorgcontinuïteit draagt ook bij tot de doeltreffendheid van het gezondheidssysteem. Opnames voor complicaties bij diabetes vertonen een dalende lijn over verloop van tijd (QE-2, Tabel 4), 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 om te garanderen dat alle patiënten een tijdige *evidence-based* diagnose en behandeling krijgen en om continuïteit tussen de verschillende zorgverstrekkers te verzekeren.

In 2012 werd in België ongeveer 84% van de kankerpatiënten besproken tijdens een MOC-meeting. Hoewel in de drie gewesten een stijgende trend waarneembaar is, worden kankerpatiënten nog altijd vaker besproken in een MOC-meeting in Vlaanderen (86%) in vergelijking met Brussel (83%) en Wallonië (80%).

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

Conclusie

Zorgcontinuïteitsindicatoren leveren contrasterende resultaten op. De resultaten voor zorgcoördinatie zijn positief voor eerstelijnszorg aan diabetici onder insuline (gemeten als zijnde geregistreerd in een zorgprotocol) of binnen een ziekenhuissetting voor kankerpatiënten die moeten besproken worden tijdens MOC-meetings. De resultaten zijn echter teleurstellend voor diabetici die geen insuline gebruiken. Het lijkt alsof voor hen de structuur voor de promotie van zorgcoördinatie bestaat, maar nauwelijks wordt gebruikt. De drie andere indicatoren hebben betrekking op huisartsen en leveren middelmatige resultaten op: het gebruik van een GMD moet blijven stijgen. De relationele continuïteit, gemeten met de UPC-index, kan beter, hoewel dit 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 ronduit teleurstellend.

Deze evaluatie is onderhevig aan twee beperkingen: eerst en vooral geven deze weinige indicatoren slechts een gedeeltelijk beeld weer van het veelgelaagde concept zorgcontinuïteit. Ten tweede is een vergelijking met resultaten uit andere landen erg moeilijk, omwille van het gebrek aan internationale indicatoren, en dus aan data, voor deze dimensie.



Tabel 7 – Indicatoren voor de beoordeling van de continuïteit van de zorg

(ID) Indicator		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 tenminste een contact met hun huisarts op drie jaar tijd)		62	2013	73	48	44	RIZIV+ IMA ---
Relationele continuïteit in de huisartspraktijk								
QC-2	Usual Provider Continuity index ≥ 0.75		69.6	2013	68.5	73.1	65.2	IMA ---
Managementcontinuïteit tussen ziekenhuis en huisarts								
QC-3	Contact met huisarts binnen 7 dagen na ziekenhuisontslag (% patiënten van 65+)		54.6	2013	57.5	52.8	38.6	IMA ---
Coördinatie van ambulante zorg								
QC-4 NIEUW	Percentage volwassen diabetici (onder insuline) met een conventie/paspoort/zorgtraject (% van de patiënten)		90.8	2013	91.5	90.6	87.7	IMA ---
QC-5 NIEUW	Percentage volwassen diabetici (die uitsluitend orale antidiabetica nemen) met een conventie/paspoort/zorgtraject (% van de patiënten, 50+)		16.1	2013	21.8	9.2	12.8	IMA ---
Coördinatie van ziekenhuiszorg								
QC-6	Kankerpatiënten die werden besproken tijdens een multidisciplinaire oncologische consultatie (MOC) (%)		83.6	2012	85.8	79.7	83.4	Kankerregister+ IMA ---

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

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.



4.2.5. Patiëntgerichtheid

Patiëntgerichtheid wordt gedefinieerd als "zorgverlening die respect toont en ontvankelijk is voor de voorkeuren, noden en waarden van de individuele patiënt, en die ervoor zorgt dat alle bij klinische beslissingen worden geleid door de waarden van de patiënt".³⁸ Voor de evaluatie van patiëntgerichtheid wordt gekeken naar de erkenning van de noden, wensen, voorkeuren van de patiënt, de kwaliteit van de communicatie tussen zorgverstrekker en patiënt (goede communicatie vereist verschillende competenties zoals luisteren, informeren, beleefdheid) en de betrokkenheid van de patiënten en de zorgverleners (zodat de patiënten hun zorg zelf kunnen organiseren en goed onderbouwde beslissingen kunnen nemen over hun behandelingsopties). Het meten van deze vaardigheden blijkt echter een uitdaging. In België nam het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) het OESO-instrument dat de patiëntervaringen met ambulante zorg meet³⁹ op in de gezondheidsenquête (HIS) 2013.⁴⁰

In het algemeen ligt de patiënttevredenheid over de vier geselecteerde punten erg hoog (meer dan 90% voor QP-1 tot QP-4), zowel voor huisartsen als voor specialisten. Een vergelijking met 13 Europese landen toont aan dat België aan de top staat voor de vier indicatoren.

Patiënten met een lager opleidingsniveau lijken iets minder tevreden te zijn dan patiënten met een hoger opleidingsniveau voor de vier punten over de specialisten, maar dit was niet het geval voor de contacten met huisartsen.

Het tevredenheidsniveau ligt in Brussel op twee punten lager: de tijd die de huisarts of specialist aan de patiënt besteedt (QP-1) en de gelegenheid om vragen te stellen aan de specialist (QP-3).

Conclusie

De vier nieuwe indicatoren rond patiëntgerichtheid, gebaseerd op de laatste HIS (2013), zijn gebaseerd op patiëntervaringen. Vroeger werd patiëntgerichtheid geëvalueerd door expliciet vragen te stellen over patiënttevredenheid, maar de validiteit van de methode en de nauwkeurigheid van de metingen werden algemeen bekritiseerd.

Belgische artsen in de ambulante zorg lijken te beantwoorden aan de verwachtingen van de patiënt wat betreft de tijd die ze met hen doorbrengen, de gegeven informatie, de gelegenheid om vragen te stellen en het samen nemen van beslissingen. Er zijn echter verschillende beperkingen. Eerst en vooral heeft de representativiteit van de HIS zijn beperkingen (bv. patiënten met slechte taalkennis). Ten tweede zijn deze indicatoren beperkt tot ambulante zorg. In het deel over de zorg bij het levenseinde is het percentage van terminale kankerpatiënten die sterven in hun vertrouwde thuisomgeving (EOL-4, Tabel 12) ook een indicator van patiëntgerichtheid. De resultaten zijn daar minder positief dan voor patiëntervaring in de ambulante zorg. Ten slotte zijn de initiatieven om de patiëntgerichtheid te verbeteren versnipperd en niet makkelijk te identificeren. Breedscalige data die de performantie rond patiëntgerichtheid meten, ontbreken in alle settings.


Tabel 8 – Indicatoren voor de beoordeling van de patiëntgerichtheid van de zorg

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Patiëntervaringen met ambulante zorg									
QP-1 NIEUW	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 NIEUW	Arts geeft makkelijk 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 NIEUW	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 NIEUW	Arts betreft patiënten bij beslissingen over zorg en/of behandelingen (% 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⁾

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

HA = huisarts; SP = specialist.

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



5. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

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

Net zoals in de meeste geïndustrialiseerde landen⁴¹ 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 diensten binnen de eigen gemeenschap.⁴² Maar belangrijke gegevensbeperkingen bemoeilijken de adequate meting van de performantie in de geestelijke gezondheidssector. De relevante indicatoren om deze evoluties te monitoren (bv. *case management*) konden niet worden ontwikkeld omwille van beperkingen in de huidige datastructuren. In plaats daarvan hebben we ons gebaseerd op algemene indicatoren (bv. zelfdodingscijfers) en op indicatoren m.b.t. de periodes van psychiatrische hospitalisatie (bv. aantal opnamedagen in psychiatrische ziekenhuizen; onvrijwillige opnames).

Dit rapport bevat 10 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

In een **internationale context** liggen de zelfdodingscijfers in België (18.3 per 100 000 inwoners) beduidend hoger dan in andere Europese landen (10.6 voor EU-15 landen). 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 is er ruimte voor verbetering. Een recent rapport van de socialistische ziekenfondsen toonde bijvoorbeeld aan dat 27% van de leden die werden gehospitaliseerd na een zelfdodingspoging (ongeveer 4000 personen tussen 2011-2013) geen follow-up afspraak had met hun huisarts of psychiater in de 3 maanden na hun hospitalisatie.⁴³ Ondanks de lichte daling van de zelfdodingscijfers, geven de resultaten aan dat gezamenlijke

actie hieromtrent⁴⁴ verder moet worden gesteund, om het tempo van deze verbeteringen te verhogen. Daarnaast zijn er substantiële gewestelijke verschillen. Het aantal zelfdodingscijfers ligt beduidend hoger in Wallonië (21.9 per 100 000 inwoners) dan in Brussel (11.9) en Vlaanderen (17.4). De schijnbaar lage zelfdodingscijfers in Brussel kunnen te maken hebben met problemen met data (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 (71 DDD per 1000 inwoners/dag) beduidend hoger dan in andere Europese landen (64.6). De cijfers liggen beduidend hoger in Wallonië (88.1) dan in Vlaanderen (65.1) en in Brussel (54.7). Er moet verder worden onderzocht of deze verschillen verklaard kunnen worden door socio-economische en demografische verschillen of door andere oorzaken (bv. arbeidscultuur, verspreiding van *evidence-based* richtlijnen).

In vergelijking met het vorige performantierapport (2012) geven twee extra indicatoren meer informatie over het voorschrijven van antidepressiva. Een eerste bijkomende indicator toont aan dat de stijging van het aantal volwassenen dat antidepressiva neemt (MH-7) de voorbije jaren is vertraagd (bv. van 12.3 in 2006 naar 13.3% in 2008) en nu relatief stabiel is (13.4% in 2013). Bovendien situeren de hoogste voorschrijfcijfers zich bij de ouderen die langetermijnzorg krijgen (Tabel 11: 37.4% in thuiszorg, 47% in woonzorgcentra of rust- of verzorgingstehuizen) in vergelijking met 16.6% voor de ouderen die geen langetermijnzorg krijgen.

Een tweede bijkomende indicator is een proxy maatregel van richtlijnopvolging. Een ernstige depressie vereist tenminste drie maanden van antidepressivagebruik. Een hoog percentage volwassenen neemt echter antidepressiva gedurende kortere periodes (<3 maanden, MH-8): 47.4% in 2013. Dit hoge percentage aan korte behandelingen is relatief stabiel over verloop van tijd. Ook het voorschrijven van antidepressiva die bekend staan om hun anticholinergische nevenwerkingen bij ouderen (die valongelukken kunnen veroorzaken) lijkt zich te stabiliseren op ongeveer 15%. De (on)aangepastheid van antidepressiva is een belangrijk werkpunt in België.



Aantal psychiatrische hospitalisatiedagen blijft hoog ondanks hervormingen

Ondanks recente hervormingen om de geestelijke gezondheidszorg te verplaatsen 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 1000 inwoners in 2000 naar 336 per 1000 inwoners in 2012. Twee contextuele variabelen, die normaal gezien (op lange termijn) door de hervormingen zullen dalen, bleven relatief constant: de bezoeken aan de spoedafdeling om sociale, mentale en psychische redenen (2008 en 2012: 1.5% van de opnames in de spoedafdeling in algemene ziekenhuizen) en het aantal onvrijwillige opnames in een psychiatrisch ziekenhuis (6.8 per 10 000 inwoners in 2008; 7.0 in 2012).

Daarnaast ligt het aantal hospitalisatiedagen in psychiatrische ziekenhuisafdelingen in Vlaanderen hoger dan in andere gewesten. Er moet worden onderzocht of deze opnames gepast zijn of verklaard kunnen worden zijn 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 (37% in 2013), een percentage dat met de tijd licht gestegen is.

Conclusie

De resultaten voor de geestelijke gezondheids- en gezondheidszorgindicatoren blijven 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.



Tabel 9 – Indicatoren voor de beoordeling van de geestelijke gezondheid en gezondheidszorg

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Gezondheidstoestand									
MH-1	Overlijdens door zelfdoding (/100 000 inwoners)	●	18.3	2012	17.4	21.9	11.9	Statistics Belgium	10.6 ⁽¹⁾
Toegankelijkheid van zorg									
MH-2 <i>NIEUW</i>	Praktiserende psychiaters (/1000 inwoners)	C	0.17	2013	---	---	---	RIZIV	0.18 ⁽¹⁾
MH-3 <i>NIEUW</i>	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)	●	---	2013	37	---	---	VAZG	---
Aangepastheid van zorg									
MH-4	Percentage onvrijwillige opnames in psychiatrische ziekenhuisafdelingen (/10 000 inwoners)	C	7.0	2012	6.8	5.8	9.8	MPG	---
MH-5 <i>NIEUW</i>	Bezoeken aan spoedafdeling om sociale, geestelijke of psychische reden (% opnames in spoedafdeling van algemene ziekenhuizen)	●	1.5	2012	1.5	1.3	1.8	MZG	---
Aangepastheid van voorschrijfgedrag bij ambulante patiënten									
MH-6	Gebruik van antidepressiva (totale DDD/1000 inwoners/dag)	⊖	71	2013	65.1	88.1	54.7	Farmanet	64.6 ⁽¹⁾
MH-7	Gebruik van antidepressiva (% van volwassen populatie, tenminste een keer per jaar)	●	13.4	2013	11.9	16.6	14.7	IMA	---
MH-8 <i>NIEUW</i>	Percentage patiënten met kortetermijnbehandeling (< 3 maanden) met antidepressiva (% van populatie onder antidepressiva)	●	47.4	2013	47.1	47.5	48.3	IMA	---
Veiligheid van voorschrijfgedrag bij ambulante patiënten									
MH-9	Patiënten (65+ jaar) die antidepressiva met anticholinergische nevenwerkingen nemen (%)	●	15.4	2013	18.5	12.2	10.3	IMA	---
Contextuele indicator									
MH-10 <i>NIEUW</i>	Aantal hospitalisatiedagen in psychiatrische ziekenhuisafdelingen (/1000 inwoners)	C	336	2012	363	284	261	MPG	---

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

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.

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



6. LANGETERMIJNZORG VOOR OUDEREN

Langetermijnzorg is een geheel van diensten vereist voor personen met een functionele, fysieke of cognitieve beperking, die langere tijd hulp nodig hebben bij de basisactiviteiten van het dagelijkse leven (*Activities of Daily Living* - ADL). Dit wordt vaak gecombineerd met medische basisdiensten (zoals verpleegkundige zorg), huishoudhulp of hulp bij dagelijkse activiteiten (*Instrumental Activities of Daily Living* - IADL).⁴⁵ Er zijn twee hoofdtypen van **residentiële voorzieningen**: **woonzorgcentra**, die verpleegkundige en persoonlijke zorg bieden aan ouderen met vooral lage tot matige beperkingen, en **rust- en verzorgingstehuizen (RVT)**, voor personen die sterk afhankelijk zijn van zorg maar die geen permanente ziekenhuisbehandeling nodig hebben.

Daarnaast is er **thuiszorg** voor personen met lage tot ernstige ADL en/of cognitieve beperkingen, los van hun leeftijd. Thuisverpleegkundigen bieden o.a. technische verpleegkundige interventies en verpleegkundige basiszorg (vooral hygiënische verzorging van patiënten met een ADL-beperking).⁴⁶

Toegankelijkheid van diensten voor langetermijnzorg

Volgens de laatste demografische voorspellingen van het Belgisch Federaal Planbureau (2015) verwacht men dat het aandeel ouderen in de totale bevolking (65 jaar of ouder) zal stijgen van 18% in 2014 naar 25% in 2060. Dit zal leiden tot een stijging van de behoefte aan diensten voor langetermijnzorg.⁴⁷ Het monitoren van de omvang van het doelpubliek van de diensten voor deze zorg is dus een belangrijke indicator van toegankelijkheid maar ook van duurzaamheid van het gezondheidssysteem.

In 2013 kregen meer ouderen langetermijnzorg binnen de residentiële zorg (8.4%, LT-1) dan dat er ouderen thuiszorg kregen (4.9%, LT-2). Dit verschil is meer uitgesproken in Brussel (10.1% versus 3.2%).

In de laatste HIS verklaarde negen percent van de bevolking (15+ jaar) mantelzorger te zijn, met hogere cijfers in Brussel (18%, LT-3) en binnen oudere leeftijdsgroepen. De laatste SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) toonde aan dat 20% van de Belgische 55-plussers mantelzorgers waren. Dit is het hoogste percentage van alle deelnemende landen.

Valincidenten bij ouderen

Valincidenten zijn een veel voorkomende oorzaak van morbiditeit en mortaliteit bij ouderen. De laatste HIS gaf aan dat 20% van de ouderen in de voorbije 12 maanden een valincident hadden gemeld (LT-4), met een gemiddelde frequentie van twee keer per jaar. Er werd echter met de tijd een daling waargenomen in de drie gewesten.

Veiligheid in residentiële zorg

Een (nieuwe) indicator evalueert de **veiligheid van zorg in residentiële voorzieningen**, en dan meer bepaald de **prevalentie van doorligwonden bij inwoners**. De resultaten van een bevraging in Vlaamse woonzorgcentra gaven aan dat 4% van de inwoners doorligwonden had (LT-5). Dit toont de nood van preventieve maatregelen aan, om het risico op doorligwonden te verkleinen en om ernstige en fatale doorligwonden te voorkomen.

Er bestaan vandaag geen nationale of internationale data over dit onderwerp en de evolutie over verloop van tijd is niet gekend. Deze informatie zal hopelijk wel beschikbaar worden na gebruik van het **interRAI** instrument (*resident assessment instrument*).

De tweede indicator van veiligheid in de residentiële zorg toont aan dat 12% van de inwoners **drager van MRSA** (LT-6) is. Dit aantal is wel aan het dalen, vooral in Vlaanderen.

Indicatoren uit de vorige delen, specifiek voor de populatie van 65+

In Tabel 11 worden verschillende indicatoren vergeleken voor ouderen die ofwel geen enkele vorm van langetermijnzorg krijgen, die thuiszorg krijgen of die in een residentiële voorziening verblijven.

Het verblijf in een residentiële voorziening gaat vaak samen met een hogere griepvaccinatiegraad (P-4), een hoger aantal contacten met de huisarts (QC-2 en QC-3), een lager aantal contacten met oftalmologen bij diabetici (QA-1 en QA-2), een hoger gebruik van geneesmiddelen (antibiotica QA-4, antidepressiva MH-8, polymedicatie QS-7 en QS-8), en een lager gebruik van anticholinergische antidepressiva (MH-10).



Conclusie

De kwaliteit van zorg in residentiële voorzieningen geeft gemengde resultaten: het aantal MRSA-dragers daalt en de prevalentie van doorligwonden is relatief laag. Er is wel nog ruimte voor verbetering in de toegankelijkheid van specialisten. Het aantal patiënten met polymedicatie blijft hoog.

Tabel 10 – Indicatoren voor de beoordeling van langetermijnzorg voor ouderen (65+)

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde) [BELGIË]
Gebruik van diensten voor lange termijnzorg									
LT-1	Langetermijnzorg in residentiële voorzieningen: woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen (% populatie 65+ jaar)	C	8.4	2013	7.8	9.1	10.1	IMA	8.7 ⁽¹⁾
LT-2	Langetermijn thuiszorg ^a (% populatie 65+ jaar)	C	4.9	2013	5.2	4.7	3.2	IMA	4.1 ⁽¹⁾
LT-3	Mantelzorgers (% van populatie 15+ jaar)	C	9	2013	8	8	18	HIS	15.6 ⁽²⁾ [BE: 20.6]
Veiligheid voor ouderen									
LT-4 NIEUW	Valincident in de voorbije 12 maanden (% populatie 65+ jaar)	C	20	2013	19	19	28	HIS	---
Veiligheid in residentiële zorg									
LT-5 NIEUW	Prevalentie van doorligwonden (graad II-IV) in woonzorgcentra (% van inwoners)	●	---	2013	3.97	---	---	VAZG	---
LT-6 NIEUW	Prevalentie van MRSA-dragers in residentiële voorziening (% van inwoners)	+	12.2	2011	7.9	18.3	14.7	WIV	---

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

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 Data van langetermijn thuiszorg is gebaseerd op per diem facturering van forfaits

Bron voor internationale vergelijking: ⁽¹⁾ OECD Health at a Glance 2013, maar er werden geen data over België gepubliceerd; ⁽²⁾ OECD statistics 2015 gebaseerd op SHARE-bevraging, bij populatie van 55+.



Tabel 11 – Indicatoren gerapporteerd in andere delen, specifiek voor populatie van 65+ jaar

(ID)	Indicator	Jaar	Bron	Geen (65+)	Krijgen thuiszorg (65+)	In rust- en verzorgingstehuis of woonzorgcentrum (65+)	
Preventie							
P-4	Griepvaccinatie (% populatie van 65+ jaar)	2013	IMA	49*	64.5*	82.2*	●
Opvolging van richtlijnen							
QA-1	Aandeel van volwassen diabetici met aangepaste opvolging (% van diabetici onder insuline)	2013	IMA	74.8	58.1	41.3	●
QA-2	Aandeel van volwassen diabetici met aangepaste opvolging (% van diabetici uitsluitend onder orale antidiabetica, 50+ jaar)	2013	IMA	47	37.4	26.2	●
QA-4	Gebruik van antibiotica tenminste een maal per jaar (% van populatie)	2013	IMA	43.4	60.1	62.1	●
QA-5	Gebruik van tweedelijsantibiotica (% totale DDD)	2013	IMA	60	58.2	53.4	●
Veiligheid van voorschrijfgedrag							
QS-6	Polymedicatie (5 of meer verschillende geneesmiddelen in de voorbije 24 uur) (% populatie van 65+ jaar)	2013	HIS	Alleenwonend: 31.3 Samenwonend: 24.3	-	40.2	●
QS-7	Buitensporige polymedicatie (9 of meer verschillende geneesmiddelen in de voorbije 24 uur) (% populatie van 65+ jaar)	2013	HIS	Alleenwonend: 3.8 Samenwonend: 5.4	-	17	●
Zorgcontinuïteit							
QC-2	Usual Provider Continuity index > 0.75	2013	IMA	85.7	86.9	82.1	●
QC-3	Contact met huisarts binnen de 7 dagen na ziekenhuisontslag (% 65+)	2013	IMA	48.4	67.7	69	●
Aangepastheid en veiligheid van voorschrijfgedrag							
MH-7	Gebruik van antidepressiva (% van volwassen populatie, tenminste een keer per jaar)	2013	IMA	16.6	37.4	46.8	●
MH-8	Percentage patiënten met kortetermijnbehandeling (< 3 maanden) met antidepressiva (% van populatie onder antidepressiva)	2013	IMA	48.6	41.8	28.7	●
MH-9	Patiënten (65+ jaar) die antidepressiva met anticholinergische nevenwerkingen nemen (%)	2013	IMA	17.7	14.9	8.6	●

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

*Griep: resultaten voor 65+ in rust- en verzorgingstehuizen en woonzorgcentra enkel voor Brussel en Wallonië (resultaten voor Vlaanderen niet beschikbaar in de IMA data); DDD = Standaard dagdosering (Defined daily dose). 'Geen' verwijst naar "Noch in rust- en verzorgingstehuis, noch in woonzorgcentrum, noch thuiszorg". Data van langetermijn thuiszorg is gebaseerd op per diem facturering van forfaits.



7. ZORG RONDOM HET LEVENSEINDE

Palliatieve zorg “verbetert de levenskwaliteit 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)”.⁴⁸ 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.⁴⁹ Daarnaast ontwikkelde België een wetgeving voor euthanasie bij volwassenen en kinderen.⁵⁰

Dit rapport streeft niet naar een uitgebreid overzicht van het huidige gebruik van palliatieve zorgdiensten, maar naar een selectie, in samenspraak met Belgische experts, van een aantal waarschuwingsindicatoren voor de klinische praktijk en voor beleidsmakers. Een belangrijke beperking was dat data rond levenseinde enkel beschikbaar waren voor terminale kankerpatiënten. Het is niet zeker dat we deze resultaten kunnen extrapoleren naar alle situaties bij het levenseinde.

Toegankelijkheid en (laat)tijdigheid

In 2012 kreeg meer dan de helft van de terminale kankerpatiënten palliatieve zorgen, thuis of in het ziekenhuis^e (EOL-1). Dit percentage is met de tijd licht gestegen en ligt hoger in Vlaanderen.

Dit resultaat is waarschijnlijk een onderschatting van de werkelijke situatie, omdat patiënten palliatieve zorg kunnen krijgen in het ziekenhuis zonder specifieke facturering.

^e 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

De indicator over (laat)tijdige palliatieve zorg wijst op een mogelijke tekortkoming van beleidsinitiatieven om patiënten en zorgverstrekkers voldoende bewust te maken van het belang van een goed getimede opstart van palliatieve zorg: 20% van de terminale kankerpatiënten stierf binnen de week na de opstart van de palliatieve zorg (EOL-2).

Therapeutische hardnekkigheid op het einde van het leven

Naast het tijdig opstarten van palliatieve zorg, levert therapeutische hardnekkigheid (bv. onaangepaste behandelingen in de laatste levensfase) ook belangrijke informatie op voor zorgverleners en beleidsmakers.⁵¹ Ongeveer 11% van de terminale kankerpatiënten kreeg tijdens de laatste 14 dagen van hun leven nog altijd chemotherapie (EOL-3), met hogere cijfers in Wallonië. Deze data 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.

Patiëntgerichtheid

Ondanks de huidige organisatie van palliatieve diensten die de patiënten en de familie moeten helpen om de patiënt thuis te laten verblijven, stierf 65% van de kankerpatiënten in een ziekenhuis. Slechts 23.6% stierf thuis en 6% in residentiële zorg (dus 29.6% stierf in zijn vertrouwde omgeving, EOL-4). Het aandeel patiënten dat in een ziekenhuis stierf, ligt hoger in Brussel. Een trendanalyse voorspelt voor 2040 meer dan een verdubbeling van het aantal overlijdens in een residentiële voorziening voor ouderen en een daling van overlijdens thuis en in het ziekenhuis.⁵²

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



Conclusie

De vier indicatoren rond levenseinde schetsen een onvolledig beeld van de huidige praktijk in België, met focus op tijdigheid, therapeutische hardnekkigheid en patiëntgerichtheid bij kankerpatiënten. Er moeten inspanningen 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*⁵³ waarin de definitie van palliatieve zorg wordt uitgebreid naar personen met veelvuldige chronische aandoeningen en levensbedreigende of -verkortende aandoeningen.

Tabel 12 – Indicatoren voor de beoordeling van zorg rondom het levenseinde bij terminale kankerpatiënten

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
EOL-1 NIEUW	Patiënten die palliatieve zorg kregen ^a (% van terminale kankerpatiënten die binnen het jaar stierven)	+	51.0	2012	55.9	44.9	42.6	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)	●	19.6	2012	17.4	22.6	20.1	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)	●	11.2	2012	9.7	12.6	10.0	Kankerregister+ IMA	---
Patiëntgerichtheid									
EOL-4	Overlijden in de vertrouwde omgeving (thuis of in residentiële zorg) (% van terminale kankerpatiënten die binnen het jaar stierven)	●	29.6	2012	29.9	27.6	18.2	Kankerregister+ IMA	---

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

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.



8. 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.⁵⁴ De relatie tussen input en uitkomsten is echter complex en wordt gestuurd door factoren buiten de controle van de beleidsmakers binnen het gezondheidssysteem.⁵⁵ In de literatuur zijn er ontelbare definities van efficiëntie in gezondheidszorg (zie sectie 11 in [het Supplement](#)). Het belangrijkste verschil tussen al deze definities is de manier waarop kwaliteit wordt bepaald.⁵⁶

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.⁵⁷

Efficiëntie meten

De efficiëntie van gezondheidszorg wordt meestal gemeten op drie niveaus⁵⁸: 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 drie indicatoren geselecteerd om de efficiëntie van het gezondheidssysteem te evalueren (Tabel 13). Ze worden alle drie 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 drie indicatoren evolueren immers positief in de loop van de tijd: toename van voorschriften voor goedkopere geneesmiddelen, verschuiving van klassieke (tenminste een nacht) naar dagopnames voor chirurgische ingrepen, 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*). Ondanks de daling is de verblijfsduur na bevalling nog steeds langer dan het EU-15 gemiddelde.

**Tabel 13 – Indicatoren voor de beoordeling van efficiëntie van gezondheidszorg**

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
E-1	Chirurgische dagopnames (% van chirurgische opnames)	+	48.5	2012	50.6	43.2	50.8	MZG	---
E-2	Verblijfsduur normale bevalling (gemiddelde, dagen)	+	4.0	2012	3.9	4.0	4.0	MZG	3.0 ⁽¹⁾
E-3	Voorschrift van goedkope geneesmiddelen (% van totale ambulante DDDs)	+	54.8	2014	55.3	54.1	54.7	Farmanet	---

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

DDD = Standaard dagdosis (Defined daily dose).

Bron voor internationale vergelijking: ⁽¹⁾ OESO Health Statistics 2015

Andere indicaties van (in)efficiëntie

De indicatoren in Tabel 13 geven een positief beeld van de efficiëntie van het Belgische gezondheidssysteem. Ze zijn echter slechts gedeeltelijke indicatoren van efficiëntie. Andere geanalyseerde of vermelde indicatoren in dit rapport kunnen ook indicaties geven over de (technische) efficiëntie van het systeem. Inefficiënt gebruik van middelen (input) kan te maken hebben met heel wat factoren. Grote onverklaarde geografische variaties in de zorgkwantiteit of in gezondheidszorgkosten (die kunnen duiden op een onaangepaste indicatie voor behandeling), screening buiten de doelgroepen, overgebruik van onderzoeken/apparatuur en onaangepaste

behandeling zijn voorbeelden die vaak worden geanalyseerd in de internationale literatuur.

Tabel 14 geeft een indicator voor elk van de vier hierboven genoemde oorzaken van inefficiëntie. Deze indicatoren werden al besproken in andere delen van dit rapport (zie indicator ID) of worden besproken in [het Supplement](#). Vele andere indicatoren die worden besproken in andere delen van het rapport kunnen immers ook worden geïnterpreteerd in termen van efficiëntie.

Tabel 14 – Illustratieve indicaties van inefficiëntie

Oorzaak inefficiëntie	Indicator	Indicator ID	Resultaat voor België
Onverklaarde geografische variaties	Variaties in arthroscopie van de knie en in hartkatheterisatie (variatiecoëfficiënt gemeten op provinciaal niveau)	Geen ^a	0.36 (arthroscopie van de knie) 0.24 (katheterisatie)
Screening buiten doelgroep	Borstkankerscreening buiten doelgroep: vrouwen van 40-49 jaar, in de voorbije twee jaar (%)	P-10	33.3
Overgebruik van onderzoeken/apparatuur	Blootstelling aan medische bestraling door onaangepaste onderzoeken bij de Belgische bevolking (mSv/capita/jaar)	QA-6	0.90
Onaangepaste behandeling	Percentage patiënten met kortetermijnbehandeling (< 3 maanden) met antidepressiva (% van populatie onder antidepressiva)	MH-7	59

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

^a Deze indicator heeft geen ID omdat hij niet beschreven werd in de voorgaande tabellen. Hij werd enkel gekozen ter illustratie.



9. DUURZAAMHEID

Duurzaamheid kan worden gedefinieerd als het vermogen van het systeem om:⁵⁹

- duurzaam gefinancierd te blijven door collectieve ontvangsten;
- een infrastructuur en 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.

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.

Voor de vier elementen uit de definitie werden 13 specifieke indicatoren geselecteerd (Tabel 15).

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. Fiscale duurzaamheid verwijst naar de capaciteit om publieke inkomsten in te zamelen (belastingen en sociale bijdragen) om te voldoen aan de publieke uitgaven.⁶⁰ Totale (S-1) en publieke (S-3) uitgaven voor gezondheid zijn dus complementair in het weerspiegelen van de financiële duurzaamheid van het systeem.⁶⁰ De derde indicator (S-2), totale gezondheidsuitgaven per capita, laat internationale vergelijkingen toe.

In België, net zoals in andere Europese landen, zijn de totale gezondheidsuitgaven gestegen van 8.0% van het BBP in 2000 naar 10.2% in 2013. Dit komt neer op € 40.6 biljoen, of € 3619 per capita. Ook de publieke uitgaven voor gezondheid zijn gestegen van 6.0% in 2000 naar 8.0% in 2013.⁶¹

De derde indicator is een maatstaf voor de capaciteit van het systeem om te worden gefinancierd met publieke middelen (S-3): 78% van de gezondheidsuitgaven wordt gefinancierd door de publieke sector. De publieke uitgaven voor gezondheid als een percentage van de totale publieke uitgaven was gelijk aan 15% in 2013.

Personeelsbestand

Een andere sub-dimensie van duurzaamheid is de capaciteit van het systeem om een afdoende 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 aantal 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, Tabel 3), kan een probleem worden als er een gebrek is aan afgestudeerde zorgverleners.

Artsen

Het aantal afgestudeerde artsen steeg tussen 2008 en 2014 van 7.1 naar 10.2 (S-4) per 100 000 inwoners. 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. Dat verklaart het 'surplus' in 2014 (1289).

Het oriënteren van pas afgestudeerde artsen naar huisartsgeneeskunde blijft problematisch. Uit alle specialismen koos 24% van hen in 2008 voor huisartsgeneeskunde, en dit aandeel steeg in 2013 naar 28% (S-5). Deze stijging is echter bescheiden, als men weet welke inspanningen er al sinds 2008 worden gedaan om de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep te verbeteren. Volgens de Planningscommissie zou dit aandeel normaal al rond de 40% moeten liggen.⁶² Een gevolg hiervan is dat de huisartsen de hoogste gemiddelde leeftijd hebben (S-6), terwijl hun gemiddelde leeftijd in 2000 nog even hoog lag als die van de andere artsen-specialisten.



Verpleegkundigen

In 2014 studeerden in totaal 5325 nieuwe verpleegkundigen af in België. De dichtheid van 47.1 afgestudeerden verpleegkunde per 100 000 inwoners (S-8) ligt boven het EU-15 gemiddelde van 42.2 per 100 000 inwoners. Deze vergelijking wordt echter vertekend door het grote aandeel buitenlandse studenten in de Franse Gemeenschap, die België meestal verlaten na hun opleiding. Er waren geen data beschikbaar voor Vlaanderen.

Het percentage nieuw afgestudeerden bachelors verpleegkunde (S-9) ligt hoger in de Franse Gemeenschap (61.3%) dan in Vlaanderen (53.5%). Er zijn indicaties dat het aantal bachelor studenten verpleegkunde de voorbije jaren licht is gedaald. Deze trend moet omzichtig worden gemonitord, om een goed opgeleid bestand van verpleegkundigen te kunnen garanderen voor de komende jaren.

Het percentage bachelor verpleegkundigen die al actief zijn op de Belgische arbeidsmarkt steeg licht tussen 2004 en 2009. Met 56% van de ziekenhuisverpleegkundigen die een bachelor diploma hebben, staat België op de 5^{de} plaats van de 12 Europese landen waarvoor data beschikbaar zijn (data in [het Supplement](#)).

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 2012 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 ook het Europese gemiddelde is (S-11). Dit cijfer is stabiel sinds 2003, terwijl in dezelfde periode de gemiddelde verblijfsduur sterk daalde en het aantal klassieke opnames steeg met 11%.⁶³ 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

De tijd tussen EU-marktautorisatie en de toegang van innovatieve geneesmiddelen op de Belgische markt (S-12) is een andere indicator van toegankelijkheid van het gezondheidssysteem: hoe korter deze periode, hoe sneller de patiënten toegang krijgen tot innovatieve behandelingen. Daarnaast geeft dit ook een beeld van de algemene duurzaamheid van het gezondheidssysteem, en zijn capaciteit om innovatie te integreren.

Op basis van de analyse van 70 nieuwe geneesmiddelen die tussen 2010 en 2012 een EU-marktautorisatie kregen, scoort België slecht voor de twee toegankelijkheidsindicatoren: het percentage beschikbare geneesmiddelen (63%) is lager dan het EU-8 gemiddelde (79%) en de periode om toegang te krijgen tot de Belgische markt duurt langer dan het EU-gemiddelde (368 dagen in vergelijking met 278 dagen, S-12). Deze wachttijd is wel korter geworden sinds de eerste metingen van deze indicator (2005-2007).

Een andere indicator van een innovatief systeem is het gebruik van nieuwe technologieën. In 2014 gebruikte drie kwart (76.7%) van de praktiserende huisartsen een elektronisch dossier met aanbevolen software om de medische dossiers van hun patiënten bij te houden (S-13). Dit percentage is slechts licht gestegen sinds 2008 (72.1%) en is hoger in Vlaanderen (84%). Het bijhouden van elektronische patiëntdossiers is waarschijnlijk niet de meest up-to-date indicator voor nieuwe technologieën, maar nieuwe data over het gebruik van het *eHealth*-platform zouden binnenkort beschikbaar moeten zijn. En dat is een betere meting van het gebruik van nieuwe technologieën.⁶⁴

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 bachelor verpleegkundestudenten, de periode tussen de EU-marktautorisatie en de toegang tot innovatieve geneesmiddelen op de Belgische markt en het gebruik van elektronische medische dossiers.



Tabel 15 – Indicatoren voor de beoordeling van de duurzaamheid van het gezondheidssysteem

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Gezondheidszorguitgaven en financiering									
S-1	Totale gezondheidsuitgaven (% BBP)	C	10.2	2013	---	---	---	SHA	9.5 ⁽¹⁾
S-2	Totale gezondheidsuitgaven (€/capita)	C	3619	2013	---	---	---	SHA	US \$ PPP 3860 ⁽¹⁾ [BE: \$ 4256]
S-3	Totale gezondheidsuitgaven (% gefinancierd door publieke sector)	C	77.8	2013	---	---	---	SHA	77.0 ⁽¹⁾
Toekomstig personeelsbestand (instroom, uitstroom)									
S-4	Afgestudeerde artsen (/100 000 inwoners)	C	10.2	2014	---	---	---	Kadaster	12.1 ⁽¹⁾
S-5	Afgestudeerde artsen die huisarts worden (% van alle medische specialismen)	+	28	2013	29 ^b	26 ^b	---	RIZIV	---
S-6	Gemiddelde leeftijd van praktiserende huisartsen (in VTE, jaren)	-	52.8	2013	---	---	---	RIZIV	---
S-7	Artsen van 55+ (% van alle praktiserende artsen)	-	43.2	2013	---	---	---	RIZIV	34.8 ⁽¹⁾
S-8	Afgestudeerden verpleegkunde (/100 000 inwoners)	C	47.1	2014	---	---	---	Kadaster	42.2 ⁽¹⁾
S-9 NIEUW	Afgestudeerden verpleegkunde die het bachelortraject volgen (% van de nieuw afgestudeerden)	C	---	2014	53.5 ^b	61.3 ^b	---	Kadaster	----
S-10 NIEUW	Verpleegkundigen van 50+ jaar (% van alle praktiserende verpleegkundigen)	C	25.4	2009	23.7	25.1	28.2	Kadaster	---
Behoud van voorzieningen									
S-11	Ligdagen curatieve zorg (aantal/capita)	●	1.1	2012	1.1	1.2	1.0	MZG	1.1 ⁽¹⁾
Innovatie									
S-12 NIEUW	W.A.I.T-indicator voor innovatieve geneesmiddelen ^a (in dagen)	+	368	2012	---	---	---	EFPIA	278 ⁽²⁾
S-13	Huisartsen die een elektronisch medisch dossier gebruiken (% van praktiserende huisartsen)	+	76.7	2014	84.1	63.6	62.1	RIZIV	---

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

BBP = Bruto Binnenlands Product; PPP = Koopkrachtpariteit (Purchasing Power Parity); SHA = System of Health Accounts; VTE = Voltijdse Equivalenten; EFPIA = European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.

^a W.A.I.T-indicator gedefinieerd als het gemiddeld aantal dagen tussen marktautorisatie en toegankelijkheid voor de patiënt; ^b Data per gemeenschap (en niet per gewest).

Bron voor internationale vergelijking: ⁽¹⁾ OECD Health Statistics 2015; ⁽²⁾ EFPIA-rapporten.



10. GEZONDHEIDSTOESTAND

Het uiteindelijke doel van een gezondheidssysteem is het verbeteren van de gezondheid van de burgers. Maar gezondheid is een moeilijk te vatten concept: tot op heden wordt het vooral gemeten met negatieve indicatoren (zoals mortaliteit) of met zelfgerapporteerde indicatoren (zoals zelfevaluatie gezondheid). Bovendien wordt het verband tussen gezondheid en het gezondheidssysteem meestal als zwak beschouwd.⁶⁵⁻⁶⁷ Gezondheid wordt immers beïnvloed door heel wat factoren (biologie, levensstijl, sociale omstandigheden, omgeving, gezondheidsbeleid), waarvan het gezondheidssysteem er slechts één is. We nemen **7 gezondheidsuitkomsten** op in ons *dashboard* (zie Box 4), en beschouwen deze als uitkomsten die **mogelijk** beïnvloed worden door het gezondheidssysteem en/of door gezondheidspromotiebeleid, naast nog andere factoren.

Box 4 – Vroegtijdige en vermijdbare mortaliteit door gezondheidszorg (*amenable*) of volksgezondheidsbeleid (*preventable*)

Vroegtijdige mortaliteit wordt gedefinieerd als mortaliteit voor de leeftijd van 70 jaar (en uitgedrukt in mogelijk verloren levensjaren of '*potential years of life lost*' voor de leeftijd van 70 jaar).

Het concept van **vermijdbare mortaliteit** is gebaseerd op het idee dat sommige sterfgevallen (voor specifieke leeftijdsgroepen en door specifieke doodsoorzaken) hadden kunnen worden 'vermeden' of dat het aantal had kunnen worden verlaagd, als er efficiëntere interventies van geneeskunde/ volksgezondheidsbeleid waren voorhanden geweest.⁶⁸

- Een overlijden is **vermijdbaar door de gezondheidszorg ('amenable')** als, met de medische kennis op het moment van overlijden, alle of de meeste sterfgevallen door die oorzaak hadden kunnen worden vermeden door een **kwaliteitsvolle gezondheidszorg**. Voorbeelden zijn o.a. overlijdens door appendicitis, longontsteking en maagzweer.

- Een overlijden is **te voorkomen ('preventable')** als, in het licht van de huidige kennis over de gezondheidsdeterminanten op het moment van overlijden, het kon worden vermeden door een **volksgezondheidsbeleid** dat zich richt op ruimere determinanten van volksgezondheid, zoals levensstijl, socio-economische status en omgevingsfactoren. Voorbeelden zijn o.a. overlijdens door verkeersongelukken, longkanker en alcohol-gerelateerde ziektes.

Deze twee types van vermijdbare mortaliteit sluiten elkaar niet uit: sommige doodsoorzaken worden tegelijkertijd beschouwd als '*amenable*' en '*preventable*' (bv. tuberculose of borstkanker).

Indicatoren die betrekking hebben op sterftecijfers of doodsoorzaken

Levensverwachting en vroegtijdige mortaliteit in België zijn positief geëvolueerd. Ze zijn echter zwak gerangschikt in vergelijking met de EU-15 landen.

Mortaliteit vermijdbaar door de gezondheidszorg staat daarentegen eerder hoog gerangschikt in vergelijking met de EU-15 landen, vooral bij mannen. Dit resultaat kan worden gezien als indicatie van een doeltreffend gezondheidssysteem. De hoge vroegtijdige mortaliteit situeert zich bij niet-'*amenable*' doodsoorzaken.

Voor deze drie indicatoren zijn de resultaten bij vrouwen veel beter dan bij mannen. De uitkomsten voor Vlaanderen zijn beter, met hogere mortaliteitscijfers in Wallonië en gemiddelde resultaten in Brussel. Er werd een socio-economische gradiënt vastgesteld (slechtere uitkomsten voor lagere socio-economische status) voor levensverwachting⁶⁹ (op basis van data van de volkstelling in 2001).

De kindersterfte is de voorbije decennia significant gedaald en is sinds 2009 gestabiliseerd rond 3.5 tot 4 per 1000. Dit cijfer ligt dicht bij het EU-15 gemiddelde. Sinds 2009 is er wel een kleine maar niet-significante stijging van kindersterfte in Vlaanderen, in vergelijking met de andere gewesten. Dit moet verder worden onderzocht, waarbij in eerste instantie de vergelijkbaarheid van de data moeten worden nagegaan. Ook hier werd een socio-economische gradiënt vastgesteld (enkel resultaten voor Brussel en Vlaanderen beschikbaar^{70, 71}).



Indicatoren die ervaren gezondheid opnemen in hun definitie

We gebruiken twee indicatoren gebaseerd op gezondheid:

- het percentage van de bevolking dat zijn gezondheid als goed of zeer goed beschouwt, zoals weergegeven in de HIS (gezondheidsenquête).
- gezonde levensverwachting (of '*Healthy Life Years*'), die behoort tot de categorie van de levensverwachting. Het combineert levensverwachting met de zelf opgegeven beperkingstoestand, zoals aangegeven in de *Global Activity Limitation Indicator* in de HIS.

Ervaren gezondheid werd beschouwd als goed tot erg goed door bijna 80% van de bevolking in de HIS van 2013. In alle versies van de HIS beoordeelden mannen hun gezondheid beter dan vrouwen, terwijl het verschil tussen de geslachten in 2013 kleiner was dan de voorgaande jaren en niet langer significant was. Ook hier zijn er slechtere uitkomsten voor de personen met een lagere socio-economische status.

De gezonde levensverwachting (HLY of *Healthy Life Years*) op de leeftijd van 65 jaar bedroeg bij mannen en vrouwen respectievelijk 11.2 en 12.3 jaar. Hoewel vrouwen langer leven dan mannen, leven ze niet veel langer in goede gezondheid, want in 2008 was het aantal HLY gelijk bij beide geslachten. Gedurende de periode 2001-2013 steeg de HLY met ongeveer twee jaar. Op gewestelijk niveau zijn de uitkomsten voor Vlaanderen beter. Er werd ook een socio-economische gradiënt vastgesteld.⁶⁹

Conclusie

De indicatoren die uitsluitend gebaseerd zijn op mortaliteit (met uitzondering van kindersterfte) evolueren positief. Ze zijn beter bij vrouwen en in Vlaanderen, zijn slechter in Wallonië en zijn gemiddeld in Brussel. In vergelijking met het EU-15 gemiddelde staat België slecht gerangschikt, behalve voor de mortaliteit die vermijdbaar is door tussenkomst van de gezondheidszorg. Daar is de plaats in de rangschikking eerder goed, wat een doeltreffend gezondheidssysteem suggereert.

De indicatoren die ook gebaseerd zijn op ervaren gezondheid vertonen een ander patroon: vrouwen en mannen hebben eerder gelijkaardige resultaten. Soms hebben mannen zelfs betere resultaten dan vrouwen. Het gewestelijke patroon is hetzelfde als bij de mortaliteitsindicatoren. Alle gezondheidsindicatoren vertonen een socio-economische gradiënt.



Tabel 16 – Indicatoren voor de beoordeling van de gezondheidstoestand

(ID)- Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde) [BELGIUM]
Indicatoren gebaseerd op mortaliteitsdata									
HS-1	Levensverwachting bij geboorte (jaren)	+	M: 77.9 V: 82.9	2013	M: 78.9 V: 83.6	M:76.1 V: 81.7	M: 77.8 V: 82.8	Statistics Belgium	M:78.6 [BE:77.8] V:83.7 [BE:83.2] ⁽¹⁾
HS-2 NIEUW	Vroegtijdige mortaliteit (mogelijk verloren levensjaren voor de leeftijd van 70 jaar/100 000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd)	●	M:4839 V:2709	2012	M:4194 V:2492	M:6095 V:3071	M:4747 V:2863	Statistics Belgium	M:3750 [BE:4215] V:2074 [BE:2361] ⁽¹⁾
HS-3 NIEUW	Mortaliteit vermijdbaar door de gezondheidszorg (percentage/100 000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd)	+	M:119 V:86	2012	M:103 V:83	M:145 V:91	M:140 V:91	Statistics Belgium	M: 122 [BE:110] V:79 [BE:80] ⁽¹⁾
HS-4 NIEUW	Te voorkomen mortaliteit (percentage /100 000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd)	●	M:272 V:142	2012	M:237 V:126	M:341 V:168	M:273 V:160	Statistics Belgium	M:254 [BE:284] V:127 [BE:149] ⁽¹⁾
HS-5	Kindersterfte (overlijdens/1000 levendgeboortes)	●	3.8	2012	4.1	3.4	3.5	Statistics Belgium	3.2 [BE:3.5] ⁽²⁾
Indicatoren gebaseerd op zelfevaluatie van gezondheid									
HS-6	De gezonde levensverwachting op de leeftijd van 65 jaar (jaren)	●	M:11.2 V:12.3	2013	M:12.1 V:13.2	M:9.6 V:10.8	M:9.9 V:11.4	Statistics Belgium + HIS	M:9.8 [BE:10.8] V: 9.9 [BE:10.9] ⁽¹⁾
HS-7	Zelfevaluatie van gezondheid (% populatie 15+ in goede of zeer goede gezondheid)	●	77.9	2013	79.8	75.0	75.1	HIS	70.2 [BE:74.3] ⁽³⁾

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

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.

M = Mannen; V = Vrouwen.

Bron voor internationale vergelijking: ⁽¹⁾ Eurostat; ⁽²⁾ OECD Health Statistics 2015; ⁽³⁾ Eurostat (EU-SILC).



11. GEZONDHEIDSPROMOTIE EN LEVENSTIJL

Gezondheidspromotie is “het proces dat mensen toelaat meer controle uit te oefenen over hun gezondheid en die te verbeteren”.⁷² Het zijn de inspanningen die een maatschappij levert om de gezondheid van zijn burgers te verbeteren. Het omvat een breed gamma aan interventies, waarvan een groot deel zich **buiten het gezondheids(zorg)systeem** bevindt (bv. onderwijs, fiscale maatregelen die zorgen voor een grotere billijkheid, verkeersveiligheid).

Box 5 – De plaats van de monitoring van gezondheidspromotie in dit rapport

Een volledige evaluatie van het domein van de gezondheidspromotie zou de meting vereisen van belangrijke dimensies: **“participatie, empowerment, duurzaamheid, multistrategische aanpak, billijkheid en multisectorialiteit”**.⁷³ Dit valt buiten het bereik van dit rapport.

De overheid heeft ons niettemin gevraagd om de haalbaarheid te onderzoeken van het opnemen van gezondheidspromotie in onze monitoring tool. In de **verkennende fase** (beschreven in het 2012 rapport) vermeldde we dat het kader van Nutbeam⁷⁴ een interessant beschrijvend instrument leek, in lijn met het Handvest van Ottawa. In dit kader worden de indicatoren van gezondheidspromotie geklasseerd in brede klassen, gaande van de meest proximale indicatoren (acties van gezondheidspromotie) tot uiteindelijke gezondheids- en sociale uitkomsten (lichamelijke en sociale gezondheid). De vorige verkennende fase besloot dat **enkel een beperkte beschrijving van de gezondheidspromotiecontext kan worden uitgevoerd binnen het kader van dit rapport**, en dat een realistische evaluatie van gezondheidspromotie een **specifiek onderzoek** zou vereisen.

Bijgevolg wordt hier slechts een gedeeltelijk beeld gegeven van de performantie van gezondheidspromotie, door middel van 13 indicatoren, met de meeste categorieën van het kader van Nutbeam.⁷⁴ Hoewel de indicatoren die het meest ‘*distant from action*’ zijn (zoals gezondheidsuitkomsten of levensstijl) gemakkelijker weer te geven zijn, hebben we ook geprobeerd meer proximale indicatoren te beschrijven (zoals gezondheidsalfabetisme of ‘*health literacy*’). Waar mogelijk werd de voorkeur gegeven aan indicatoren waarbij het gezondheidssysteem (tenminste gedeeltelijk) kon worden betrokken bij het resultaat.

Gezondheidsuitkomsten

Er werden al drie uitkomstindicatoren voorgesteld in het deel over de gezondheidstoestand (HS-7 ervaren gezondheid, HS-6 levensverwachting zonder beperkingen op de leeftijd van 65 jaar, HS-4 ‘*preventable*’ mortaliteit, Tabel 16). De andere tien indicatoren worden weergegeven in Tabel 17.

De prevalentie van obesitas bij volwassenen ligt dicht bij het EU-15 gemiddelde en is gestabiliseerd sinds de HIS van 2008. Ook hier werden gewestelijke ongelijkheden (in het voordeel van Vlaanderen) en een socio-economische gradiënt vastgesteld. België staat eerder goed gerangschikt voor de prevalentie van overgewicht bij schoolgaande kinderen en adolescenten. Deze prevalentie blijft echter stabiel ondanks de inspanningen om gezond eetgedrag en lichaamsbeweging te promoten, wat aangeeft dat deze inspanningen moeten worden opgedreven.

Het percentage HIV-diagnoses is stabiel, wat geen bevredigend resultaat is, omdat deze infectie perfect te voorkomen is.



Levensstijl

De prevalentie van dagelijks rookgedrag licht dicht bij het EU-15 gemiddelde. De prevalentie van roken daalt bij beide geslachten, wat goed nieuws is, hoewel het aandeel dagelijkse rokers hoog blijft.

Zelfs zonder de beschikbaarheid van internationale benchmarking of nationale doelstellingen kunnen we besluiten dat de mate van lichaamsbeweging veel te laag ligt, vooral bij vrouwen (en daalt sinds 2008).

De prevalentie van risicovol alcoholgebruik is niet alarmerend, maar het fenomeen van '*binge drinking*' bij jonge mannen is zorgwekkend en is gestegen sinds 2008.

Dagelijks rookgedrag en lichaamsbeweging vertonen gewestelijke ongelijkheden (in het voordeel van Vlaanderen) en een typische socio-economische gradiënt. De ongelijkheden in alcoholconsumptie zijn complexer, met een socio-economische gradiënt bij mannen en een omgekeerde gradiënt bij vrouwen.

Effectieve gezondheidsdiensten

Het globaal medisch dossier + is een nieuwe module die werd toegevoegd aan het globaal medisch dossier. Het wordt door de huisarts beheerd om de informatie over een patiënt te centraliseren. Het omvat een preventief gedeelte, om de huisarts het preventieve gedeelte van de zorg te helpen beheren. Het gebruik van het GMD+ is relatief laag maar is met de tijd verbeterd.

Empowerment (gezondheidsalfabetisme)

Gezondheidsalfabetisme ('*health literacy*') is een belangrijke uitkomst van gezondheidseducatie, een cruciale factor om gezondheid te verbeteren en een kritische factor voor *empowerment*.⁷⁵ Een online bevraging uit 2012 gaf een eerste beeld van de omvang van het probleem in België.⁷⁶ Het toonde aan dat bijna 40% van de bevolking een onvoldoende gezondheidsalfabetisme heeft.

Beleid

België staat gerangschikt op een middelmatige plaats op de *Tobacco Control Scale*, die van het overheidsbeleid om de tabaksconsumptie te controleren een internationale vergelijking maakt.

Conclusie

Geen enkele van de geselecteerde indicatoren voor gezondheidspromotie en levensstijl vertonen gunstige resultaten. Vele leveren middelmatige en verschillende zelfs slechte resultaten op, zoals het aantal volwassenen met obesitas, het aandeel van dagelijkse rokers, de mate waarin aan lichaamsbeweging wordt gedaan, de risicovolle alcoholconsumptie (*binge drinking*) bij jonge mannen en een gebrek aan voldoende gezondheidsalfabetisme.



Tabel 17 – Indicatoren van niet-medische determinanten van gezondheid en gezondheidspromotie

ID - Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Gezondheidsuitkomsten									
HP-1	Obesitas bij volwassenen (BMI ≥ 30) (% populatie van 18+ jaar)	●	13.7	2013	12.6	16.1	12.9	HIS	16.2 ⁽¹⁾
HP-2 NIEUW	Overgewicht bij adolescenten (BMI hoger dan normale gewichtslimieten ^a) (% populatie van 11, 13, 15 jaar)	●	---	2010	Jongens: 11.3 ^e Meisjes: 10.3 ^e	Jongens: 13.6 ^e Meisjes: 9.1 ^e		HBSC	---
HP-3	HIV-incidentie (nieuwe diagnoses/100 000 inwoners)	●	Alle: 10 Belgische: 4	2013	Alle:4.6 BE:2.5	Alle:6.5 BE:3.9	Alle:20.4 BE:10.2	NSP HIV	EU15:7.6 [BE:10.8] ⁽²⁾
Levensstijl									
HP-4	Dagelijkse rokers (% populatie van 15+ jaar)	+	18.9	2013	17.7	21.5	18.3	HIS	19.2 ⁽¹⁾
HP-5	Risicovol alcoholgebruik ^b (% populatie van 15+ jaar)	●	5.0	2013	4.7	5.2	5.8	HIS	----
HP-6	Binge drinking ^c (% populatie van 15+ jaar)	-	8.5	2013	8.7	8.0	8.6	HIS	----
HP-7	Dagelijkse lichaamsbeweging (tenminste 30 min) (% pop van 18-64 jaar)	●	38.4	2013	42.3	33.2	32.2	HIS	----
Effectieve gezondheidsdiensten									
HP-8 NIEUW	Globaal Medisch Dossier + (% populatie van 45-75 jaar met GMD)	+	22	2011	21	21	26	RIZIV	----
Gezondheidsalfabetisme (Empowerment)									
HP-9 NIEUW	Gezondheidsalfabetisme (tenminste voldoende niveau) (% van populatie van 18+ jaar)	●	58.7	2011	62.0	48.7	52.5	CM+UCL ^f	53.5 ⁽³⁾
Beleid									
HP-10	Tobacco Control Scale ^d	●	47/100	2013	---	---	---	ECL	---

Goede (●), gemiddelde (●), of slechte (●) resultaten, stabiel of trend niet geëvalueerd (leeg), verbeterd (+) of verslechterd (-).

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.

HBSC = Health behaviour in school-aged children; ECL = European Cancer League; BMI = Body Mass Index; NSP HIV = National Surveillance Programme HIV.

^a Volgens de standaard definitie voor overgewicht bij kinderen ⁽⁷⁷⁾; ^b Gevaarlijk drinkgedrag wordt gedefinieerd als een gemiddelde wekelijkse alcoholconsumptie die de schadelijke drempel overschrijdt; ^c Binge drinking wordt gedefinieerd als het minstens een keer per week drinken van 6+ eenheden bij eenzelfde gelegenheid; ^d De Tobacco Control Scale kwantificeert de intensiteit van 6 beleidsmaatregelen die de WGO prioritair vindt voor een uitvoerig tabakscontroleprogramma. 100 is de maximumscore voor de 6 beleidsmaatregelen; ^e Data weergegeven per gemeenschap (en niet per gewest); ^f Bron: studie Christelijke Mutualiteiten en Universiteit catholique de Louvain. ⁷⁶
Bron voor internationale vergelijking: ⁽¹⁾ OECD Health Statistics 2015; ⁽²⁾ European Centre Disease and Control 2011; ⁽³⁾ EU Health literacy survey.



12. BILLIJKHEID EN ONGELIJKHEID

12.1. Socio-economische ongelijkheden in gezondheid en gebruik van gezondheidsdiensten

Socio-economische (SE) ongelijkheden in gezondheid verwijzen naar systematische ongelijkheden in gezondheidsindicatoren (mortaliteit/morbiditeit/determinanten/gebruik van diensten). Meestal zijn de scores hoger bij de groepen die al bevoordeeld zijn door hun positie op de sociale ladder. SE ongelijkheden in gezondheid bestaan al lang en dit wordt al lang erkend.^{78, 79} Het aanpakken van deze ongelijkheden is een prioriteit voor de WGO⁸⁰ en voor de Europese Unie.⁸¹ Om hun evolutie te kunnen evalueren, moeten ze worden gemeten en gemonitord.⁸²

Om de ongelijkheden in gezondheid te meten moeten de sociale groepen worden gedefinieerd en moet de ongelijkheid van de gezondheidsindicator door een synthetische ongelijkheidsmeting worden berekend.

Box 6 – Hoe hebben we de socio-economische ongelijkheden gemeten?

Hoe hebben we de sociale groepen gedefinieerd?

We hebben het socio-economische statuut (SES) beschreven op basis van het opleidingsniveau (*educational level* – EL)^f (of soms op basis van het gezinsinkomenkwintiel) voor de meeste indicatoren van de HIS of van de volkstelling, of op basis van het terugbetalingsstatuut voor de administratieve databanken⁹.

Hoe hebben we ongelijkheden gemeten?

Om de grootte van de ongelijkheden te berekenen, werden gedetailleerde waarden voor het SES samengevat in ongelijkheidsindexen.^{83, 84}

In dit document, gebruikten we de volgende indexen:

^f Gedefinieerd volgens de *International Standard Classification of Education* (ISCED), daarna ingedeeld in 4 niveaus: laag opleidingsniveau (geen diploma of diploma van de lagere school), lager secundair onderwijs, hoger secundair onderwijs en hoger onderwijs.

Voor de levensverwachting in goede gezondheid (Life/Health Expectancy):

- Het absolute verschil in jaren tussen de laagste en de hoogste EL-groepen.
- De *Relatieve Concentratie-Indexen van Ongelijkheden* (*Concentration Inequality Indices* - CII): de CII is de optelsom van de verschillen in levensverwachting van elke EL-groep in vergelijking met de groep met de hoogste EL, gewogen op basis van de grootte van elke groep en gedeeld door de levensverwachting.

Voor de indicatoren van de HIS (gezondheidsenquête) of van de administratieve databanken:

- Het *absolute verschil* in leeftijdsaangepaste percentages tussen de laagste en de hoogste EL-groepen.
- De *verhouding* van leeftijdsaangepaste percentages tussen de laagste en de hoogste EL-groepen.
- De *Population Attributable Fraction* (PAF): is de relatieve gezondheidswinst (of gezondheidsdeterminant) die kan worden verwacht voor de bevolking als alle groepen hetzelfde percentage zouden hebben als de sociaal meest bevoordeelde groep. Het wordt berekend als het verschil tussen het percentage van de volledige bevolking en het percentage van de meer bevoordeelde groep, gedeeld door het percentage van de volledige bevolking.

We stellen **enkel de indicatoren met een relatief risico (RR) van tenminste 1.2** voor (of 0.83 wanneer de gradiënt omgekeerd was), dus een relatieve stijging van tenminste 20% in de laagste versus de hoogste EL.

⁹ Er zijn twee terugbetalingsstatuten: recht op verhoogde terugbetaling van medische kosten of niet.



Tabel 18 bevat de belangrijkste socio-economische ongelijkheden op het vlak van gezondheidssuitkomsten (levens- en gezondheidsverwachtingen, zelfrapportage gezondheid). Dit zijn eindpuntmetingen die wijzen op ongelijkheidsproblemen bij de gezondheidsdeterminanten.

Ongelijkheden werden ook vastgesteld bij talrijke indicatoren op het vlak van levensstijl (roken, obesitas, risicovol alcoholgebruik bij mannen, lichaamsbeweging) en van de deelname aan preventieve interventies zoals kankerscreening.

Ondanks de maatregelen om de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg te verbeteren, vertoont de indicator 'uitgestelde medische contacten om financiële redenen' grote ongelijkheden.

De navolging van de richtlijnen bij de opvolging van diabetici behandeld met insuline vertoont ook een aantal ongelijkheden.

Er werden geen ongelijkheden vastgesteld voor de indicatoren van gezondheidszorg waarvoor er een terugbetalingsstatuut beschikbaar was.

Andere indicatoren die al werden besproken in dit rapport (maar niet zijn weergegeven in Tabel 18) vertoonden ook socio-economische ongelijkheden, bijvoorbeeld: kindersterfte (enkel resultaten beschikbaar voor Brussel en Vlaanderen^{70,71}), tandartsafspraken,¹⁴ en graad van gezondheidsalfabetisatie bij de bevolking.⁷⁶

Beperkingen

Voor heel wat indicatoren waren er per sociale positie geen data beschikbaar, zodat ongelijkheden niet konden worden gemeten. Voor de indicatoren uit administratieve databanken vertoont de enige beschikbare socio-economische indicator (terugbetalingsstatuut) heel wat beperkingen (slechts twee klassen, slechts 15% mensen in de benadeelde klasse, erg leeftijdsgevoelig, bevat ook verhoogde terugbetaling voor lichamelijke handicaps). Sommige kwesties die een verband hebben met sociale ongelijkheden werden niet onderzocht, zoals de wachttijd voor sommige interventies. Daarom zijn onze conclusies zeer onvolledig.

Conclusie

Vergeleken met personen uit een hogere klasse hebben personen met een lagere socio-economische positie (gemeten op basis van het opleidingsniveau of van de toegang tot verhoogde terugbetaling van de gezondheidszorg) een slechtere gezondheid (levensverwachting, levensverwachting in goede gezondheid, kindersterfte, obesitas), een minder gezonde levensstijl (voeding, roken, lichaamsbeweging), een lagere graad van gezondheidsalfabetisatie, een lagere deelname aan kankerscreening en een minder goede opvolging van diabetici.

**Tabel 18 – Indicatoren van socio-economische ongelijkheden in gezondheidstoestand, levensstijl en gezondheidsdiensten**

	Totale waarde	Waarde in laagste sociale groep	Waarde in hoogste sociale groep	Absoluut verschil (laagste vs hoogste SES)	Relatief risico (laagste vs hoogste SES)	Overzicht meting (CII of PAF) ^d
Gezondheidstoestand						
Levensverwachting bij mannen, op de leeftijd van 25 jaar, 2001 (in jaar) ^a	51.4	47.6	55.0	-7.5	n.v.t.	3.7%
Levensverwachting bij vrouwen, op de leeftijd van 25 jaar, 2001 (in jaar) ^a	57.1	54.0	59.9	-5.9	n.v.t.	1.4%
Jaren in goede gezondheid bij mannen, op de leeftijd van 25 jaar, 2001 (jaar) ^a	40.5	27.8	46.3	-18.6	n.v.t.	15.3%
Jaren in goede gezondheid bij vrouwen, op de leeftijd van 25 jaar, 2001 (jaar) ^a	40.4	28.9	47.1	-18.2	n.v.t.	16.6%
% van de bevolking (van 15 jaar en ouder) die hun gezondheid als minder dan goed beoordelen ^a	19.0	38.7	13.5	25.2	2.87	-28.9%
Levensstijl en risicofactoren (HIS 2013)						
% van de bevolking (van 15 jaar en ouder) dat vermeldt dat hij/zij dagelijks rookt ^a	17.2	25.0	9.5	15.5	2.63	-44.8%
% van de mannelijke bevolking (van 15 jaar en ouder) dat vermeldt dat hij dagelijks meer dan 40g ethanol drinkt ^a	4.4	7.1	3.6	3.5	1.97	-18.2%
% van de volwassen bevolking (van 18 jaar en ouder) dat wordt beschouwd als obees ^a	12.0	23.5	7.7	15.8	3.05	-35.8%
% van de bevolking (18-64 jaar) dat meldt dat ze minstens 30 minuten lichaamsbeweging per dag heeft ^a	38.3	29.6	37.7	-8.1	0.79	-1.6%
Toegankelijkheid van zorg (HIS 2013)						
Uitgestelde contacten met gezondheidsdiensten om financiële redenen (% gezinnen) ^b	8.0	19.0	3.0	16.0	6.33	-62.5%
Preventieve zorg (EPS 2012)						
Geen borstkankerscreening (% vrouwen van 50-69 jaar die geen mammogram hebben gekregen in de voorbije twee jaar) ^c	37.3	50.2	34.2	16.0	1.47	-8.3%
Geen baarmoederhalskankerscreening (% vrouwen van 25-64 jaar bij wie geen uitstrijkje werd genomen in de voorbije drie jaar) ^c	46.4	58.4	44.3	14.1	1.32	-4.5%
Navolging richtlijnen (EPS 2012)						
Aandeel volwassen diabetici (onder insuline) dat geen regelmatige onderzoeken van de retina, serum creatinine en bloedonderzoeken kreeg (% van patiënten) ^c	32.2	35.3	29.7	5.6	1.19	-7.8%

n.v.t. = niet van toepassing; CI = Concentratie-Index; PAF = Population Attributable Fraction.

^a Op basis van vier of vijf opleidingsniveaus; ^b Op basis van vijf inkomensniveaus; ^c Op basis van twee terugbetalingscategorieën. ^d CII voor levensverwachting en gezonde levensjaren, PAF voor alle andere indicatoren.



12.2. Contextuele indicatoren van billijkheid

In het algemeen verwijst billijkheid naar 'de gelijkheid van iets'. Er bestaat echter een grote heterogeniteit in de verschillende benaderingen. **Verticale billijkheid** wordt gedefinieerd als de **ongelijke behandeling van ongelijken** (bijvoorbeeld belastingssystemen waarbij iedereen belastingen betaalt volgens draagkracht) terwijl **horizontale billijkheid** gedefinieerd wordt als de **gelijke behandeling van gelijken** (bijvoorbeeld de poging om dezelfde zorg te verstrekken aan patiënten met dezelfde noden). Bij billijkheid is er dus een zekere mate van solidariteit tussen rijk en arm, tussen zieken en gezonden. In een poging om solidariteit en persoonlijke verantwoordelijkheid te verzoenen,⁸⁵ werden er methoden voorgesteld om te definiëren wat precies moet gelijkgetrokken worden tussen individuen. Sommigen stellen voor om de middelen gelijk te trekken,⁸⁶ terwijl anderen liever de uitkomsten gelijk zien.⁸⁷ Deze theorieën leveren interessante denkoefeningen op en tonen aan hoe de definitie van rechtvaardigheid en hoe die te bereiken, in essentie normatieve en dus filosofische kwesties zijn.

Het opstellen van billijkheidsindicatoren binnen de context van een performantierapport van een gezondheidssysteem vereist een zo neutraal mogelijke aanpak en we menen dat de resultaten die we hebben vastgesteld een weerspiegeling zijn, tenminste impliciet, van maatschappelijke keuzes. In dit hoofdstuk hebben we de algemene billijkheid van het gezondheidssysteem op een indirecte (of contextuele) manier geëvalueerd.

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, dat billijkheid vertaalt vooraleer men gebruik maakt van het systeem. Met progressiviteit bedoelen we niet het patiëntaandeel in de zorgkosten (zoals supplementen, remgeld, niet-terugbetaalde geneesmiddelen, premies voor privéverzekering, enz.) maar de manier om het openbare systeem te financieren.

Financiering is:

- **progressief** of **regressief** wanneer de gemiddelde graad van 'belasting' (geïnterpreteerd in ruime zin) stijgt of daalt met het inkomen
- **proportioneel** wanneer de gemiddelde graad van belasting constant blijft.

We gaan de relatieve progressiviteit/regressiviteit van de belangrijkste financieringsbronnen van het Belgische gezondheidssysteem na. Globaal zijn directe belastingen progressiever dan sociale bijdragen, die op hun beurt progressiever zijn dan indirecte belastingen. We berekenden eenvoudige ratio's om de progressiviteit/regressiviteit te beschrijven van de financiering voor de periode 2005-2010^h (EQ-2 en EQ-3, Tabel 19). We hebben het globale herverdelingseffect van financiering en het gebruik van het gezondheidszorgsysteem niet geëvalueerd, omdat er voor een dergelijke evaluatie individuele data over zorggebruik, over alle financieringsbronnen en over het beschikbare inkomen nodig zijn. Deze data zijn niet allemaal beschikbaar voor België en een degelijke vergelijking met andere landen is daardoor evenmin mogelijk. Wagstaff en van Doorslaer voerden een belangrijke evaluatie van de billijkheid van financiering en verstrekking van gezondheidszorg uit, maar namen België jammer genoeg niet in hun werk op.⁸⁸ De Graeve et al. (2003)⁸⁹ geven enkele resultaten voor België.

De data tonen aan dat het aandeel regressieve financieringsbronnen is gestegen tussen 2005 en 2010. De verhouding regressieve/progressieve ontvangsten was inderdaad hoger in 2010, waarbij het bedrag aan regressieve ontvangsten 3.5 keer hoger was dan de progressieve ontvangsten (3.2 in 2005). Zelfs bij een stijging van de progressieve bronnen uitgedrukt als een percentage van totale middelen van 6.7 in 2005 naar 7.5% in 2010, zou de regressiviteit globaal toenemen. Uit de combinatie van beide indicatoren kunnen we afleiden dat de regressieve inkomsten stegen van 21.6% (3.2 X 6.7%) van de totale inkomsten in 2005 naar 26.5 % (3.5 X 7.5%) in 2010.

^h We beperken de data tot 2010 om uitsluitend eindcijfers in rekening te brengen.



De Gini-coëfficiënt meet inkomensongelijkheid

Een tweede contextuele indicator van billijkheid is de Gini-coëfficiënt, die **inkomensongelijkheid** meet (EQ-1, Tabel 19). De Gini-coëfficiënt is gelijk aan nul als de verdeling van inkomens tussen de burgers of de gezinnen perfect gelijk is. De coëfficiënt is gelijk aan één als de verdeling totaal ongelijk is - één enkele persoon bezit het volledige nationale inkomen. Sommige auteurs toonden aan dat inkomensongelijkheid samengaat met sommige indicaties van slechte objectieve of subjectieve gezondheid.⁹⁰ De coëfficiënt is voor België makkelijk te interpreteren en te berekenen en internationale organisaties gebruiken hem om inkomensongelijkheid in een internationaal perspectief te plaatsen. De coëfficiënt werd aanbevolen door de WGO-werkgroep die de indicatoren ontwikkelt voor de "*Health 2020 targets*".⁹¹

De Belgische maatschappij is een van de meest egalitaire wanneer we de Gini-coëfficiënt vergelijken voor en na belasting en sociale transfers (sociale uitkeringen). België is ook een van de OESO-landen met de grootste herverdeling. De inkomensongelijkheid daalt met 48% na belasting en sociale transfers; België is het 8^{ste} van 35 landen met de laagste Gini na transfers. Men gaat uit van een verband tussen enerzijds het hoge niveau van inkomensherverdeling en de meer egalitaire verdeling van beschikbare inkomens en anderzijds een betere gezondheid van de Belgische bevolking.

Conclusie

De twee contextuele billijkheidsindicatoren (progressiviteit/regressiviteit van financiering en inkomensongelijkheid) tonen aan dat de overheidsfinanciering van het gezondheidssysteem regressief blijft, zelfs al stijgt de progressiviteitsratio. De regressieve ontvangsten liggen 3.5 keer hoger dan de progressieve ontvangsten. Ons systeem van herverdeling (belasting en sociale transfers) maakt ons land een van de meest egalitaire OESO-landen.

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 (d.w.z. het gezondheidssysteem) met gebruik van middelen (belasting en bijdragen) die in de ruime zin regressief zijn.

Tabel 19 – Contextuele indicatoren van billijkheid

(ID) Indicator			België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-27 (gemiddelde)
EQ-1	Inkomensverdeling bij de bevolking (GINI-coëfficiënt)	C	0.259	2013	-	-	-	Statistics Belgium	0.306 ⁽¹⁾
EQ-2	Graad van progressiviteit van financiering gezondheidszorg (Ratio progressieve ontvangsten / totale ontvangsten, uitgedrukt in %)	C	7.5 ^a	2010	-	-	-	FOD Sociale zekerheid + RIZIV + Nationale Bank van België	-
EQ-3	Graad van regressiviteit van financiering gezondheidszorg (Ratio regressieve ontvangsten / progressieve ontvangsten)	C	3.5 ^a	2010	-	-	-	FOD Sociale zekerheid + RIZIV + Nationale Bank van België	-

^a Gebaseerd op definitieve rekeningen. Bron voor internationale vergelijking: ⁽¹⁾ OECD Health Statistics 2015.



13. CONCLUSIES OVER DE STERKE EN ZWAKKE PUNTEN VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM

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

Hoge patiënttevredenheid en zelfgerapporteerde gezondheidsscores

Voor de burger is de evaluatie eerder positief: een groot deel (78%) van de Belgische bevolking geeft aan in goede gezondheid te verkeren, wat een beter resultaat is dan het EU-15 gemiddelde. De Belgische bevolking geeft ook aan tevreden te zijn over de contacten met het gezondheidssysteem, vooral in de ambulante zorg. Het beeld wordt echter meer genuanceerd wanneer de volledige indicatorenset wordt onderzocht.

Een toegankelijk gezondheidssysteem, maar met relatief hoge persoonlijke uitgaven van de patiënt

De toegankelijkheid van het systeem wordt gegarandeerd door een universele ziekteverzekering en het bestaan van sociale vangnetten (maximumfactuur, verhoogde tegemoetkoming van medische kosten). Er is echter enige bezorgdheid: de persoonlijke uitgaven van de patiënt liggen hoog (18% van de totale uitgaven voor gezondheid) in vergelijking met andere Europese landen, en het aandeel gezinnen met uitgestelde gezondheidszorg om financiële redenen blijft aanzienlijk, vooral voor de laagste inkomensgroep.

Kwaliteit van curatieve zorg is gemiddeld, met tekenen van verbetering

De meeste aspecten van de 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. Daarnaast scoren we zwak bij o.a. de aangepastheid van zorg (bijvoorbeeld voorschrijven van antibiotica of medische beeldvormingsonderzoeken) en bij veiligheid zoals blijkt uit het aantal nosocomiale infecties. Er is wel een gunstige evolutie voor de overlevingskansen na colorectale kanker, de zorgcoördinatie voor kankerpatiënten en de diabetici onder insuline, voor de vermijdbare

opnames van diabetici, voor de sterftecijfers na een AMI en MRSA-infecties in ziekenhuizen.

Gezondheidspromotie, levensstijl en preventieve zorg verdienen meer aandacht

Verschillende aspecten van onze gezondheidspromotie en levensstijl leveren zwakke resultaten op. Zo stagneert obesitas bij volwassenen, is er nog altijd een hoge prevalentie van dagelijkse rokers, is er te weinig lichaamsbeweging, risicovolle alcoholconsumptie (*binge drinking*) bij jonge mannen en onvoldoende gezondheidsalfabetisatie bij de bevolking. De andere indicatoren liggen binnen de EU-15 gemiddelden.

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 borst- en baarmoederhalskankerscreening is suboptimaal en verbetert niet. De griepvaccinatie bij ouderen daalt zelfs. Bovendien heeft een groot deel van de bevolking geen regelmatig contact met een tandarts.

Geestelijke gezondheid en gezondheidszorg vertonen verontrustende signalen

De resultaten voor de geestelijke gezondheid en gezondheidszorg blijven alarmerend. Het aantal zelfdodingen blijft hoog. De voorbijgaande inspanningen om de psychiatrische sector te hervormen zijn (nog) niet voldoende zichtbaar. De omnamecijfers in psychiatrische afdelingen blijven stijgen, net als het gebruik van antidepressiva. De wachttijden voor toegang tot de centra voor geestelijke gezondheid zijn lang, wat vragen doet rijzen over de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidsdiensten.

Toegankelijkheid en zorgkwaliteit in residentiële voorzieningen voor ouderen

De zorgkwaliteit in residentiële voorzieningen voor ouderen leveren gemengde resultaten op: het aantal MRSA-dragers daalt en de prevalentie van doorligwonden is relatief laag. De punten die zorgen baren zijn de toegang tot artsen-specialisten en het aantal ouderen met polymedicatie, met risico's voor hun veiligheid.



Toegankelijkheid en zorgkwaliteit rondom het levenseinde

De zorgkwaliteit rondom het levenseinde levert ook gemengde resultaten op: patiënten hebben betere toegang tot palliatieve diensten en de therapeutische hardnekkigheid bij het levenseinde is relatief laag. Het ziekenhuis blijft echter de meest gebruikelijke plaats van overlijden.

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 klassieke (tenminste een nacht) opnames naar dagopnames voor chirurgische ingrepen, en uit de korter wordende verblijfsduur bij een normale bevalling. Er blijven echter nog inefficiënties bestaan, zoals blijkt uit de grote onverklaarde geografische verschillen bij sommige interventies of gezondheidskosten, overgebruik van onderzoeken/apparatuur en een onaangepaste behandeling in heel wat zorgdomeinen.

Personeel: huisartsenquota en tekort aan verpleegkundigen

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 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.

Socio-economische ongelijkheden op gebied van gezondheid en haar determinanten zijn groot

Er werden ongelijkheden waargenomen voor heel wat indicatoren van gezondheidstoestand, levensstijl (roken, obesitas, schadelijk drinkgedrag bij mannen, lichaamsbeweging) en voor preventieve interventies zoals kankerscreening. Ondanks de maatregelen die werden genomen om de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg te verbeteren, vertoont de indicator 'uitstel van medische contacten om financiële redenen' grote ongelijkheden.

Regionale ongelijkheden werden vastgesteld

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

Stijging van de totale uitgaven voor gezondheid gestopt in 2012 en 2013

De totale uitgaven voor gezondheid vertegenwoordigen 10.2% van ons bruto binnenlands product en worden grotendeels gefinancierd door de publieke sector (78%). Deze uitgaven liggen iets hoger dan het EU-15 gemiddelde. In vergelijking met 2011 wijzigden de gezondheidsuitgaven per capita in reële termen niet in 2012 en 2013.



DEEL 3 – DISCUSSIE

14. BELGISCHE HSPA EN BELEIDVORMINGSPROCES

14.1. De Belgische HSPA in het beleidvormingsproces

De rol van een HSPA-project in het beleid is van het grootste belang. 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).⁹²

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 moeten de volgende voorwaarden vervuld zijn:

1. *Bestaan van 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 volgende 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 gewestelijke) gezondheidsadministraties waren betrokken bij het proces.



3. *Onafhankelijke wetenschappelijke instellingen*

Een onafhankelijke wetenschappelijke groep van onderzoekers van het Belgische Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) kreeg de opdracht om de evaluatie uit te voeren.

4. *Belang van het opmerken van noden, mogelijke barrières en weerstand*

Bij het eerste evaluatieonderzoek (2009),⁴ werd de stakeholders gevraagd naar hun verwachtingen. Zij vermeldden 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.

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

Het rapport 2012,⁵ 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 rol van huisartsen te verruimen (nieuw afgestudeerden, patiëntregistratie) en de zorgtoegankelijkheid (uitstel van zorg om financiële redenen).⁹³ Deze

onderwerpen werden toegewezen aan IMC-werkgroepen die de strategie van de gezondheidsinstanties moesten definiëren of verbeteren en die specifieke streefdoelen moesten stellen.⁴⁴ In 2013-2014 startten de meeste IMC-werkgroepen een verbeteringsproces op. De geïdentificeerde problemen werden erkend en aanvaard en sommige groepen pastten hun programma voor het volgende jaar aan, stelden voor om nieuwe indicatoren te monitoren en namen specifieke doelen op (zie Box 7). Door de vertraging bij het verkrijgen van data kon geen enkele werkgroep in zo'n korte tijdspanne positieve resultaten voorleggen.

Box 7 – Een voorbeeld van streefdoelen van BAPCOC (2014-2019)

- **Een daling van de totale consumptie van antibiotica**, van meer dan 800 voorschriften per 1000 inwoners per jaar vandaag naar 600 voorschriften tegen 2020 en 400 voorschriften tegen 2025;
- **Een daling van de consumptie van quinolonen**, van ongeveer 10% van het huidige totale antibioticagebruik naar 5% tegen 2018;
- **Een stijging van de ratio amoxicilline versus amoxicilline + clavulaanzuur**, van ongeveer 50/50 vandaag naar 80/20 tegen 2018.

Verschiedende 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 hadden de meeste IMC-groepen problemen met een aantal indicatoren die 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 data overduidelijk te gedateerd om te worden gebruikt voor diagnose en voor monitoring. Dit is inherent aan het gebruik van administratieve data of registers. Het ontbreken van recente data maakt rapporteren met korte tussenpozen zinloos.



De lessen die we trokken uit onze ervaring met beleidsmakers zijn:⁹³

- **Gemakkelijk te begrijpen**

De visuele weergave van de data en de voorstelling van de vergelijkingen moeten aantrekkelijk, begrijpelijk en gestandaardiseerd zijn, en aangepast worden aan de verschillende soorten lezers. Met de waarschuwingssignalen moeten 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 aangepastheid ook gezondheidsprofessionals aanspreken.

Zo kan door de uitgebreide Belgische data 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 data-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

Het merendeel van de evaluaties in dit rapport berust op internationale benchmarking, waardoor België kan worden gepositioneerd in vergelijking met de EU-15 landen. Niettemin kunnen sommige resultaten positief zijn in vergelijking met andere landen, maar toch niet beantwoorden aan de nationale doelstelling. Bovendien staat het interpreteren van de resultaten van internationale vergelijking van performantie nog ter discussie¹²: er zijn veel valkuilen, zoals methodologische en contextuele variaties, waardoor het moeilijk is om zinvolle vergelijkingen te maken. Het is daarom beter om de resultaten te confronteren met doelstellingen.

Het stellen van streefdoelen voor de volksgezondheid is internationaal een noodzakelijke voorwaarde geworden om het gezondheidsbeleid te sturen en om te bepalen welke investeringen prioriteit krijgen.⁹⁴ Doelen maken het mogelijk om vooruitgang te monitoren en de publieke verantwoordelijkheid te verhogen, zowel op het vlak van de gekozen prioriteiten als van beleidsperformantie. Een OESO-bevraging bij 29 landen toonde aan dat de meeste landen tegenwoordig volksgezondheidsdoelstellingen hebben. Op het moment van deze bevraging was België een van de weinige uitzonderingen.⁹⁴

Op federaal niveau hebben we (nog) geen traditie van doelstellingen als deel van een langetermijnstrategie voor gezondheidszorgbeleid. Op Vlaams niveau werden gezondheidsdoelen voor preventieve gezondheidszorg voor het eerst gedefinieerd in 1998.⁹⁵ Een recente evaluatie van de eerste tien jaar van deze aanpak toonde aan dat gezondheidsdoelen “kunnen leiden tot een transparanter preventiebeleid, betere gezondheidsbeleidsprocessen en meer synergie tussen organisaties in het preventie- en gezondheidspromotieveld en daarbuiten.”⁹⁶ De European Observatory on Health Systems and Policies deed een aantal aanbevelingen over verscheidene dimensies van doelbepaling en -monitoring die kunnen helpen bij de verbetering van de performantie van het gezondheidssysteem.⁹⁷⁻⁹⁹

Het recente rapport over de hervorming van de Belgische ziekenhuisfinanciering heeft ook expliciet aanbevelingen geformuleerd omtrent de definitie van gezondheidsobjectieven en streefdoelen.¹⁰⁰



15. CONCLUSIE

Dit rapport vormt de derde evaluatie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem, voortbouwend op een eerdere haalbaarheidsstudie en op het Rapport 2012. Aan de hand van 106 indicatoren geeft dit rapport een totaalbeeld van de performantie van het gezondheidssysteem. De indicatoren fungeren als alarmsignalen voor het gezondheidssysteem in termen 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 geloven dat dit rapport een waardevol hulpmiddel is om dit doel te bereiken.

In het performantierapport 2015 werden de volgende waarschuwingssignalen geïdentificeerd (zie Box 8).

Box 8 – Waarschuwingssignalen uit het Performantierapport 2015

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 borst- en baarmoederhalskankerscreening bij de doelgroepen is relatief laag en stagneert. De dekkingsgraad van colorectale kankerscreening is ook laag, maar gaat in stijgende lijn. Daarnaast is de dekkingsgraad van georganiseerde borstkankerscreening te laag om efficiënt te zijn. De screening van vrouwen van 40 tot 49 jaar is hoog, terwijl die leeftijdsgroep niet tot de doelgroep voor borstkankerscreening behoort.
- Slechts de helft van de bevolking heeft regelmatige contacten met een tandarts.

Financiële toegankelijkheid kan gemeten worden op basis van het bedrag van de eigen betalingen van de patiënten. De eigen betalingen per capita liggen in België veel hoger dan het Europees gemiddelde, en nemen ook met de tijd toe. Dat doet vragen rijzen over de financiële bescherming van de patiënten bij gezondheidskosten. Maar omdat bezorgdheden werden geuit over de betrouwbaarheid van de Belgische gegevens over persoonlijke uitgaven in internationale databanken, moeten er meer gedetailleerde analyses over dit aspect worden uitgevoerd.

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

- Met de keuze van de antibiotica die in eerste instantie worden voorgeschreven, wordt er teveel afgeweken van de aanbevelingen, en er is met de tijd geen verbetering merkbaar (behalve bij kinderen).



Het percentage diabetici dat wordt opgevolgd volgens de aanbevelingen is te laag, door een lager aantal consultaties bij de oftalmoloog dan wat wordt aanbevolen. Dit kan ook wijzen op problemen van toegankelijkheid tot sommige specialismen en/of gebrekkige zorgcoördinatie voor chronische patiënten. De resultaten zijn zeer slecht voor diabetici die orale antidiabetica nemen.

- Blootstelling aan medische straling is hoog, vooral door onaangepaste onderzoeken. Er is sinds 2011 een lichte verbetering, behalve voor de CT-onderzoeken van de wervelkom.
- 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.
- Het gemiddelde aantal patiënten per professionele verpleegkundige in acute ziekenhuizen is een van de hoogste in Europa, wat een negatief effect zou kunnen hebben op de zorgkwaliteit.

Het aantal keizersneden is lager dan het EU-gemiddelde maar hoger dan de WGO-aanbeveling. Het aandeel keizersneden na een niet-gecomplieerde zwangerschap varieert sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis. In het domein van de geestelijke gezondheid en gezondheidszorg:

- Het hoge aantal zelfdodingen is een uitdaging, vooral bij mannen: zelfdoding is de eerste oorzaak van vroegtijdige mortaliteit bij mannen in termen van mogelijk verloren levensjaren (*Potential Years of Life Lost*).
- De wachttijden voor een eerste contact met een gezondheidscentrum voor geestelijke gezondheidszorg zijn lang, wat wijst op problemen met toegankelijkheid en het aanbod van geestelijke gezondheidsdiensten.
- 13.4% van de volwassen Belgische bevolking krijgt tenminste één voorschrift voor antidepressiva per jaar. De duurtijd van de therapie met antidepressiva is echter in bijna de helft van de gevallen korter dan de aangeraden duurtijd.
- Een hoog percentage (15.4%) oudere patiënten (van 65 jaar en ouder) krijgt voorschriften voor anticholinergische antidepressiva, bekend om hun nevenwerking bij deze populatie (bv. valongelukken).

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

- Het percentage van volwassen diabetici (onder insuline) met aangepaste opvolging is laag voor patiënten in residentiële zorg, omdat er minder frequente bezoeken aan de oftalmoloog zijn. Dit roept vragen op over de zorgcoördinatie voor oudere patiënten in een residentiële setting.
- Buitensporige polymedicatie is een gekend probleem bij de oudere patiënten en heeft gevolgen voor de zorgveiligheid.
- Gebruik van antidepressiva is ook erg verspreid in deze populatie en kan vragen oproepen over de aangepastheid van de voorschriften.

In het domein van de zorg rondom het levenseinde:

- Het percentage mensen dat sterft in zijn vertrouwde omgeving (thuis of in residentiële zorg) is laag en vertoont geen tekenen van vooruitgang.

Over de beschikbaarheid van personeel in de huisartsgeneeskunde

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

Over de gezondheidstoestand van de bevolking:

- Vroegtijdige mortaliteit is relatief hoog in België. Dit is meer zo in het geval van doodsoorzaken die te voorkomen zijn door het volksgezondheidsbeleid dan in het geval van doodsoorzaken die terug te voeren zijn op het gezondheidssysteem. België staat vooral erg hoog gerangschikt op het vlak van vroegtijdige mortaliteit door zelfdoding, longkanker en verkeersongelukken.
- Ondanks de inspanningen in preventiecampagnes stagneert de prevalentie van obesitas bij volwassenen, terwijl het aantal mensen dat aan lichaamsbeweging doet relatief laag blijkt, vooral bij vrouwen.



- *Binge drinking* bij jonge mannen (van de leeftijd 15-24) is verontrustend.
- De graad van gezondheidsalfabetisatie wordt eerder laag ingeschat; dit moet verder worden onderzocht.

Socio-economische ongelijkheden:

- Vergeleken met personen uit een hogere klasse hebben personen met een lagere socio-economische positie (gemeten op basis van het opleidingsniveau of de toegang tot verhoogde tegemoetkoming van de medische kosten) een slechtere gezondheidstoestand (levensverwachting, nog te verwachte jaren in goede gezondheid, kindersterfte, obesitas), een minder gezonde levensstijl (voeding, roken, lichaamsbeweging), een lagere graad van gezondheidsalfabetisatie, een lagere deelname aan kankerscreening, een minder goede opvolging voor diabetici en meer niet-ingevulde behoeften om financiële redenen.

Regionale verschillen:

- Er werden ook regionale ongelijkheden waargenomen bij heel wat indicatoren.



■ AANBEVELINGENⁱ

Aanbeveling 1 voor beleidsmakers: meetbare gezondheidsdoelstellingen vooropstellen

Het concept performantie hangt impliciet samen met het bereiken van doelstellingen, waarvan de meeste op dit moment helaas ontbreken in België. Bij gebrek aan kwantificeerbare doelstellingen, beschrijft dit rapport de huidige situatie en trends in België, vergelijkt deze waar mogelijk met internationale doelen en benchmarks. Deze aanpak kent echter enkele tekortkomingen: nationale doelstellingen zouden voor dit rapport toegevoegde waarde betekenen, ter ondersteuning van de agendabepaling. De beleidsmakers zouden daarom meetbare en specifieke gezondheids(zorg)doelstellingen moeten vooropstellen en termijnen vastleggen om die te realiseren, en verantwoordelijke organisaties aanstellen.

Aanbeveling 2 voor beleidsmakers: zich bewust zijn van de waarschuwingssignalen en de problemen aanpakken

Een van de doelstellingen van het rapport is beleidsmakers attent te maken op gebieden die om aandacht vragen. De betrokken instellingen en instanties worden geadviseerd om de waarschuwingssignalen (beschreven in Box 8) op te nemen in hun agenda.

Aanbeveling 3 voor gezondheidsadministraties: de integratie van informatiesystemen blijven verbeteren volgens het Actieplan e-Gezondheid 2013-2018

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

Voor de FOD Volksgezondheid:

- Voortzetten van de inspanningen voor de integratie van verschillende gegevensbronnen.
- Gebruik van een Uniek Patiënt Identificatienummer (UPI) om een koppeling mogelijk te maken van de MZG en de MPG met de mortaliteitsgegevens uit de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. Bovendien kunnen met behulp van de UPI patiënten na hun ontslag uit het ziekenhuis doorheen het hele gezondheidssysteem worden opgevolgd. Door de koppeling met de mortaliteitsgegevens en de opvolging na ontslag zal het mogelijk zijn om een aantal internationale kwaliteitsindicatoren te berekenen, wat nu nog niet het geval is.
- Versnellen van de toegang tot de administratieve databanken (bijvoorbeeld de toegang tot de Minimale Ziekenhuis Gegevens).

ⁱ Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



Voor de FOD Volksgezondheid, RIZIV en WIV :

- Voorzetten van de inspanningen om geactualiseerde gegevens over te maken aan de internationale organisaties (OESO, Eurostat, WGO).



■ BIJLAGE

BIJLAGE 1 – LIJST VAN INDICATOREN

P-1	Kindervaccinatie tegen polio, difterie, tetanus en pertussis (% , 3de/4de dosis)
P-2	Kindervaccinatie tegen mazelen (% , 1ste/2de dosis)
P-3	Kindervaccinatie tegen Hepatitis B (% , 3de/4de 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-8	Baarmoederhalskankerscreening (% vrouwen van 25-64 jaar)
P-9	Colorectale kankerscreening (FOBT) (% populatie van 50-75 jaar)
P-10	Borstkankerscreening buiten streefdoelleeftijd (% vrouwen van 40-49 jaar)
P-11	Geen regelmatige tandartsbezoeken (% populatie van 3+ jaar)
A-1	Aandeel van de bevolking gedekt door verplichte ziekteverzekering (% van de populatie)
A-2	Eigen betalingen voor gezondheid (% van de totale gezondheidsuitgaven)
A-3	Eigen betalingen (in US \$ PPP/capita)
A-4	Zelfgerapporteerde uitgestelde contacten met gezondheidsdiensten om financiële redenen (% van de huishoudens)
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)
QE-1	Hospitalisaties voor astma bij volwassenen (/100 000 inwoners)
QE-2	Hospitalisaties na complicaties bij diabetes bij volwassenen (/100 000 inwoners)
QE-3	Relatief overlevingspercentage na 5 jaar na borstkanker (%)
QE-4	Relatief overlevingspercentage na 5 jaar na colorectale kanker (%)
QE-5	Sterfte binnen 30 dagen na opname voor AMI (populatie 45+ jaar, op basis van opname, %)
QE-6	Sterfte binnen 30 dagen na opname voor ischemische beroerte (populatie 45+ jaar, op basis van opname, %)
QA-1	Aandeel van volwassen diabetici met aangepaste opvolging (% van diabetici onder insuline)
QA-2	Aandeel van volwassen diabetici met aangepaste opvolging (% van diabetici uitsluitend onder orale antidiabetica, 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 tweedelijnsantibiotica (% totale DDD antibiotica)
QA-6	Blootstelling aan medische straling door onaangepaste medische beeldvorming (mSv/capita/jaar)
QA-7	Keizersnedes (/100 levendgeboortes)



QS-1	Prevalentie van ziekenhuisinfecties (% van gehospitaliseerde patiënten)
QS-2	Incidentie van ziekenhuisinfecties door MRSA (/1000 ziekenhuisverblijven)
QS-3	Incidentie van postoperatief pulmonair embolisme 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 (5 of meer verschillende geneesmiddelen op 24 uur) (% populatie van 65+ jaar)
QS-7	Buitensporige polymedicatie (9 of meer verschillende geneesmiddelen op 24 uur) (% populatie van 65+ jaar)
QC-1	Gebruik van een globaal medisch dossier (% van de populatie met tenminste een contact met hun huisarts op drie jaar tijd)
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)
QC-5	Percentage volwassen diabetici (die uitsluitend orale antidiabetica nemen) 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 makkelijk 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 behandelingen (% van de respondenten, contact met HA/SP)
MH-1	Overlijdens door zelfdoding (/100 000 inwoners)
MH-2	Praktiserende psychiaters (/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)
MH-4	Percentage onvrijwillige opnames in psychiatrische ziekenhuisafdelingen (/10 000 inwoners)
MH-5	Bezoeken aan spoedafdeling om sociale, geestelijke of psychische reden (% opnames in spoedafdeling van algemene ziekenhuizen)
MH-6	Gebruik van antidepressiva (totale DDD/1000 inwoners/dag)
MH-7	Gebruik van antidepressiva (% van volwassen populatie, tenminste een keer per jaar)
MH-8	Percentage patiënten met kortetermijnbehandeling (< 3 maanden) met antidepressiva (% van populatie onder antidepressiva)
MH-9	Patiënten (65+ jaar) die antidepressiva met anticholinergische nevenwerkingen nemen (%)
MH-10	Aantal hospitalisatiedagen in psychiatrische ziekenhuisafdelingen (/1000 inwoners)
LT-1	Langetermijnzorg in residentiële voorzieningen: woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen (% populatie 65+ jaar)
LT-2	Langetermijn thuiszorg (% populatie 65+ jaar)
LT-3	Mantelzorgers (% van populatie 15+ jaar)
LT-4	Valincident in de voorbije 12 maanden (% populatie 65+ jaar)
LT-5	Prevalentie van doorligwonden (graad II-IV) in woonzorgcentra (% van inwoners)
LT-6	Prevalentie van MRSA-dragers in residentiële voorziening (% van inwoners)
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)
E-1	Chirurgische dagopnames (% van chirurgische opnames)
E-2	Verblijfsduur normale bevalling (gemiddelde, dagen)
E-3	Voorschrift van goedkope geneesmiddelen (% van totale ambulante DDDs)
S-1	Totale gezondheidsuitgaven (% BBP)
S-2	Totale gezondheidsuitgaven (€/capita)
S-3	Totale gezondheidsuitgaven (% gefinancierd door publieke sector)
S-4	Afgestudeerde artsen (/100 000 inwoners)
S-5	Afgestudeerde artsen die huisarts worden (% van alle medische specialismen)
S-6	Gemiddelde leeftijd van praktiserende huisartsen (in VTE, jaren)
S-7	Artsen van 55+ (% van alle praktiserende artsen)
S-8	Afgestudeerden verpleegkunde (/100 000 inwoners)
S-9	Afgestudeerden verpleegkunde die het bachelortraject volgen (% van de afgestudeerden)
S-10	Verpleegkundigen van 50+ jaar (% van alle praktiserende verpleegkundigen)
S-11	Ligdagen curatieve zorg (aantal/capita)
S-12	W.A.I.T-indicator voor innovatieve geneesmiddelen (in dagen)
S-13	Huisartsen die een elektronisch medisch dossier gebruiken (% van praktiserende huisartsen)
HS-1	Levensverwachting bij geboorte (jaren)
HS-2	Vroegtijdige mortaliteit (mogelijk verloren levensjaren voor de leeftijd van 70 jaar/100 000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd)
HS-3	Mortaliteit vermijdbaar door de gezondheidszorg (percentage/100 000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd)
HS-4	Te voorkomen mortaliteit (percentage /100 000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd)
HS-5	Kindersterfte (overlijdens/1000 levendgeboortes)
HS-6	De gezonde levensverwachting op de leeftijd van 65 jaar (jaren)
HS-7	Zelfevaluatie van gezondheid (% populatie 15+ in goede of zeer goede gezondheid)
HP-1	Obesitas bij volwassenen (BMI $\geq$ 30) (% populatie van 18+ jaar)
HP-2	Overgewicht bij adolescenten (BMI hoger dan normale gewichtslimieten) (% populatie van 11, 13, 15 jaar)
HP-3	HIV-incidentie (nieuwe diagnoses/100 000 inwoners)
HP-4	Dagelijkse rokers (% populatie van 15+ jaar)
HP-5	Risicovol alcoholgebruik ^b (% populatie van 15+ jaar)
HP-6	Binge drinking ^c (% populatie van 15+ jaar)
HP-7	Dagelijkse lichaamsbeweging (tenminste 30 min) (% populatie van 18-64 jaar)
HP-8	Globaal Medisch Dossier + (% populatie van 45-75 jaar met GMD)
HP-9	Gezondheidsalfabetisme (tenminste voldoende niveau) (% van populatie van 18+ jaar)
HP-10	Tobacco Control Scale ^d
EQ-1	Inkomensverdeling bij de bevolking (GINI-coëfficiënt)
EQ-2	Graad van progressiviteit van financiering gezondheidszorg (Ratio progressieve ontvangsten / totale ontvangsten, uitgedrukt in %)
EQ-3	Graad van regressiviteit van financiering gezondheidszorg (Ratio regressieve ontvangsten / progressieve ontvangsten)



■ 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. 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>
3. Björnberg A. Euro Health Consumer Index 2012. Health Consumer Powerhouse; 2012.
4. 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 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/a-first-step-towards-measuring-the-performance-of-the-belgian-healthcare-system>
5. 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); 2012. KCE Reports 196C (D/2012/10.273/112) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196C_Health_system_performance.pdf
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/Europe-an-health-report-2015-Targets-beyondreaching-new-frontiers-evidence-full-book-en.pdf?ua=1
10. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. Health Systems in Transition. 2010;12(5):1-266.
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. Health Care Quality Indicators [Web page]. [cited 2015, September 30]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>
14. OECD. OECD Health at a Glance 2015: OECD indicators. Paris: 2015. OECD Publishing
15. DG SANCO. Heidi Data tool: the European Community Health Indicators: http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm. DG SANCO; 2012.
16. 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>
17. 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
18. 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.
19. 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
20. WHO Regional Office for Europe. Eliminating measles and rubella. Framework for the verification process in the WHO European Region. Copenhagen: 2012.
21. 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).
22. 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.
23. 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.
24. FOD Economie K.M.O Middenstand en Energie. Huishoudbudgetonderzoek 2012-2014 [Web page]. [cited 30 October, 2015]. Available from: http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/arbeidsmarkt_levensomstandigheden/huishoudbudgetonderzoek_2014.jsp
25. OECD. Health Working Paper (forthcoming) based on 2015 Joint Health Accounts Questionnaire. OECD Publishing; 2015.
26. 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.
27. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington D.C.: National Academy Press; 1990.
28. OECD. Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing; 2014.
29. 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 EURO CARE--5-a population-based study. *Lancet Oncol.* 2014;15(1):23-34.
30. 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_PR_O.pdf
31. van den Berg M, de Boer D, Gijzen R, Heijink R, Limburg L, Zwakhals S. Dutch Health Care Performance Report 2014. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM); 2014.
32. Eimers M, Nijpels M. Benchmark Voorschrijven 2010. Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; 2010.
33. European Commission. Medical Radiation Exposure of the European Population. Luxembourg: European Commission, Directorate-General for Energy; 2014. Radiation Protection 180 Available from: <http://www.eurosafeimaging.org/wp/wp-content/uploads/2015/05/Radiation-Protection-180.pdf>
34. OECD. Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance. OECD Health Policy Studies; 2014. OECD Publishing
35. WHO. WHO Statement on Caesarean Section Rates. WHO, Research for impact, Department of Reproductive Health and Research; 2015.
36. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Multidimensionele feedback naar de ziekenhuizen. April 2008. Brussel.
37. RIZIV-INAMI. Recommandations actuelles en matière de prescription des médicaments en première ligne. 2015. Available from: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure_prescription_medicaments_premiere_ligne.pdf
38. Committee on Quality Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academy Press, Washington, D.C.: Institute of Medicine; 2001.
39. OECD. Health Care Quality Indicators. OECD pilot questions on patient experiences. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011.
40. Van der Heyden J. L'expérience du patient. In: Drieskens S, Gisle L, editors. Enquête de santé 2013. Rapport 3: Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Bruxelles: WIV-ISP; 2015.
41. WHO. Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges. Copenhagen: World Health Organization; 2008.
42. 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>
43. 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.
44. RIZIV-INAMI. Performance report and policy actions: a summary of the selected topics and IMC working groups. Progress report. Brussels: 2015.
45. OECD/European Commission. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care. 2013. OECD Health Policy Studies
46. 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
47. Federaal Planbureau, Algemene Directie Statistiek. Demografische vooruitzichten 2014-2060: Bevolking, huishoudens en prospectieve sterftequotiënten. 2015.
48. WHO. WHO Definition of Palliative Care [Web page].2015. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>



49. 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. KCE Reports 151
50. 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.
51. 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.
52. Houttekier D, Cohen J, Surkyn J, Deliens L. Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *BMC Public Health*. 2011;11(228):1-10.
53. WHO. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life World Health Organization; 2014. Available from: <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>
54. Palmer S, Torgerson D. Definitions of efficiency. *British Medical Journal*. 1999;318(7191):1136.
55. 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
56. Burgess J. Innovation and efficiency in health care: does anyone know what they mean? *Health Systems*. 2012;1:7-12.
57. 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>
58. 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
59. National Health Performance Committee (NHPC). National Health Performance Framework Report. Brisbane: 2001. Queensland Health
60. 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
61. OECD. Health Statistics 2015 [Web page]. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
62. 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
63. Cellule Technique - Technische Cel. Feedback financier par pathologie - Financiële feedback per pathologie [Web page]. [cited 2015, October 5]. Available from: <https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/anonymous?lang=fr>
64. eHealth. Plan d'action e-santé 2013-2018. eHealth Table ronde; 2013. Available from: Available from: http://www.rtreh.be/EHEALTH/images/20130419plandaction_esantefr.pdf
65. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
66. McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21(2):78-93.
67. Nolte E, McKee M. Does Health Care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust; 2004.
68. Office for National Statistics UK. Definition of Avoidable Mortality. Final avoidability causes list; <http://www.ons.gov.uk/ons/about->



- [ons/get-involved/consultations/archived-consultations/2011/definitions-of-avoidable-mortality/index.html](https://ons.get-involved/consultations/archived-consultations/2011/definitions-of-avoidable-mortality/index.html). 2012 2012.
69. Van Oyen H, Deboosere P, Lorant V, Charafeddine R. Les inégalités sociales de santé en Belgique - Sociale ongelijkheden in gezondheid in België. 2011.
70. Hercot D, Mazina D, Verduyck P, Deguerri M. Naître Bruxellois(e): indicateurs de santé périnatale des Bruxellois(e)s, 2000-2012. 2015.
71. Agentschap voor Zorg en Gezondheid. Sterftcijfers over baby's (foeto-infantiele sterfte), kenmerken van de ouders [Web page]. 2015. Available from: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftcijfers/Foeto-infantiele-sterftcijfers/Kenmerken-van-de-ouders--verband-met-het-sterfterisico/#opleiding>
72. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization; 1986. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
73. WHO European Workgroup on Health Promotion Evaluation. Evaluation in health promotion - Principles and perspectives. Copenhagen: WHO; 2001. WHO Regional Publications
74. Nutbeam D. Evaluating Health Promotion - progress, problems and solutions. Health Promotion International. 1998;13(1):27-44.
75. Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health. Arch Public Health. 2014;72(1):10.
76. Van den Broucke S, Renwart A. La littératie en santé en Belgique: un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé. Université Catholique de Louvain; Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education; 2014.
77. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000;320(7244):1240-3.
78. Mackenbach J. Health Inequalities: Europe in Profile. Expert Report commissioned by the EU. 2006.
79. Feinstein JS. The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature. The Milbank Quarterly. 1993;71:279-94.
80. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008.
81. Executive Agency for Health and Consumer. Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013. European Commission; 2007.
82. Braveman PA. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. Journal of Health Population and Nutrition. 2003;31(3):181-92.
83. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Soc. Sci. Med. 1997;44(6):757-71.
84. Harper S, Lynch J. Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data Relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2005: NIH Publication No. 05-5777; 2005.
85. Léonard C. La responsabilisation capacitante: un nouveau paradigme pour refonder l'Etat-providence? Éthique et économique/Ethics and Economics. 2012;9(2):45-65.
86. Dworkin R. Equality, Luck and Hierarchy. Philosophy and Public Affairs. 2003;31(2):190-8.
87. Roemer JE. Equality of Opportunity. Cambridge: Harvard University Press; 1998.
88. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Canadian Medical Association Journal. 2006;174(2):177-83.
89. De Graeve D, Van Ourit T. The Distributional Impact of Health Financing in Europe: A Review. In: The World Economy; November 2003. p. 1459-79.
90. Jackson T. Prospérité sans croissance. La transition vers une économie durable. Bruxelles; 2010.



91. WHO Regional Office for Europe. Second joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020. London, UK: 2014.
92. 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.
93. 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>
94. OECD. Health Systems Institutional Characteristics: a survey of 29 OECD countries. Paris: OECD; 2010. Health Working Papers Available from: [http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2010\)1&docLanguage=En](http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2010)1&docLanguage=En)
95. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Health Targets [Web page]. [cited 2014, March 13]. Available from: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Policy/Health-targets/>
96. Van den Broucke S. Flanders: health targets as a catalyst for action. In: Wismar M, McKee M, Ernst K, Srivastava D, Busse R, editors. *Health targets in Europe: learning from experience*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
97. Smith P, Busse R. Targets and performance measurement. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge University Press; 2009. p. 509-36.
98. Smith P, Busse R. Learning from the European experience of using targets to improve population health. *Prev Chronic Dis.* 2010;7(5):A102.
99. Wismar M, McKee M, Ernst K, Srivastava D, Busse R. Health targets in Europe: learning from experience. *European Observatory on Health Systems and Policies*, editor. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 2008.
100. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. *Health Services Research (HSR)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf



COLOFON

Titel:	De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2015
Auteurs:	France Vrijens (KCE), Françoise Renard (ISP – WIV), Cécile Camberlin (KCE), Anja Desomer (KCE), Cécile Dubois (KCE), Pascale Jonckheer (KCE), Koen Van den Heede (KCE), Carine Van de Voorde (KCE), Denise Walckiers (ISP – WIV), Christian Léonard (KCE), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV)
Reviewers:	Chris De Laet (KCE), Stephan Devriese (KCE), Erik Hendrickx (KCE), Raf Mertens (KCE)
Communicatie:	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Experten die werden geraadpleegd voor de validatie van de indicatoren, definities en resultaten:	Marc Arbyn (WIV – ISP), Boudewijn Catry (WIV – ISP), Rana Charaffedine (ISP – WIV), Anne Clercx (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Daniel Crabbe (RIZIV – INAMI), Chris De Laet (KCE), Harlinde De Schutter (Kankerregister – Registre du Cancer), Sabine Drieskens (WIV – ISP), Gretel Dumont (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Hilde Engels (RIZIV – INAMI), An Fremout (FANC – AFCN), Lydia Gisle (ISP – WIV), Isabelle Godin (ULB), Mat Goossens (vroeger WIV – ISP), Jean-Pierre Gorrisen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Tine Grammens (WIV – ISP), Greet Haelterman (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Germaine Hanquet (KCE), David Hercot (Observatoire Santé Région Bruxelles-Capitale), Beatrice Jans (WIV – ISP), Claire Janssens (INAMI – RIZIV), Luc Joossens (European Association against Cancer), Greet Laga (RIZIV – INAMI), Roos Leroy (KCE), Patriek Mistiaen (KCE), Dirk Moens (FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité Sociale), Nathalie Moreau (ULB), Martine Sabbe (ISP – WIV), André Sasse (ISP – WIV), Aurélie Somer (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Pascale Steinberg (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Sabine Stordeur (KCE), Jean Tafforeau (ISP – WIV), Peter Van Bogaert (UA), Stephan Van den Broucke (UCL), Johan Van der Heyden (WIV – ISP), Evelynne Van Gastel (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Thibault Vandenhove (FANC – AFCN), Leen Verleye (KCE)
Stakeholders:	<p>De volgende administraties en publieke instellingen werden in de loop van het project geraadpleegd:</p> <p>Op federaal niveau:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vertegenwoordigers van Minister Maggie De Block: Regina De Paepe, Mieke Walraevens• RIZIV – INAMI: Benoît Collin, Mike Daubie, Jo De Cock, Ri De Ridder• FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique: Lieven Deraedt, Pol Gerits, Greet Haelterman, Aurélie Somer• FOD Sociale Zekerheid – SPF Sécurité Sociale: Dirk Moens, Rudi Van Dam• WIV – ISP: Johan Peeters, Herman Van Oyen <p>Op regionaal niveau:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vlaamse Gemeenschap (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid): Lien Braeckeveldt



Externe validatoren:	<ul style="list-style-type: none">• 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, Véronique Tellier• Fédération Wallonie-Bruxelles (Direction générale de la Santé): Philippe Demoulin, Luc Mathieu, Annalisa Tancredi• Communauté Germanophone (DGOV Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft): Karin Cormann• Région Bruxelles Capitale (Observatoire Santé Région Bruxelles-Capitale): Murielle Deguerry, David Hercot Hans Kluge (WHO), Gaetan Lafortune (OECD), Ellen Nolte (European Observatory of Health Systems and Policies)
Acknowledgements:	Marc De Falleur (INAMI – RIZIV), Chantal Houtman (IMA – AIM), Vikki Schillemans (Kankerregister – Registre du Cancer), Nathalie Terryn (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Sarah Thomson (WHO)
Andere gemelde belangen:	Geen gemeld
Infografieken:	Julien Ligot (Fedopress)
Layout:	Ine Verhulst, Sophie Vaes
Disclaimer:	<ul style="list-style-type: none">• De externe experts 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:	12 januari 2016
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Delivery of Health Care; Health Services Accessibility; Quality of Health Care; Efficiency; Health Promotion; Healthcare Disparities; Benchmarking, Belgium
NLM classificatie:	W84
Taal:	Nederlands



Formaat: Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot: D/2015/10.273/01
ISSN: 2466-6432
Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2015. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 259A. D/2015/10.273/01.

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

