KCE REPORT 292As

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

SYNTHESE

VERKENNENDE STAPPEN VOOR HET FORMULEREN VAN DOELSTELLINGEN VOOR HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM





KCE REPORT 292As
HEALTH SERVICES RESEARCH

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

SYNTHESE

VERKENNENDE STAPPEN VOOR HET FORMULEREN VAN DOELSTELLINGEN VOOR HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM

CAROLINE OBYN, AUDREY CORDON, LAURENCE KOHN, CARL DEVOS, CHRISTIAN LÉONARD

VOORWOORD

Hoewel ons soms wordt aanbevolen om enkel ‘in het nu’ te leven, zijn we toch eerder geneigd om te dromen over de toekomst en plannen te maken voor later. Daarnaast zijn er ook mensen die bang zijn voor wat de toekomst hen zal brengen. Ze worden verlamd door de angst om niet te slagen voor hun examens of door de idee dat ze ooit slecht nieuws kunnen krijgen na een medisch onderzoek.

Ons gezondheidssysteem speelt een belangrijke rol bij het helpen waarmaken van onze toekomstdromen, want het is moeilijk om ze te vervullen als onze gezondheid stokken in de wielen steekt. Maar opdat we onze levensdoelstellingen kunnen bereiken, is het ook nodig dat het gezondheidssysteem haar doelstellingen bepaalt.

Het vaststellen van gezondheids(zorg)doelstellingen is belangrijk voor het uitstippelen, coördineren en ondersteunen van het gezondheidsbeleid van een land. De internationale instellingen sporen landen trouwens ook aan om aan dergelijke dynamiek deel te nemen. Een aantal landen deden dit reeds, en dit ging niet altijd van een leien dakje. Vandaag vraagt de minister van Volksgezondheid ons om een stand van zaken op te maken van de Belgische nationale en internationale engagementen en om een traject uit te stippelen naar het behalen van twee algemene doelstellingen: het verlengen van de levensverwachting in goede gezondheid en het reduceren van de ongelijkheden op vlak van gezondheid. Hiervoor is wel een hoogkwalitatief, rechtvaardig en duurzaam gezondheidssysteem nodig. Het traject dat wij voorstellen, en dat u kan terugvinden in het huidige rapport, voorziet hiervoor tussentijdse, operationele doelstellingen.

Voordat u begint te lezen, nog even dit: onze lijst is niet te nemen of te laten. De elementen uit de lijst vormen ‘opties’, waartussen moet worden gekozen en die nog in de juiste context moeten worden geplaatst en verfijnd, zodat ze praktisch toepasbaar zijn. Vervolgens moeten er maatregelen worden genomen om de doelstellingen te bereiken, die de tijd moeten krijgen om in te werken, en moeten, vooraleer te evalueren, de juiste oorzakelijke verbanden worden gelegd. In het domein van de gezondheid en de zorgpraktijk moet men immers ambitieus zijn, maar moet men tegelijkertijd ook bescheiden en realistisch blijven. Wat uiteindelijk wordt bereikt, is immers niet altijd wat er aanvankelijk was gewenst, en het nemen van initiatieven geeft geen enkele garantie dat er effectief ook resultaat wordt geboekt. Maar als we de strijd willen aanbinden met iets dat een vaststaand feit of een speling van het lot lijkt te zijn – een ziekte – doen we er goed aan om resoluut vooruit te kijken..

Christian LÉONARD
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur

SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

■ **VOORWOORD** **1**
■ **SYNTHESE** **2**
1. INLEIDING **4**
1.1. WAAROM GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN? 4
1.2. DOEL VAN HET ONDERZOEK 4
1.3. STUURGROEP EN EXPERTGROEPEN 4
2. HET DOEL VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM **5**
3. HOE FORMULEREN ANDERE LANDEN OF REGIO'S HUN GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN? **7**
3.1.1. Macro- (nationaal of regionaal) versus meso-benadering 8
3.1.2. Gekwantificeerde versus descriptieve benadering 8
3.1.3. Globale versus gerichte benadering 9
3.1.4. Lange- versus kortetermijnbenadering 9
3.1.5. Resultaatdoelstellingen versus proces- en structuurdoelstellingen 10
4. OVERZICHT VAN GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN OP SUPRANATIONAAL NIVEAU **10**
4.1. RELEVANTE INDICATOREN, MAAR DOELSTELLINGEN AAN TE PASSEN AAN DE BELGISCHE CONTEXT 11
4.2. VOORBEELDEN VAN SUPRANATIONALE DOELSTELLINGEN 12
5. OVERZICHT VAN BESTAANDE GEKWANTIFICEERDE GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN OP FEDERAAL NIVEAU **12**
5.1. VERSCHILLENDE ACTOREN STELDEN REEDS MEERDERE ACTIEPLANNEN VOOR 12
5.2. VOORBEELDEN VAN FEDERALE GEKWANTIFICEERDE DOELSTELLINGEN 12
5.3. OM EEN STAP VERDER TE ZETTEN: VELE INDICATOREN ZIJN BESCHIKBAAR 13

5.4. SNEUVELVOORSTELLEN VOOR AANVULLENDE GESTRUCTUREERDE DOELSTELLINGEN OP BASIS VAN INDICATOREN VAN HET HSPA-RAPPORT 14

6. CONCLUSIE 14

6.1. EEN OVERZICHT MET VERSCHILLENDE SOORTEN DOELSTELLINGEN 14

6.2. BESCHRIJVENDE OF GEKWANTIFICEERDE DOELEN? 15

6.3. WAT ZIJN DE VOLGENDE STAPPEN? 15

6.3.1. Prioritaire domeinen selecteren 15

6.3.2. Doelstellingen verbinden met actieprogramma's 15

6.3.3. Een noodzakelijke voorwaarde: stakeholders betrekken 16

6.3.4. Health in all policies 16

■ **AANBEVELINGEN 17**

1. INLEIDING

1.1. Waarom gezondheidsdoelstellingen?

Al sedert de jaren 1980 moedigt de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) het gebruik van gezondheidsdoelstellingen aan, zowel op internationaal als op nationaal niveau. Het huidige akkoord “Health 2020” van het Regionaal Bureau voor Europa van de WGO, beschouwt het ontwikkelen van een proces voor het bepalen van doelstellingen zelfs als een must voor haar 53 lidstaten. Van zijn kant stelt de Europese waarnemingspost voor gezondheidsstelsels en -beleid dat het gebruik van dergelijke doelstellingen onmisbaar is geworden voor een goed bestuur van de gezondheidssystemen.

Gezondheidsdoelstellingen vormen een hulpmiddel om het gezondheidsbeleid te sturen, prioriteiten te stellen en de betrokkenheid van stakeholders te bevorderen en dit zowel op politiek-bestuurlijk niveau als op het terrein. Daarnaast zijn ze ook een middel om de performantie van een gezondheidssysteem te evalueren. Een groeiend aantal landen volgt de trend. Ze formuleren niet enkel gezondheidsdoelstellingen maar maken ook plannen op om ze te bereiken.

In België werd de aanbeveling inzake het opstellen van gezondheidsdoelstellingen reeds geformuleerd in het kader van de rapporten over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem (*Health System Performance Assessment* - HSPA), gepubliceerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Het formuleren van doelstellingen is ook duidelijk opgenomen in de Beleidsverklaring en Beleidsnota Gezondheidszorg van de federale minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, uitgevaardigd in 2014, en in de samenwerkingsstrategie met de WGO, ondertekend door België voor de periode 2016-2022 *(Country Cooperation Strategy Belgium-WHO)*.

1.2. Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft als doel een **overzicht te geven van de reeds geformuleerde gekwantificeerde gezondheidsdoelstellingen** die relevant zijn voor het federale gezondheidsbeleid. Ons overzicht bevat de doelstellingen van de Belgische actoren op federaal of interministerieel niveau en die van de supranationale organisaties en instellingen waartoe de Belgische regering zich engageert. In het huidige onderzoek spitsen we ons toe op doelstellingen van en voor de federale autoriteiten. De doelstellingen van de gefedereerde entiteiten werden opgenomen in bijlage.

In bijlage formuleren we eveneens **suggesties voor aanvullende, gestructureerde en gekwantificeerde doelstellingen**. Daarvoor baseren we ons op de indicatoren van het meest recente HSPA-rapport.

1.3. Stuurgroep en expertgroepen

Deze studie werd uitgevoerd onder toezicht van een stuurgroep, samengesteld uit vertegenwoordigers van het kabinet van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het KCE.

Daarnaast werden drie expertgroepen samengesteld met personen uit verschillende overheidsinstellingen, mutualiteiten, ziekenhuiskoepels en universiteiten, om het overzicht van de doelstellingen te bespreken in drie domeinen: acute zorg, chronische zorg, preventie en gezondheidspromotie.

2. HET DOEL VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM

In de nota over de federale beleidsvisie op lange termijn inzake duurzame ontwikkeling, uitgevoerd bij koninklijk besluit van 18 juli 2013, staat dat het Belgische gezondheidssysteem moet bijdragen tot het **verbeteren van de levensverwachting in goede gezondheid** van de burgers en het **verminderen van de ongelijkheden in gezondheid**, op vlak van sociaaleconomische status en geslacht.

Deze doelstellingen op vlak van **gezondheidstoestand** en **gelijkheid** gaan uit van een performant gezondheidssysteem; het HSPA-rapport (KCE-rapport nr. 259) onderscheidt hiervoor vier dimensies:

- een hoge **kwaliteit van zorg** dankzij doeltreffende, gepaste, veilige en patiëntgerichte diensten die de continuïteit van zorg garanderen;
- **gegarandeerde toegang** tot zorg voor iedereen die het nodig heeft;
- **doeltreffendheid** van de zorgverlening;
- **duurzaamheid** van het gezondheidssysteem.

Deze transversale dimensies zijn relevant binnen **de zes domeinen van het gezondheidssysteem**:

- **gezondheidspromotie;**
- **preventieve zorg;**
- **curatieve zorg;**
- **geestelijke gezondheidszorg;**
- **lange termijnzorg voor ouderen;**
- **zorg rondom het levenseinde.**

Het conceptuele kader van het HSPA-rapport vormt ook de ruggengraat van dit project (Figuur 1).

Figuur 1 – Conceptueel kader voor de evaluatie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem (aangepast uit KCE-rapport 259)



3. HOE FORMULEREN ANDERE LANDEN OF REGIO'S HUN GEZONDHEIDSDOEL-STELLINGEN?

Sommige landen of regio's, zoals de Verenigde Staten, Frankrijk, Duitsland, Oostenrijk, Engeland, Nieuw-Zeeland en Vlaanderen, hebben een specifiek programma uitgebouwd rond het bepalen van doelstellingen, terwijl andere landen, zoals Nederland (en federaal België), hun doelstellingen niet systematisch, maar geval per geval formuleren (zie tabel).

Via het formuleren van gezondheidsdoelstellingen beogen de onderzochte programma's voornamelijk:

- prioriteiten te stellen op nationaal of regionaal niveau;
- een kader te vormen voor gecoördineerde samenwerking van verschillende stakeholders;
- meerdere sectoren te betrekken in het gezondheidsbeleid ("health in all policies");
- de bevolking te sensibiliseren, haar kennis over gezondheid te verbeteren;
- het gezondheidsbeleid te evalueren;
- verdere behoeften in onderzoek, evaluatie en gegevensverzameling te identificeren.

Sommige programma's hebben een lange geschiedenis en hebben al meerdere legislatuurwissels overleefd (VS, Engeland, Duitsland, Vlaanderen), terwijl andere recenter zijn ontstaan (zoals Oostenrijk). Na het nationaal programma "100 Objectifs de Santé" voor de periode 2004-2008 heeft Frankrijk zijn doelstellingenbeleid verschoven naar een nieuwe generatie meerjaarscontracten ("contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens" - CPOM), die tussen het ministerie van Sociale Zaken en Gezondheid en elk Agence Régionale de Santé (ARS) enerzijds en tussen de ARS en medische instellingen anderzijds worden afgesloten.

Land	Programma besproken in dit project	Startdatum	Website
Verenigde Staten	Healthy People 2020	1990	www.healthypeople.gov/
Frankrijk	100 Objectifs de Santé	2004	www.legifrance.gouv.fr/ : annexes de la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
Frankrijk	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (herzien in het kader van de wet « Hôpital, patients, santé, territoires »)	2010	www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1
Duitsland	health-targets.de	2000	gesundheitsziele.de/
Oostenrijk	10 Gesundheitsziele Österreich	2012	www.gesundheitsziele-oesterreich.at/
Engeland	Targets in the “Next Steps on the NHS Five Year Forward View” (2017)	Sinds 1992 werden verschillende meerjarige programma's ontwikkeld	www.england.nhs.uk/five-year-forward-view/
Nieuw-Zeeland	Health targets	2010	www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/health-targets
Nederland	Geen specifiek programma; de doelstellingen worden geval per geval bepaald		
Vlaanderen	Gezondheidsdoelstellingen Vlaanderen	1998	www.zorg-en-gezondheid.be/gezondheidsdoelstellingen

3.1.1. Macro- (nationaal of regionaal) versus meso-benadering

Verschillende programma's bevatten doelstellingen **op nationaal niveau** (Verenigde Staten, Duitsland, Oostenrijk, Frankrijk-100 Objectifs de Santé), terwijl andere een stap verder gaan en hun nationale doelstellingen omzetten in **doelstellingen op mesoniveau**, d.w.z. op niveau van zorgorganisaties (NHS Engeland, Nieuw-Zeeland, Frankrijk-CPOM). Zo worden in Frankrijk de nationale en regionale strategische doelstellingen omgezet in doelstellingen voor individuele ziekenhuizen en medisch-sociale instellingen. Dit geldt ook voor Nieuw-Zeeland, waar de nationale doelstellingen worden opgevolgd op niveau van de gezondheidsdistricten en eerstelijnszorgorganisaties.

3.1.2. Gekwantificeerde versus descriptieve benadering

Sommige programma's ontwikkelen **gekwantificeerde doelstellingen** (VS, Frankrijk, Vlaanderen), terwijl andere de voorkeur geven aan **beschrijvende doelstellingen** waarin een gewenste evolutie op **kwalitatief** vlak wordt beschreven (Duitsland, Oostenrijk). In beide gevallen worden indicatoren geïdentificeerd waarmee de evolutie naar het bereiken van de doelstellingen wordt opgevolgd.

De **gebruikte methodes** om de gekwantificeerde doelstellingen te bepalen, variëren. De programma’s met een groot aantal nationale doelstellingen volgen doorgaans een systematische, transparante en pragmatische methode. Twee voorbeelden:

Healthy People 2020 (V.S.):

- Standaard 10% verbetering ten opzichte van de baseline;
- Indien mogelijk, een projectie op basis van trendanalyse, of op basis van wetenschappelijke gegevens;
- Andere opties zijn uitroeiing van de betreffende ziekte, volledige dekking (bv. van ziekteverzekering of vaccinatie), coherentie met andere nationale programma's, of behoud van de Healthy People 2010 doelstelling.

100 Objectifs de Santé (Frankrijk):

- Indien in 2000, Frankrijk bij de minst performante landen van Europa was, dan was de doelstelling om naar het gemiddelde te evolueren tegen 2008;
- Indien in 2000, Frankrijk bij de beter presterende landen van Europa was, dan was de doelstelling om op zijn minst dat niveau te behouden tot 2008, rekening houdend met de demografische evolutie. Indien geen vergelijking mogelijk was met andere Europese landen, dan was de doelstelling het meest ambitieuse haalbare niveau op 5 jaar (2004-2008).

Deze voorbeelden illustreren dat het vastleggen van doelstellingen, vooral dan voor gezondheidsresultaten, geen exacte wetenschap is. Door de toepassing van systematische regels krijgen de eruit voortvloeiende doelstellingen eerder een symbolisch karakter; hun hoofddoel is te inspireren en motiveren.

Programma's die werken op meso niveau en in termen van processen, daarentegen, formuleren hun doelstellingen preciezer en meer op maat. In dat geval vormen de doelstellingen praktische instrumenten om directe acties teweeg te brengen (zoals de voorbeelden in Engeland, Nieuw-Zeeland en Frankrijk-CPOM).

3.1.3. Globale versus gerichte benadering

Geen enkel programma pretendeert exhaustiviteit, maar sommige gaan heel breed en formuleren doelstellingen voor een **groot aantal onderwerpen** (Verenigde Staten, Frankrijk-100 Objectifs de Santé). Andere **concentreren zich op een selectie van onderwerpen** (Engeland, Nieuw-Zeeland). Nog andere ontwikkelen hun doelstellingen sequentieel **onderwerp per onderwerp** (Duitsland). In dat laatste geval selecteert een stuurgroep de nieuwe doelstelling op basis van meerdere criteria, namelijk: ziektelast (mortaliteit, prevalentie, ernst), potentieel voor verbetering, economische impact, ethische aspecten, gelijkheid, prioriteit van het probleem vanuit publiek oogpunt, meetbaarheid en haalbaarheid (in termen van instrumenten en actoren), de mogelijkheid tot participatie van burgers/patiënten en het juridisch kader.

Ook de Vlaamse overheid verkiest een gerichte aanpak. In een recente strategienota wordt het principe van *"less is more"* aangehaald: door voor minder doelstellingen te kiezen en zich hierop te concentreren, wil men de genomen maatregelen doeltreffender maken.

3.1.4. Lange- versus kortetermijnbenadering

De tijdshorizon van de programma's varieert: sommige hebben een **lange termijn** (20 jaar in Oostenrijk, 10 jaar in de Verenigde Staten, 5 jaar in Frankrijk-100 Objectifs), andere hebben een **korte termijn**, zoals in Nieuw-Zeeland waar de doelwaarden elk jaar worden herzien, of in Frankrijk waar de CPOM, getekend voor vier jaar, jaarlijks kunnen worden herzien. Nog andere leggen **geen einddatum** vast, zoals in Duitsland.

3.1.5. *Resultaatdoelstellingen versus proces- en structuurdoelstellingen*

De meeste bestudeerde programma's leggen zowel resultaat-, proces- als structuurdoelstellingen vast. De klemtoon kan wel verschillen. Het nationale programma in Frankrijk « 100 Objectifs de Santé » gaf bijvoorbeeld voorrang aan resultaatdoelstellingen. Programma's met doelstellingen op meso niveau leggen meer de klemtoon op processen en structuren.

Ervaring wijst uit dat resultaatdoelstellingen niet altijd even informatief zijn voor evaluatie van genomen beleidsmaatregelen. Het is immers vaak niet eenvoudig na te gaan welke impact een bepaalde beleidsfactor precies gehad heeft op een resultaat, aangezien meestal veel verschillende elementen een rol spelen.

3.1.6. *Verspreiding*

De buitenlandse initiatieven publiceren hun doelstellingen op websites die volledig aan hun programma zijn gewijd. De Amerikaanse website *Healthy People 2020* omvat een interactief gedeelte *"Healthy People in Action"* waarop professionals en lokale gemeenschappen hun initiatieven voor het bereiken van de doelstellingen kunnen posten.

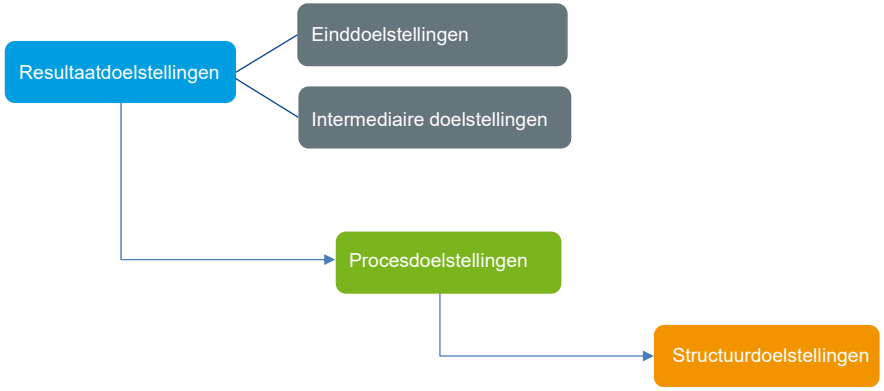
4. OVERZICHT VAN GEZONDHEIDSDOEL-STELLINGEN OP SUPRANATIONAAL NIVEAU

Er bestaan verschillende **definities van het begrip gezondheidsdoelstelling**. In het huidige project gebruiken we de volgende definitie:

Een gezondheidsdoelstelling…

- specificeert een gewenste **evolutie** in gezondheidstoestand of gezondheidsdeterminant (zowel medische als niet-medische determinanten – zie Figuur 1);
- is **gekwantificeerd**, in relatieve of absolute cijfers;
- legt bij voorkeur een concrete **tijdshorizon** en een **baseline** vast;
- kan geformuleerd worden voor de bevolking (of een bevolkingsgroep) (**macro** niveau), zorgorganisaties (**meso** niveau) of zorgverleners (**micro** niveau).

In het algemeen kunnen we een onderscheid maken tussen **strategische doelstellingen** (m.b.t. resultaten) en **operationele doelstellingen** (m.b.t. processen of structuren).



- **Resultaatdoelstellingen** beschrijven de uiteindelijke resultaten die men wil bereiken. Dit kunnen **einddoelstellingen** zijn (bv. daling van mortaliteit of morbiditeit, of verbetering van levenskwaliteit) of **intermediaire doelstellingen**, die betrekking hebben op gezondheidsdeterminanten (bv. verandering van gedrag met betrekking tot gezondheid) en een tussenstap vormen om de einddoelstellingen te bereiken.
- **Procesdoelstellingen** hebben betrekking op processen en acties waarvan geweten is dat ze, direct of indirect, resultaten kunnen beïnvloeden. Procesdoelstellingen kunnen worden gebruikt om de implementatie van programma's te sturen en vertalen zich vaak op kortere termijn dan resultaatdoelstellingen.
- Ten slotte onderscheiden we **structuurdoelstellingen**, die vooral politieke engagementen**,** investeringen, of veranderingen in wet- of regelgeving betreffen.

In eerste instantie screenden we de websites van de supranationale instellingen (voornamelijk WGO, WGO/Europa, VN, Europese Commissie) op doelstellingen die aan de bovenstaande definitie beantwoorden. Doelstellingen die buiten de domeinen van het HSPA-rapport vallen (bv. doelstellingen inzake milieu) werden niet weerhouden, net als doelstellingen die niet relevant zijn voor de Belgische context (bv. malaria) of waarvan de termijn reeds is overschreden (bv. doelstellingen voor 2015).

De hieruit resulterende lijst werd gevalideerd en aangevuld door de leden van de stuurgroep en drie externe expertgroepen.

4.1. Relevante indicatoren, maar doelstellingen aan te passen aan de Belgische context

Veel doelstellingen van de supranationale instellingen zijn relevant voor de Belgische bevolking, maar hun streefwaarden zijn vaak te weinig ambitieus. Daarom moeten we ze **aanpassen aan de Belgische situatie**. Ter illustratie: "de neonatale mortaliteit verlagen tot onder 12 op 1000 levendgeborenen en de mortaliteit van kinderen jonger dan 5 jaar tot onder 25 op 1000 levendgeborenen" is een doelstelling van de VN (*UN Sustainable Development Goals 2030*), terwijl België in 2015 al ver onder deze streefcijfers ging, met respectievelijk 2 op 1000 en 4 op 1000 levendgeborenen.

Om deze doelstellingen naar Belgische normen te vertalen, dient samen met **Belgische experts en stakeholders op het terrein** (gynaecologen, pediaters, ONE, K&G,…) te worden bepaald welke indicatoren nog kunnen worden verbeterd, voor welke bevolkingsgroepen, onder welke voorwaarden, enz.

Sommige supranationale doelstellingen zijn aggregate, **samengestelde resultaatdoelstellingen**, die eerst **in meer specifieke resultaatdoelstellingen** en daarna in concrete **procesdoelstellingen** moeten worden opgesplitst. Zo is de doelstelling "1,5% jaarlijkse daling in sterfte door hart- en vaatziekten, kanker, diabetes en chronische luchtwegaandoeningen in 2020" van het Europese WGO programma Health 2020 zodanig multifactorieel dat het moeilijk is om er concrete beleidsmaatregelen en actiepunten uit af te leiden. Dergelijke doelstelling zou best worden vertaald naar subdoelstellingen, zoals voor cardiovasculaire mortaliteit alleen, en verder naar operationele doelstellingen, zoals voor het aantal mensen dat regelmatig de bloeddruk laat controleren.

4.2. Voorbeelden van supranationale doelstellingen

De geïdentificeerde supranationale doelstellingen hebben voornamelijk betrekking op de domeinen **gezondheidstoestand** (bv. daling van mortaliteit of kankerincidentie), **toegankelijkheid** (universele dekking)**, preventieve zorg** (vooral m.b.t. vaccinaties) **en gezondheidspromotie** (voornamelijk gericht op gewicht, lichaamsbeweging, voeding en middelengebruik). Doelstellingen inzake hiv en seksueel overdraagbare aandoeningen komen herhaaldelijk terug in verschillende domeinen (toegankelijkheid, doeltreffendheid en gepastheid van zorg, preventieve zorg). Enkele doelstellingen hebben betrekking op geestelijke gezondheid (daling van zelfdodingen, meer ondersteuning bij psychiatrische stoornissen).

We vonden weinig doelstellingen voor de efficiëntie van zorg (behalve voor hiv en infectieziekten), de gepastheid van zorg (ook hier alleen voor hiv) of veiligheid van zorg (twee doelstellingen over de veiligheid van bloeddonatie en transfusie).

Er werd geen enkele supranationale doelstelling geïdentificeerd voor continuïteit van zorg, patiëntgerichtheid, efficiëntie, duurzaamheid, zorg op lange termijn voor ouderen en zorg rond het levenseinde.

5. OVERZICHT VAN BESTAANDE GEKWANTIFICEERDE GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN OP FEDERAAL NIVEAU

5.1. Verschillende actoren stelden reeds meerdere actieplannen voor

Er bestaan verschillende, door de federale overheid gedragen plannen, waarin ambitieuze doelstellingen worden geformuleerd. Enkele voorbeelden: de actieplannen "Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken" en "e-health" gelanceerd door de federale ministers van Volksgezondheid en de gefedereerde entiteiten, het “Plan van aanpak voor de hervorming van het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering” en het “Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie” gelanceerd door de federale minister van Volksgezondheid. Daarnaast formuleert de administratieve en wetenschappelijke wereld heel wat aanbevelingen, zoals het RIZIV (bv. het actieplan “Handhaving in de gezondheidszorg” of het “Witboek over de toegankelijkheid van de zorg in België”, geschreven in samenwerking met Dokters van de Wereld), de Hoge Gezondheidsraad, het WIV of het KCE.

5.2. Voorbeelden van federale gekwantificeerde doelstellingen

We analyseerden deze en vele andere federale documenten en gingen op zoek naar gekwantificeerde doelstellingen die aan onze definitie beantwoorden. Net zoals bij de supranationale doelstellingen, classificeerden we de doelstellingen op basis van de in het HSPA-rapport gedefinieerde domeinen.

De inventaris bevestigt dat meerdere actoren reeds het initiatief namen om **gekwantificeerde doelstellingen** te bepalen, zowel op macro- als op meso- en microniveau. Dit geldt vooral voor het domein van gepastheid van zorg, waarin specifieke doelstellingen werden vastgelegd, bv. voor het

gebruik van radiologische beeldvorming of het voorschrijven van antibiotica en andere geneesmiddelen. Voor de efficiëntie vinden we dan weer gekwantificeerde doelstellingen voor goedkope voorschriften. Er bestaan ook heel specifieke doelstellingen m.b.t. toegankelijkheid (aantal in het ziekenhuis opgenomen patiënten in een twee- of meerpersoonskamer voor een borstreconstructie) en duurzaamheid (bv. gebruik van e-health door huisartsen).

Op vlak van gezondheidspromotie vonden we doelstellingen over het aantal volwassen rokers, het aantal ingenomen calorieën per dag en de voedingssamenstelling van voedingsproducten. Voor preventieve zorg zijn er een aantal interministeriële doelstellingen voor vaccinatie (bof, mazelen en rodehond) en is er een algemene doelstelling over een reductie in ongelijkheid in levensverwachting naargelang opleiding of geslacht. We identificeerden geen gekwantificeerde federale doelstellingen voor doeltreffendheid, veiligheid en continuïteit van zorg, patiëntgerichtheid van zorg, geestelijke gezondheidszorg, zorg op lange termijn voor ouderen en zorg rondom het levenseinde.

Deze initiatieven blijven echter versnipperd. Zij worden niet ondersteund, omkaderd, gecoördineerd (bv. via een specifiek platform), noch naar buiten gecommuniceerd als een reeks samenhangende doelstellingen. Ze zijn ook niet erg zichtbaar, en al zeker niet voor de internationale gemeenschap. Het inventariseren en publiceren van de bestaande doelstellingen, wat de missie is van dit project, kan daarom aanzien worden als een eerste stap naar het maximaal valoriseren van de bestaande initiatieven bij de verdere uitbouw van een federaal gecoördineerd beleid m.b.t. gezondheidsdoelstellingen.

Het overzicht van de gekwantificeerde doelstellingen op federaal niveau is te vinden in het wetenschappelijk rapport.

5.3. Om een stap verder te zetten: vele indicatoren zijn beschikbaar

In België zijn er al vele indicatoren beschikbaar; ze kunnen worden gebruikt om verdere doelstellingen te formuleren en de evolutie van de verbeterpunten op te volgen. Verschillende meetinstrumenten werden al ontwikkeld op federaal niveau, waaronder:

- De *Health System Performance Assessment* (HSPA) rapporten, ontwikkeld door het KCE, het RIZIV en het WIV, waarvan het framework het kader van dit project vormt;
- De Gezondheidsenquête (*Health Interview Survey* - HIS[a]), uitgevoerd door het WIV, met betrekking tot de gezondheidstoestand, de medische consumptie, leefstijl, socio-economische status en andere gezondheidsdeterminanten;
- De nationale voedselconsumptiepeiling[b] (*Food Consumption survey* - FCS), eveneens ontwikkeld door het WIV, die bij de Belgische bevolking data verzamelt over haar voeding en eetgewoonten, lichaamsbeweging, voedselveiligheid en haar mening over het voedingsbeleid;
- De IMA-atlas, ontwikkeld door het Intermutualistisch Agentschap (IMA). Deze database bevat gegevens over demografische en sociaaleconomische variabelen, gezondheidstoestand, toegang tot zorg, preventie, consumptie en organisatie van gezondheidszorg. De statistieken en indicatoren zijn beschikbaar via een interactieve website.[c]

Ook op regionaal niveau werden al een aantal databases ontwikkeld (Vaccinet, SPE, CePIP,…). Verder worden kwaliteitsindicatoren (samen met gekwantificeerde doelstellingen) voor ziekenhuizen ontwikkeld in het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²) en het Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS) aan Franstalige zijde.

a https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx
b https://fcs.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx
c http://atlas.ima-aim.be/home.aspx?ReturnUrl=%2f

Deze lijst van indicatoren is nog verre van volledig. Op basis van de beschikbare longitudinale sociodemografische, financiële en pathologie gegevens, beheerd door verschillende federale instellingen, kunnen nog veel bijkomende indicatoren worden gecreëerd. Zo kunnen patiënten behandeld voor aandoeningen zoals diabetes, long- of nierziekte, hiv of tuberculose, relatief eenvoudig worden opgespoord op basis van hun geneesmiddelengebruik.

De beschikbare gegevens hebben echter ook belangrijke beperkingen. Een aantal gezondheidsproblemen blijft immers moeilijk te meten, zoals bv. onbehandelde diabetes.

Het is daarom belangrijk dat de reeds geleverde inspanningen worden volgehouden en dat de bestaande databases ondersteuning blijven krijgen en verder worden uitgebouwd.

5.4. Sneuvelvoorstellen voor aanvullende gestructureerde doelstellingen op basis van indicatoren van het HSPA-rapport

In de bijlage van dit rapport zijn 81 doelstellingen opgenomen, die geformuleerd werden op basis van de HSPA indicatoren. Deze doelstellingen zijn echter slechts sneuvelvoorstellen; ze vormen een mogelijke basis voor verder werk. Wegens het grote aantal indicatoren werden de doelstellingen op systematische wijze geformuleerd. Er werd een (beperkt) keuzepalet opgesteld met modaliteiten om doelstellingen te bepalen (10% verbetering; evolueren naar EU-15 gemiddelde; evolueren naar EU-15 top-3) (voor de details verwijzen we naar de bijlage). Dit levert echter niet altijd op maat gesneden doelstellingen op die zowel ambitieus als haalbaar zijn en rekening houden met de specifieke context van de indicator. Ze werden ook niet met stakeholders besproken.

De lijst met voorstellen voor doelstellingen is lang en er zullen keuzes moeten worden gemaakt. Vervolgens kunnen de doelstellingen en hun tijdshorizon meer op maat bepaald worden, op basis van een nauwkeurig en diepgaand advies van stakeholders en wetenschappers.

6. CONCLUSIE

6.1. Een overzicht met verschillende soorten doelstellingen

De inventaris met gekwantificeerde doelstellingen voor het federale niveau is heel gevarieerd, niet enkel qua inhoud maar ook qua aard en tijdshorizon. Om te beginnen worden de doelstellingen op verschillende niveaus geformuleerd, zowel op **politiek niveau** (bv. doelstelling van de minister van Volksgezondheid i.v.m. het aantal rokers), als op een meer **operationeel of administratief** niveau (bv. doelstellingen i.v.m. voorschrijfgedrag van de Nationale Raad voor KwaliteitsPromotie), of op **wetenschappelijk niveau** (bv. aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad i.v.m. vaccinatie of voeding). Over het algemeen beogen de doelstellingen op wetenschappelijk niveau vaker een ideaal, een op **langere termijn** te bereiken doel, terwijl de doelstellingen op bestuurlijk niveau vaker concreet zijn en een **kortere termijn** beogen, al zijn er hierop ook uitzonderingen.

Er is ook een mix van doelstellingen op **macroniveau** (op niveau van de Belgische bevolking, bv. daling in het verschil in levensverwachting naargelang opleiding en geslacht), op **mesoniveau** (op niveau van ziekenhuizen, bv. doelstellingen voor ziekenhuizen die deelnemen aan een conventie met het RIZIV) en op **microniveau** (op niveau van individuele zorgverleners, bv. doelstellingen i.v.m. goedkoop voorschrijven voor artsen en tandartsen). Het overzicht bevat eveneens een mengeling van **resultaat-, proces- en structuurdoelstellingen**.

Al deze verschillende "lagen" kunnen gecombineerd worden, en hieruit volgt een grote variëteit aan doelstellingen. Doelstellingen op politiek, administratief of wetenschappelijk niveau kunnen macro-, meso- en microniveau behandelen, en zowel resultaten als processen of structuren beogen. Sommige combinaties liggen moeilijker, bv. voor resultaatdoelstellingen op mesoniveau en microniveau kunnen casemix correcties noodzakelijk zijn.

Om de heterogene set aan doelstellingen tot een coherent geheel te maken en verder uit te bouwen, wordt aanbevolen **een platform op te richten** met politieke, administratieve, wetenschappelijke en operationele vertegenwoordigers van de verschillende relevante niveaus en domeinen.

6.2. Beschrijvende of gekwantificeerde doelen?

Aangezien we ons, voor het opstellen van de inventaris, beperkt hebben tot gekwantificeerde doelstellingen, weerspiegelt de gepresenteerde lijst slechts een fractie van het gezondheidsbeleid op federaal niveau. Dat niet alle doelstellingen gekwantificeerd worden is op zich geen gebrek. Sommige gezondheidsproblemen - soms zelfs zeer ernstige - zijn moeilijk te meten. Daarom kan een programma dat uitsluitend op gekwantificeerde doelstellingen is gebaseerd nooit alle ambities van een gezondheidsbeleid bevatten.

Afhankelijk van de context waarin en de manier waarop ze gebruikt worden, kunnen gekwantificeerde doelstellingen ook een aantal risico's of nadelen inhouden. Denken we bv. aan gegevensmanipulatie of overconsumptie, als er enkel een minimale doelstelling wordt vastgelegd en geen maximale.

Is het kwantificeren van doelstellingen dan een absolute must? Sommige buitenlandse programma's formuleren hun doelstellingen op een louter beschrijvende manier (zoals gesundheitsziele.de in Duitsland of gesundheitsziele-oesterreich.at in Oostenrijk), andere wel hoofdzakelijk gekwantificeerd (zoals healthypeople.gov in de Verenigde Staten). In beide benaderingen worden indicatoren geïdentificeerd om de evolutie van de verbeterpunten op te volgen, waardoor ze in fine toch niet zo verschillend zijn.

In alle geval dienen doelstellingen aan de bekende SMART criteria te voldoen:

- specifiek (S),
- meetbaar (M): gekwantificeerd of op zijn minst wordt een op te volgen indicator gepreciseerd,
- ambitieus, acceptabel, "achievable", of "agreed" (A),
- realistisch (R) en
- tijdgebonden (T).

Daarnaast hebben doelstellingen volgens beleidsanalisten meer invloed wanneer ze:

- op korte termijn zijn (i.p.v. op lange termijn);
- gespecificeerd en opgevolgd worden op een niveau dichtbij de implementatie, bv. het niveau van de zorgorganisaties;
- professionnals betrekken en mobiliseren voor het bepalen en implementeren van de doelstellingen;
- de organisaties die de doelstellingen moeten bereiken, de nodige financiële middelen, informatie en leidinggevende vaardigheden toegewezen krijgen;
- aan concrete stimuli worden gekoppeld.

6.3. Wat zijn de volgende stappen?

6.3.1. Prioritaire domeinen selecteren

De doelstellingen opgenomen in dit rapport (zowel de bestaande als de voorstellen in bijlage) vormen samen met de vele indicatoren (ook zowel de bestaande als eventueel nieuw te creëren) een basis waarbinnen **prioriteiten** kunnen worden gesteld. Een prioriteitenselectie kan bijvoorbeeld gebeuren aan de hand van een multicriteria-analysemethode, zoals in het Duitse programma, waar 13 dimensies in aanmerking worden genomen voor de identificatie van prioritaire domeinen.

6.3.2. Doelstellingen verbinden met actieprogramma's

Binnen de prioritaire domeinen dienen de doelstellingen verder uitgebouwd te worden. De HSPA-indicatoren werden oorspronkelijk geselecteerd op basis van een compromis tussen conceptuele relevantie (wat idealiter zou worden gemeten) en haalbaarheid (beschikbaarheid van gegevens en beheersbaarheid van het aantal indicatoren). De doelstellingen die wij op basis van deze indicatoren in onderhavig rapport hebben voorgesteld, zijn bijgevolg ook niet exhaustief. Ze dienen verder aangevuld of aangepast te worden bijvoorbeeld in functie van lopende en toekomstige actieplannen. Een dergelijke aanpak zou echter gebaat zijn met een **nauwgezette coördinatie**.

De bestaande actieplannen kunnen doelstellingen genereren, maar vice versa kan de selectie en formulering van doelstellingen ook aanleiding geven tot nieuwe actieplannen. We verwijzen naar de voorbeelden in Oostenrijk en Duitsland waar de werkgroepen voor het formuleren van doelstellingen eveneens maatregelen en concrete acties voorstellen en in gang zetten om de doelstellingen te bereiken.

6.3.3. Een noodzakelijke voorwaarde: stakeholders betrekken

De bovenstaande etapes leveren een lijst met doelstellingen op, aangepast en verfijnd in functie van beleidsprioriteiten en rekening houdend met maatregelen op vlak van terugbetaling, investeringen, wet- en regelgeving, enz. Het is hierbij cruciaal om in elke fase de verschillende belanghebbenden te betrekken, zodat de doelstellingen concreet, ambitieus en realistisch zijn en worden gedragen door alle actoren.

Voor elke doelstelling moet een panel van relevante stakeholders worden samengebracht, zodat samen met hen kan worden bepaald welke de interessantste doelstellingen zijn, met welke subpopulaties rekening moet worden gehouden, welke de te verwachten verbeteringen kunnen zijn, onder welke voorwaarden, enz. Dit werk van lange adem ligt aan de basis van elk programma voor het bepalen van gezondheidsdoelstellingen.

6.3.4. Health in all policies

In dit rapport volgden we de algemene structuur van het HSPA-rapport, dat de algemene doelstellingen voor het verbeteren van de gezondheidstoestand van de bevolking en het terugdringen van ongelijkheden in gezondheid vooropstelt, en de kenmerken van een performant gezondheidssysteem beschrijft. Niet-medische determinanten van gezondheid, zoals leef- en werkomstandigheden of omgevingsfactoren komen in dit rapport niet aan bod.

In sommige landen volgen de programma's voor het bepalen van doelstellingen het principe van "health in all policies", waarmee ze het belang benadrukken van samenwerking met andere beleidsterreinen. Zal dit ook voor de Belgische gezondheidsdoelstellingen een volgende fase zijn?

AANBEVELINGEN

***Aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de federale gezondheidsinstanties*:**

- **Doorgaan met de reeds opgestarte initiatieven voor het bepalen van doelstellingen; hierbij evolueren van de huidige ad hoc aanpak naar een gestructureerde aanpak.**
- **Een platform creëren voor de coördinatie, ondersteuning en bekendmaking van het beleid rond het bepalen van doelstellingen. Dit platform moet de politieke, administratieve, wetenschappelijke en operationele vertegenwoordigers van de verschillende relevante bevoegdheidsniveaus en domeinen verzamelen.**
- **Buitenlandse voorbeelden tonen de volgende opties voor een gestructureerd proces voor het bepalen van gezondheidsdoelstellingen:**
  - **Een selectieve gefocuste aanpak OF een globale geïntegreerde aanpak:**
    - **doelstellingen ontwikkelen voor enkele voorkeursdomeinen (geselecteerd met behulp van bv. een MCDA-analyse) OF een uitgebreide lijst opstellen met doelstellingen die alle belangrijke gezondheidsdomeinen dekken.**
  - **Een gekwantificeerde OF een descriptieve benadering OF een mix van beide.**
- **De doelstellingen van het platform dienen te worden aangevuld met:**
  - **aanbevelingen over de te nemen maatregelen om de doelstellingen te bereiken;**
  - **operationele doelstellingen op macro-, meso- en microniveau;**
  - **informatie en evidence-based aanbevelingen voor zorgverleners;**
  - **informatie bestemd voor patiënten/consumenten.**
- **Dit project kan gebruikt worden als ondersteuning bij de verdere samenwerking met de Wereldgezondheidsorganisatie in het kader van de Country Cooperation Strategy WGO-België 2016-2022.**

COLOFON

Titel:	Verkennende stappen voor het formuleren van doelstellingen voor het Belgische gezondheidssysteem – Synthese
Auteurs:	Caroline Obyn (KCE), Audrey Cordon (KCE), Laurence Kohn (KCE), Carl Devos (KCE), Christian Léonard (KCE)
Project coordinator:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE); Gudrun Briat (KCE)
Externe experten:	Hervé Avalosse (Mutualité Chrétienne), Tobias Backhaus (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. [GVG] *gesundheitsziele.de*, Germany), Lutgart Braeckman (Universiteit Gent - Department of Public health), Christian De Bock (Mutualité Chrétienne), Murielle Deguerry (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Lieven De Raedt (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Karin De Ridder (WIV – ISP), Stefaan Desmarest (WIV – ISP), Mireille Goemans (INAMI – RIZIV), Rita Goetschalckx (INAMI – RIZIV), Denis Herbaux (Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients [PAQS]), David Hercot (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale), Joeri Guillaume (Socialistische Mutualiteiten), Catherine Le Gales (Institut Francilien Recherche Innovation Société [IFRIS], France), Murielle Lona (Mutualités Libres), Alain Piette (SPF Emploi – FOD Werkgelegenheid), Françoise Renard (ISP – WIV), Rik Thys (Socialistische Mutualiteiten), Saskia Van den Bogaert (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Pieter Vandenbulcke (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Stephan Van den Broucke (UCL), Johan Van Der Heyden (WIV – ISP), Dominique Vandijck (ICURO, Zorgnet-Icuro, UHasselt), Elisabeth Van Eycken (Belgian Cancer Registry), Chris Van Hul (Onafhankelijke Ziekenfondsen), Vanessa Vanrillaer (Onafhankelijke Ziekenfondsen), Dirk Wildemeersch (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)
Stakeholders:	Leden van de stuurgroep: • Vertegenwoordigers van de beleidscel van de federaal Minister van Volksgezondheid: Regina De Paepe, Mieke Walraevens • INAMI – RIZIV: Pascal Meeus • FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique: Pol Gerits, Margareta Haelterman • WIV – ISP: Brecht Devleesschauwer, Françoise Renard
Externe validatoren:	Hans Kluge, (WHO Regional Office For Europe), Gaetan Lafortune (OECD), Matthias Wismar (European Observatory on Health Systems and Policies)
Acknowledgements:	Elke Jakubowski (WHO Regional Office for Europe), Govin Permanand (WHO Regional Office for Europe), Szabolcs Szigeti (WHO Regional Office for Europe); France Vrijens (KCE)

Gemelde belangen:	Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict. Lidmaatschap van een belangengroep, of voorzitterschap of verantwoordelijkheidsfunctie van een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit op wie de resultaten van deze studie een impact kunnen hebben: Murielle Deguerry (Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale – Communautaire commissie Brussel-hoofdstad), Denis Herbaux (PAQS, ziekenhuizen en zorgstructuren), David Hercot (Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale – Communautaire commissie Brussel-hoofdstad), Rik Thys (De Spiegel vzw), Saskia Van den Bogaert (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Pieter Vandenbulcke (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Elisabeth Van Eycken (BVRO – ABRO, VBS – GBS radiotherapie oncologie). Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Karin De Ridder (Belgian Food Consumption Survey 2014, Exposure risk assessments), Stefaan Desmarest (HealthInterview Survey), David Hercot (Studie over het zorgsysteem in Brussel). Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Karin De Ridder (EFSA).
Layout:	Joyce Grijseels, Ine Verhulst
Disclaimer:	• **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (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 oktober 2017
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Health Policy, Delivery of Health Care, Health Services Accessibility, Quality of Health Care, Efficiency, Health Promotion, Healthcare Disparities
NLM classificatie:	W84

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2017/10.273/59

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-publicaties.

Hoe refereren naar dit document? Obyn C, Cordon A, Kohn L, Devos C, Léonard C. Verkennende stappen voor het formuleren van doelstellingen voor het Belgische gezondheidssysteem – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 292As. D/2017/10.273/59.

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