

EVALUATIE VAN DE PERFORMANTIE VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM: ZORG VOOR MENSEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING



EVALUATIE VAN DE PERFORMANTIE VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM: ZORG VOOR MENSEN MET EEN CHRONISCHE AANDOENING

CHARLINE MAERTENS DE NOORDHOUT, CARL DEVOS, JEF ADRIAENSSENS, NICOLAS BOUCKAERT, CELINE RICOUR, SOPHIE GERKENS



COLOFON

Titel:	Evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem: zorg voor mensen met een chronische aandoening
Auteurs:	Charline Maertens de Noordhout (KCE), Carl Devos (KCE), Jef Adriaenssens (KCE), Nicolas Bouckaert (KCE), Céline Ricour (KCE), Sophie Gerkens (KCE)
Project facilitator:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Externe experts en stakeholders:	Benjamin Bels (LUSS – Ligue des Usagers des Services de Santé), Jean-Pierre Blondeel (Observatorium voor de chronische ziekten, Hodgkin and non-Hodgkin vzw), Paul Callewaert (SOCMUT – Socialistische mutualiteiten), Sabine Corachan (LUSS), Albert Counet (Observatoire des maladies chroniques, LUSS et Ligue Huntington), Lut De Baere (BOKS – Belgische Organisatie voor Kinderen en volwassenen met een Stofwisselingsziekte), Regina De Paepe (Landsbond der Onafhankelijke Ziekenfondsen), Brecht Devleesschauwer (Sciensano), Siska Germonpré (NVSM – Nationaal Verbond Socialistische Mutualiteiten), Laura Jame (VPP – Vlaams Patiëntenplatform), Fulgence Lupaka Issa Azala (Observatoire des maladies chroniques, INAMI – RIZIV Institut national d'assurance maladie-invalidité – Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering, SPP Intégration Sociale – POD Maatschappelijke Integratie), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV), Françoise Renard (Sciensano), Eva Schoeters (RaDiOrg, Rare Diseases Belgium), Sigrid Van Corenland (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Johan Van der Heyden (Sciensano), Marie Villance (LUSS), Harun Yaras (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid)
Externe validatoren:	Jon Cylus (European Observatory on Health Systems and Policies), Jean Macq (UCLouvain – Université catholique de Louvain), Michael Van den Berg (OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development)
Acknowledgements:	We bedanken graag de volgende experts voor hun ondersteuning tijdens deze studie; El Maâti Allaoui, (AIM – IMA - Agence InterMutualiste – InterMutualistisch Agentschap), Nathalie Bossuyt (Sciensano), Danielle Croisiaux (AIM – IMA), Marie Dauvrin (KCE), Hyacinthe De Lhoneux (INAMI – RIZIV), Ri De Ridder (Cabinet Frank Vandenbroucke), Stephan Devriese (KCE), Tonio Di Zinno (AIM – IMA), Valérie Fabri (UNMS), Jennifer Hernould (INAMI – RIZIV), Bernard Landtmeters (CM), Sarah Laplasse (Bond Moyson, NVSM), Astrid Lavens (Sciensano), Roos Leroy (KCE), Renaud Louis (CHU de Liège, pneumologie – allergologie), Xavier Rygaert (AIM – IMA), Vinciane Sizaire (Fares asbl), Anne Spranger (Berlin University of Technology), Benjamin Swine (INAMI – RIZIV), Nathalie Terryn (SPF SPSCAE – FOD VVVL), Carine Van de Voorde (KCE), Amelie Van Vyve (Sciensano), Martine Verstreken (IMA – AIM), Lilas Weber (Fares asbl), Karl Martin Wissing (UZ Brussel))
Gemelde belangen:	Alle experts 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.



Layout:

Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Disclaimer:

- 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:

21 april 2022

Domein:

Health Services Research (HSR)

MeSH:

Chronic disease, health services accessibility, quality of health care, efficiency, Belgium

NLM classificatie:

W 84

Taal:

Nederlands

Formaat:

Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot:

D/2022/10.273/15

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?

Maertens de Noordhout C, Devos C, Adriaenssens J, Bouckaert N, Ricour C, Gerkens S.. Evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem: zorg voor mensen met een chronische aandoening. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 352A. D/2022/10.273/15.

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



■ VOORWOORD

KCE is het engagement aangegaan om, in samenwerking met verschillende partners, periodiek analyses uit te voeren van de prestaties van het Belgische gezondheidssysteem. Om ons gezondheidsbeleid zo goed mogelijk te sturen, is deze oefening belangrijk. Het benadrukt bepaalde zwakke punten in de verschillende bestudeerde gebieden, zoals kwaliteit van zorg, toegankelijkheid, gelijkheid, enz. om richting te geven aan de te ondernemen acties. Naast deze transversale analyse van ons systeem, is het ook noodzakelijk om onze aandacht te richten op bepaalde groepen mensen, die om de een of andere reden in verschillende opzichten kwetsbaarder lijken. Dit is de oefening waaraan ons onderzoeksteam is begonnen, dit keer kijkend naar de situatie van personen met een chronische aandoening.

Vooraf door de vergrijzing van de bevolking hebben steeds meer Belgen chronisch zorg nodig en lijden ze dagelijks onder de gevolgen die dit meebrengt (daling van levenskwaliteit, stijging van gezondheidsuitgaven, enz.). Onze overheid heeft verschillende maatregelen genomen om deze mensen zo goed mogelijk te ondersteunen, zowel wat betreft kwaliteit van de geleverde zorg als wat betreft betaalbaarheid. Maar is het resultaat van deze inspanningen voldoende? Dat is de vraag die het KCE zich terecht heeft gesteld wanneer het bestudeerde of de manier waarop ons gezondheidssysteem personen met een chronische aandoening zorg aanbiedt minstens zo efficiënt is als voor de rest van de bevolking. En dat was een hele uitdaging.

Hoewel er in België verschillende manieren zijn om mensen met een chronische ziekte te identificeren, geeft geen van deze een optimaal beeld. Het ontbreken van een duidelijke en ondubbelzinnige definitie, nationaal erkend, maakt het nog moeilijker om hen te identificeren. Na een oordeelkundige selectie van de 27 meest relevante indicatoren moesten de KCE-onderzoekers creatief zijn in hun analyses, en moesten ze de beschikbare gegevens adequaat koppelen, om de bestaande onduidelijkheden zo goed mogelijk te kunnen overbruggen en de huidige trends zichtbaar te maken.

Het is nu aan u, beste lezers, om de resultaten van deze analyses te ontdekken en om u via dit KCE-rapport te verdiepen in een deel van de dagelijkse realiteit van de vele, vaak zeer moedige mensen in ons land die zich in een moeilijke gezondheidssituatie bevinden.

Christophe JANSSENS
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Marijke EYSEN
Algemeen Directeur a.i.



■ INHOUDSOPGAVE

■	VOORWOORD.....	2
DEEL 1 –	CONTEXT EN METHODE	14
1	CONTEXT EN DOELSTELLINGEN	14
1.1	INLEIDING.....	14
1.2	CONCEPTUEEL KADER	15
1.3	REIKWIJDTE EN DOELSTELLING VAN HET RAPPORT	16
1.4	DEFINITIE VAN CHRONISCHE ZIEKTEN: EEN EERSTE KRITISCHE NOOT	17
1.4.1	Criteria voor de definitie	17
1.4.2	Bestaande lijsten van chronische ziekten	19
1.4.3	Besluit	20
1.5	MANIEREN OM CHRONISCHE PATIËNTEN TE IDENTIFICEREN IN NATIONALE DATABASES.....	20
1.6	SPECIFIEKE MAATREGELEN VOOR CHRONISCH ZIEKEN	21
1.6.1	Maatregelen om de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken te verbeteren.....	21
1.6.2	Algemene beschrijving van de belangrijkste financiële beschermingsmaatregelen.....	21
1.6.3	Specifiek statuut voor personen met een chronische aandoening	22
1.6.4	Discussie.....	31
2	METHODEN EN GEGEVENS.....	31
2.1	SELECTIE VAN INDICATOREN	31
2.1.1	Voorselectieproces.....	32
2.1.2	Definitieve selectie van indicatoren.....	34
2.2	GEGEVENSBRONNEN	37
2.3	HOE VOERDEN WE DE EVALUATIE UIT?	39



DEEL 2 – RESULTATEN	41
3 CONTEXTUELE INDICATOREN.....	41
3.1 PERCENTAGE PERSONEN MET HET RIZIV-STATUUT CHRONISCHE AANDOENING VOLGENS HUN GEZONDHEIDSUITGAVEN OP BASIS VAN NOMENCLATUURTARIEVEN	46
3.2 PERCENTAGE PERSONEN DAT EEN CHRONISCHE ZIEKTE RAPPORTEERT	47
3.3 PERCENTAGE PERSONEN DAT DE AFGELOPEN 12 MAANDEN MULTIMORBIDITEIT RAPPORTEERDE.....	49
3.4 ERVAREN KWALITEIT VAN LEVEN.....	51
3.5 BESLUIT.....	52
4 ZORGKWALITEIT.....	53
4.1 DOELTREFFENDHEID VAN DE ZORG	53
4.1.1 Doeltreffendheid van de eerstelijnszorg voor chronische patiënten met astma, diabetes of COPD	55
4.1.2 Doeltreffendheid van de zorg voor chronisch zieken met tuberculose	57
4.1.3 Besluit	58
4.2 GEPASTHEID VAN DE ZORG	59
4.2.1 Gepastheid van de opvolging van patiënten met diabetes	60
4.2.2 Besluit	61
4.3 ZORGCONTINUÏTEIT	63
4.3.1 Beoordeling van de informationele continuïteit in de huisartsenpraktijk, met een onderscheid tussen personen met en zonder het statuut chronisch aandoening	65
4.3.2 Beoordeling van de informationele continuïteit op het vlak van medicatie, met een onderscheid tussen personen met en zonder het statuut chronisch aandoening	68
4.3.3 Beoordeling van de managementcontinuïteit tussen ziekenhuis en huisartsenpraktijk, met een onderscheid tussen personen met en zonder het statuut chronische aandoening	70



4.3.4	Beoordeling van de coördinatie in de ambulante zorg voor chronisch zieken	70
4.3.5	Besluit	73
4.4	PATIËNTGERICHTHEID VAN DE ZORG	74
4.4.1	Arts spendeert genoeg tijd aan patiënt tijdens consultatie	76
4.4.2	De arts geeft de patiënten de gelegenheid om vragen te stellen of zorgen te uiten over de aanbevolen behandeling	76
4.4.3	De arts betreft de patiënt zoveel als deze wil bij beslissingen over zorg en behandeling	77
4.4.4	Besluit	77
5	BILLIJKHEID EN TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG	77
5.1	FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID EN BILLIJKHEID IN DE GEZONDHEIDSZORG	77
5.2	UITGESTELDE MEDISCHE CONTACTEN OM FINANCIËLE REDENEN	80
5.3	EIGEN BETALINGEN ALS AANDEEL VAN DE TOTALE GEZONDHEIDSUITGAVEN	81
5.4	CATASTROFALE, VERARMENDE EN VERDER VERARMENDE EIGEN BETALINGEN	84
5.5	BESLUIT	86
6	EFFICIËNTIE	87
6.1	LOW-CARE DIALYSE	87
6.2	BESLUIT	88
7	PERFORMANTIEDOMEIN	89
7.1	PREVENTIE	89
7.1.1	Griepvaccinatie bij ouderen	91
7.1.2	Borstkankerscreening	93
7.1.3	Regelmatig bezoek aan de tandarts	93
7.1.4	Besluit	94
7.2	ANDERE DOMEINEN	94



8	DISCUSSIE EN BESLUIT	95
8.1	STERKE EN ZWAKKE PUNTEN VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM OP HET VLAK VAN DE ZORG VOOR CHRONISCHE PATIËNTEN	95
8.2	BEPERKINGEN.....	97
8.3	BESLUIT	99
9	AANBEVELINGEN	101
■	APPENDIX	103
	APPENDIX 1. ZOEKSTRATEGIEËN HSPA	103
	APPENDIX 2. NIET OPGENOMEN INDICATOREN.....	104
■	REFERENTIES	106



FIGURENLIJST

Figuur 1 – Conceptueel kader om de performantie van het Belgische gezondheidssysteem te evalueren	16
Figuur 2 – Drie perspectieven voor het definiëren van chronisch zieken.....	17
Figuur 3 – Percentage personen met een pseudo-ziekte die als chronische ziekte wordt vermeld: alle verzekerde personen, personen met/zonder RIZIV-statuuat chronische aandoening	28
Figuur 4 – Percentage raadplegingen (bij de huisarts en de specialist) verrekend in derdebetalersregeling....	29
Figuur 5 – Selectieproces van HSPA-indicatoren voor de zorg voor chronisch zieken	33
Figuur 6 – Overlap tussen bevolkingsgroepen met zelfgerapporteerde chronische ziekte, met zelfgerapporteerde multimorbiditeit en met eeb recht op het RIZIV-statuuat chronische aandoening	45
Figuur 7 – Percentage van de bevolking dat recht heeft op het statuuat chronische aandoening (2013 t/m 2020), per gewest	46
Figuur 8 – Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat melding maakt van ten minste één chronische ziekte (jaren 2001, 2004, 2008, 2013, 2018), per gewest.....	48
Figuur 9 – Ziekenhuisopnames voor astma (links) en voor chronische obstructieve longziekte (COPD) (rechts) per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder, per regio (2009-2019).....	56
Figuur 10 – Ziekenhuisopnames voor complicaties van diabetes per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, internationale vergelijking, (2009-2019 en 2019)	57
Figuur 11 – Percentage succesvolle TB-behandelingen (% van de met succes behandelde personen), per jaar en per gewest	58
Figuur 12 – Percentage diabetespatiënten dat de combinatie van vijf testen gedurende 15 maanden krijgt, per regio en per jaar (2009-2019).....	60
Figuur 13 – Aandeel diabetespatiënten dat de combinatie van vijf testen gedurende 15 maanden krijgt, per regio, details per test, 2019, België	62
Figuur 14 – Evolutie van het aantal verzekerden met een globaal medisch dossier (GMD) volgens gewest, jaar (2014-2019) en statuuat chronische aandoening	65
Figuur 15 – Percentage verzekerden met GMD per arrondissement en met of zonder RIZIV-statuuat chronische aandoening (2019)	67
Figuur 16 – Aandeel personen met het RIZIV-statuuat chronische aandoening met een referentieapotheker per gewest (2017-2019) en per arrondissement (2019).....	69



Figuur 17 – Aandeel ziekenhuisopnames gevolgd door een huisartsconsultatie binnen 1 week na ontslag bij oudere patiënten (65+), per arrondissement, met of zonder statuut	72
Figuur 18 – Evolutie in het aandeel patiënten in een diabeteszorgmodel, per zorgmodel (2014-2019).....	73
Figuur 19 – Percentage patiënten (15 jaar en ouder) met een positieve ervaring in verband met de tijd die hun arts tijdens de consultatie aan hen besteedt, volgens statuut of zelfgerapporteerde chronische aandoening, per jaar	76
Figuur 20 – Aandeel remgelden, supplementen en MAF-terugbetalingen in de totale gezondheidsuitgaven, uitgesplitst naar chronische ziektestatus (in 2008, 2012, 2016).....	82
Figuur 21 – Aandeel huishoudens met verarmende en verder verarmende eigen betalingen, catastrofale eigen betalingen en zonder eigen betalingen (2008-2016), volgens statuut chronische aandoening en zelfgerapporteerde chronische aandoening	85
Figuur 22 – Aandeel low-care dialyse in elk gewest per jaar	88
Figuur 23 – Griepvaccinatiegraad van ouderen per provincie, naar RIZIV-statuuut chronische aandoening (2019).....	92
Figuur 24 – Regelmatig tandartsbezoek, naar RIZIV-statuuut chronische aandoening en per regio (2014-2019).....	94



OVERZICHT TABELLEN

Tabel 1 – Medicare & Medicaid-lijst van 21 chronische aandoeningen	19
Tabel 2 – Frequentie van personen met een diagnose van chronische ziekte volgens het RIZIV-statuu chronische aandoening	30
Tabel 3 – Voorgeselecteerde HSPA-indicatoren, per bron en per sectie van het rapport	34
Tabel 4 – De lijst met 27 indicatoren die zijn opgenomen in de HSPA van de zorg voor chronisch zieken	35
Tabel 5 - Pictogrammen bij de evaluatie van indicatoren	40
Tabel 6 – Gebruik van de indicatoren statuut chronische aandoening / zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening als stratificatiefactor van chronische versus niet-chronische indicatoren	42
Tabel 7 – Overzicht van de resultaten van de contextuele indicatoren	44
Tabel 8 – Stratificatie van het statuut chronische aandoening voor de Belgische bevolking (leeftijd, geslacht en verhoogde tegemoetkoming (VT)) en vergelijking van VT in de Belgische bevolking en in de bevolking met het RIZIV-statuu chronische aandoening, 2020	47
Tabel 9 – Aandeel personen dat een chronische ziekte of aandoening rapporteerde in de EU-15 in 2020	49
Tabel 10 – Aandeel personen met zelfgerapporteerde multimorbiditeit in de afgelopen 12 maanden	50
Tabel 11 – Score voor kwaliteit van leven*, per jaar, gewest en recht op het RIZIV-statuu chronische aandoening	52
Tabel 12 – Resultaten van de indicatoren met betrekking tot de doeltreffendheid van de zorg voor chronisch zieken	54
Tabel 13 – Resultaten van de indicatoren voor de gepastheid van de zorg voor chronische patiënten	59
Tabel 14 – Indicatoren voor de zorgcontinuïteit, met en zonder het statuut chronische aandoening	63
Tabel 15 – Indicatoren voor de continuïteit van de zorg voor chronisch zieken	64
Tabel 16 – Percentage verzekerden met een globaal medisch dossier (GMD) volgens RIZIV-statuu chronische aandoening, geslacht, leeftijdscategorie en recht op verhoogde tegemoetkoming (2019)	66
Tabel 17 – Resultaten van de indicatoren voor de patiëntgerichtheid van zorg, chronische versus niet- chronisch status	74
Tabel 18 – Resultaten van de indicatoren van financiële toegankelijkheid en billijkheid, volgens statuut chronische aandoening en zelfgerapporteerde chronische aandoening	79



Tabel 19 – Resultaten van de indicatoren voor de efficiëntie van het gezondheidssysteem.....	87
Tabel 20 – Resultaten van de indicatoren voor preventie, naar statuut chronische aandoening	89
Tabel 21 – Belangrijke determinanten voor chronische ziekten in België, 2018.....	91



AFKORTINGENLIJST

AFKORTING

DEFINITIE

AMI	Acuut hartinfarct
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
COPD	Chronische obstructieve longziekte
DDD	Gemiddelde dagelijkse dosis
ECDC	Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding
ECHI	EU-gezondheidsindicator
EU	Europese Unie
EU-SILC	Europese enquête naar inkomens en levensomstandigheden
FARES	Fonds des Affections Respiratoires
FOD	Federale Overheidsdienst
GMD	Globaal medisch dossier
GP	Huisarts (general practitioner)
HBO	Huishoudbudgetonderzoek
HIS	Gezondheidsenquête
HRQoL	Gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit
HSPA	Evaluatie van de prestatie van het gezondheidssysteem (Health System Performance Assessment)
ICD-10	Internationale classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen, versie 10
ICPC	Internationale classificatie van de eerstelijnszorg
IMA	InterMutualistisch Agentschap
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
LUSS	Ligue des Usagers des Services de Santé
MAF	Maximumfactuur
MZG	Minimale Ziekenhuis Gegevens
NOA	Niet-overdraagbare aandoeningen



OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OOP	Eigen betalingen
PaRIS	Patient-Reported Indicator Survey
PREMs	Patiënt-gerapporteerde ervaringen
PROMs	Patiënt-gerapporteerde uitkomsten
RaDiOrg	Rare Diseases Belgium
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
ROB	Rustoord voor bejaarden
RVT	Rust- en verzorgingstehuis
SHA	Systeem van de gezondheidsrekeningen
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SMART	Specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden
TB	Tuberculose
VPP	Vlaams Patiëntenplatform
VRGT	Vlaamse vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding
VT	Verhoogde tegemoetkoming
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
ZIV	Verplichte ziekteverzekering



BEGRIPPENLIJST

ENG	FR	NL	Verklaring
Chronic patient	Patient chronique	Chronische patiënt	Deze term wordt gebruikt als een generieke term om te verwijzen naar een persoon die lijdt aan ten minste één chronische ziekte/ziekte/aandoening. Deze term wordt voornamelijk gebruikt wanneer de tekst geen chronische toestand beschrijft die verband houdt met een specifieke indicator (zoals hieronder beschreven in deze tabel).
Status for persons with a chronic illness*	Statut affection chronique	Statuut van persoon met een chronische aandoening	Afkorting: Statuut chronische aandoening RIZIV-indicator voor chronisch zieken
Lump sum for chronically ill persons*	Intervention forfaitaire pour malades chroniques	Forfait voor chronisch zieken	
Persons with a self-reported chronic disease*	Personnes souffrant d'une maladie ou d'une affection chronique auto-déclarée	Personen met een zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening	HIS-indicator voor chronisch zieken
Persons with a self-reported chronic condition*			EU-SILC-indicator voor chronisch zieken
Convention	Convention	Conventie	
Patients' co-payments	Tickets modérateurs	Remgelden	Eigen bijdrage van de patiënt zoals beschreven in de nomenclatuur
Supplements	Suppléments	Supplementen	Extra betalingen buiten de nomenclatuurtarieven



Official health expenditures	Dépenses de santé basées sur les tarifs de la nomenclature	Gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven	Dit omvat de RIZIV-uitgaven en de remgelden.
Patients' out-of-pocket payments	Les contributions à charge du patient	De bijdragen ten laste van de patiënt	Afkorting: OOP (eigen betalingen) Dit omvat rechtstreekse betalingen voor niet-vergoede diensten, remgelden en supplementen.
Gezondheidsuitgaven	Dépenses de santé	Gezondheidsuitgaven	Dit omvat eigen betalingen van patiënten, RIZIV- en andere overheidsuitgaven, en vrijwillige verzekeringen

** Voor een beter begrip werden de verschillende bronnen onderscheiden die worden gebruikt om chronische patiënten te identificeren (EU-SILC, HIS ...)*



DEEL 1 – CONTEXT EN METHODE

1 CONTEXT EN DOELSTELLINGEN

1.1 Inleiding

Een Health System Performance Assessment (HSPA) is een proces waarbij het gezondheidssysteem in zijn geheel wordt beoordeeld, een 'gezondheidscheck-up' op basis van meetbare indicatoren. Het concept HSPA wordt specifiek vermeld in het Handvest van Tallinn¹, dat alle Europese landen binnen de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) hebben ondertekend (zie Tekstkader 1). Elke HSPA wordt ontwikkeld volgens een conceptueel kader dat specifiek is voor elk land. Een HSPA is een continu proces, waarbij door regelmatige monitoring de informatiebehoeften van het gezondheidsbeleid worden bepaald. In België begon dit proces in 2007; de vierde en laatste editie van de HSPA of Performantierapport verscheen in 2019.² In België wordt om de 3-4 jaar een Performantierapport gepubliceerd. Om het proces dynamischer te maken, is ervoor gekozen om de periode voorafgaand aan de publicatie van een nieuwe HSPA te gebruiken om nieuwe gebieden te analyseren en bestaande te herzien of te verdiepen. Sinds het Performantierapport van 2019 zijn er al twee tussentijdse rapporten gepubliceerd: een eerste over de billijkheid van het gezondheidssysteem (KCE-rapport 334³) en een tweede over de duurzaamheid van het Belgische gezondheidssysteem op basis van projecties (KCE-rapport 341⁴). Deze derde tussentijdse HSPA richt zich op de zorg voor chronische patiënten.

Door de stijgende levensverwachting en de belangrijke wetenschappelijke doorbraken in de geneeskunde is de kans om een ziekte te overleven en chronisch patiënt te worden aanzienlijk toegenomen.⁵ Over het algemeen is er in België tussen 2014 en 2019 een toename waargenomen van het aantal personen die recht hebben op het RIZIV-statuuat chronische aandoening of met een zelfgerapporteerde chronische ziekte (zie hoofdstuk 3).^{6, 7}

Dit heeft een diepgaande impact op de gezondheidssystemen en op de samenleving in het algemeen. Chronische aandoeningen zijn niet alleen een gezondheidsprobleem; ze hebben een impact op de werkplek, de thuisomgeving, de sociale dienstverlening en het familienetwerk. Kwetsbare en sociaal achtergestelde groepen dragen een grotere chronische ziektelast: de verschillende dimensies van ongelijkheid overlappen en versterken elkaar.³ Daarom is het voor overheden een uitdaging om beleid, interdepartementale budgetten en dienstverlening op elkaar af te stemmen om aan de behoeften van chronische patiënten te voldoen.

Gezien het belang van de thematiek werd deze studie gelanceerd door het Observatorium voor de chronische ziekten en vervolgens ondersteund door instellingen die bij de Belgische HSPA zijn betrokken (Sciensano, FOD Volksgezondheid, RIZIV, federale en gewestelijke vertegenwoordigers van de kabinetten van Volksgezondheid).

Tekstkader 1 – Health System Performance Assessment

De Health System Performance Assessment (HSPA) voor België is een nationaal proces waarbij het gezondheidssysteem in zijn geheel wordt beoordeeld, een 'gezondheidscheck-up'. Het is gebaseerd op indicatoren, die 'signalen' geven, met als doel bij te dragen aan de strategische planning van het gezondheidssysteem door de beleidsmakers. Het eerste Performantierapport voor België werd in 2010 gepubliceerd.⁸ Het meest recente en vierde rapport uit 2019 bevat 121 indicatoren² die vijf dimensies van het gezondheidssysteem vertegenwoordigen: kwaliteit, toegankelijkheid, efficiëntie, duurzaamheid en billijkheid, waarbij de kwaliteit van de zorg verder is onderverdeeld in vijf subdimensies (doeltreffendheid, gepastheid, veiligheid, patiëntgerichtheid, continuïteit). De evaluatie wordt toegepast op vijf domeinen: preventieve zorg, zorg voor moeder en pasgeborene, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en zorg rond het levenseinde. De waarde (niveau en tendens) van de indicator op nationaal niveau wordt vergeleken met – in volgorde van



beschikbaarheid – streefdoelen, resultaten uit EU-15-landen of zorgnormen. Als deze ontbreken, is de evaluatie gebaseerd op de mening van deskundigen. Er wordt ook gekeken naar gewestelijke verschillen.

Bron: Bouckaert et al. (2020)³

1.2 Conceptueel kader

Deze HSPA over de zorg voor chronische patiënten is opgebouwd rond een conceptueel kader, gebaseerd op een literatuuronderzoek en een brede raadpleging van Belgische deskundigen en belanghebbenden. Voor de ontwikkeling van het Belgische kader voor de beoordeling van de prestatie werden de Nederlandse en Canadese kaders^{9, 10} als model gebruikt.⁸ Deze kaders werden geselecteerd omdat ze complementair zijn en samen de waaier van *dimensies* bestrijken die door de geraadpleegde deskundigen en belanghebbenden als belangrijk worden beschouwd voor de beoordeling van de prestatie van het Belgische gezondheidssysteem. Dit gecombineerde kader werd dan aangepast aan de context van het Belgische gezondheidssysteem, met een zo breed mogelijke scope (gezondheidssysteem in plaats van gezondheidszorgsysteem) en met toevoeging van een nieuwe dimensie die relevant is voor beleidsmakers (de duurzaamheid van het gezondheidssysteem).

Het resulterende kader (Figuur 1) is onderverdeeld in drie onderling verbonden niveaus, namelijk (1) gezondheidstoestand^a, (2) niet-medische determinanten van gezondheid en (3) gezondheidssysteem, geëvalueerd in vier dimensies: **kwaliteit**, **toegankelijkheid**, **efficiëntie** en **duurzaamheid** (niet beoordeeld in dit rapport). De zorgkwaliteit is verder onderverdeeld in vijf subdimensies (doeltreffendheid, gepastheid, veiligheid, patiëntgerichtheid en continuïteit). **Billijkheid** is een vijfde, transversale

dimensie die op alle niveaus wordt beoordeeld. Vervolgens worden een aantal *domeinen* apart geanalyseerd in de globale Performantierapporten, (vijf in het verslag van 2019): preventieve zorg, zorg voor moeder en pasgeborene, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en zorg rond het levenseinde. Dit rapport richt zich op een zesde *domein*, namelijk de zorg voor chronische patiënten. Het volgende Belgische Performantierapport (verwacht in 2023) zal een update presenteren van het Belgische conceptuele HSPA-kader op basis van literatuuronderzoek en de raadpleging van deskundigen. Het huidige conceptuele kader is sinds 2010 immers niet meer bijgewerkt (behalve voor de grafische weergave). In de bijgewerkte versie van het conceptueel kader worden nieuwe dimensies opgenomen (bijvoorbeeld gezondheidsgeletterdheid).

^a De gezondheidstoestand van de Belgische bevolking wordt nu besproken in een speciaal rapport van Sciensano, beschikbaar op <https://www.gezondbelgie.be/nl/>.

Figuur 1 – Conceptueel kader om de prestatie van het Belgische gezondheidssysteem te evalueren



Bron: Aangepast Belgisch conceptueel HSPA-kader 2019²

1.3 Reikwijdte en doelstelling van het rapport

De doelstellingen van deze tussentijdse HSPA over de zorg voor chronische patiënten zijn:

- de actoren in de gezondheidszorg informeren over de prestatie van het gezondheidssysteem voor chronische patiënten en over het verschil in prestatie van het systeem voor chronische en niet-chronische patiënten, en beleidsmakers op het vlak van gezondheid informeren;

- een transparant en toerekenbaar beeld geven van de prestatie van het gezondheidssysteem voor chronische patiënten, overeenkomstig het Handvest van Tallinn ¹¹; en
- de prestatie van het gezondheidssysteem voor chronische patiënten opvolgen doorheen de tijd.

De onderzoeksfocus is de zorg voor chronische patiënten. We gaan geen landelijke definitie van chronische patiënten/ziekte ontwikkelen (zie sectie 1.4 voor de definitie van chronische ziekte), maar bestaande manieren gebruiken om chronisch zieken te identificeren (via administratieve of zelfgerapporteerde databases, zie sectie 2.2). Indicatoren over de gezondheid van chronisch zieken en gerelateerde risicofactoren om chronische ziekten te ontwikkelen, zoals ongezonde voeding, tabaksgebruik of lichamelijke inactiviteit maken geen deel uit van de scope van dit rapport. Sommige context-indicatoren zijn nog geïncorporeerd in hoofdstuk 3 om de context van de HSPA te bepalen en met het oog op een gemakkelijkere en kritische interpretatie van de resultaten van de prestatie-indicatoren in de hoofdstukken 4 tot 7. Een gedetailleerde analyse van de gezondheidstoestand van patiënten met niet-overdraagbare ziekten en gerelateerde risicofactoren is beschikbaar in het rapport over de gezondheidstoestand (Health Status Report 2019) gepubliceerd door Sciensano¹², beschikbaar op <https://www.gezondbelgie.be/>. Patiënten die lijden aan een post-COVID-19-aandoening werden niet in aanmerking genomen in deze studie, maar het HELICON-project evalueert momenteel de gezondheidseffecten op lange termijn van de COVID-19-crisis in België; gegevens van dit project kunnen waarschijnlijk worden gebruikt in de volgende Belgische HSPA.¹³ De algemene beperkingen van een Prestatierapport worden beschreven in Tekst kader 12.

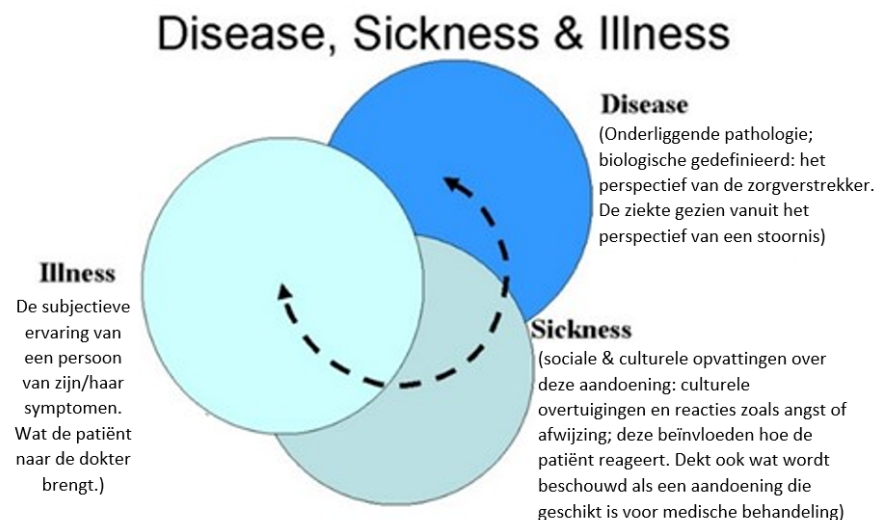


1.4 Definitie van chronische ziekten: een eerste kritische noot

Voorafgaand aan dit wetenschappelijk rapport over de performantie van de zorg voor chronisch zieken, is het nodig de huidige criteria voor de definitie van een 'chronische ziekte' te kennen.

In het Engels wordt er een onderscheid gemaakt tussen '**chronic disease**' en '**chronic illness**'.¹⁴⁻¹⁶ En dan is er ook nog de term '**chronic sickness**'. Die term verwijst meer in het algemeen naar het lijden aan een ziekte van gelijk welke aard, een infectie of andere gezondheidsproblemen. Niet alle talen maken dat onderscheid. Zo kent de Franse taal alleen de term 'maladie' en hebben we in het Nederlands alleen de term 'ziekte'. De meeste talen hebben echter ook een term voor 'aandoening' (EN: 'condition', FR: 'affection'). Het onderscheid is wel degelijk belangrijk omdat deze termen, los van het taalverschil, andere dimensies en concepten van de 'ziekte' beschrijven die respectievelijk betrekking hebben op de arts ('disease'), de patiënt ('illness') en de samenleving ('sickness') (zie Figuur 2).^{17, 18} Hoewel de termen in de klinische literatuur, het beleid en de zorgverlening vaak door elkaar worden gebruikt, hebben ze verschillende betekenissen die we even moeten verduidelijken. Terwijl 'disease' een diagnostisch biomedisch criterium is (incidentie van een specifieke gezondheidstoestand), is 'illness' misschien belangrijker omdat het wijst op de beleving van de ziekte, de last die de patiënt ondervindt en de impact op de gezondheidsuitgaven. Zoals Eric Cassell eind de jaren 70 zei: "*Disease, then, is something an organ has, illness is something a man has.*" Voor Cassell is 'disease' iets dat genezen moet worden, zoals een infectie, verwonding, blootstelling aan giftige stoffen, celdegeneratie enzovoort. 'Illness' is iets dat aangepakt of verzorgd moet worden, zoals pijn, ongemak, angst, zwakte, vermoeidheid enzovoort.¹⁹ Niet elke chronische ziekte heeft immers een significant effect op de levenskwaliteit en de zorguitgaven van de patiënt.¹⁴

Figuur 2 – Drie perspectieven voor het definiëren van chronisch zieken



Bron: ¹⁷

1.4.1 Criteria voor de definitie

Er is evenmin eenduidigheid in de criteria die worden gebruikt om chronische ziekten te definiëren. Verschillende wetenschappelijke of gezondheidsbeleidsorganen hebben geprobeerd om chronische ziekten te beschrijven of hebben er een gestandaardiseerde lijst van opgesteld.

Duur

De duur is waarschijnlijk het meest gebruikte criterium om een 'chronische ziekte' te definiëren. Over het algemeen kan een chronische ziekte worden gedefinieerd als een 'langdurige' aandoening. De definitie van 'langdurig' verschilt echter aanzienlijk, afhankelijk van de bron. Het US National Center for Health Statistics hanteert bijvoorbeeld een periode van 3 maanden²⁰, het US Center for Disease Control (CDC) een periode van een jaar²¹, en andere



internationale organisaties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) spreken alleen van "lange duur".²² In België spreekt het Observatorium voor de chronische ziekten (RIZIV) van "een aandoening die minstens zes maanden duurt".

Behandeling

Een ander aspect van een chronische ziekte dat in de literatuur wordt genoemd, is dat ze niet kan worden voorkomen door vaccinatie, noch kan worden genezen door medicatie en dat de ziekte niet spontaan zal verdwijnen (US National Center for Health Statistics; Sciensano).^{5, 15} Toch laat dit ruimte voor twijfel: chronische hepatitis kan bijvoorbeeld worden voorkomen door vaccinatie, bepaalde vormen van kanker lijken definitief te kunnen worden genezen (remissie), en ziekten zoals diabetes type II kunnen worden overwonnen door een verandering van levensstijl.

Causaliteit

Een chronische ziekte heeft een complexe causaliteit (met meerdere factoren die leiden tot het ontstaan ervan) en een lange ontwikkelingsperiode (waarin er mogelijk geen symptomen zijn) die gepaard gaat met een "langdurig ziekteverloop dat tot andere gezondheidscomplicaties of invaliditeit kan leiden" (Australian Institute for Health and Welfare).²³

Multidisciplinaire zorg

De behandeling van een chronische ziekte is erop gericht de gezondheidstoestand zo stabiel mogelijk te houden. Afhankelijk van de ziektelast en de bijbehorende comorbiditeiten vereist dit vaak een complexe respons van de gezondheidszorg, gecoördineerd door verschillende gezondheidswerkers met toegang tot een breed scala van geneesmiddelen en apparatuur, met mogelijk ook sociale zorg.²⁴

Niet-overdraagbaar

Een andere dubbelzinnigheid in de definitie, naast het therapeutisch oogpunt (zie hierboven), is of een chronische ziekte overdraagbaar of niet-overdraagbaar is. Hoewel niet-overdraagbare ziekten in het algemeen 'chronische ziekten' worden genoemd, is dit niet helemaal juist. Sommige besmettelijke processen kunnen immers leiden tot chronische gezondheidsproblemen, terwijl bepaalde overdraagbare ziekten door behandeling gestopt, maar niet genezen worden en chronisch worden. Een goed voorbeeld is hiv, dat door de vooruitgang in de medische wetenschap is veranderd van een snel progressieve dodelijke aandoening in een beheersbaar gezondheidsprobleem, waardoor hiv-patiënten jarenlang met hun ziekte kunnen leven.²⁵

In dezelfde zin stelt het federale webportaal gezondbelgie.be²⁶:

"Niet-overdraagbare aandoeningen (non-communicable diseases, NCD's) zijn medische aandoeningen of ziekten die niet worden veroorzaakt door infectieuze agentia. Chronische ziekten worden gedefinieerd door hun langdurige aard. Omdat de meeste NCD's ook chronische ziekten zijn, worden beide termen soms als synoniem gebruikt. Dit is echter niet helemaal correct: sommige NCD's zijn acuut, b.v. hartinfarct; omgekeerd kunnen sommige chronische ziekten worden veroorzaakt door infectieuze agentia, b.v. baarmoederhalskanker of tuberculose."

De lijst van niet-overdraagbare ziekten is inderdaad erg lang en werd de laatste jaren zelfs nog uitgebreid.^{27, 28} Ze omvat aangeboren aandoeningen (bv. het syndroom van Down en neurale-buisdefecten), degeneratieve aandoeningen (bv. prostaathypertrofie, staar en gehoorverlies), musculoskeletale problemen (bv. rugpijn, artritis, jicht), urogenitale aandoeningen (bv. onvruchtbaarheid en nierstenen), geestelijke gezondheidsproblemen (bv. depressie, schizofrenie) en de 'grote vier' – hart- en vaatziekten, kanker, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes type 2.



Gezondheidsuitgaven

Chronische ziekten brengen aanzienlijke gezondheids- en economische kosten met zich mee, en er wordt van uitgegaan dat ze zeer lang zullen aanhouden (in tegenstelling tot acute aandoeningen). De economische last van chronische ziekten treft alle lagen van de samenleving en brengt kosten met zich mee op individueel, huishoudelijk, gemeenschaps- en nationaal niveau.²⁹

Patiëntervaring

Sommige definities houden specifiek rekening met de beleving van de patiënt. De EU-statistiek van inkomens en levensomstandigheden (EU-SILC) vraagt respondenten onder andere ook naar hun gezondheidstoestand en naar hoe patiënten hun ziekte ervaren (bv. *"Zou u zeggen dat u ernstig beperkt bent door uw ziekte, beperkt maar niet ernstig, of helemaal niet beperkt?"*).³⁰ De Belgische Gezondheidsenquête (HIS) stelt dat "chronische ziekten en aandoeningen specifieke gevolgen hebben voor de gezondheidsperceptie, het dagelijks functioneren en het gebruik van de gezondheidszorg"^{(b),31} Leven met een chronische ziekte impliceert immers vaak het ondergaan van chronische behandelingen en regelmatige multidisciplinaire monitoring, naast een ingrijpende levensveranderende ervaring die van invloed kan zijn op alle aspecten van het leven van de patiënt. De ervaring van patiënten met chronische ziekten wordt vaak beoordeeld met patiënt-gerapporteerde uitkomsten (Patient Reported Outcome Measures of PROMs) of ervaringen (Patient Reported Experience Measures of PREMS) die rekening houden met het perspectief van de patiënt om beter te begrijpen hoe ziekte, behandeling en zorg het hele leven van een patiënt beïnvloeden.³²

^(b) De vraag die in de HIS-enquête wordt gesteld, is *"Hebt u een langdurige ziekte of aandoening (gezondheidsprobleem)?"*

1.4.2 Bestaande lijsten van chronische ziekten

Een aantal organisaties heeft een lijst opgesteld van aandoeningen die onder de noemer 'chronische ziekte' kunnen worden geplaatst.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelt dat er vier hoofdtypen chronische ziekten zijn: hart- en vaatziekten, kanker, chronische aandoeningen van de luchtwegen en diabetes.²² Medicare en Medicaid (VS) hebben een lijst van 21 chronische aandoeningen (zie Tabel 1).³³

Tabel 1 – Medicare & Medicaid-lijst van 21 chronische aandoeningen

Naam
Alcoholmisbruik
Ziekte van Alzheimer en gerelateerde dementie
Artritis (artrose en reuma)
Astma
Atriumfibrilleren
Autismespectrumstoornis
Kanker (borst-, darm-, long- en prostaatkanker)
Chronische nierziekte
Chronische obstructieve longziekte
Depressie
Diabetes
Druggebruik
Hartfalen
Hepatitis (chronische virale B en C)
Hiv/aids
Hyperlipidemie (verhoogde cholesterol)
Hypertensie (hoge bloeddruk)
Ischemische hartziekte



Osteoporose

Schizofrenie en andere psychotische stoornissen

Beroerte

1.4.3 Besluit

Er bestaat een grote verscheidenheid aan definities en criteria voor het begrip 'chronische ziekte/aandoening'. Gezien het dubbelzinnige gebruik van de term is er nood aan een consensuele definitie van het concept en een gedetailleerde analyse van elke gegevensbron, om onjuiste conclusies te voorkomen omtrent de interventies die nodig zijn om de chronische ziektelast voor het individu en de samenleving te verminderen of om de prestatie van het gezondheidssysteem te verbeteren. Tot slot blijkt dat er op dit moment in België geen 'officiële' alomvattende definitie van chronische ziekte bestaat.

1.5 Manieren om chronische patiënten te identificeren in nationale databases

In België zijn er drie manieren om chronische patiënten te identificeren in nationale databanken: (i) de RIZIV-status van chronische ziekten, (ii) de zelfgerapporteerde chronische ziekte in de Gezondheidsenquête (ZIS) en (iii) de zelfgerapporteerde gerapporteerde chronische aandoening op de EU-SILC. De drie manieren worden beschreven in Tekstkader 2. Om het lezen van de resultaten van het rapport te vergemakkelijken, wordt de terminologie die wordt gebruikt voor de manier waarop chronische patiënten werden geïdentificeerd, beschreven in de woordenlijst aan het begin van het rapport. De overlap tussen deze indicatoren wordt geanalyseerd in hoofdstuk 3.

Tekstkader 2 – Beschrijving van het identificeren van chronische patiënten in bestaande nationale databases

- 1. Rechthebbenden op het RIZIV-statuuat van chronische aandoening:** om personen met hoge gezondheidskosten (voornamelijk chronisch zieken) te beschermen, heeft het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een specifiek statuut gecreëerd, voornamelijk gebaseerd op de officiële gezondheidsuitgaven van een patiënt (zie sectie 1.5 voor details over de toegangsvoorwaarden en de rechten die aan deze status verbonden zijn). Dit statuut geeft toegang tot het maximumfacturatiesysteem (MAF) voor chronisch zieken, met terugbetaling van de eigen bijdragen van de patiënt (ticket modérateurs - remgelden) boven bepaalde drempels en tot de derdebetalersysteem. In de IMA-databank (zie sectie 2.2 voor informatie over de IMA-databank) kunnen personen die recht hebben op de RIZIV-status van chronische aandoening gemakkelijk worden geïdentificeerd via de variabelen pp3015, pp3016 of pp3017.
- 2. Personen die een chronische ziekte rapporteren in de Gezondheidsenquête (HIS):** Sinds 1997 worden de Gezondheidsenquêtes (HIS) door Sciensano om de 4 tot 5 jaar gehouden. De belangrijkste doelstellingen van de HIS zijn het beoordelen van de gezondheidstoestand van de bevolking en het identificeren van de belangrijkste gezondheidsproblemen, evenals de determinanten en gedragingen die hierop van invloed kunnen zijn (zie sectie 2.2 voor aanvullende informatie over de HIS). Het aantal personen (ouder dan 15 jaar) dat meldt aan een chronische ziekte te lijden, wordt bepaald door in het HIS (MA_SH02) met "ja" te hebben geantwoord: "Lijdt u aan een chronische ziekte of aandoening?".
- 3. Personen met een zelfgerapporteerde chronische aandoening in de EU-SILC:** De EU-SILC-microdata zijn de referentiebron voor het meten van socio-economische ongelijkheden in België (en Europa) (zie sectie 2.2 voor bijkomende informatie over de EU-SILC). De EU-SILC-vraag PH020 identificeert mensen van 16 jaar en ouder die aangeven een chronische ziekte of aandoening te hebben. In de EU-



SILC wordt een chronische ziekte-toestand gedefinieerd door een langdurig gezondheidsprobleem met een duur van ten minste 6 maanden. De vraagstelling is dezelfde als in het HIS (zie hierboven).

1.6 Specifieke maatregelen voor chronisch zieken

De voorbije jaren evolueerde het Belgische gezondheidssysteem om een toename van het aantal mensen met een chronische ziekte op te vangen en werden maatregelen ontwikkeld om zowel de kwaliteit van hun zorg als de financiële toegankelijkheid ervan te verbeteren.

1.6.1 *Maatregelen om de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken te verbeteren*

In 2009 werden *zorgtrajecten* opgezet voor patiënten met diabetes en chronische nierinsufficiëntie om de samenwerking tussen patiënten, huisarts, specialisten en andere zorgverleners te organiseren. Deze zorgtrajecten bleken doeltreffend te zijn om de follow-up van zorgprocessen en patiëntervaring te verbeteren, maar door een gebrek aan informatie over het bestaan ervan bij zowel het publiek als de zorgverleners werd er niet optimaal gebruik van gemaakt.³⁴ Verder werden er conventies ontwikkeld met gespecialiseerde centra (bv. voor de zorg voor kinderen en adolescenten met chronische ziekten of voor de ondersteuning van zelfmanagement van diabetes bij volwassenen) om de kwaliteit van de zorg voor chronisch zieken te verbeteren. Een volledige beschrijving van deze overeenkomsten en zorgtrajecten is te vinden op de website van het RIZIV (zie RIZIV – INAMI 2021³⁵).

In 2012, werd het Observatorium voor de chronische ziekten opgezet om problemen en verbeterpunten in de aanpak van chronische ziekten te identificeren. Het observatorium monitort ook de situatie en de geïmplementeerde oplossingen.

Sinds oktober 2017 kunnen patiënten met een chronische ziekte hun apotheker ook vragen om hun 'referentieapotheker' te worden, om hen te begeleiden en hun medicatie op te volgen (zie ook hoofdstuk 4.3).

In 2018 werden geïntegreerde zorgprojecten opgezet voor het beheer van chronisch zieken, om belanghebbenden (inclusief sociale zorgverleners) te stimuleren om innovatieve zorginitiatieven op te zetten rond patiënten in de verschillende zorginstellingen in hun zone.³⁴

1.6.2 *Algemene beschrijving van de belangrijkste financiële beschermingsmaatregelen*

Er zijn voortdurend inspanningen geleverd om de toegankelijkheid van de zorg voor personen met een chronische ziekte te verbeteren. In Tekstkader 3 worden de belangrijkste beschermingsmaatregelen om chronisch zieken met hoge medische uitgaven financieel te ondersteunen, opgelijst in chronologische volgorde. Het doel van dit hoofdstuk is niet om alle financiële beschermingsmaatregelen in detail te beschrijven, maar alleen de maatregelen die dienen om patiënten met een chronische ziekte te identificeren in de IMA-gegevens, d.w.z. het statuut voor personen met een chronische ziekte, met inbegrip van het forfait voor chronisch zieken. Een volledige beschrijving van alle andere maatregelen is te vinden op de website van het RIZIV (zie RIZIV – INAMI 2021³⁶).

Tekstkader 3 – Lijst van financiële beschermingsmaatregelen voor personen die leven met verschillende types chronische aandoeningen

- 1985: Tegemoetkoming in de reiskosten van dialysepatiënten (ministerieel besluit van 24 januari 1985, bijgewerkt op 1 januari 2002)³⁷.
- 1989: Tegemoetkoming in de reiskosten voor kankerpatiënten (koninklijk besluit van 3 juni 2007³⁸, zie voorheen ook het ministerieel besluit van 6 juli 1989³⁹, gewijzigd bij ministerieel besluit van 25 mei 2007⁴⁰).
- 1995: Tegemoetkoming in de vervoerskosten van rolstoelpatiënten van en naar een revalidatiecentrum of gespecialiseerd centrum (ministerieel besluit van 14 december 1995)⁴¹.



- 1998: Forfait voor chronisch zieken (KB van 2 juni 1998, laatste update in 2014)⁴², d.w.z. een vast bedrag (3 verschillende bedragen naargelang van de graad van afhankelijkheid) wordt uitgekeerd aan personen met een afhankelijkheid zodra hun remgelden gedurende twee opeenvolgende jaren een bepaalde drempel bereiken (zie ook sectie 1.5.3.2).
- 1998: Forfait voor onbehandelbare incontinentie (KB van 2 juni 1998, laatste update in 2021).⁴³
- 1998: Forfait voor incontinentie bij afhankelijke personen (KB van 2 juni 1998, laatste update in 2021).⁴⁴
- 2007: Tegemoetkoming in de prijs van specifieke pijnstillers (terugbetaling van 20% van de officiële prijs) (KB van 3 juni 2007, bijgewerkt op 1 mei 2017)⁴⁵. Naast het KB van 2007 kunnen sommige pijnstillers ook (gedeeltelijk) worden terugbetaald via hoofdstuk IV (terugbetaalde geneesmiddelen waarvoor een toelating van de adviserende artsen van de ziekenfondsen vereist is). Vanaf 1 januari 2022 wordt het systeem vereenvoudigd, d.w.z. beperkt tot de geneesmiddelen in hoofdstuk IV, en wordt de terugbetaling verhoogd tot 75%.⁴⁶
- 2007: Tegemoetkomingen voor patiënten met het primair syndroom van Sjögren (KB van 3 juni 2007 - KB van 14 juni 2007, KB van 6 juli 2007).⁴⁷⁻⁴⁹
- 2009: Invoering van de maximumfactuur voor chronisch zieken. Dit systeem verlaagt de MAF-plafonds met een geïndexeerd bedrag voor chronisch zieken, gedefinieerd als (a) een persoon die recht heeft op het statuut van persoon met een chronische aandoening (zie 2014) of (b) een persoon met hoge remgelden in de twee voorgaande kalenderjaren.
- 2011: Tegemoetkoming in de reiskosten voor kinderen opgevolgd in een revalidatiecentrum dat een overeenkomst heeft gesloten met het RIZIV (KB van 28 april 2011, ingevoegd in 2016).⁵⁰

- 2013: Statuut voor personen met een chronische aandoening (KB van 15 december 2013)⁵¹, die toegang krijgen tot de derdebetalersregeling (alleen facultatief, d.w.z. dat huisartsen, specialisten en tandartsen niet verplicht zijn om dit systeem toe te passen) en tot een vermindering van 100 euro (geïndexeerd) van het plafond van de remgelden binnen het maximumfactuursysteem (zie ook sectie 1.6.3.3).
- 2019: Tegemoetkoming in de prijs van actieve verbandmiddelen (terugbetaling van 20% van de officiële prijs) van bepaalde actieve verbanden voor patiënten met chronische wonden (KB van 23 maart 2019).⁵²

1.6.3 Specifiek statuut voor personen met een chronische aandoening

1.6.3.1 Historische achtergrond

Dit gedeelte is voornamelijk gebaseerd op persoonlijke communicatie met de dienst juridische zaken en toegankelijkheid van het RIZIV.

Het statuut van persoon met een chronische aandoening komt voort uit het plan 'Prioriteit aan de chronisch zieken' dat in 2008 werd gepresenteerd door de toenmalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Laurette Onkelinx.⁵³ In dit 'Prioriteit aan de chronisch zieken'-plan werd een definitie van een chronisch zieke voorgesteld, namelijk:

- alle personen die, in het kader van de verplichte ziekteverzekering, vergoedingen of enige andere vorm van tussenkomst ontvangen in verband met een chronische aandoening;
- alle personen met een zeldzame of weesziekte;
- alle personen met een chronische ongeneeslijke en degeneratieve aandoening.



Voor de ontwikkeling van dit plan baseerde men zich op een enquête bij 346 patiëntenverenigingen met betrekking tot chronische ziekten in België. Uit het onderzoek bleek dat hun grootste zorg de behoefte was aan een officiële erkenning, d.w.z. een statuut voor personen met een chronische ziekte.⁵³

Een eerste stap in het plan was het definiëren van de criteria om een dergelijke erkenning te verkrijgen. Het doel van die erkenning was specifieke rechten toe te kennen om geleidelijk binnen of buiten het kader van de verplichte ziekteverzekering te ontwikkelen.

Om deze criteria te definiëren werd een werkgroep opgericht, samengesteld uit vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen (o.a. het Vlaams Patiëntenplatform (VPP), de Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS) en Rare Diseases Belgium (RaDiOrg)), de FOD Sociale Zekerheid, de FOD Volksgezondheid en verschillende afdelingen van het RIZIV (waaronder de Adviescomité voor chronische ziekten, de voorloper van het wetenschappelijk luik van het huidige Observatorium voor de chronische ziekten).

Er werden verschillende benaderingen besproken:

- uitgaan van de criteria voor het forfait voor chronisch zieken;
- een lijst van pathologieën opstellen;
- rekening houden met medische of paramedische criteria;
- rekening houden met afhankelijkheid, arbeidsongeschiktheid of invaliditeit;
- rekening houden met de ernst of zwaarte;
- uitgaan van de patiënt en niet van de ziekte.

De conclusie was dat een beperkte lijst van pathologieën verschillende problemen opleverde, waaronder de nood aan updates; het risico bepaalde aandoeningen uit het oog te verliezen, situaties uit te sluiten waarin nog geen diagnose is gesteld of nieuwe aandoeningen uit te sluiten; het feit dat de evolutie van ziekten variabel is en dat begrippen als 'ongeneeslijk' en 'chronische ziekte' kunnen veranderen met de ontwikkeling van kennis en

nieuwe behandelingen; maar ook de administratieve complexiteit, aangezien het statuut dan zou worden toegekend op basis van een door een arts gestelde diagnose, met eventuele controles.

Een lijst met medicijnen of diensten die chronisch zieken gebruiken, had dezelfde nadelen, namelijk de nood aan updates; het risico om sommige medicijnen of diensten te vergeten en het probleem van pathologieën zonder behandeling of waarvan de behandeling niet wordt gedekt door de verplichte ziekteverzekering.

Ook de oorspronkelijk in het plan 'Prioriteit aan de chronisch zieken' voorgestelde definitie werd beoordeeld. Het eerste punt ervan, namelijk "alle personen die in het kader van de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, vergoedingen ontvangen of elke andere vorm van tegemoetkoming voor een chronische ziekte", werd niet weerhouden omdat de criteria voor het toekennen van deze vergoedingen of tussenkomsten te restrictief werden geacht.

Uiteindelijk werd, na deze verschillende benaderingen te hebben onderzocht, geopteerd voor de benadering op basis van het financiële criterium. De patiëntenorganisaties wezen in het onderzoek immers vooral op het feit dat chronisch zieken zelf aanzienlijke en terugkerende eigen kosten moeten dragen in verband met hun ziekte. Deze benadering heeft ook het voordeel dat het de mogelijkheid biedt het statuut automatisch toe te kennen op basis van objectieve criteria die voor iedereen gelijk zijn.

Om een dergelijk financieel criterium te definiëren, werden vijf mogelijkheden getest:

1. een algemeen financieel criterium op basis van alle uitgaven voor zorg en medicijnen;
2. een criterium dat geen rekening houdt met de zorgkosten in rust- en verzorgingstehuizen;
3. een criterium dat naast uitsluiting 2 ook bloeddruk- en cholesterolgeneesmiddelen uitsluit;
4. een criterium dat naast uitsluiting 2 en 3 ook glaucoombehandelingen uitsluit;



5. een criterium dat implantaten uitsluit.

Er werden ook vijf financiële drempels voor uitgaven getest: € 200 - € 250 - € 300 - € 350 - € 400. Ook de vraag of de totale gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven in aanmerking worden genomen (d.w.z. RIZIV-uitgaven en remgelden) of alleen de remgelden kwam aan bod. Aangezien ze niet gemakkelijk te identificeren zijn, kunnen niet-terugbetaalde uitgaven niet in aanmerking worden genomen.

De impact van deze criteria en drempels op de toegang van rechthebbenden tot andere beschermingsmechanismen zoals de maximumfactuur en het forfait voor chronisch zieken werd geëvalueerd, evenals de link met de nomenclatuur van functionele revalidatie en de data van rust- en verzorgingstehuizen. Er werd ook een analyse gemaakt van verschillende groepen uitgaven, waaronder functionele en professionele revalidatie; consultaties, bezoeken en adviezen; verpleegkosten; geneesmiddelen; klinische biologie enzovoort.

Uiteindelijk werden de 'totale uitgaven' als criterium weerhouden, met een drempel van € 300 per kwartaal gedurende minstens 8 opeenvolgende kwartalen (zie volgende sectie).

Het criterium is gebaseerd op alle gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven en niet op de remgelden, onder meer om te vermijden dat een onderscheid wordt gemaakt tussen personen die recht hebben op een verhoogde terugbetaling en zij die dat niet hebben, aangezien de remgelden van de eersten lager zijn voor dezelfde zorg.

Er werd gekozen voor een berekening op kwartaalbasis om de reële kosten beter te kunnen inschatten, bijvoorbeeld driemaandelijks pakketten medicijnen of paramedische behandelingen/sessies die per groep worden gefactureerd. Wat de duur betreft, werd gekozen voor 8 opeenvolgende kwartalen, onder meer om 'gezondheidsongeval' uit te sluiten, d.w.z. wanneer personen gedurende een beperkte periode grote medische uitgaven doen zonder aan een chronische ziekte te lijden, zoals na een ongeval waarbij een operatie en/of revalidatie nodig was, maar zonder verdere gevolgen voor de toekomst.

Het statuut wordt toegekend voor een periode van twee jaar (behalve voor zeldzame ziekten, zie hieronder) en de verlenging gebeurt dan jaarlijks op basis van de jaarlijkse uitgaven van ten minste € 1200 (geïndexeerd, d.w.z. € 1350,76 in 2022) in het jaar x-2. De jaarlijkse basis voor verlengingen (in plaats van driemaandelijks) houdt beter rekening met patiënten die lijden aan een chronische pathologie die evolueert in aanvallen (bijvoorbeeld de ziekte van Crohn) en van wie de uitgaven variëren in functie van deze evolutie.

Er werden ook andere doelgroepen van het 'Prioriteit aan de chronisch zieken'-plan toegevoegd, namelijk personen met een zeldzame of weesziekte en personen die recht hebben op het forfait voor chronisch zieken. Voor personen met een zeldzame of weesziekte was het financiële criterium eveneens nodig om discriminatie tussen chronisch zieken en personen met zeldzame ziekten te voorkomen, aangezien laatstgenoemden niet noodzakelijk hoge uitgaven voor gezondheidszorg hebben.

1.6.3.2 *Definitieve voorwaarden om in aanmerking te komen*

Volgens het koninklijk besluit van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37vicies/1 van de wet van juli 1994 op de verplichte ziekteverzekering, kunnen patiënten een specifiek statuut chronische aandoening genieten in de volgende gevallen:

1. Hun gezondheidszorguitgaven op basis van de nomenclatuurtarieven (d.w.z. RIZIV-uitgaven en remgelden, maar exclusief supplementen of niet-terugbetaalde diensten/producten) bedragen meer dan € 300 (tarief 2013, geïndexeerd tot € 337,69 in 2022) per kwartaal voor acht opeenvolgende kwartalen; of
2. Ze genieten het forfait voor chronisch zieken, zie Tekstkader 4 hieronder; of



3. Ze lijden aan een zeldzame of weesziekte (vermeld op Orphanet^c) en hun gezondheidszorguitgaven op basis van de nomenclatuurtarieven (d.w.z. RIZIV-uitgaven en remgelden, maar exclusief supplementen of niet-terugbetaalde diensten/producten) bedragen meer dan € 300 (tarief 2013, geïndexeerd tot € 337,69 in 2022) per kwartaal gedurende acht opeenvolgende kwartalen.

In de eerste twee gevallen wordt het statuut automatisch toegekend door het ziekenfonds voor een periode van twee jaar (en daarna jaarlijks verlengbaar). Voor personen met een zeldzame of weesziekte moet een attest van de medisch specialist met vermelding van de ziekte naar het ziekenfonds gestuurd worden. Voor deze patiënten met een zeldzame of weesziekte is het financiële criterium hetzelfde als in het eerste geval, maar het statuut wordt toegekend voor een langere periode (verlengbaar voor 5 jaar).

In 2021 werden specifieke regels bepaald (KB van 7 november 2021⁵⁴) om de negatieve effecten van de COVID-pandemie en het in 2020 opgelegde uitstel van (niet-dringende) zorg op te vangen. Het was de bedoeling om het jaar 2020 uit te sluiten voor de berekening van de financiële voorwaarde om in aanmerking te komen voor het statuut of de verlenging ervan. Daardoor werd het statuut in 2021 toegekend op basis van de gezondheidszorguitgaven van elk kwartaal van 2019 (dus 4 in plaats van 8 opeenvolgende kwartalen). In 2022 zal het worden toegekend op basis van de gezondheidszorguitgaven van elk kwartaal van 2021 (opnieuw 4 in plaats van 8 opeenvolgende kwartalen) en zal de verlenging gebaseerd zijn op de uitgaven van 2019 (in plaats van die van 2020).⁵⁴

Tekstkader 4 – Het forfait voor chronisch zieken

De voorwaarden om in aanmerking te komen voor een forfait voor chronisch zieken zijn:⁵⁵

1. De remgelden van de betrokkene moeten gedurende twee opeenvolgende jaren meer dan € 450 per jaar bedragen (€ 365 voor personen met een verhoogde tegemoetkoming); en
2. De betrokkene moet zich in een situatie van afhankelijkheid bevinden, dat wil zeggen dat hij of zij aan een van de volgende criteria moet voldoen:
 - Voor een jaarlijks forfait van € 323,98 (tarieven 2022):
 - De betrokkene heeft een akkoord van de adviserende arts van het ziekenfonds voor een fysiotherapiebehandeling van 6 maanden wegens een zware aandoening vermeld op de zogenaamde E-lijst (uitgebreide perifere verlamming, evolutieve aandoeningen van het centrale zenuwstelsel met een uitgebreid motorisch gebrek, uitgebreide motorische sequelen van encefale of medullaire oorsprong enz. – zie [RIZIV - INAMI 2021](#)⁵⁶ voor details); of
 - De betrokkene voldoet aan de medische voorwaarden om in aanmerking te komen voor verhoogde kinderbijslag; of
 - De betrokkene werd gedurende de laatste twee opeenvolgende jaren ten minste 120 dagen in het ziekenhuis opgenomen of werd in dezelfde periode ten minste 6 keer opgenomen.
 - Voor een jaarlijks forfait van € 486,00 (tarieven 2022):
 - De betrokkene voldoet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor de integratietegemoetkoming of het zorgbudget voor ouderen of personen met een handicap (waarvan de graad

^c https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=NL (laatst bezocht op 6 januari 2022)



van zelfredzaamheid is vastgesteld op ten minste 12 punten volgens de bepalingen van de wet van 27 februari 1987); of

- De betrokkene geniet een tegemoetkoming voor hulp van derden als bedoeld in de wet van 27 juni 1969; of
- De betrokkene geniet uitkeringen als gerechtigde met gezinslast op basis van de erkenning van de behoefte aan andermans hulp, of een forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden.
- Voor een jaarlijks forfait van € 647,98 (tarieven 2022):
 - De betrokkene heeft een akkoord van de adviserende arts van het ziekenfonds voor een forfait voor verzorging (type B of C) gedurende ten minste drie maanden. Een forfait voor verzorging van type B wordt toegekend aan patiënten met een afhankelijkheidsscore van 3 of 4 in de domeinen 'zich wassen' en 'zich kleden', een afhankelijkheidsscore van 3 of 4 in de domeinen 'transfer en verplaatsingen' of 'toiletbezoek', en een afhankelijkheidsscore van 3 of 4 in de domeinen 'continentie' of 'eten' op de Katz-schaal^d. Een forfait voor verzorging van type C wordt toegekend aan patiënten met een afhankelijkheidsscore van 4 in de domeinen 'zich wassen', 'zich kleden', 'transfer en verplaatsingen' of 'toiletbezoek', en een afhankelijkheidsscore van 3 of 4 in de domeinen 'continentie' of 'eten' (ten minste één van de domeinen moet een score van 4 hebben en de andere ten minste een score van 3). Voor de patiënt betekent dit twee of drie keer per dag een bezoek van een verpleegkundige en minstens één dagelijkse verzorging.

De voordelen die dit statuut inhoudt, worden uitgelegd in Tekstkader 5.

Tekstkader 5 – Voordelen verbonden aan het statuut chronische aandoening

De maximumfactuur (MAF) voor chronische ⁵⁷zieken⁵⁷:

- De maximumfactuur is een systeem van bovengrenzen op het jaarlijkse bedrag aan remgelden (exclusief supplementen). Boven het plafond worden alle remgelden terugbetaald door het ziekenfonds.
- Niet alle remgelden worden in aanmerking genomen. Zo komen dagvergoedingen voor ziekenhuisopnames in psychiatrische ziekenhuizen van langer dan 1 jaar niet in aanmerking. De medische kosten die in aanmerking worden genomen voor de maximumfactuur zijn:
 - het remgeld voor diensten van zorgverleners;
 - het remgeld voor terugbetaalde geneesmiddelen (met enkele uitzonderingen, zoals de meeste geneesmiddelen van categorie Cs - Cx) en magistrale bereidingen;
 - het remgeld voor technische diensten (medische beeldvorming, laboratoriumanalyses, technische onderzoeken enz.);
 - het forfaitair persoonlijk aandeel voor geneesmiddelen tijdens hospitalisatie;
 - het persoonlijk aandeel in de ligdagprijs in een algemeen ziekenhuis (volledig) en in een psychiatrisch ziekenhuis (enkel de eerste 365 dagen);
 - het persoonlijk aandeel voor enterale voeding via sonde of stoma voor jongeren onder de 19 jaar;

^d De Katz-schaal is een beoordelingsschaal van de mate van afhankelijkheid van een patiënt in zes domeinen van de dagelijkse activiteiten, zie:

<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/verpleegkundigen/verzorging/Paginas/evaluatieschaal-katz.aspx> (laatst bezocht op 22 oktober 2021)



- het persoonlijk aandeel voor endoscopisch en viscosynthesemateriaal;
- de afleveringsmarges (supplement) voor implantaten.
- Er zijn vier verschillende maximumfactuursystemen:
 - Maximumfactuur op basis van het gezinsinkomen: in dit systeem worden plafonds vastgesteld voor de jaarlijkse remgelden van een huishouden op basis van het netto belastbaar jaarinkomen van het huishouden (vijf plafonds voor vijf inkomensklassen);
 - Sociale maximumfactuur: voor de personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming wordt één plafond vastgesteld, namelijk € 450 (geïndexeerd € 506,79 in 2022);
 - Maximumfactuur voor kinderen: voor kinderen onder de 19 jaar wordt één enkel maximum vastgesteld, namelijk € 650 (geïndexeerd € 732,03 in 2022);
 - Maximumfactuur voor patiënten met een chronische aandoening: d.w.z. voor patiënten met het statuut chronische aandoening of voor patiënten met remgelden van meer dan € 450 per jaar (geïndexeerd € 487,08 in 2021 en € 477,54 in 2020) gedurende twee opeenvolgende jaren; alle plafonds gedefinieerd in de andere systemen (d.w.z. de hierboven beschreven maximumfactuur op basis van gezinsinkomen, de sociale maximumfactuur en de maximumfactuur voor kinderen) worden verlaagd met € 100 (geïndexeerd € 112,62 in 2022).

Derdebetalersregeling voor patiënten met een chronische aandoening:⁵⁸

Het derdebetalerssysteem voor patiënten met het statuut chronisch aandoening: voor ambulante zorg moeten patiënten in principe het volledige honorarium vooraf betalen en vervolgens de terugbetaling vragen bij hun ziekenfonds op basis van de vergoede tarieven beschreven in de nomenclatuur (dat wil zeggen een verbod op het derdebetalerssysteem voor de meeste ambulante zorg) Sommige

uitzonderingen zijn niettemin gedefinieerd, dwz voor patiënten die recht hebben op verhoogde tegemoetkoming, is de toepassing van het derdebetalerssysteem verplicht voor consultaties bij de huisarts en patiënten betalen alleen remgeld en supplementen. Dit systeem is ook verplicht in sommige specifieke situaties (zoals voor het openen van een globaal medisch dossier (GMR), volledig ondersteund door ziekenfondsen). Voor patiënten met het statuut chronische aandoening, kan het derdebetalerssysteem ook worden toegepast door artsen en tandartsen, maar op vrijwillige basis, dwz de zorgverlener kan het weigeren. Ook moet worden opgemerkt dat voor 2022 tijdens de budgetonderhandelingen overeenstemming bereikt werd over een verbreding van het derdebetalerssysteem op vrijwillige basis voor alle patiënten. Als gevolg hiervan is sinds 1 januari 2022 het verbod op het derdebetalerssysteem voor de meeste ambulante zorg opgeheven.^{58, 59}

1.6.3.3 Evaluatie van het RIZIV-statuuat chronische aandoening

Evaluatie uitgevoerd door het Observatorium voor de chronische ziekten

In 2016 en de eerste helft van 2017 voerde het Observatorium voor de chronische ziekten een evaluatie uit van het statuut chronische aandoening.⁶⁰ De evaluatie omvatte een kwantitatief luik, gebaseerd op IMA-gegevens uit 2013-2015 van de permanente steekproef (EPS), en een kwalitatieve analyse op basis van een vragenlijst die naar 4 000 rechthebbenden werd gestuurd, wat resulteerde in 1 447 ingevulde vragenlijsten. In 2015 had 9,7% van de personen die onder de verplichte ziekteverzekering vielen, recht op het statuut chronische aandoening (9,7% in Vlaanderen, 10,7% in Wallonië en 7,4% in Brussel, eigen berekening). Dat het statuut in Brussel relatief minder vaak wordt toegekend, is volgens de auteurs te verklaren door de constructie van het statuut op basis van acht opeenvolgende kwartalen van uitgaven, aangezien meer mensen voor een korte periode in Brussel verblijven.⁶⁰

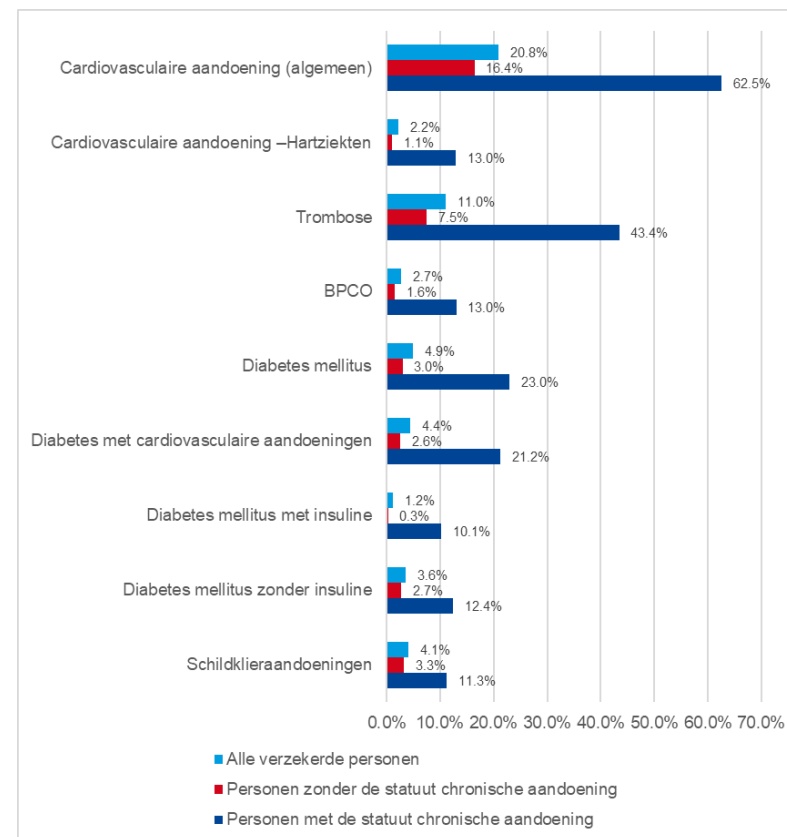


De volgende kenmerken kwamen verhoudingsgewijs meer voor bij personen die recht hebben op het statuut dan bij diegenen die er geen recht op hebben:⁶⁰

- Hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming: 40,4% (met statuut) versus 15,8% (zonder statuut);
- Genieten het forfait voor chronisch zieken: 38,0% (met statuut) versus 2,9% (zonder statuut);
- Hebben een handicap: 17,7% (met statuut) versus 4,8% (zonder statuut);
- Zijn gepensioneerd: 48,7% (met statuut) versus 16,1% (zonder statuut);
- Zijn alleenstaand: 36,9% (met statuut) versus 15,5% (zonder statuut).

Ook werd de correlatie met enkele aandoeningen onderzocht. Sinds 2017 heeft de EPS verschillende pseudopathologievariabelen toegevoegd, gebaseerd op poliklinische medicatietoediening. De prevalentie van de chronische pseudopathologieën in Figuur 3 was hoger onder mensen met het statuut chronische aandoening dan onder mensen zonder dit statuut.⁶⁰

Figuur 3 – Percentage personen met een pseudo-ziekte die als chronische ziekte wordt vermeld: alle verzekerde personen, personen met/zonder RIZIV-statuu

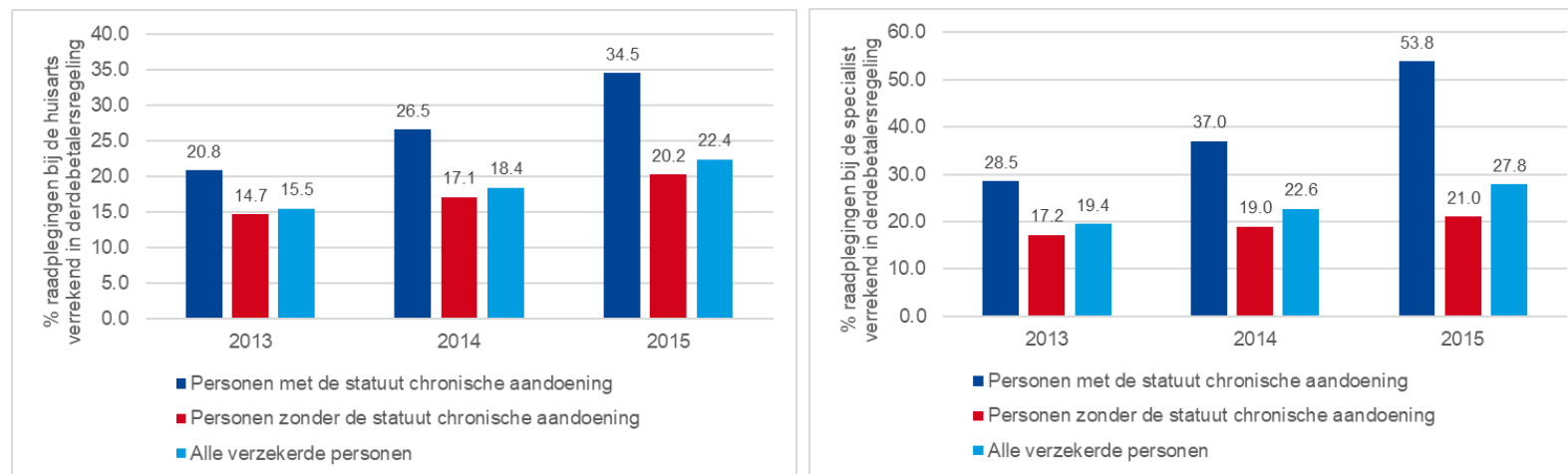


Bron: Observatorium voor de chronische ziekten 2017⁶⁰

De derdebetalersregeling, een van de voordelen van het statuut chronische aandoening, werd tussen 2013 en 2015 duidelijk steeds meer toegepast, zowel door huisartsen als door specialisten. Uit de analyse bleek ook een grotere toename van het gebruik van dit systeem onder patiënten met het statuut chronische aandoening dan bij patiënten zonder dit statuut (zie Figuur 4). Bij de tandartsen was die tendens minder uitgesproken (bijna geen toename en bijna geen verschil volgens recht op het statuut). Daarbij moet worden opgemerkt dat de hoge toepassing van de derdebetalersregeling door huisartsen en specialisten bij personen met het

statuut chronische aandoening te wijten was aan het feit dat zij ook recht hadden op de verhoogde tegemoetkoming (die tevens recht geeft op de derdebetalersregeling). Daarom kon slechts een bescheiden toename van de toepassing van deze regeling worden toegeschreven aan het statuut chronische aandoening.⁶⁰

Figuur 4 – Percentage raadplegingen (bij de huisarts en de specialist) verrekend in derdebetalersregeling



Bron: Observatorium voor de chronische ziekten 2017⁶⁰

Wat de maximumfactuur (MAF) betreft, stellen we vast dat meer patiënten met het statuut chronische aandoening van dit systeem genoten en dat de MAF-terugbetalingen gemiddeld ook hoger waren, vooral voor diegenen zonder verhoogde tegemoetkoming. Het was echter moeilijk te beoordelen in welke mate de verlaging van de drempel met 100 euro een rol heeft gespeeld, gezien de complexiteit van het MAF-systeem.⁶⁰

De kwalitatieve analyse wees ook op het gebrek aan kennis bij de bevolking over het statuut en de voordelen ervan. Zo wist 60,3% van de respondenten niet dat ze baat hadden bij het statuut chronische aandoening en kende slechts 15% de voordelen van een dergelijk statuut. Voor de MAF is het gebrek aan kennis van dit voordeel geen probleem aangezien het automatisch wordt toegekend, maar voor wat betreft het 'recht' op



toepassing van de derdebetalersregeling, is kennis ervan wel degelijk noodzakelijk, aangezien dit door de patiënten moet worden aangevraagd.⁶⁰

Evaluatie uitgevoerd door het IMA

Het IMA voerde ook een evaluatie uit van het RIZIV-statuuat chronische aandoening, om de betrouwbaarheid van het statuut na te gaan bij het identificeren van patiënten met een diagnose van chronische aandoening voor het jaar 2015.⁶¹ Hiertoe koppelden zij de IMA-gegevens aan de INTEGEO-database en registreerden ze de consultaties van huisartsen, inclusief incidentie- en prevalentiecijfers voor de redenen van bezoek (gebaseerd op de Internationale classificatie van de eerstelijnszorg (ICPC-2)) in een steekproef van Vlaamse huisartsen. Voor de evaluatie werd aan elke patiënt een 'diagnose van chronische ziekte' (ja/nee) toegewezen op basis van 129 ICPC-2-codes die werden geïdentificeerd als diagnoses van chronische ziekten op basis van de 'ICPC_DuurEpisoden'-lijst (zie https://www.ima-aim.be/IMG/pdf/nl_-_intg_-_statut_maladie_chronique_-_publique_final.pdf), opgesteld door INTEGEO voor de categorie potentieel levenslange verworven pathologieën. Hierbij moet worden opgemerkt dat deze lijst enkele ziekten bevat die weinig impact hebben op het dagelijks leven en/of op de gezondheidsuitgaven, zoals ongecompliceerde hypertensie. Het kan ook niet worden uitgesloten dat sommige diagnoses van chronische ziekten in de INTEGEO-database ontbreken, dat wil zeggen dat sommige patiënten met chronische ziekten mogelijk uitsluitend worden doorverwezen naar hun specialist en daarom niet geïdentificeerd worden via INTEGEO (beperkt tot de huisartsenpraktijken).⁶¹

In totaal werden 44 819 patiënten opgenomen in deze evaluatie (gegevens uit 2015). Uit de analyse bleek dat de prevalentie van diagnoses van chronische ziekten heel anders was dan die van het statuut chronische aandoening, hoewel er een statistische overeenkomst was. In totaal had 72,4% van deze patiënten de diagnose van chronische ziekte en 17,5% een statuut chronische aandoening (Tabel 2).⁶¹ De prevalentie van een diagnose van chronische ziekte was relatief aanzienlijk hoger bij personen met het statuut chronische aandoening.

Een analyse per diagnose bracht ook enkele pathologieën aan het licht die vooral voorkwamen bij patiënten met het statuut chronische aandoening, d.w.z. patiënten met insulineafhankelijke diabetes, pulmonale hartziekte en hartdecompensatie.⁶¹

De uitgaven waren, zoals verwacht, significant hoger in de groep patiënten met het statuut chronische aandoening (gebaseerd op een financieel criterium). Toch werden er twee typen patiënten geïdentificeerd die ondanks hoge uitgaven geen recht hadden op het statuut chronische aandoening, namelijk patiënten met hoge uitgaven gedurende minder dan twee jaar en patiënten met hoge uitgaven, maar onregelmatig gespreid over de kwartalen.⁶¹ Ook werd geconstateerd dat een diagnose van chronische ziekte (op basis van de 'ICPC_DuurEpisoden'-lijst) niet noodzakelijkerwijs tot hoge zorguitgaven leidde.

Tabel 2 – Frequentie van personen met een diagnose van chronische ziekte volgens het RIZIV-statuuat chronische aandoening

	Geen diagnose van chronische ziekte	Diagnose van chronische ziekte	Totaal
Geen chronische aandoening	24,8%	57,8%	82,5%
Statuuat chronische aandoening	2,9%	14,6%	17,5%
Totaal	27,6%	72,4%	100%

Bron: IMA 2019⁶¹



1.6.4 Discussie

Zoals beschreven in de vorige sectie, zijn de voorwaarden om het RIZIV-statuuat chronische aandoening te verkrijgen voornamelijk gebaseerd op financiële criteria met als doel de financiële toegankelijkheid te verbeteren voor chronisch zieken met hoge gezondheidsuitgaven. Meer in het bijzonder zijn de eerste en derde voorwaarden gebaseerd op het bedrag van de totale (terugbetaalde) gezondheidsuitgaven (gedurende 8 opeenvolgende kwartalen), terwijl de tweede voorwaarde (forfait) gebaseerd is op de remgelden (gedurende 2 opeenvolgende jaren). We moeten ook opmerken dat, naast het financiële criterium, patiënten zich volgens de tweede voorwaarde in een 'situatie van afhankelijkheid' moeten bevinden en volgens de derde voorwaarde een zeldzame of weesziekte moeten hebben.

Patiënten met een chronische aandoening, maar zonder hoge medische uitgaven, komen niet in aanmerking voor het RIZIV-statuuat chronische aandoening. Bovendien, zoals benadrukt in de sectie over de evaluatie, hebben patiënten met hoge uitgaven gedurende minder dan twee jaar of met hoge uitgaven die onregelmatig over de kwartalen zijn gespreid, geen recht op het statuut. Dit verklaart waarom er verschillen te verwachten zijn ten opzichte van methoden die patiënten met een chronische aandoening identificeren op basis van zelfrapportage (d.w.z. zoals in de HIS of EU-SILC (zie hoofdstuk 3) of op basis van een lijst van diagnoses (zoals in de IMA-evaluatie). Uit de reeds uitgevoerde evaluaties bleek evenwel dat patiënten met hartaandoeningen of diabetes goed geïdentificeerd lijken te zijn aan de hand van het statuut.

2 METHODEN EN GEGEVENS

Er werden drie soorten indicatoren geselecteerd om de performantie van het gezondheidssysteem voor chronisch zieken te beoordelen:

- **contextuele** indicatoren die een contextueel beeld geven van de populatie chronisch zieken in België;
- **chronische versus niet-chronische** indicatoren (de indicator wordt apart geëvalueerd voor chronisch zieken en niet-chronisch zieken);
- **chronische** indicatoren (de performantie-indicator is gerelateerd aan de zorg voor een specifieke chronische aandoening).

De resultaten worden per dimensie weergegeven in verschillende tabellen volgens het type indicator (contextueel, chronisch versus niet-chronisch of chronisch).

2.1 Selectie van indicatoren

Het uitgangspunt van de selectie van indicatoren was het oplijsten van de meest relevante indicatoren om de performantie van het gezondheidssysteem voor chronisch zieken te evalueren. De lijst was gebaseerd op onderzoek in de geïndexeerde en grijze literatuur, en verder verfijnd in samenwerking met externe deskundigen (conceptuele relevantie). In een tweede fase werden deze indicatoren geconfronteerd met de beschikbaarheid van gegevens, waarbij zoveel mogelijk gebruik werd gemaakt van routinegegevens. Het was niet de bedoeling om een nieuwe gegevensverzameling op te zetten. Alle in dit rapport geanalyseerde gegevens zijn dus aan bestaande gegevensbronnen ontleend (zie sectie 2.2).

De uiteindelijke selectie van indicatoren was een afweging tussen conceptuele relevantie (wat ideaal zou zijn om te meten) en haalbaarheid (beschikbaarheid van gegevens en beheersbaar aantal indicatoren).



2.1.1 Voorselectieproces

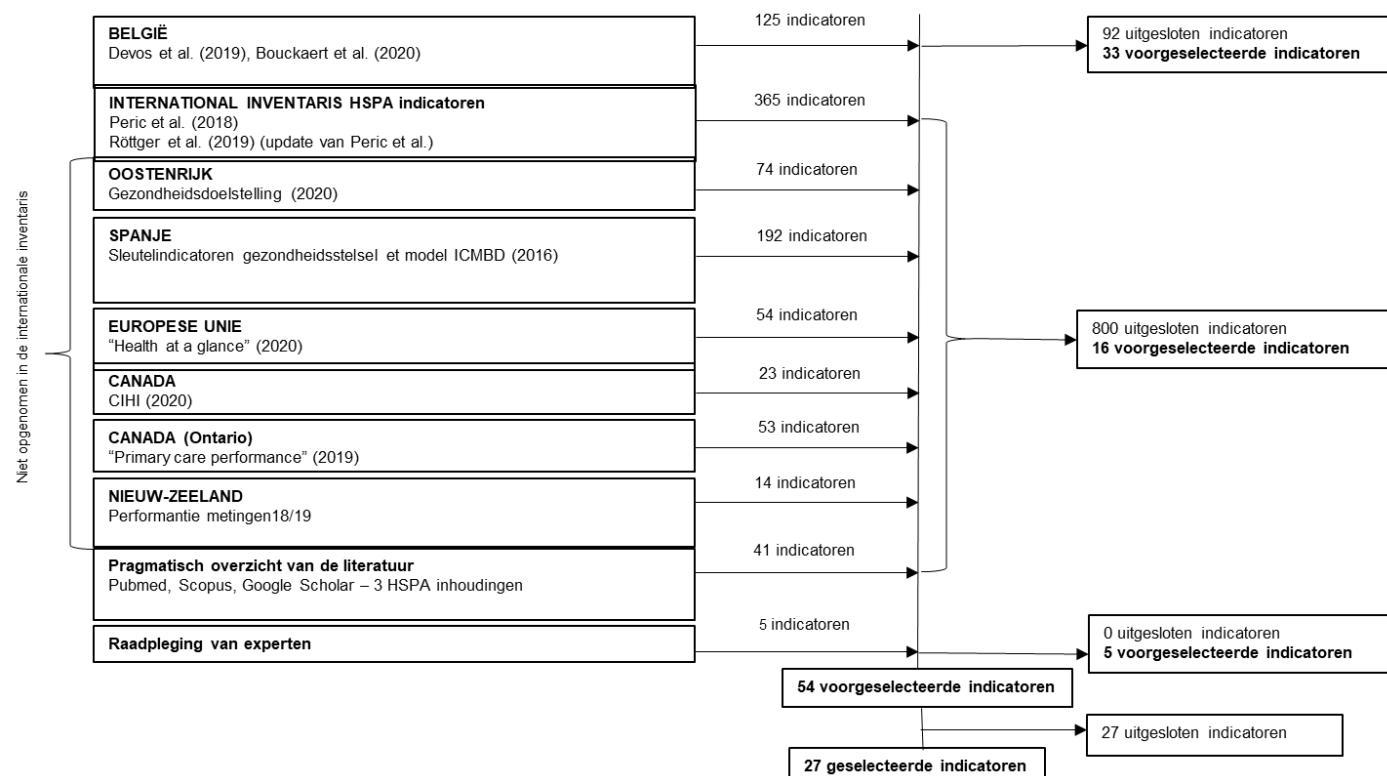
In de eerste fase werd een pragmatisch literatuuronderzoek uitgevoerd door te zoeken naar relevante indicatoren voor Performantierapporten over chronisch zieken. Er werd gebruik gemaakt van Pubmed, Scopus en Google Scholar, met een zoekstrategie gebaseerd op trefwoorden die verband houden met de performantie van het gezondheidssysteem (zie Appendix 1). We hebben ook de 125 indicatoren beoordeeld die in het laatste Performantierapport voor België waren opgenomen en in het Performantierapport over billijkheid.^{2,3} Er werd ook een oproep gedaan voor Performantierapporten van andere Europese landen, zowel mondeling tijdens de 24^{ste} bijeenkomst van de HSPA Expert Group (18 februari 2020) als per e-mail aan de internationale leden van deze groep. Ook werden de items in de PaRIS-vragenlijst (Patient Reported Indicator Survey, versie 1 en 2) bestudeerd, maar geen van deze werd beoordeeld als relevant voor dit project (zie Tekstkader 6). Na het literatuuronderzoek werden 941 indicatoren behouden voor het voorselectieproces (zie Figuur 5).

Tekstkader 6 – De Patient-Reported Indicator Survey (PaRIS)

PaRIS is een internationaal project dat door de OESO werd opgezet om nieuwe indicatoren te ontwikkelen, te standaardiseren en te implementeren voor het meten van de resultaten en ervaringen van de gezondheidszorg. De **International Survey of People Living with Chronic Conditions** is de eerste enquête die de resultaten en ervaringen beoordeelt van patiënten die in de eerstelijnszorg worden behandeld in verschillende landen. De PaRIS-enquête wil een kritieke leemte in de eerstelijnszorg opvullen door te vragen naar aspecten als toegang tot gezondheidszorg en wachttijden, maar ook naar levenskwaliteit, pijn, fysiek functioneren en psychisch welzijn.⁶² In België wordt PaRIS beheerd door Sciensano. De eerste Belgische enquête voor patiënten met chronische aandoeningen werd uitgevoerd in de zomer van 2021 (patiënten) en in het najaar van 2021 (huisartsen).



Figuur 5 – Selectieproces van HSPA-indicatoren voor de zorg voor chronisch zieken



Devos (2019)², Bouckaert (2020)³, Peric (2018)⁶³, Röttger (2019)⁶⁴, Key indicators health system⁶⁵, ICMBD model (2016)⁶⁶, Health at a glance (2020)⁶⁷, CIHI (2020)⁶⁸, Primary care performance (2019)⁶⁹, Performance measure 18/19⁷⁰, 3 HSPA retained^{71 72 73}

Vier onderzoekers van het onderzoeksteam deden onafhankelijk van elkaar een voorselectie van indicatoren. In een spreadsheet hadden de onderzoekers drie mogelijke antwoorden: 1) indicator voorselecteren; 2)

indicator niet voorselecteren; 3) weet niet. Er was ook een cel voorzien om nuttige opmerkingen toe te voegen.



De inclusiecriteria voor de voorselectie waren:

- De chronisch zieken zijn identificeerbaar (zelfgerapporteerd of door administratieve status) in de gegevens, of de indicator is gerelateerd aan een chronische aandoening;
- Andere vereisten inherent aan de HSPA (performantiemeting van de Belgische gezondheidszorg, validiteit, betrouwbaarheid, relevantie, interpreteerbaarheid en uitvoerbaarheid).^{2, 74}

Het resultaat werd vervolgens tijdens twee teambijeenkomsten besproken om tot overeenstemming te komen over de definitieve voorselectie. Voor het definitieve selectieproces werden 54 indicatoren geselecteerd (zie Figuur 5).

In de voorselectie waren 33 indicatoren (61%) opgenomen in het laatste Belgische Performantierapport²; 21 indicatoren (39%) waren nieuwe indicatoren. De voorselectie bestond uit 6, 32 en 16 indicatoren voor respectievelijk de contextuele, de chronische versus niet-chronische en de chronische sectie van het rapport (zie Tabel 3).

Tabel 3 – Voorgeselecteerde HSPA-indicatoren, per bron en per sectie van het rapport

	Contextueel	Chronisch chronisch	versus niet-	Chronisch	TOTAAL
Nieuw	6	5		10	21
Oud*	0	27		6	33
Totaal	6	32		16	54

**Reeds opgenomen in het laatste Belgische Performantierapport, maar zonder onderscheid tussen chronisch zieken en niet-chronisch zieken.²*

2.1.2 Definitieve selectie van indicatoren

De voorgeselecteerde indicatoren zijn via een online-enquête (LimeSurvey) voorgelegd aan een panel van 11 experts in HSPA of in de zorg voor chronisch zieken. Elke indicator is beoordeeld op basis van vijf criteria:

validiteit, betrouwbaarheid, relevantie/belang, interpreteerbaarheid en bruikbaarheid. De criteria werden beoordeeld van 1 (helemaal niet mee eens) tot 5 (helemaal mee eens). De definitie van de voorgeselecteerde indicatoren en de selectiecriteria werden vóór de beoordeling aan de experts verstrekt.

Vervolgens werd de gemiddelde score per indicator berekend. Er werden drie rangschikkingen gemaakt volgens de gemiddelde voorkeurscore en volgens het type indicator (contextueel, chronisch versus niet-chronisch of chronisch). Zo kon er een afweging worden gemaakt tussen de soorten indicatoren die voor het onderzoek werden geselecteerd.

Tot slot werden de resultaten besproken op een bijeenkomst van de experts. Om het onderzoek beheersbaar te houden in de beschikbare tijd werd een streefdoel gesteld van 25-30 geselecteerde indicatoren. Na overleg met de experts werden 27 indicatoren weerhouden voor het rapport (zie Tabel 3). Hiervan waren er 19 (70,4%) al eerder opgenomen in het Belgische Performantierapport² en 8 nieuwe indicatoren (geïdentificeerd als **NIEUW** in het rapport – we behouden de originele ID voor indicatoren die zijn opgenomen in het laatste Belgische Performantierapport van 2019). De indicatoren die niet door de experts werden geselecteerd, zijn beschikbaar in de appendix.

De uiteindelijke selectie bestond uit 13 (48,1%) chronische versus niet-chronische indicatoren, 10 chronische indicatoren (37,0%) en 4 contextuele indicatoren (14,8%). Met betrekking tot de weergave van de performantiedimensies, beoordeelden 2 indicatoren de toegankelijkheid (A-2, A-4), 2 de billijkheid (EQ-4, EQ-5), 14 de kwaliteit (continuïteit (QE-11, QC-7, QC-1, QC-3, QC-5), de doeltreffendheid (QE-10, QE-1, QE-2), de gepastheid (QA-1, QA-2) en de patiëntgerichtheid (QP-1, QP-3, QP-4)), en 1 de efficiëntie (E-5). In dit rapport werd geen indicator van duurzaamheid opgenomen. Het preventiedomein wordt geëvalueerd door 4 indicatoren (P-4, P-6, P-7, P-11) (zie sectie 1.2 voor informatie over de dimensies en domeinen die in het Belgische conceptueel kader voor de HSPA zijn opgenomen) (zie Tabel 4).

**Tabel 4 – De lijst met 27 indicatoren die zijn opgenomen in de HSPA van de zorg voor chronisch zieken**

Indicator-ID	Domein	Naam	Type
A-2	Toegankelijkheid	Eigen betalingen voor gezondheid (% van totale gezondheidsuitgaven)	Chronisch versus NC*
A-4	Toegankelijkheid	Zelfgerapporteerde uitgestelde medische contacten om financiële redenen (% van de personen opgenomen in de enquête)	Chronisch versus NC
E-5 <i>NIEUW</i>	Efficiëntie	Percentage low-care dialyse (%)	Chronisch
EQ-4	Billijkheid	Percentage huishoudens met verarmende of verder verarmende eigen betalingen	Chronisch versus NC
EQ-5	Billijkheid	Percentage huishoudens met catastrofale eigen betalingen	Chronisch versus NC
CHR-1 <i>NIEUW</i>	-	Percentage personen met het statuut chronische aandoening volgens hun gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven (IMA)	Contextueel
CHR-2 <i>NIEUW</i>	-	Percentage personen dat aangeeft aan een chronische aandoening te lijden (% respondenten, 15+) (HIS)	Contextueel
CHR-3 <i>NIEUW</i>	-	Percentage personen dat multimorbiditeit rapporteerde in de afgelopen 12 maanden (% respondenten, 15+) (HIS)	Contextueel
P-4	Preventie	Griepvaccinatie (% populatie 65+)	Chronisch versus NC
P-6	Preventie	Borstkankerscreening (% vrouwen van 50-69 jaar) - georganiseerde screening	Chronisch versus NC
P-7	Preventie	Borstkankerscreening (% vrouwen van 50-69 jaar) - alle mammografieën	Chronisch versus NC
P-11	Preventie	Regelmatige tandartsbezoeken (% populatie 3+)	Chronisch versus NC
QA-1	Kwaliteit - gepastheid	Percentage volwassen diabetici met insuline en gepaste opvolging	Chronisch
QA-2	Kwaliteit - gepastheid	Percentage volwassen diabetici dat andere glucoseverlagende geneesmiddelen dan insuline krijgt met gepaste opvolging	Chronisch
QOL-1 <i>NIEUW</i>	-	Ervaren kwaliteit van leven (chronische populatie versus niet-chronische populatie)	Contextueel
QC-1	Kwaliteit - continuïteit	Gebruik van een globaal medisch dossier (% personen dat een globaal medisch dossier (GMD) heeft bij een huisarts)	Chronisch versus NC



QC-3	Kwaliteit - continuïteit	Contact met huisarts binnen 7 dagen na ziekenhuisontslag (% patiënten van 65+)	Chronisch versus NC
QC-4	Kwaliteit - continuïteit	Percentage volwassen diabetici (die insuline krijgen) met een overeenkomst/paspoort/zorgtraject	Chronisch
QC-5	Kwaliteit - continuïteit	Percentage volwassen diabetici (die glucoseverlagende geneesmiddelen krijgen) met een overeenkomst/paspoort/zorgtraject	Chronisch
QC-7 NIEUW	Kwaliteit - continuïteit	Aantal personen met een referentieapotheker (/aantal personen dat een referentieapotheker zou moeten hebben)	Chronisch
QE-1	Kwaliteit - doeltreffendheid	Ziekenhuisopnames voor astma bij volwassenen (/100 000)	Chronisch
QE-2	Kwaliteit - doeltreffendheid	Ziekenhuisopnames voor complicaties van diabetes bij volwassenen (/100 000)	Chronisch
QE-10 NIEUW	Kwaliteit - doeltreffendheid	Mogelijk te vermijden ziekenhuisopnames: COPD	Chronisch
QE-11 NIEUW	Kwaliteit - doeltreffendheid	Percentage met succes behandelde personen met in het laboratorium bevestigde longtuberculose	Chronisch
QP-1	Kwaliteit - patiëntgerichtheid	Arts spendeert genoeg tijd aan patiënt tijdens consultatie (% respondenten, contact met arts)	Chronisch versus NC
QP-3	Kwaliteit - patiëntgerichtheid	Arts biedt de gelegenheid om vragen te stellen of zorgen te uiten (% respondenten, contact met arts)	Chronisch versus NC
QP-4	Kwaliteit - patiëntgerichtheid	Arts betreft patiënten bij beslissingen over zorg en/of behandelingen (% respondenten, contact met arts)	Chronisch versus NC

*Chronisch versus NC: Chronisch versus niet-chronisch



2.2 Gegevensbronnen

De KCE HSPA maakt bij het bestuderen van indicatoren doorgaans maximaal gebruik van routinegegevens. Er werden geen nieuwe data verzameld, maar er werd gebruik gemaakt van bestaande databronnen, die in de toekomst bij voorkeur in een vergelijkbaar formaat worden verzameld. Dit maakt een herevaluatie van dezelfde indicatoren mogelijk wanneer er een HSPA-update komt. De gebruikte gegevensbronnen in deze HSPA over de zorg voor chronisch zieken worden beschreven in Tekstkader 7.

Tekstkader 7 – Gebruikte gegevensbronnen voor de HSPA over zorg voor chronisch zieken

Gezondheidsenquête (Health Interview Survey - HIS)

Sinds 1997 houdt Sciensano om de 4 à 5 jaar Gezondheidsenquêtes (HIS). De belangrijkste doelstellingen van de HIS zijn het beoordelen van de gezondheidstoestand van de bevolking en het identificeren van de belangrijkste gezondheidsproblemen, evenals de bepalende factoren en de gedragingen die erop van invloed kunnen zijn. De gezondheidsindicatoren die in het HIS zijn opgenomen, stellen de bevoegde overheden in staat om een proactief gezondheidsbeleid te ontwikkelen dat is aangepast aan de behoeften van de bevolking. De laatste gegevensverzameling vond plaats in 2018 door middel van face-to-face interviews (F2F) en een met papier en pen (P&P) zelf in te vullen vragenlijst (SAQ) over gevoeligere onderwerpen.⁷ De HIS omvat acht belangrijke gezondheidsdomeinen (namelijk gezondheid en levenskwaliteit, levensstijl, kennis over gezondheid en gezondheidspreventie, geestelijke gezondheid en welzijn, gebruik van gezondheidsdiensten, gezondheid en samenleving en tandheelkundige gezondheid). In 2018 werd een gezondheidsonderzoek uitgevoerd onder 1184 deelnemers aan de HIS. De meeste resultaten zijn vrij beschikbaar

via verschillende publicaties en rapporten op een website^e en in een interactieve online-analysetool.

IMA-gegevens

Het InterMutualistisch Agentschap is een samenwerkingsverband van de zeven Belgische ziekenfondsen. Het IMA verzamelt gegevens van de verschillende ziekenfondsen in een gemeenschappelijk formaat. De IMA-gegevens op microniveau zijn de belangrijkste informatiebron die werd gebruikt om de indicatoren te berekenen in dit Performantierapport over zorg voor chronisch zieken. Sommige gegevens werden aangeleverd door de IMA-coördinatiecel⁷⁵, terwijl andere rechtstreeks door de KCE-onderzoekers werden geëxtraheerd uit de IMA-atlas: <https://aim-ima.be/Atlas-AIM>. Een voordeel is dat de IMA-gegevens niet zelfgerapporteerd zijn, noch beperkt tot een bepaalde registratieperiode, maar continu door de ziekenfondsen worden verzameld voor administratief gebruik en dus minder vertekend zijn door herinnering. Er is geen registratie van gezondheidszorg die niet wordt gedekt door de verplichte ziekteverzekering of wordt gebruikt door ingezetenen die niet verzekerd zijn bij de verplichte ziekteverzekering. De beschikbare informatie omvat gedetailleerde gegevens op individueel niveau over zorggebruik en -uitgaven – verder onderverdeeld in remgelden, ziekenhuissupplementen en uitgaven ten laste van de ziekteverzekering – van alle zorg die door de ziekteverzekering wordt gedekt (procedures, diensten, opnames, afgeleverde medicatie enz.). Daarnaast zijn er socio-demografische en socio-economische gegevens zoals leeftijd, geslacht, woonplaats enzovoort. Hoewel de gezondheidszorgconsumptie in detail wordt geregistreerd, wordt geen diagnostische informatie opgenomen.

^e <https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx> (laatst bezocht op 6 januari 2022)



HISLink - koppeling van HIS-gegevens met gegevens van de ziekteverzekering

In het HISLink-project maakte Sciensano een koppeling tussen de Gezondheidsenquête (HIS) 2013/2018 en de IMA-gegevens (2013-14/2018), om de HIS-rapportage over het zorggebruik te verifiëren, maar ook om tekortkomingen van de ziekteverzekeringsgegevens in te vullen (bv. ontbrekende informatie over niet-vergoed zorggebruik, geen verband tussen zorggebruik en zorgbehoefte, schaarse informatie over socio-demografische achtergrondkenmerken).⁷⁶

EU-SILC-gegevens

De EU-SILC-microdata zijn de referentiebron voor het meten van socio-economische ongelijkheden in België (en Europa). De Belgische gegevens worden jaarlijks verzameld door Statbel, het Belgische statistiekbureau. Het enquêteformaat is in de hele EU geharmoniseerd, met kleine nationale verschillen. De EU-SILC-gegevens bevatten uitgebreide informatie over individuele personen en huishoudens voor een representatieve steekproef van de bevolking die in België woont (ongeveer 11.000 tot 12.000 personen in ongeveer 6.000 huishoudens). Er wordt gedetailleerde, zelfgerapporteerde informatie vastgelegd over o.a. opleidingsniveau, activiteit, verschillende inkomensbronnen, huisvesting, bezit van goederen, vermogen, leeftijd, geslacht, woonplaats, gezinssituatie, buurtkenmerken en gezondheidstoestand. Informatie over de gezondheidstoestand wordt alleen verzameld voor personen van 16 jaar of ouder.³

EU-SILC/IMA-gegevens

In het kader van het Performance Equity-project werden gegevens op individueel niveau van EU-SILC, verzameld in 2008, 2012 en 2016, gekoppeld aan IMA-gegevens op individueel niveau. Dit maakt het mogelijk gedetailleerde informatie te verkrijgen over socio-economische status, socio-demografische kenmerken, gezondheidstoestand.³ Daarnaast werden de uitgaven van huishoudens in diverse categorieën

(bv. voeding, nutsvoorzieningen, huur enz.) aan deze dataset toegevoegd met behulp van het EUROMOD-microsimulatiemodel.⁷⁷

FOD Volksgezondheid MZG

De registratie van ontslagen uit het ziekenhuis (MZG, Minimale Ziekenhuis Gegevens) is sinds 1991 verplicht voor elk ziekenhuis in België. Dit betekent dat voor elke gehospitaliseerde patiënt informatie moet worden geregistreerd zoals geboortjaar, geslacht, postcode en andere informatie zoals de duur van het ziekenhuisverblijf, ziekenhuisafdeling, soort kamer enzovoort, samen met de ICD-10-CM-codes van de relevante diagnoses en de uitgevoerde diagnostische en therapeutische procedures. De gegevens worden verzameld en verspreid door de FOD Volksgezondheid.⁷⁸

Statbel

Statbel is de belangrijkste statistische instantie in België. Het Belgische statistiekbureau verzamelt en verspreidt alle bevolkings- en sterftcijfers.⁷⁹

Een ander rijksregister bevat gegevens over tuberculose: het Belgische tuberculoseregister, waarvan de gegevens worden gerapporteerd door FARES en VRGT.^{80, 81}

Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO)

De OESO werkt aan gezondheidsgegevens en -indicatoren om internationale vergelijkingen en economische analyses van gezondheidssystemen te maken. Belangrijke statistische publicaties zijn onder meer OECD Health Statistics 2021⁸² (een database met meer dan duizend indicatoren die alle aspecten van de gezondheidssystemen van de 38 OESO-lidstaten bestrijken). De OESO publiceert ook de 'Health at a Glance'-rapporten (het meest recente werd gepubliceerd in 2021). Deze rapporten schetsen de recentste vergelijkbare gegevens over diverse aspecten van de prestatie van de gezondheidssystemen in de OESO-landen.⁸³



Ook andere internationale instanties hebben zeer nuttige gegevens gepubliceerd (bijvoorbeeld het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) of de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO)⁸⁴) om de performantie van het Belgische gezondheidssysteem te vergelijken met andere Europese landen.

2.3 Hoe voerden we de evaluatie uit?

De resultaten van de 27 indicatoren zijn samengevat in synoptische tabellen in het gedeelte over de resultaten (deel II van het rapport). Deze tabellen bevatten de meest recente betrouwbare resultaten op nationaal niveau en per gewest, evenals de gegevensbronnen en het gemiddelde van de EU-15^f. Er wordt ook een vergelijking gemaakt van de indicatoren per type chronische status (voor de contextuele en chronische versus niet chronische indicatoren, zie hierboven).

Evaluatie op basis van niveau en trend

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

De waarde op nationaal niveau wordt vergeleken met **streefdoelen** (nationale als die bestaan, anders internationale), met resultaten van de landen van de EU-15 (**benchmarking**), met **zorgnormen** (voornamelijk voor indicatoren uit klinische richtlijnen), in die volgorde. Als er geen streefdoelen, benchmarking of zorgnormen zijn, is de evaluatie gebaseerd

op een **consensus** onder de auteurs van dit rapport (expert opinion) (zie Tekstkader 8).

Regionale verschillen (Vlaanderen, Wallonië en Brussel)

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

Wat de vergelijkingen tussen gewesten betreft, moet rekening worden gehouden met de specifieke context van het Brussels gewest, dat slechts uit één groot stedelijk gebied bestaat, terwijl de andere twee gewesten een mengvorm zijn van stedelijke, voorstedelijke en landelijke omgevingen.

Tekstkader 8 – Hoe moeten we de resultaten interpreteren?

Om een verkeerde interpretatie van de resultaten van dit rapport te voorkomen, dient de lezer het volgende voor ogen te houden:

- Het doel van het Performantierapport is een algemene evaluatie van het gezondheidssysteem (met een focus op de zorg voor chronisch zieken), niet de monitoring van het effect van specifieke programma's. De indicatoren zijn gekozen ter illustratie van een dimensie of domein (met name in de context van de zorg voor chronisch zieken), maar **niet om een specifiek gezondheidsthema te analyseren**.
- **Een vergelijking met andere (Europese) landen moet met de nodige voorzichtigheid gebeuren** omdat er verschillen kunnen zijn in methodologie, gegevensverzameling (enquête vs. administratieve gegevens, steekproef enz.), codering van informatie enz.

^f De term **EU-15** verwijst naar de 15 lidstaten van de Europese Unie op 31 december 2003, voordat de nieuwe lidstaten tot de EU toetraden. De 15 lidstaten op dat moment waren Oostenrijk, België, Denemarken, Finland, Frankrijk, Duitsland, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland,

Portugal, Spanje, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Afhankelijk van de beschikbaarheid van gegevens kan het aantal landen dat in de benchmark wordt opgenomen variëren (EU-13 betekent bijvoorbeeld dat gegevens uit 13 van de 15 landen werden verzameld voor de vergelijking).



- De **indicatorresultaten worden ook beïnvloed door factoren extern aan het statuut chronische aandoening of een zelfgerapporteerde chronische aandoening**. Dit rapport heeft niet als doel om deze factoren te onderzoeken. Veel indicatoren worden ook beïnvloed door factoren buiten het gezondheidssysteem, bijvoorbeeld gezondheidsdeterminanten (sociale en economische omgeving, fysieke omgeving, individuele kenmerken en gewoonten). Wanneer een indicatortendens verandert, kan dat te maken hebben met een nieuw beleid, maar ook met andere factoren: zelfs wanneer een verband kan worden gelegd, is dit nog geen absoluut bewijs van oorzakelijkheid.

Tabel 5 – Pictogrammen bij de evaluatie van indicatoren

	Goede resultaten die nog steeds verbeteren
	Goede resultaten en niet-geëvalueerde trend
	Goede en globaal stabiele resultaten
	Goede resultaten die echter verslechteren
	Gemiddelde resultaten die echter verbeteren
	Gemiddelde resultaten en niet-geëvalueerde trend
	Gemiddelde en globaal stabiele resultaten
	Gemiddelde resultaten die echter verslechteren
	Slechte resultaten die echter verbeteren (waarschuwingssignalen)
	Slechte resultaten en niet-geëvalueerde trend (waarschuwingssignalen)
	Slechte en globaal stabiele resultaten (waarschuwingssignalen)

	Slechte resultaten die nog verslechteren (waarschuwingssignalen)
	Contextuele indicator: geen trend (geen evaluatie uitgevoerd)
	Contextuele indicator: opwaartse trend (geen evaluatie uitgevoerd)
	Contextuele indicator: stabiele trend (geen evaluatie uitgevoerd)
	Contextuele indicator: neerwaartse trend (geen evaluatie uitgevoerd)
	Slechtere resultaten voor chronisch zieken

Voor elke hieronder beschreven indicator is een **technische fiche** beschikbaar op de KCE-website in het [Supplement](#) van het rapport. De indicator-ID (bijvoorbeeld: A-2) in de synoptische tabellen verwijst naar de ID in het document. De technische fiche bevat de reden voor het kiezen van de indicator, technische informatie over de gegevensbronnen en de berekening, alle resultaten (waaronder subgroepanalyses en benchmarking), beperkingen bij de interpretatie, en alle bibliografische referenties. Sommige technische fiches bevatten ook subindicatoren bij de hoofdindicator die helpen om de context te begrijpen. Dit rapport is ook gepubliceerd op de website gezondbelgie.be om het grote publiek te bereiken. Op deze website worden indicatoren verzameld van meerdere rapporten (o.a. het Performantierapport, het Health Status-rapport en variatiepatronen in medische praktijken), evenals grafieken met downloadbare datasets.



DEEL 2 – RESULTATEN

3 CONTEXTUELE INDICATOREN

In de afgelopen jaren is het Belgische gezondheidssysteem geëvolueerd om het hoofd te kunnen bieden aan een toename van het aantal personen met een chronische aandoening (zie sectie 1.1). De belangrijkste kenmerken van een chronische aandoening zijn dat ze lang aanhoudt en naar verwachting een lange periode van toezicht, observatie of zorg vereist.⁸⁵ Leven met een chronische aandoening betekent vaak een ingrijpende levensveranderende ervaring die van invloed kan zijn op alle aspecten van het leven van een patiënt. Chronische ziekten en aandoeningen hebben specifieke gevolgen voor de beleving van gezondheid, het dagelijks functioneren en het zorggebruik.⁸⁶ Omdat een chronische ziekte vaak moeilijk te genezen is, ligt de focus van de behandeling op het zo stabiel mogelijk houden van de gezondheidstoestand. In dit deel bespreken we de resultaten van de contextuele indicatoren, die werden geselecteerd om het percentage personen die met een chronische ziekte leven en hun levenskwaliteit in perspectief te plaatsen (zie sectie 2.1 voor een beschrijving van het selectieproces).

Er worden vier indicatoren beschreven. De eerste indicator (**aandeel personen met RIZIV-statuuat chronische aandoening (CHR-1)**) geeft informatie over één van de financiële beschermingsmaatregelen in het Belgische gezondheidssysteem, in het leven geroepen om mensen met een chronische ziekte te ondersteunen (zie sectie 1.5). De tweede indicator (**aandeel personen dat een chronische aandoening rapporteerde (CHR-2)**) geeft een beeld van hoe individuen (in de Belgische Gezondheidsenquête, HIS, een representatieve steekproef van de Belgische bevolking) hun gezondheid ervaren en hun toestand als chronisch zieke rapporteren. De derde indicator (**aandeel personen dat multimorbiditeit rapporteerde in de laatste 12 maanden (CHR-3)**) geeft informatie over de rapportering van multimorbiditeit bij individuen van dezelfde representatieve steekproef van de Belgische bevolking (HIS). De

vierde indicator tot slot (**zelf ervaren levenskwaliteit (QOL-1)**) geeft informatie over de zelf waargenomen gezondheidsgelateerde levenskwaliteit bij individuen van dezelfde representatieve steekproef (HIS). De indicator CHR-1 met betrekking tot het RIZIV-statuuat chronische aandoening wordt ook als stratificatiefactor gebruikt bij de analyse van de indicatoren CHR-2, CHR-3 en QOL-1. De indicator CHR-2 die de zelfrapportage van een chronische ziekte aangeeft, wordt op zijn beurt ook gebruikt als stratificatiefactor bij de analyse van de indicatoren CHR-3 en QOL-1.

Meer in het algemeen worden, zoals uitgelegd in sectie 2.1 (selectie van de indicatoren), in dit rapport drie verschillende soorten indicatoren beschreven: de contextuele indicatoren waarover het in dit hoofdstuk gaat, de chronische versus niet-chronische indicatoren, en de indicatoren die zich richten op specifieke chronische ziekten. Om de chronische versus niet-chronische indicatoren te bestuderen, moeten twee subpopulaties gedefinieerd worden volgens de al dan niet chronische toestand van de Belgen: chronisch zieken en niet-chronisch zieken. Daartoe worden de contextuele indicatoren CHR-1 en CHR-2 gebruikt om de chronisch zieken van de niet-chronisch zieken te onderscheiden en zo de twee te vergelijken subpopulaties te definiëren. Tabel 6 laat zien welke contextuele indicator is gekozen om de twee subpopulaties te definiëren voor de chronische versus niet-chronische indicatoren. Er werd ook een extra variabele gebruikt, die niet beschreven is in het huidige hoofdstuk over contextuele indicatoren, om de chronische versus niet-chronische populatie te definiëren. Deze laatste wordt specifiek gebruikt in het kader van de domeinen toegankelijkheid en billijkheid: de EU-SILC PH020-factor (zie Tekstkader 9). Tabel 6 omvat ook het gebruik van deze laatste factor.

**Tekstkader 9 – EU-SILC, beschrijving van de PH020-factor**

De Europese enquête naar inkomens en levensomstandigheden (EU-SILC) is een instrument dat gegevens verzamelt over inkomen, armoede, sociale uitsluiting en levensomstandigheden in de EU. In de enquête peilt de vraag PH020 naar het aantal personen van 16 jaar en ouder die aangeven een chronische ziekte of aandoening te hebben. In de EU-SILC wordt een chronische ziekte gedefinieerd als een langdurig gezondheidsprobleem, dat wil zeggen met een duur van ten minste 6 maanden.

De formulering van de vraag in het Frans en het Nederlands is identiek aan de formulering die wordt gebruikt in de Belgische Gezondheidsenquête (HIS):

"Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?"

"Hebt u een langdurige ziekte of aandoening (gezondheidsprobleem)?"

Tabel 6 – Gebruik van de indicatoren statuut chronische aandoening / zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening als stratificatiefactor van chronische versus niet-chronische indicatoren

ID	Hoofdstuk	Naam	CHR-1	CHR-2	EU-SILC PH020
A-2	5	Eigen betalingen voor gezondheid (% van totale gezondheidsuitgaven)	X		X
A-4	5	Zelfgerapporteerde uitgestelde medische contacten om financiële redenen (% van de personen opgenomen in de enquête)	X		X
EQ-4	5	Percentage huishoudens met verarmende of verder verarmende eigen betalingen	X		X
EQ-5	5	Percentage huishoudens met catastrofale eigen betalingen	X		X
P-11	7	Regelmatige tandartsbezoeken (% populatie 3+)	X	X	
P-4	7	Griepvaccinatie (% populatie 65+)	X		
P-6	7	Borstkankerscreening (% vrouwen van 50-69 jaar) - georganiseerde screening	X		
P-7	7	Borstkankerscreening (% vrouwen van 50-69 jaar) - alle mammografieën	X		
QC-1	4.3	Gebruik van een globaal medisch dossier (% personen dat een globaal medisch dossier (GMD) heeft bij een huisarts)	X		



QC-3	4.3	Contact met huisarts binnen 7 dagen na ziekenhuisontslag (% patiënten van 65+)	X	
QP-1	4.4	Arts spendeert genoeg tijd met patiënten tijdens consultatie (% respondenten, contact met huisarts of specialist)	X	X
QP-3	4.4	Arts biedt de gelegenheid om vragen te stellen of bezorgdheid te uiten (% van de respondenten, huisarts of specialist)	X	X
QP-4	4.4	Arts betreft patiënten bij beslissingen over zorg en/of behandelingen (% respondenten, contact met huisarts of specialist)	X	X

Daarnaast is er het HISLink-project van gegevenskoppeling. Dit maakt het mogelijk om een meer diepgaande analyse van de contextuele indicatoren te doen op basis van de aanwezigheid van zowel zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening als het RIZIV-statuuut chronische aandoening (zie Tekstkader 10 over het HISLink-project). Ook enkele andere indicatoren van dit rapport profiteren van de vergelijking die het HISLink-project biedt: P-11, QP-1, QP-3 en QP-4 (zie hoofdstukken 4 en 7).

Tabel 7 geeft een overzicht van de belangrijkste resultaten van de contextuele indicatoren, die in de volgende delen meer in detail worden beschreven. Omdat alle indicatoren contextueel zijn, wordt er geen performantie score gegeven.

Tekstkader 10 – Het HISLink-project

Het HISLink-project koppelt de HIS-gegevens (Sciensano) aan die van de ziekteverzekeringen (IMA). Dit project wordt geleid door Sciensano⁹ en gefinancierd door het RIZIV. De experts van Sciensano geven de volgende toelichting bij dit project: "De Gezondheidsenquête (HIS) en de verplichte ziekteverzekering zijn complementaire gegevensbronnen binnen het Belgische gezondheidsinformatiesysteem. Tijdens de HIS worden zelfgerapporteerde gegevens verzameld over de gezondheidsstatus, levensstijl, gezondheidszorg en socio-demografische achtergrondkenmerken voor een representatieve steekproef van de bevolking in België. De IMA is een administratieve database met gedetailleerde informatie voor de totale bevolking over terugbetalingen van gezondheidszorg gedekt door de verplichte ziekteverzekering. Door middel van een individuele koppeling van HIS- en IMA-gegevens kunnen relevante problemen in het gezondheidsbeleid worden aangepakt, die elk van de gegevensbronnen afzonderlijk niet kunnen aanpakken."^h (Zie ook sectie 2.2 over de gegevensbronnen voor meer informatie over HISLink.)

⁹ Sciensano is een openbare onderzoeksinstituting met een holistische en multidisciplinaire benadering van gezondheid, met inbegrip van het nauwe en onlosmakelijke verband tussen de gezondheid van mensen en die van dieren, en hun omgeving ('one health'-concept).

^h <https://www.sciensano.be/nl/projecten/koppeling-van-gegevens-uit-gezondheidsenquetes-met-gegevens-uit-de-ziekteverzekering>, bezocht op 3 januari 2022



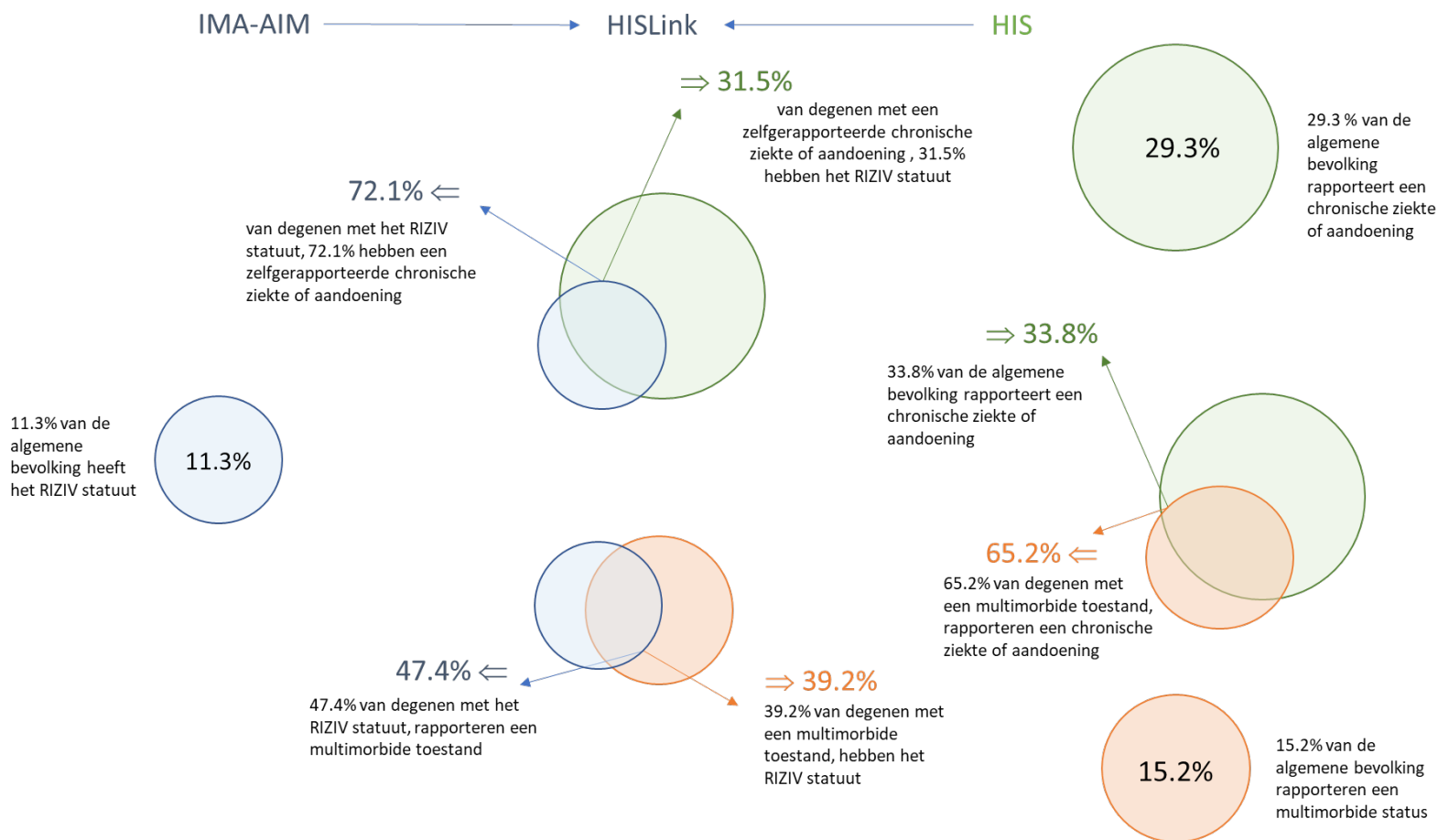
Tabel 7 – Overzicht van de resultaten van de contextuele indicatoren

(ID)	Indicator	bevolkingsgroep	SCORE	Jaar	BE	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
CHR-1 <i>NIEUW</i>	Percentage personen met het RIZIV-statuu chronische aandoening volgens hun gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven	In de totale bevolking	C	2018 (2020)	11,3 (12,1)	11,3 (12,1)	12,0 (12,9)	8,7 (9,4)	IMA	-
		In de bevolkingsgroep met zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening		2018	31,5	32,9	29,6	31,0	HISLink	
		In de bevolkingsgroep met zelfgerapporteerde multimorbiditeit			39,2	42,0	43,5	35,6	HISLink	
CHR-2 <i>NIEUW</i>	Percentage personen dat een chronische ziekte rapporteert	In de totale bevolking	C	2018	29,3	27,6	32,7	28,7	HIS	36,6
		In de bevolkingsgroep met het RIZIV-statuu chronische aandoening			72,1	71,7	74,8	70,8	HISLink	
CHR-3 <i>NIEUW</i>	Percentage personen dat de afgelopen 12 maanden multimorbiditeit rapporteerde	In de totale bevolking	C	2018	15,2	15,7	16,5	10,8	HIS	-
		In de bevolkingsgroep met het RIZIV-statuu chronische aandoening			47,4	48,3	48,2	38,3	HISLink	
		In de bevolkingsgroep met zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening			33,8	34,4	34,1	28,7	HIS	
QOL-1 <i>NIEUW</i>	Ervaren kwaliteit van leven*	In de totale bevolking	C	2018	0,843	0,868	0,798	0,839	HIS	-
		In de bevolkingsgroep met het RIZIV-statuu chronische aandoening			⚠ 0,630	0,671	0,558	0,627	HISLink	
		In de bevolkingsgroep met zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening			⚠ 0,696	0,739	0,632	0,687	HIS	

Legende: C = contextueel, ⚠ = Slechtere resultaten voor chronisch zieken

* gemeten aan de hand van de EQ-5D-5L vragenlijst en gewaardeerd met de Belgische EQ-5D-5L waardenset (Bouckaert et al. (2021)).⁸⁷ Zie technische fiche voor bijkomende methodologische aspecten.

Figuur 6 – Overlap tussen bevolkingsgroepen met zelfgerapporteerde chronische ziekte, met zelfgerapporteerde multimorbiditeit en met een recht op het RIZIV-statuu





3.1 Percentage personen met het RIZIV-statuuat chronische aandoening volgens hun gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven

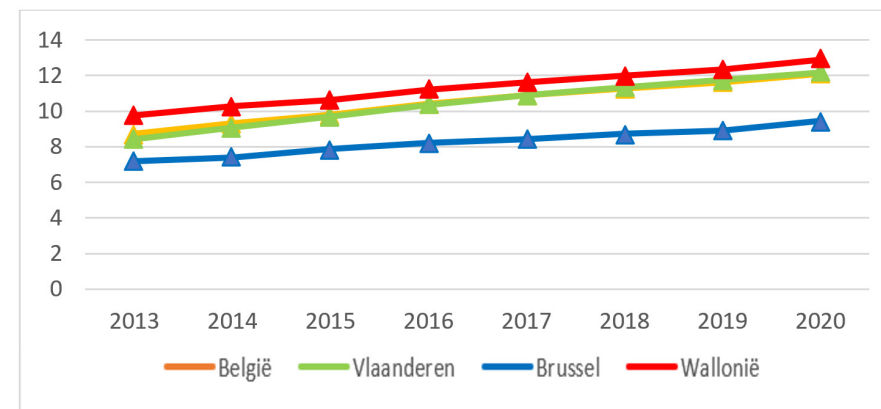
Gezondheid is een belangrijk aspect van het welzijn van mensen en heeft een belangrijke invloed op de mogelijkheden om deel te nemen aan het sociale leven en de arbeidsmarkt en om te profiteren van economische groei en werkgelegenheid. Mensen met een slechte lichamelijke of geestelijke gezondheid zijn vaker inactief of werkloos dan mensen met een betere gezondheid.^{3, 88} Dit kan leiden tot een hoger risico op financiële problemen, een lager algemeen welzijn en sociale ongelijkheid. Mensen die lijden aan een chronische aandoening worden mogelijk geconfronteerd met hoge eigen uitgaven voor zorg. Om dit probleem aan te pakken creëerde het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) in 2013 een specifiek statuut dat voornamelijk gebaseerd is op de gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven van een patiënt (zie sectie 1.5 over de voorwaarden om in aanmerking te komen en de rechten verbonden aan dit statuut). Dit statuut geeft toegang tot de maximumfactuur (MAF) voor chronisch zieken, met terugbetaling van het remgeld van patiënten boven bepaalde drempels, en tot de derdebetalersregeling (door artsen en tandartsen op vrijwillige basis toegepast).⁸⁹

Het statuut chronische aandoening werd ontwikkeld vanuit het idee 'sociale bescherming' te bieden aan patiënten met hoge gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven die regelmatig een beroep doen op zorg, en niet met het idee om alle patiënten met een chronische ziekte administratief te identificeren. Patiënten die lijden aan een chronische ziekte maar weinig gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven, vallen niet onder dit financiële beschermingsmechanisme.

Het aandeel Belgen dat recht heeft op het statuut chronische aandoening steeg van 8,7% in 2013 naar 12,1% in 2020 (Figuur 7). Deze toename was vrij gelijkaardig in de drie Belgische gewesten. In 2020 had Wallonië de hoogste prevalentie (12,9%), gevolgd door Vlaanderen (12,2%) en het Brussels Gewest (9,4%). Dit kan gedeeltelijk worden verklaard door het verschillende leeftijdsprofiel in het Brussels Gewest (gemiddeld een lagere leeftijd). In alle drie de gewesten zijn vrouwen oververtegenwoordigd

(verhouding mannen/vrouwen: Vlaanderen: 10,4% versus 13,9%; Brussels Gewest: 7,8% versus 11,1%; Wallonië: 10,9% versus 15,8%).

Figuur 7 – Percentage van de bevolking dat recht heeft op het statuut chronische aandoening (2013 t/m 2020), per gewest.



Bron: IMA, Figuur: KCE

Een verdere analyse op basis van leeftijd en geslacht van de RIZIV-statuuat chronische aandoening voor de Belgische bevolking leert dat mensen met het statuut chronische aandoening substantieel ouder zijn en vaker vrouwelijk zijn. Ruim 37% van de chronisch zieken heeft al recht op een ander financieel beschermingssysteem, namelijk de verhoogde tegemoetkoming (VT). In de algemene Belgische bevolking heeft 18,8% toegang tot de VT (zie Tabel 8).



Tabel 8 – Stratificatie van het statuut chronische aandoening voor de Belgische bevolking (leeftijd, geslacht en verhoogde tegemoetkoming (VT)) en vergelijking van VT in de Belgische bevolking en in de bevolking met het RIZIV-statuuat chronische aandoening, 2020

% met statuut chronische aandoening	Geen VT		VT	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
0-24 jaar	1,9	1,6	4,4	3,8
25-44 jaar	2,2	4,5	13,0	13,4
45-64 jaar	8,1	11,2	26,9	30,9
65-74 jaar	21,4	20,6	36,3	37,2
75+ jaar	37,2	40,5	51,1	58,7

% met/zonder VT	Geen VT	VT
Belgische bevolking	80,6	18,8
Statuuat chronische aandoening	62,5	37,4

Bron: IMA-atlas, VT = Verhoogde tegemoetkoming

De gekoppelde gegevens in het HISLink-project maken het mogelijk om het aandeel personen met het RIZIV-statuuat chronische aandoening te berekenen onder de mensen met een zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening en ook onder mensen met zelfgerapporteerde multimorbiditeit. Van de personen die in 2018 zelf een chronische ziekte rapporteerden of zelf aangeven met multimorbiditeit te kampen, heeft respectievelijk 31,5% en 39,2% het statuut chronische aandoening (zie Tabel 7 en Figuur 6).⁶¹

3.2 Percentage personen dat een chronische ziekte rapporteert

De indicator zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening wordt gebruikt in de projecten met EU-gezondheidsindicatoren (ECHI). Het is een veelgebruikte indicator om de gezondheid van de bevolking te meten en een inschatting te maken van de zorgbehoeften.⁹⁰

Het aandeel Belgen dat een chronische aandoening rapporteert, steeg van 25,1% in 2001 tot 29,3% in 2018 (zie Figuur 8). De cijfers zijn het hoogst in Wallonië, gevolgd door Brussel en Vlaanderen. Zoals verwacht stijgt het aandeel Belgen dat minstens één chronische aandoening rapporteert met de leeftijd, van 14,1% in de leeftijdsgroep 15-24 jaar tot 44,1% in de leeftijdsgroep 75+ (gegevens van 2018).

Het verschil tussen het aandeel personen met een zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening en het aandeel personen met het RIZIV-statuuat chronische aandoening is aanzienlijk. In 2013 bedroeg het aandeel 28,6% voor de eerste groep en 10,5% voor de laatste groep, ofwel een verschil van 18,1 procentpunten. In 2018 was het verschil van dezelfde orde grootte, namelijk 29,5% voor de eerste groep tegenover 12,9% voor de laatste groep, ofwel een verschil van 16,6 procentpunten.

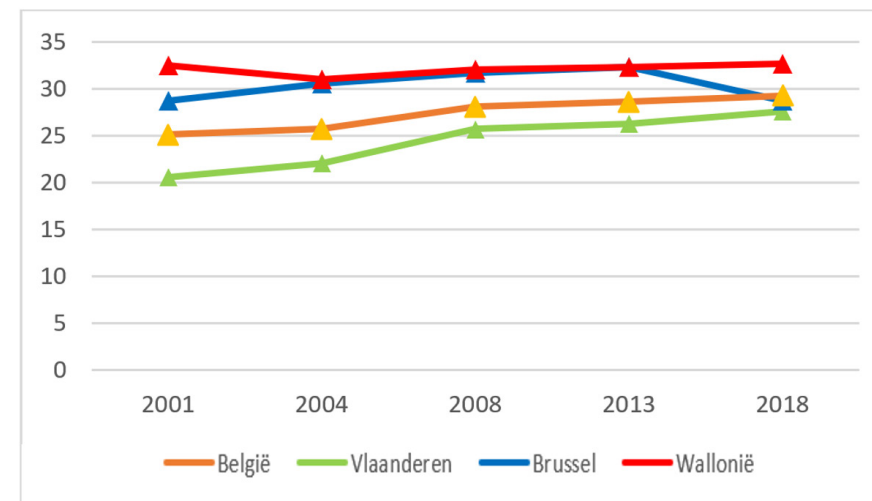
Een eerste verklaring is dat het RIZIV-statuuat chronische aandoening vooral gebaseerd is op de gezondheidsuitgaven en niet op het hebben van een chronische aandoening. Mensen met een chronische aandoening, maar van wie de gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven lager zijn dan 300 euro per kwartaal (niet geïndexeerd) of die geen recht hebben op het forfait voor chronisch zieken, hebben geen recht op het statuut chronische aandoening. Een andere verklaring is dat mensen gedurende 8 opeenvolgende kwartalen gezondheidsuitgaven van 300 euro per kwartaal moeten hebben om recht te hebben op het statuut. Dit houdt in dat mensen die geen 'continue' hoge gezondheidsuitgaven hebben en van wie de gezondheid gedurende bijvoorbeeld één jaar verslechtert door een chronische aandoening (met als gevolg hogere uitgaven gedurende deze periode), geen aanspraak maken op het RIZIV-statuuat chronische aandoening. Bovendien blijkt uit de analyse van de HISLink-gegevens (zie



Tabel 7 en Figuur 6) dat van de personen met het RIZIV-statuuat chronische aandoening slechts 72,1% aangeeft minstens één chronische ziekte te hebben. Met andere woorden, 27.9% van de personen met het RIZIV-statuuat chronische aandoening, rapporteren geen chronische ziekte of aandoening. Eén mogelijke verklaring is dat de respondenten van de Belgische gezondheidsenquête de vraag niet goed hebben begrepen of zich niet bewust zijn van hun chronische conditie. Een andere verklaring is dat personen met het RIZIV-statuuat chronische aandoening geen onderliggende chronische aandoening hebben. Kortom, het RIZIV-statuuat lijkt vooral mensen met hoge gezondheidsuitgaven te identificeren, en niet noodzakelijk personen met een chronische aandoening.

Een Europese studie (EU-SILC) laat toe om gegevens tussen Europese landen te vergelijken en toont aan dat het aandeel personen met een zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening in België relatief laag is in vergelijking met de meeste Europese landen. In 2020 bedroeg de prevalentie in België 24,8%, onder het EU-15-gemiddelde van 34,1% (zie Tabel 9).

Figuur 8 – Percentage van de bevolking van 15 jaar en ouder dat melding maakt van ten minste één chronische ziekte (jaren 2001, 2004, 2008, 2013, 2018), per gewest



Gegevens: HIS, Figuur: KCE



Tabel 9 – Aandeel personen dat een chronische ziekte of aandoening rapporteerde in de EU-15 in 2020

	% personen dat een chronische ziekte of aandoening rapporteert
Finland	50,3
Portugal	43,2
Zweden	37,4
Frankrijk	37,4
Spanje	37,3
Oostenrijk	35,4
Denemarken	34,6
EU-15 (gemiddelde voor 12 landen*)	34,1
Nederland	32,5
Ierland	27,2
België	24,8
Luxemburg	24,6
Griekenland	23,9

Bron: Eurostat; gegevens niet beschikbaar voor Verenigd Koninkrijk, Italië en Duitsland

3.3 Percentage personen dat de afgelopen 12 maanden multimorbiditeit rapporteerde

Belgen die zijn geselecteerd voor de face-to-face-interviews van de HIS kunnen melden of ze lijden aan meer dan één chronische ziekte of ziektegroep. Er werden tien ziekten uit een lijst van 38 in aanmerking genomen (astma, chronische obstructieve longziekte (COPD), acuut hartinfarct (AMI), coronaire hartziekten, andere ernstige hartaandoeningen, hypertensie, artrose, artritis, kanker en diabetes). Bij de samenstelling van

de indicator werden astma en COPD samengenomen als 'chronische longaandoeningen'; acuut hartinfarct, coronaire hartziekten en andere ernstige hartziekten werden samengenomen als 'ernstige hartziekten'; en artrose en artritis (2 verschillende vragen) werden ook samengenomen. Dit resulteerde in 6 ziekten of ziektegroepen (chronische longziekte, ernstige hartziekte, diabetes, artrose/artritis, hypertensie en kanker).⁹¹ Multimorbiditeit werd gedefinieerd als het hebben van ten minste twee van die zes ziekten of ziektegroepen. Dit houdt in dat mensen die twee ziekten uit dezelfde 'ziektegroep' rapporteerden, niet als multimorbide werden beschouwd.

Het aandeel Belgen dat een multimorbide toestand rapporteerde, steeg van 11,4% in 2001 tot 15,2% in 2018. Deze stijging wordt grotendeels verklaard door de vergrijzing van de bevolking. In 2018 steeg de prevalentie van het hebben van minstens twee chronische ziekten met leeftijd, van 0,8% in de leeftijdsgroep 15-24 jaar tot 41,8% in de leeftijdsgroep 75+. Deze leeftijdsgebonden prevalentie was stabiel doorheen de tijd, terwijl de bevolking gemiddeld ouder werd. De prevalentie was het hoogst in Wallonië (16,5%), gevolgd door Vlaanderen (15,1%) en Brussel (10,8%).

De analyse van de HIS en HISLink-gegevens geeft aan dat 33,8% van de Belgische bevolking met een zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening in 2018, eveneens multimorbiditeit rapporteert (zie Tabel 10). Bij de personen met het RIZIV-statuuat chronische aandoening stijgt dit cijfer tot 47,4%. Hoewel mensen met een multimorbide toestand vaker het RIZIV-statuuat chronische aandoening genieten, betekent dit niet noodzakelijk dat dit een goede proxy is om mensen met een chronische ziekte of aandoening te identificeren. Mensen kunnen bijvoorbeeld andere gezondheidsuitgaven hebben die niet gerelateerd zijn aan een chronische ziekte. Anderzijds rapporteert 10,6% van de respondenten zonder het RIZIV-statuuat chronische aandoening multimorbiditeit. Dit zou kunnen worden verklaard doordat hun specifieke ziekten slechts tot lage gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven leiden. Anderzijds kunnen sommige ziekten die niet in de HIS-vragenlijst staan, zoals psychische problemen, leiden tot langdurig hoge gezondheidsuitgaven. Dit betekent dat als deze ziekten in de HIS worden opgenomen, er een betere match zou zijn (hoger aandeel



multimorbiditeit onder rechthebbenden), en dan zou het hebben van het statuut dus een betere proxy blijken.

Hoe dan ook is het waarschijnlijk dat patiënten met multimorbiditeit hogere gezondheidsuitgaven hebben dan patiënten met slechts één chronische ziekte. Het RIZIV-statuuut zou mensen met multimorbiditeit daarom wellicht beter kunnen identificeren omdat ze hogere gezondheidsuitgaven in de verplichte ziekteverzekering hebben. In 2018 genoot 39,2% van de multimorbide patiënten het RIZIV-statuuut chronische aandoening, tegenover 31,5% van de personen met een zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening (zie Tabel 7 en Figuur 6).

Tabel 10 – Aandeel personen met zelfgerapporteerde multimorbiditeit in de afgelopen 12 maanden

	2013						2018					
	Zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening (HIS)		Statuut chronische aandoening (HISLink)		GEEN statuut chronische aandoening (HISLink)		Zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening (HIS)		Statuut chronische aandoening (HISLink)		GEEN statuut chronische aandoening (HISLink)	
	%	95% CA	%	95% CA	%	95% CA	%	95% CA	%	95% CA	%	95% CA
België	33,7	30,7;36,7	45,4	41,1;49,6	9,7	8,7;10,6	33,8	31,2;36,3	47,4	43,6;51,2	10,6	9,7; 11,4
Brussel	34,6	28,7;40,5	49,5	40,5;58,6	8,9	7,4;10,3	28,7	24,4;32,9	38,3	32,4;44,1	7,7	6,4; 9,0
Vlaanderen	34,5	29,9;39,0	47,3	41,1;53,6	9,4	8,2;11,1	34,4	30,8;38,0	48,3	43,0;53,7	10,2	9,0;11,4
Wallonië	32,2	27,9;36,6	41,0	34,7;47,4	10,0	8,6;11,5	34,1	29,8;38,4	48,2	41,8;54,6	12,0	10,3;13,7

Bron: HISLink



3.4 Ervaren kwaliteit van leven

Met de technologische vooruitgang en de toenemende levensverwachting van de bevolking (gerelateerd aan een toenemend aantal patiënten die lijden aan chronische aandoeningen), wordt de impact van zorginterventies op de levenskwaliteit van mensen een belangrijke bekommernis in het gezondheidsbeleid en bij beslissingen over de behandeling van patiënten. Het doel is niet langer alleen het leven van mensen te verlengen, maar ook om hun gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit te verbeteren of proberen te behouden.⁸⁷

Hoewel levenskwaliteit een zeer breed begrip is dat door tal van individuele aspecten kan worden beïnvloed, richt gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit (HRQoL) zich op de specifieke impact van gezondheid op de levenskwaliteit.⁸⁷ De HRQoL van een populatie of patiëntengroep kan worden gewaardeerd met behulp van een HRQoL-instrument dat de gezondheidstoestand beschrijft in combinatie met een reeds bestaande waardenset met waarden voor gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit (ook wel nutswaarden genoemd). De waardenset bevat een vaste nutswaarde voor elk van de mogelijke gezondheidstoestanden die kunnen worden beschreven met het HRQoL-instrument. Op die manier kunnen er waarden voor gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit worden toegekend aan de gezondheidstoestand(en) van een persoon of bevolkingsgroep.

Sinds 2013 meet de Belgische HIS de gezondheid en HRQoL van de bevolking met behulp van het EQ-5D-5L-meetinstrument. Dit werd ontwikkeld door de EuroQol Group en is een generiek multidimensionaal HRQoL-instrument dat veel wordt gebruikt in klinisch onderzoek en in gezondheidseconomische evaluaties.⁸⁷ Het beschrijft de gezondheidstoestand met vijf niveaus van ernst in vijf dimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. Elke EQ-5D-5L-gezondheidstoestand wordt aangeduid met een code, bv. 21531, waarbij elk cijfer staat voor de ernstgraad van een dimensie.⁸⁷ Onlangs heeft het KCE een waardenset ontwikkeld voor de EQ-5D-5L.⁸⁷ Het EQ-5D-5L-instrument wordt gebruikt om de HRQoL in deze indicator te meten.⁸⁷

In 2018 bedroeg de gemiddelde EQ-5D-5L-score voor de Belgische bevolking (HIS-cohort, 15+ jaar oud) 0,843, een daling van 0,018 in HRQoL in vergelijking met 2013. De daling wordt waargenomen in alle Belgische gewesten en is meer uitgesproken in Wallonië (-0,030) dan in Vlaanderen (-0,010) en het Brussels Gewest (-0,010).

Respondenten met een zelfgerapporteerde chronische ziekte hebben een lagere levenskwaliteit dan diegenen die geen chronische ziekte melden (het verschil bedroeg -0,211 in 2013 en -0,207 in 2018). Het verschil in zelfgerapporteerde HRQoL was groter in Wallonië dan in de andere gewesten. De patiënten die recht hebben op het RIZIV-statuuat chronische aandoening hebben een lagere levenskwaliteit dan de rest van de bevolking (HISlink) (het verschil bedroeg -0,231 in 2013 en -0,242 in 2018 (zie Tabel 11)). De HRQoL was ook lager bij patiënten met het RIZIV-statuuat chronische aandoening in vergelijking met de HIS-responsdenten met een zelfgerapporteerde chronische aandoening (het verschil bedroeg -0,053 in 2013 en -0,066 in 2018, zie Tabel 7).

**Tabel 11 – Score voor kwaliteit van leven*, per jaar, gewest en recht op het RIZIV-statuuat chronische aandoening**

	2013					2018				
	Recht op het statuut chronische aandoening		Geen recht op het statuut chronische aandoening		Vershil	Recht op het statuut chronische aandoening		Geen recht op het statuut chronische aandoening		Vershil
	Gemiddelde	95% CI	Gemiddelde	95% CI	Gemiddelde	Gemiddelde	95% CI	Gemiddelde	95% CI	Gemiddelde
België	0,656	0,625;0,688	0,887	0,881;0,893	-0,231	0,630	0,601;0,659	0,872	0,866;0,878	-0,242
Brussel	0,655	0,589;0,722	0,870	0,858;0,882	-0,215	0,627	0,574;0,680	0,864	0,853; 0,875	-0,193
Vlaanderen	0,674	0,630;0,719	0,906	0,899;0,913	-0,232	0,671	0,632;0,711	0,895	0,888; 0,903	-0,224
Wallonië	0,619	0,571;0,668	0,851	0,839;0,863	-0,232	0,558	0,508;0,608	0,831	0,817; 0,844	-0,273

* gemeten aan de hand van de EQ-5D-5L vragenlijst en gewaardeerd met de Belgische EQ-5D-5L waardenset (Bouckaert et al. (2021)).⁸⁷. Zie technische fiche voor bijkomende methodologische aspecten.

3.5 Besluit

Het aandeel Belgen dat recht heeft op het RIZIV-statuuat chronische aandoening (IMA-gegevens) steeg van 8,7% in 2013 tot 12,1% in 2020, en het aandeel Belgen met een zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening nam toe van 25,1% in 2001 tot 29,3% in 2018 (HIS-gegevens). Er was ook een toename van het aandeel Belgen dat multimorbiditeit rapporteerde: van 11,4% in 2001 naar 15,2% in 2018 (HIS-gegevens). Uit een combinatie van HIS- en IMA-gegevens blijkt dat slechts 31,5% van de personen die zelf een chronische ziekte rapporteerden en 39,2% van de personen met multimorbiditeit het RIZIV-statuuat chronische aandoening genieten. De belangrijkste reden hiervoor is dat het statuut chronische aandoening een financieel beschermingsmechanisme is. Het recht op dit statuut hangt af van het langdurige hebben van gezondheidsuitgaven (van een chronische aandoening) en dus niet van het hebben van een chronische aandoening op zich. Personen met een zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening hebben een lagere levenskwaliteit dan personen zonder chronische ziekte of aandoening.



4 ZORGKWALITEIT

Kwaliteit wordt gedefinieerd als "de mate waarin gezondheidszorg voor individuen en voor de bevolking de kans vergroot op gewenste gezondheidsuitkomsten, en de zorg overeenstemt met de gangbare medische kennis en inzichten".⁹² In het performantierapport wordt het concept verder onderverdeeld in 5 subdimensies: doeltreffendheid, gepastheid, veiligheid, zorgcontinuïteit en patiëntgerichtheid (zie sectie 1.2).

4.1 Doeltreffendheid van de zorg

Doeltreffendheid wordt gedefinieerd als "*de mate waarin de gewenste uitkomsten worden behaald, met een correct aanbod van evidence-based zorgdiensten voor iedereen die er baat bij heeft, maar niet voor diegenen die er geen baat bij zouden hebben*".⁹³ Indicatoren voor doeltreffendheid zijn typisch uitkomst(resultaats)indicatoren: patiëntgerapporteerde uitkomsten (PROMs), ongewenste neveneffecten (zoals mortaliteit, vermijdbare opname en incidentie van bacteriële resistentie) en onverwachte nadelige medische gebeurtenis (bv. chirurgische fouten).

Voor dit rapport werden 3 indicatoren gekozen om de doeltreffendheid van de eerstelijnszorg voor chronisch zieken te beoordelen, namelijk **vermijdbare ziekenhuisopnames voor drie chronische aandoeningen** (astma (QE-1), complicaties van diabetes (QE-2) en chronische obstructieve longziekte of COPD (QE-10)) en werd één indicator gekozen om de doeltreffendheid te beoordelen van de zorg voor patiënten met een ziekte die bij volledige therapietrouw geneesbaar is, namelijk een **succesvolle behandeling van longtuberculose** (QE-11) (zie Tabel 12).



Tabel 12 – Resultaten van de indicatoren met betrekking tot de doeltreffendheid van de zorg voor chronisch zieken

(ID) indicator	SCORE	België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde) [België]	Streefdoel
Doeltreffendheid van de eerstelijnszorg - vermijdbare ziekenhuisopnames									
QE-1 Ziekenhuisopnames voor astma bij volwassenen (per 100 000 inwoners van 15+)	+	27,9	2019	28,7	26,8	26,3	MZG OESO	30,3* [BE: 27,1]*	
QE-2 Ziekenhuisopnames voor complicaties bij diabetes bij volwassenen (per 100 000 inwoners van 15+)	+	146,7	2019	149,9	140,3	148,1	MZG OESO	105,2* [BE: 134,6]*	
QE-10 Ziekenhuisopnames voor chronische obstructieve longziekte (per 100 000 inwoners van 15+)	-	330,9	2019	314,7	393,8	228,3	MZG OESO	190,4* [BE 278,9]*	
Doeltreffendheid van de zorg - therapietrouw bij een lange en moeilijke behandeling									
QE-11 <i>NIEUW</i> Succesvolle behandeling van longtuberculose (TB) (% van de patiënten met longtuberculose die succesvol werden behandeld)	ST	81,2	2018	80,8	84,2	79,3	Belgisch TB-register	75,5 [§] [BE: 80,9] [#]	85% (WGO-EU, ECDC)

*Gestandaardiseerde cijfers leeftijd-geslacht; ! De vergelijking met het EU-15-gemiddelde moet met de nodige voorzichtigheid gebeuren, omwille van verschillen in ICD codering; *Alle incidentele TB-gevallen (niet alleen pulmonale TB-gevallen); [§]Het EU-7-gemiddelde moet met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien het alleen betrekking heeft op landen die follow-upgegevens hebben gerapporteerd voor ten minste 80% van hun respectieve TB-cohort.



4.1.1 Doeltreffendheid van de eerstelijnszorg voor chronische patiënten met astma, diabetes of COPD

De hoge ziekenhuisopnames voor astma en complicaties van diabetes bij volwassenen kunnen wijzen op een slechte doeltreffendheid van de eerstelijnszorg en op een slechte coördinatie of continuïteit van de zorg.⁹⁴ De ziekenhuisopnames voor chronisch obstructieve longziekte (COPD) bij volwassenen worden ook gebruikt als indicator om de performantie van de eerstelijnszorg te meten.⁹⁴ Er moet echter worden opgemerkt dat deze patiënten buitengewoon kwetsbaar zijn en dat het om een zeer ernstige pathologie gaat. Een hoog aantal hospitalisaties voor COPD is dan ook in mindere mate een weerspiegeling van een slechte eerstelijnszorg dan bij patiënten met astma of diabetes.

Om de kwaliteit van de eerstelijnszorg te verbeteren, werden er vanaf 2009 zorgtrajecten ontwikkeld om de zorg voor patiënten met diabetes te verbeteren. Voor patiënten met astma en COPD zijn geen zorgtrajecten ontwikkeld, maar er werden wel revalidatieovereenkomsten gemaakt voor

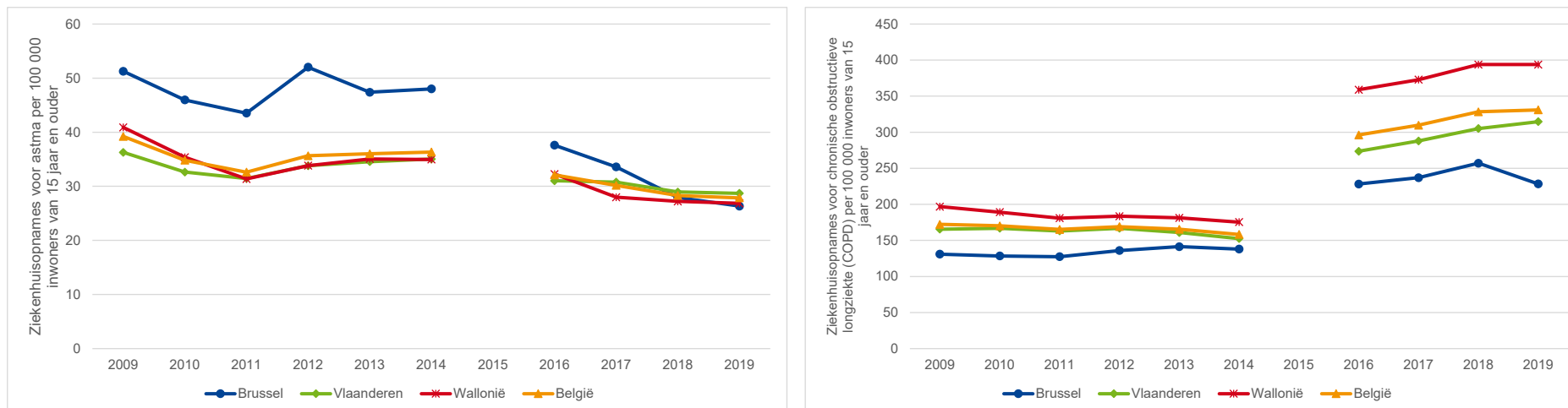
de zorg voor deze patiënten in gespecialiseerde centra, evenals voor diabetici (zie sectie 1.5).

Voor deze drie indicatoren is er in 2016 een breuk in de datareeksen als gevolg van de overgang naar de ICD-10-codering in België. Meer bepaald is er in 2016 een daling van het aantal ziekenhuisopnames voor astma, en omgekeerd een stijging van het aantal opnames voor COPD ten opzichte van 2014 (zie Figuur 9), deels te wijten aan het feit dat er bij de overgang van ICD-9- naar ICD-10-codering voor sommige gemengde aandoeningen een verschuiving plaatsvond van astma- naar COPD-opnames. Een vergelijking tussen de twee verschillende ICD-coderingsperioden (2009-2014; 2016-2019) moet met de nodige voorzichtigheid worden gemaakt.

Tijdens de periode 2016-2019 werd een daling van het aantal opnames voor astma waargenomen (van 32,1 naar 27,9 per 100 000 inwoners), wat kan wijzen op een verbetering van de kwaliteit van de eerstelijnszorg. De opnamecijfers voor COPD vertonen dan weer een stijgende trend (bv. van 296,1 per 100 000 inwoners in 2016 naar 330,9 in 2019), behalve in Brussel (zie Figuur 9 en Tabel 12). Het lagere aantal COPD-opnames in Brussel is mogelijk deels te verklaren door de jongere bevolking.



Figuur 9 – Ziekenhuisopnames voor astma (links) en voor chronische obstructieve longziekte (COPD) (rechts) per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder, per regio (2009-2019)



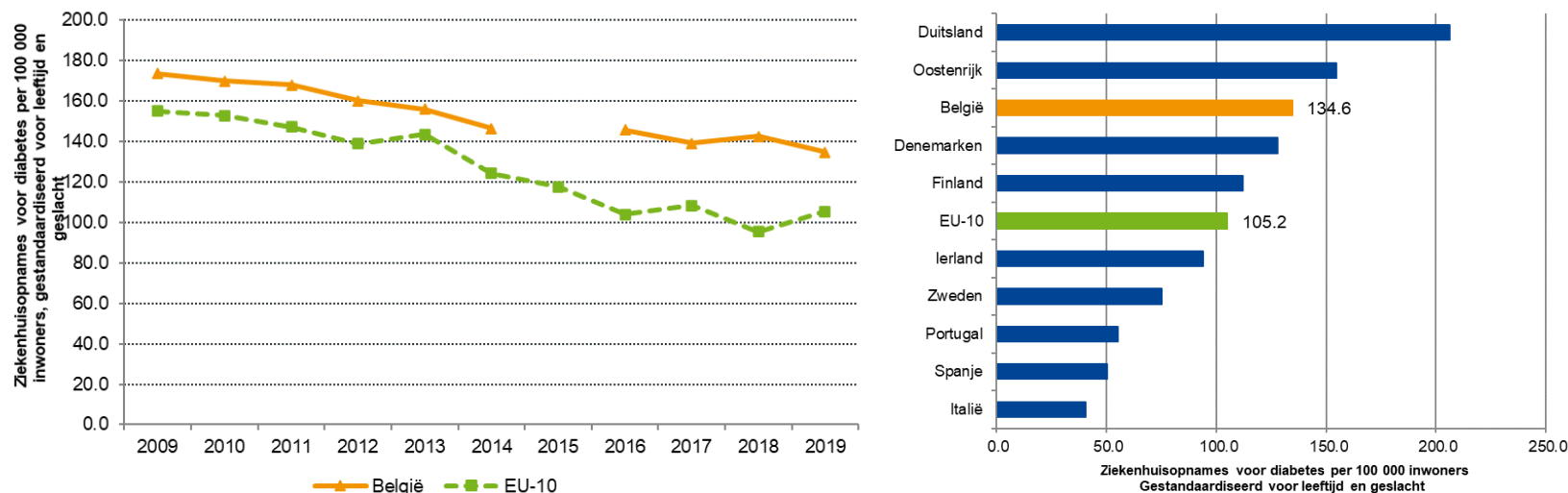
Bronnen: FOD Volksgezondheid en Statbel 2021, geen standaardisering voor leeftijd en geslacht.

Wat betreft de ziekenhuisopnames voor diabetes (ongecontroleerde diabetes of complicatie van diabetes), zijn de cijfers voor de drie gewesten zeer vergelijkbaar (zie de [technische fiche in het Supplement](#)) en is er de laatste jaren een langzame daling waar te nemen, van 185,4 per 100 000 inwoners in België in 2009 naar 146,7 in 2019 (geen standaardisering voor leeftijd en geslacht). De dalende opnamecijfers voor diabetes worden ook waargenomen in andere Europese landen (zie Figuur 10, gestandaardiseerde cijfers voor leeftijd en geslacht).

België scoorde boven het EU-15-gemiddelde voor ziekenhuisopnames voor diabetes (134,6 versus 105,2 per 100 000 inwoners in 2019) en voor COPD (278,9 versus 190,4 in 2019) en onder het EU-15-gemiddelde voor ziekenhuisopnames voor astma (27,1 versus 30,3 per 100 000 inwoners zie ook de [technische fiche in het Supplement](#)). Dit is evenwel niet erg relevant, aangezien verschillen tussen landen aan tal van andere factoren dan de zorgkwaliteit te wijten kunnen zijn. Ook de tijdsverschillen in de overgang naar de ICD-10-codering tussen landen hebben een invloed op de validiteit van de internationale vergelijking, vooral voor COPD en astma, omdat de overgang een verschuiving van astma- naar COPD-opnames teweegbracht.



Figuur 10 – Ziekenhuisopnames voor complicaties van diabetes per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, internationale vergelijking, (2009-2019 en 2019)



Bron : OECD 2021

4.1.2 Doeltreffendheid van de zorg voor chronisch zieken met tuberculose

Voor een effectieve behandeling van patiënten met tuberculose (TB) is therapietrouw essentieel. Het is een uitdaging om ervoor te zorgen dat de patiënt zich aan de TB-behandeling blijft houden, aangezien het gaat om een lange behandeling van minimaal zes maanden, soms van meerdere jaren. Bovendien bestaat de behandeling uit een polytherapie met veel mogelijke bijwerkingen.⁹⁵

In België is TB-registratie verplicht in de drie gewesten. Het Belgische tuberculoseregister geeft dus een nauwkeurig beeld van de Belgische situatie. De vzw's FARES (Fonds des affecties respiratoires) en VRGT (Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en

tuberculosebestrijding), twee Belgische instituten die zich toelagen op tuberculosebestrijding, rookpreventie en -beleid, en informatie over andere chronische luchtwegaandoeningen, publiceren elk jaar een rapport over de epidemiologische analyse van het TB-register op Belgisch niveau.^{80, 81}

De berekening van de indicator voor een succesvolle behandeling van longtuberculose maakt het mogelijk om de doeltreffendheid en de therapietrouw te beoordelen. Deze indicator weerspiegelt met name in welke mate het gezondheidssysteem erin slaagt patiënten deze langdurige en moeilijke behandeling te doen volgen, vooral omdat TB een groep treft die zich vaak in een precarie situatie bevindt.^{96, 97}

Het percentage geslaagde tuberculosebehandelingen is een indicator die bestaat uit twee subcomponenten die bij elkaar worden opgeteld voordat ze worden gerapporteerd: personen die hun behandeling hebben voltooid met



een bacteriologisch bewijs van negativiteit, en personen die hun behandeling hebben voltooid, maar zonder een bacteriologisch bewijs van negativiteit. Het percentage geslaagde tuberculosebehandelingen is een indicator waarvoor de Europese regio van de WGO een streefcijfer van 85% heeft vastgesteld.⁹⁸

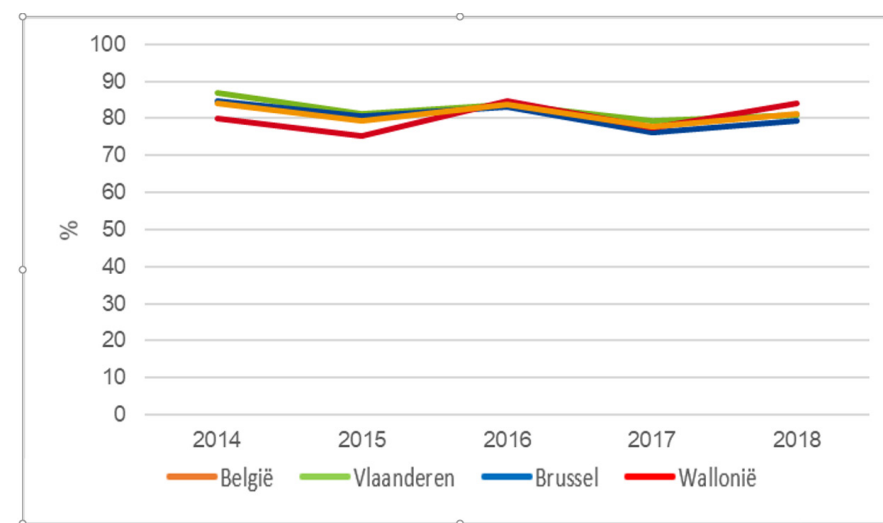
Uit het laatste rapport over het Belgisch TB-register (2019) blijkt dat 81,2% van de mensen met bewezen longtuberculose in 2018 met succes werd behandeld op een jaar tijd.^{96, 99} Dit percentage geslaagde behandelingen komt overeen met een stijging van 3,5 procentpunt ten opzichte van 2017 (77,7%), maar ook met een daling van 3 procentpunt ten opzichte van 2014 (84,2%). Dit percentage is al enkele jaren vrij stabiel voor de verschillende gewesten (Figuur 11).

In vergelijking met zeven Europese landenⁱ vertoont België een goed percentage succesvolle tuberculosebehandelingen (81,7% tegenover 75,5% voor het EU-7-gemiddelde) en komt het van de zeven geselecteerde landen op de tweede plaats net na Nederland (85,1%)⁸⁴. De vergelijking tussen Europese landen heeft echter beperkingen, aangezien veel landen slechts een klein deel van de follow-upgegevens van TB-behandelingen rapporteren.

Tot besluit, en volgens de vzw FARES, vormen de systematische rapportage van tuberculose en de follow-up van de behandelingsresultaten die sinds 2002 in België in voege zijn, een belangrijk voordeel voor de Belgische overheden om het streefcijfer van 85% succesvolle TB-behandelingen te halen dat door WGO-EU werd vastgesteld. Ook het systematische gebruik van polytherapie gedurende een lange periode en de therapietrouw tot aan het eind van de behandeling zijn van het allergrootste belang om het TB-succespercentage in België nog te verbeteren. Het gezondheidssysteem moet patiënten kunnen ondersteunen bij het voltooien van deze lange en moeilijke behandeling. Daarom hebben de vzw's FARES

en VRGT de voorbije jaren heel wat projecten opgezet om dit te helpen bereiken.

Figuur 11 – Percentage succesvolle TB-behandelingen (% van de met succes behandelde personen), per jaar en per gewest



Bronnen: FARES en VRGT; Figuur: KCE

4.1.3 Besluit

De subset van indicatoren is gekozen uit internationaal gepubliceerde indicatoren. Hoewel deze indicatoren werden gekozen om de doeltreffendheid van de eerstelijnszorg en specialistische zorg te analyseren, is ook de doeltreffendheid van geïntegreerde zorg belangrijk (zie de sectie over zorgcontinuïteit daarom voor meer details over

ⁱ Alleen de 7 landen die follow-upgegevens hebben gerapporteerd voor ten minste 80% van hun TB-cohort



geïntegreerde zorg). België bevindt zich boven het EU-15-gemiddelde op de doeltreffendheidsindicatoren voor vermijdbare ziekenhuisopnames voor complicaties van diabetes of voor COPD en onder het EU-15-gemiddelde voor astma. Internationale vergelijkingen van deze indicatoren moeten om methodologische redenen echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Tendensen in de tijd zijn betrouwbaarder en relevanter voor de beleidsvorming (echter alleen vanaf 2016 vanwege een breuk in de datareeksen in België). De indicatoren over vermijdbare ziekenhuisopnames voor astma en diabetes vertonen een dalende trend die mogelijk te wijten is aan een verbetering van de kwaliteit van de eerstelijnszorg, terwijl er voor de COPD-opnames een stijgende trend wordt waargenomen, behalve in Brussel.

Het succespercentage van TB-behandelingen is al meerdere jaren vrij stabiel in de verschillende Belgische gewesten. Dit percentage, dat schommelt tussen 78 en 84%, blijft dicht bij de WGO-EU-doelstelling van 85%. Die goede Belgische resultaten zijn te danken aan de systematische toepassing van polytherapie en de systematische rapportering van TB-gevallen en follow-up van de behandelingsresultaten in België.

4.2 Gepastheid van de zorg

Gepastheid van zorg kan worden gedefinieerd als "de mate waarin de verleende gezondheidszorg relevant is voor de klinische behoeften, gelet op de huidige kennis".⁹³ De gepastheid kan op verschillende manieren worden beoordeeld. De sterkste methode bestaat erin te meten in hoeverre de medische praktijk de aanbevelingen uit de klinische richtlijnen volgt. Een andere veelgebruikte methode is het analyseren van de geografische variatie.

In dit rapport over de zorg voor chronisch zieken worden de volgende indicatoren gebruikt:

Het **aandeel volwassen diabetici onder insuline en met gepaste opvolging** (QA-1);

Het **aandeel volwassen diabetici dat andere glucoseverlagende geneesmiddelen dan insuline krijgt (zonder insuline) en gepaste opvolging** (QA-2) (zie Tabel 13).

Tabel 13 – Resultaten van de indicatoren voor de gepastheid van de zorg voor chronische patiënten

(ID) indicator	SCORE	België	Jaar	Vlaander en	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddel de)
QA-1 Aandeel van volwassen diabetici (18+) onder insuline en met gepaste opvolging	ST	43,2	2019	46,7	36,8	45,7	IMA	-
QA-2 Aandeel van volwassen diabetici (vanaf 50 jaar) met andere glucoseverlagende geneesmiddelen dan insuline en gepaste opvolging	+	15,9	2019	16,4	13,4	22,9	IMA	-



4.2.1 Gepastheid van de opvolging van patiënten met diabetes

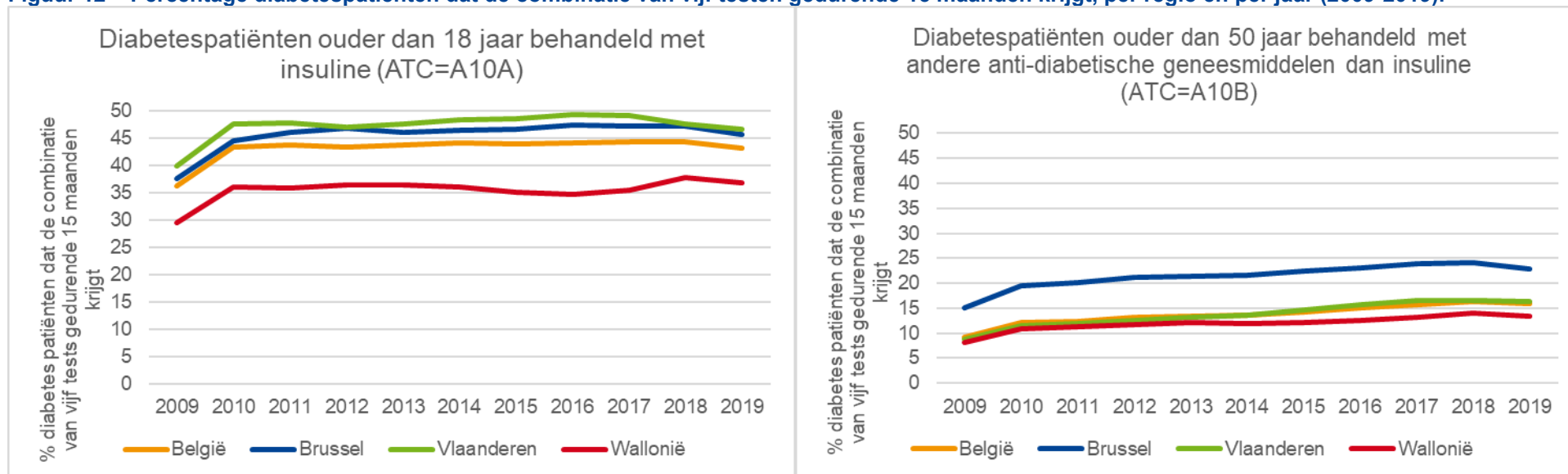
Er werden vijf testen geselecteerd om de kwaliteit van de opvolging van diabetes te beoordelen, namelijk geglyceerde hemoglobine ten minste tweemaal in een periode van 15 maanden, lipidenprofiel, albumine (microalbuminurie of totale eiwitmeting) en serumcreatininemetingen ten minste eenmaal gedurende een periode van 15 maanden, en ten minste één raadpleging bij een oogarts in een periode van 15 maanden.

Het aandeel volwassen diabetici (18 jaar en ouder) onder insuline voor de vijf testen samen bedroeg 43,2% in 2019, wat een verbetering is ten

opzichte van 2009 (36,3%). Bij volwassen diabetici (50 jaar en ouder) met andere glucoseverlagende medicijnen dan insuline^j is het aandeel voor de vijf testen samen veel lager, namelijk 15,9%. Toch is ook dat cijfer een verbetering ten opzichte van 2009 (met 9,1%) (zie Tabel 13).

Wat de gewestelijke verschillen betreft, zijn de resultaten voor volwassen diabetici onder insuline iets minder goed in Wallonië (36,8%, vergeleken met 46,7% in Vlaanderen en 45,7% in Brussel). Voor volwassen diabetici met andere glucoseverlagende geneesmiddelen dan insuline is er een betere opvolging in Brussel (22,9%, tegenover 16,4% in Vlaanderen en 13,4% in Wallonië) (Figuur 12).

Figuur 12 – Percentage diabetespatiënten dat de combinatie van vijf tests gedurende 15 maanden krijgt, per regio en per jaar (2009-2019).



^j Voor deze groep patiënten werd een leeftijdsgrens vastgesteld op 50 jaar om mensen die bijvoorbeeld metformine gebruiken om af te vallen in plaats van om diabetes te stabiliseren, buiten beschouwing te laten.



De lage percentages voor de vijf testen samen zijn gedeeltelijk te verklaren door het feit dat niet alle vijf de testen voor elke diabetespatiënt worden aanbevolen in sommige recente richtlijnen. In de ADA-richtlijnen¹⁰⁰ van 2018 worden jaarlijkse microalbuminurie- en serumcreatininemetingen bij patiënten met diabetes type 1 bijvoorbeeld alleen aanbevolen vanaf een duur van meer dan 5 jaar en kan voor sommige patiënten een consultatie bij een oogarts om de 2 jaar worden overwogen. De resultaten per test moeten dus ook in overweging worden genomen.

Voor volwassen diabetici onder insuline zijn de metingen van serumcreatinine (97,4%), cholesterol (92,4%) en geglyceerde hemoglobine (84,1%) zeer goed opgevolgd, terwijl de jaarlijkse consultaties bij een oogarts (66,7%) en de albuminemetingen (microalbuminurie (62,5%) of proteïnurie (31,2%)) minder frequent zijn (zie Figuur 13). Maar zoals hierboven vermeld, worden deze laatste drie testen in sommige richtlijnen niet jaarlijks aanbevolen voor sommige diabetespatiënten (vooral bij diabetes type 1 met een duur van minder dan 5 jaar).

Voor volwassen diabetici die andere glucoseverlagende geneesmiddelen dan insuline krijgen, zijn de serumcreatinine- (94,9%) en cholesterolmetingen (90,1%) goed opgevolgd, maar die van geglyceerd hemoglobine minder frequent (tweemaal per jaar bij 66,2%), terwijl de albuminetest en consultatie bij de oogarts jaarlijks plaatsvinden bij minder dan de helft van de patiëntenpopulatie (zie Figuur 13).

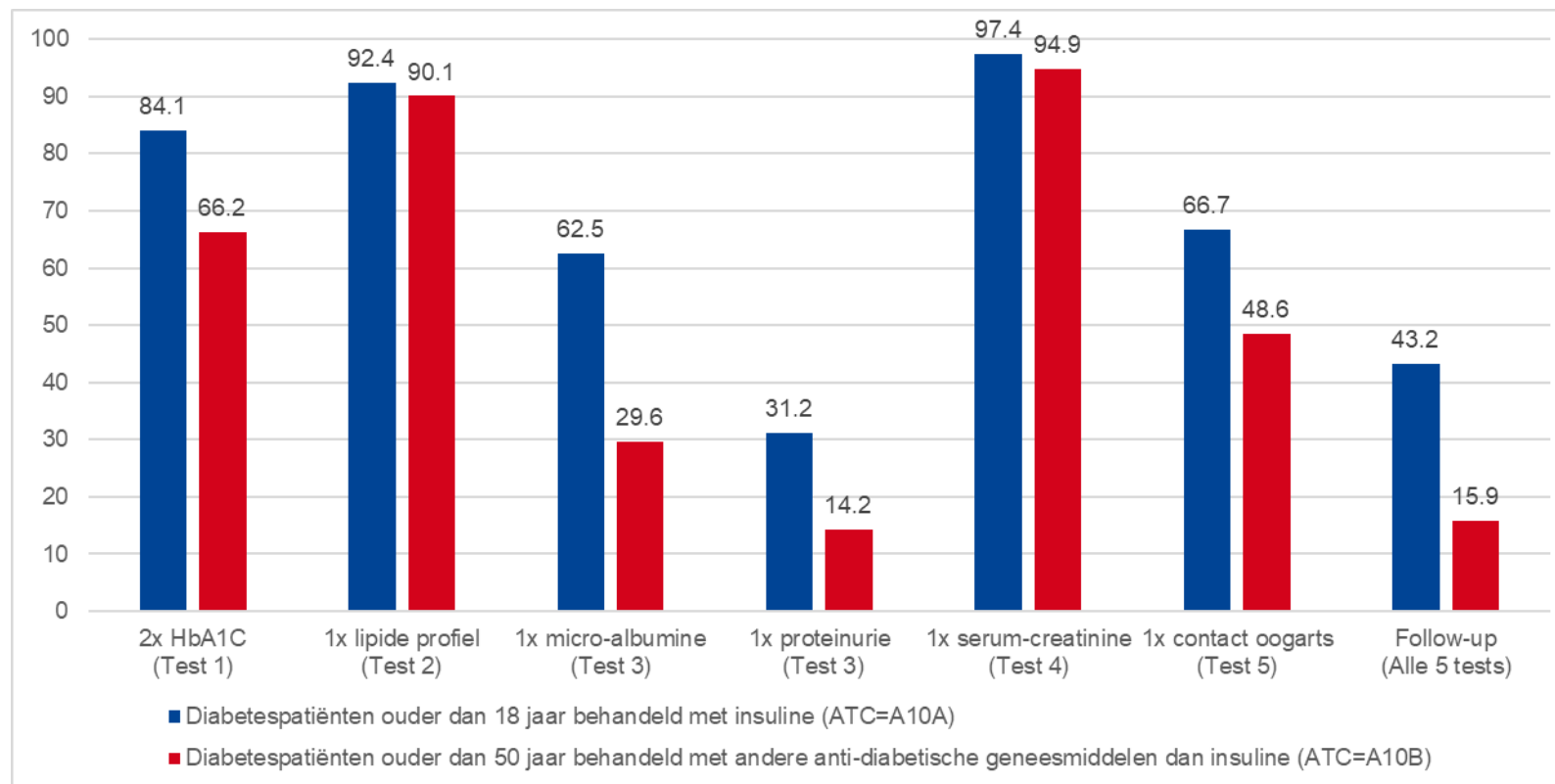
Er zijn aanvullende analyses nodig om de redenen voor deze lage percentages te achterhalen. Kunnen deze lage resultaten, met name wat betreft de raadplegingen van een oogarts, gedeeltelijk worden verklaard door de nieuwe richtlijnen, of weerspiegelen zij mogelijk een probleem van zorgcoördinatie (tussen medische specialisten) of van toegankelijkheid van de zorg (zoals lange wachttijden)?

4.2.2 *Besluit*

Deze indicatoren illustreren dat de gepastheid van de opvolging niet optimaal is bij diabetespatiënten. Ongepaste zorg (overmatig gebruik, te weinig gebruik en misbruik van middelen) heeft gevolgen in verschillende dimensies (veiligheid, continuïteit, doeltreffendheid, efficiëntie). In België is de aanpak van ongepaste zorg om de performantie van het gezondheidssysteem te verbeteren dan ook een belangrijke uitdaging.



Figuur 13 – Aandeel diabetespatiënten dat de combinatie van vijf testen gedurende 15 maanden krijgt, per regio, details per test, 2019, België



Bron: IMA data 2021, Figuur: KCE

4.3 Zorgcontinuïteit

Zorgcontinuïteit richt zich op "de mate waarin gezondheidszorg voor specifieke gebruikers over verloop van tijd goed wordt georganiseerd binnen en tussen zorgverleners, instellingen en de overheid, en in welke mate het volledige ziekte-traject wordt opgevolgd".⁹³

In de vorige Belgische Performantierapporten werden vier aspecten van continuïteit onderscheiden: *informatieele continuïteit* (de beschikbaarheid en het gebruik van gegevens van voorgaande gebeurtenissen bij nieuwe patiëntcontacten), *relationele continuïteit* (een voortdurende relatie tussen een patiënt en een of meerdere zorgverleners), *managementcontinuïteit* (een coherente zorgverlening door verschillende zorgverleners in verschillende

zorgsettings) en *zorgcoördinatie* (de relatie tussen de verschillende zorgverleners om een gemeenschappelijk doel te bereiken).

In dit rapport werden vijf indicatoren geselecteerd om drie van deze aspecten te omvatten: twee indicatoren die patiënten met en zonder statuut chronische aandoening vergelijken (QC-1, QC-3, zie Tabel 14) en drie indicatoren voor chronische zorg als zodanig (QC-4, QC-5, QC-7, zie Tabel 14). Het gaat om de volgende drie continuïteitsaspecten: **informatieele continuïteit (in de huisartsenpraktijk en op het vlak van medicatie), managementcontinuïteit en zorgcoördinatie**. Initiatieven rond geïntegreerde zorg in verschillende vormen houden ook verband met de zorgcontinuïteit en -coördinatie. Hoewel er op dit moment nog geen indicatoren beschikbaar zijn, loopt er momenteel wel een KCE-project naar de huidige maturiteit van de geïntegreerde zorg in België.¹⁰¹

Tabel 14 – Indicatoren voor de zorgcontinuïteit, met en zonder het statuut chronische aandoening

(ID)	Indicator	Statuut	Score	België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Informationele continuïteit in de huisartsenpraktijk										
QC-1	Gebruik van een globaal medisch dossier (% personen dat een globaal medisch dossier (GMD) heeft bij een huisarts)	Totaal	ST	77,9	2019	83,9	72,6	60,8	IMA	-
		RIZIV-statuu chronische aandoening	ST	88,3	2019	92,5	83,5	75,7	IMA	
		Geen statuut chronische aandoening	Nvt	77,3	2019	83,3	71,8	60,0	IMA	
Informationele continuïteit op het vlak van medicatie										
QC-7	Percentage personen met een referentieapotheker (%)	Totaal	Nvt	7,3	2019	8,9	5,6	4,1	IMA	
		RIZIV-statuu chronische aandoening	+	28,5	2019	33,6	21,4	20,8	IMA	-
		Geen statuut chronische aandoening	Nvt	4,6	2019	5,6	3,3	2,5	IMA	


Managementcontinuïteit tussen ziekenhuis en huisarts

QC-3	Contact met huisarts binnen 7 dagen na ziekenhuisontslag (patiënten van 65+)	Totaal		53,2	2019	54,2	53,2	42,9	IMA
		RIZIV-statuuat chronische aandoening		58,1	2019	59,4	57,8	46,5	IMA
		Geen statuut chronische aandoening		46,9	2019	47,7	47,0	38,3	IMA

Nvt = Niet van toepassing

Tabel 15 – Indicatoren voor de continuïteit van de zorg voor chronisch zieken

(ID)	Indicator	Score	België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
Coördinatie in de ambulante zorg voor chronisch zieken									
QC-4	Aandeel volwassen diabetici onder insuline (18+) met conventie/paspoort/zorgtraject (%)		91,0	2019	92,6	89,6	86,8	IMA	-
QC-5	Aandeel volwassen diabetici (50+) dat andere glucoseverlagende geneesmiddelen dan insuline krijgt met conventie/paspoort/zorgtraject (%)		26,2	2019	32,9	16,9	23,0	IMA	-



4.3.1 Beoordeling van de informationele continuïteit in de huisartsenpraktijk, met een onderscheid tussen personen met en zonder het statuut chronisch aandoening

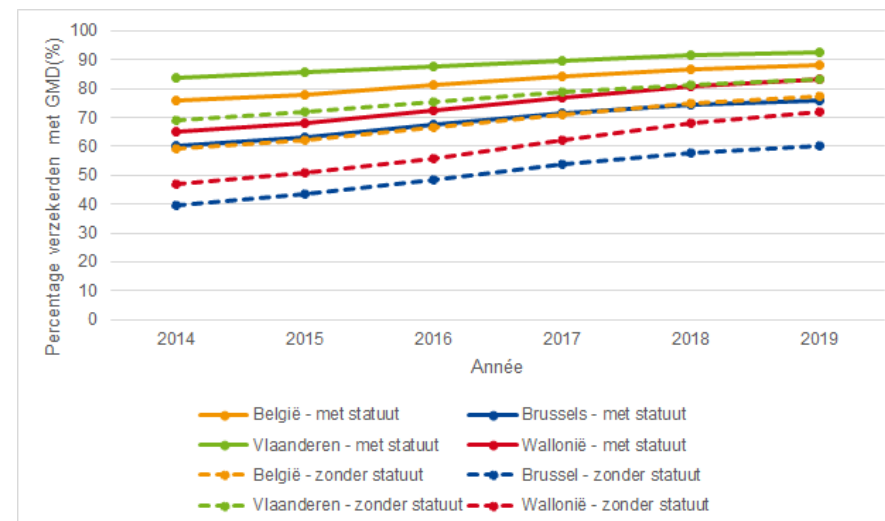
Sinds 2001 is in België het globaal medisch dossier (GMD) ingevoerd, en vanaf 2016 het elektronische GMD. Elke patiënt kan één huisarts vragen om zijn/haar medische informatie te beheren (behalve in rust- en verzorgingstehuizen waar huisartsen worden aangewezen). Door de coördinatie van medische zorg aan één centrale persoon over te laten, neemt de zorgkwaliteit toe omdat de doorverwijzing naar en de communicatie met andere zorgverleners efficiënter verloopt en dubbel onderzoek of tegenstrijdige behandelingen kunnen worden voorkomen.

Het percentage verzekerden met een globaal medisch dossier (GMD) bij de huisarts stijgt doorheen de tijd: van 60,1% in 2014 naar 77,9% in 2019. Er zijn wel verschillen tussen de gewesten en de provincies, maar die lijken kleiner te worden. In 2019 had in Vlaanderen meer dan driekwart van de verzekerden een GMD, tegenover 73% in Wallonië en 60% in het Brussels Gewest (zie Figuur 14).

Het aandeel personen met een GMD is hoger bij personen met het RIZIV-statuuat chronisch aandoening dan bij personen zonder het statuut, met uitzondering van de oudste leeftijdsgroep (en de groep van 24-44 jaar). In de leeftijdsgroep van 75 jarigen of ouder, is er een hogere dekkingsgraad van het GMD in de groep zonder het RIZIV-statuuat chronische aandoening.

De toename van het aandeel mensen met een GMD is trager in de bevolkingsgroep met het statuut chronische aandoening (+12,6%) dan bij personen zonder het statuut (+18,2%).

Figuur 14 – Evolutie van het aantal verzekerden met een globaal medisch dossier (GMD) volgens gewest, jaar (2014-2019) en statuut chronische aandoening



Bron: IMA, Figuur: KCE

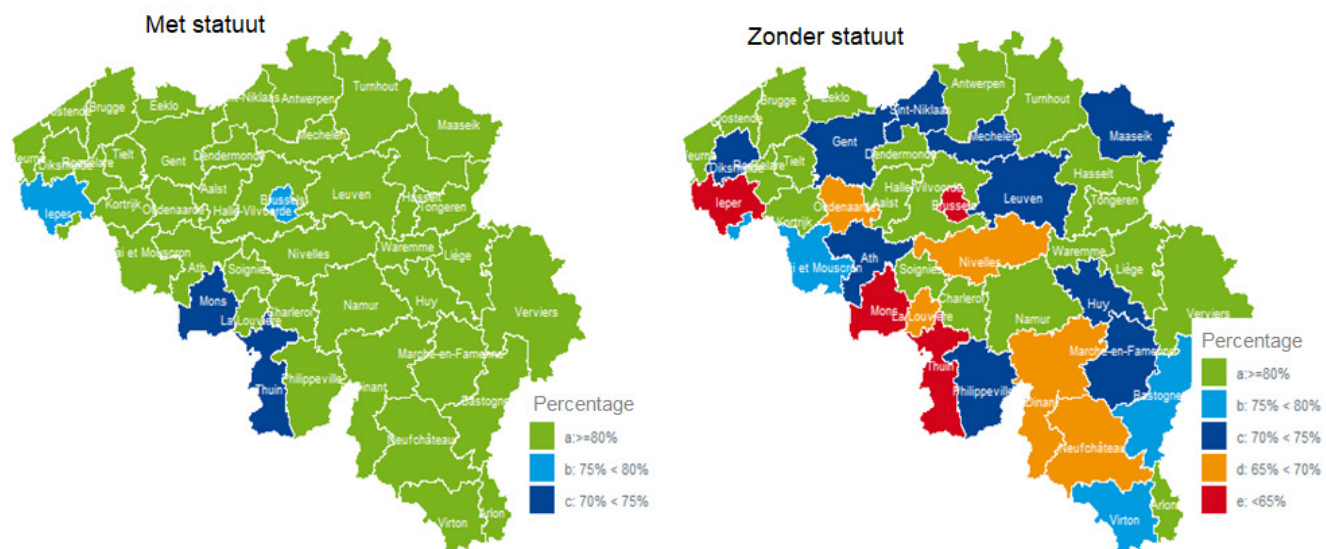


Tabel 16 – Percentage verzekerden met een globaal medisch dossier (GMD) volgens RIZIV-statuuat chronische aandoening, geslacht, leeftijdscategorie en recht op verhoogde tegemoetkoming (2019)

		Statuuat chronische aandoening	Geen statuuat chronische aandoening	Verschil chronisch – niet chronisch	Totaal
België		88,3	77,3	10,9	77,9
Geslacht	Vrouw	89,9	80,0	9,9	80,6
	Man	86,2	74,6	11,6	75,1
Leeftijdscategorie	0-4	72,7	60,8	11,9	60,9
	5-14	69,8	69,8	0,0	70,1
	15-24	79,4	73,7	5,7	73,9
	25-44	73,7	74,4	-0,7	74,4
	45-64	82,1	81,2	1,0	81,4
	65-74	74,4	87,0	-12,6	87,3
	75 en ouder	83,6	89,9	-6,3	90,4
Verhoogde tegemoetkoming	Ja	87,9	79,3	8,6	81,1
	Nee	89,0	77,3	11,7	77,5

Bronnen: IMA

Figuur 15 – Percentage verzekerden met GMD per arrondissement en met of zonder RIZIV-statuuat chronische aandoening (2019)



Bron: IMA, Figuur: KCE



4.3.2 Beoordeling van de informationele continuïteit op het vlak van medicatie, met een onderscheid tussen personen met en zonder het statuut chronisch aandoening

Patiënten met een referentieapotheker

Vanaf 1 oktober 2017 kunnen personen met een chronische aandoening^k, beroep doen op een zogenaamde 'referentieapotheker' (dit geldt niet voor personen die in een rust- en verzorgingstehuis verblijven). De dienstverlening van een referentieapotheker omvat het registreren van de verstrekte geneesmiddelen in het (elektronisch) farmaceutisch dossier en het verstrekken van een medicatieschema voor de patiënt waar andere zorgverleners toegang toe hebben.

De referentieapotheker ontvangt een eenmalige vergoeding wanneer de persoon zich voor de dienst inschrijft, evenals een jaarlijkse vergoeding; de inschrijving hoeft niet verlengd te worden door de patiënt.

Deze indicator meet het gebruik van deze dienstverlening door personen die recht hebben op het RIZIV-statuu chronische aandoening en de personen die er geen recht op hebben.

De gemiddelde leeftijd bij aanvraag is 68 jaar (SD = 14) voor de gehele populatie. Personen die recht hebben op het statuut chronische aandoening zijn bij aanvang ouder (gemiddelde = 70; SD = 14) dan gebruikers zonder statuut (gemiddelde = 67; SD = 14). Er zijn meer vrouwen (57%) dan mannen die zich voor deze dienstverlening inschrijven.

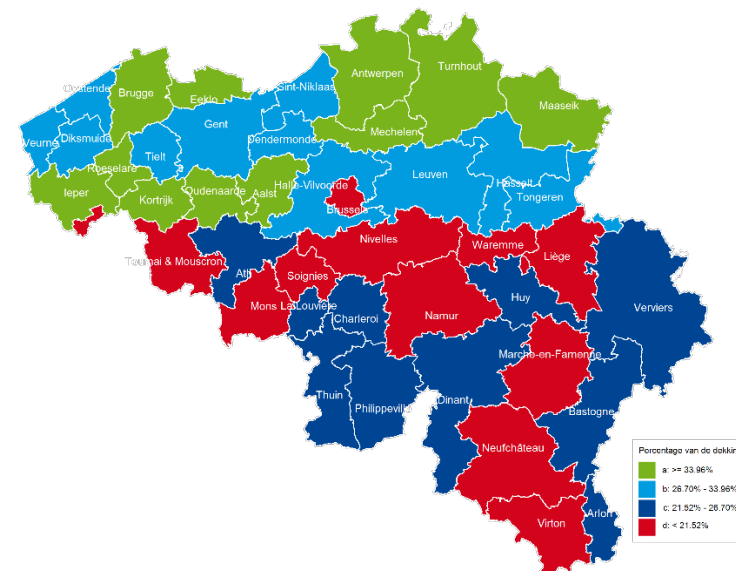
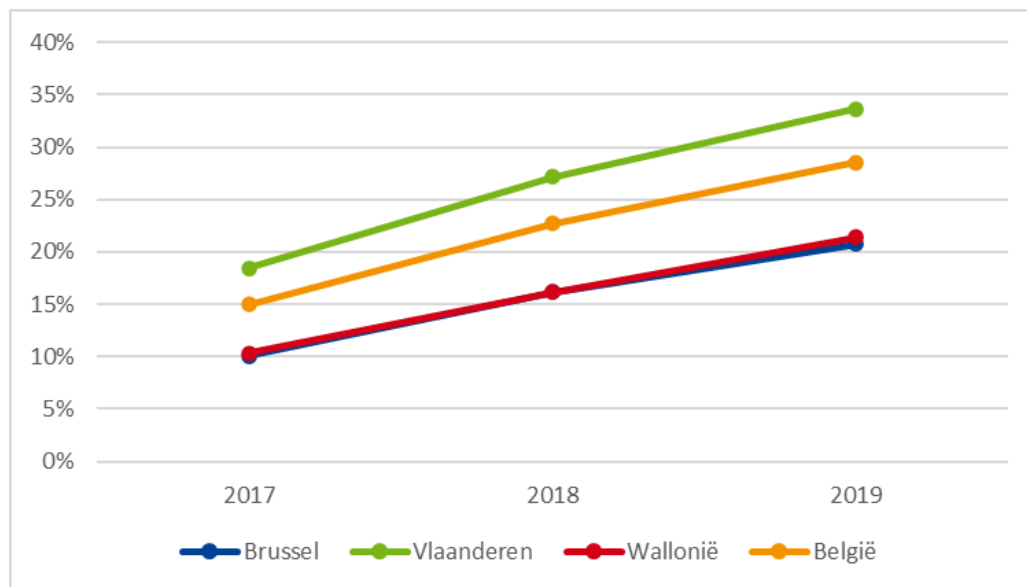
Omdat een dergelijke dienstverlening gericht is op chronische patiënten, wordt ze zoals verwacht meer gebruikt door personen met het RIZIV-statuu chronische aandoening: in 2019 had 28,5% van hen een referentieapotheker, tegenover 4,6% bij de rest van de bevolking (zie Tabel 14). Het lage aandeel bij personen zonder het statuut chronische aandoening is verwacht, aangezien weinigen onder hen zullen voldoen aan de voorwaarden voor de doelgroep van een referentieapotheker. Hoewel er een verbetering wordt waargenomen tussen 2017 en 2019, wordt de dienst nog weinig gebruikt door patiënten met het statuut chronische aandoening. De resultaten per gewest tonen een hoger gebruik in Vlaanderen, zowel bij de personen met het statuut chronische aandoening als bij de rest van de bevolking (zie Figuur 16 en Tabel 14).

In 2020 is een steekproef gehouden onder patiënten van de zeven ziekenfondsen met een referentieapotheker. Uit de resultaten blijkt dat 51,3% van de ondervraagden een medicatieschema heeft ontvangen, 80,1% een goede uitleg heeft gekregen over de toegevoegde waarde van de dienstverlening bij de aanvraag, 84,2% de manier van medicatie innemen niet heeft veranderd na het ontvangen van het medicatieschema, 32,7% weet dat hun huisarts op de hoogte is van het feit dat zij een referentieapotheker hebben en 66,2% vindt dat er een goede communicatie is tussen al hun zorgverleners over hun medicatiebeheer.

^k De doelgroep wordt als volgt gedefinieerd: patiënten die in een jaar tijd ten minste 5 verschillende werkzame stoffen kregen toegeleverd, waarvan ten minste 160 DDD's in de laatste 12 maanden.



Figuur 16 – Aandeel personen met het RIZIV-statuuat chronische aandoening met een referentieapotheker per gewest (2017-2019) en per arrondissement (2019)





4.3.3 Beoordeling van de managementcontinuïteit tussen ziekenhuis en huisartsenpraktijk, met een onderscheid tussen personen met en zonder het statuut chronische aandoening

Patiënten, en in het bijzonder patiënten met meerdere complexe chronische aandoeningen, kunnen baat hebben bij opvolging door een huisarts in de eerste weken na ontslag uit het ziekenhuis. Een goede samenwerking tussen zorgverleners kan overgangen in de zorg vergemakkelijken en het risico op bijwerkingen of heropnames verminderen. Deze indicator evalueert het aandeel ziekenhuisontslagen met een huisartsconsultatie binnen een week. Het is niet mogelijk om vast te stellen of de consultatie bij de huisarts door het ziekenhuis is gepland (bijvoorbeeld in een ontslagplan dat door het ziekenhuis werd opgemaakt) of door de patiënt zelf.

Ondanks het potentiële voordeel van een opvolgcontact met een huisarts binnen de week na ontslag uit het ziekenhuis, bedroeg het aandeel ziekenhuisopnames van oudere patiënten (65+) met opvolging in 2019 53,2%, of slechts iets meer dan de helft van de ziekenhuisopnames. Wel was er een substantieel verschil in het opvolgingspercentage tussen personen met het RIZIV-statuu^t chronische aandoening (58,1% in 2019) en personen zonder het statuut (46,9% in 2019).

Bovendien stellen we vast dat het opvolgingspercentage hoger was bij oudere patiënten (in 2019: 40,8% in de leeftijdsgroep 65-69 tegenover 69,0% in de leeftijdsgroep 90+), voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming (VT) (in 2019: 63,4% in de groep met VT versus 52,4% in de groep zonder VT), en voor patiënten die langdurige zorg krijgen (ongeveer 68% bij ouderen in een instelling of met thuiszorg versus 50,2% bij ouderen zonder langdurige zorg). Dit suggereert dat de opvolging gericht is op degenen met de grootste zorgbehoefte.

Het opvolgingspercentage is in de voorbije jaren verslechterd. We zien namelijk een geleidelijk dalende trend, van 65,2% in 2013 naar 58,1% in 2019 bij patiënten met het statuut chronische aandoening, en van 55,9% in 2013 naar 46,9% in 2019 bij patiënten zonder het statuut chronische aandoening. De daling kan wijzen op een vermindering van de vroegtijdige opvolging van de patiënt, maar kan ook het gevolg zijn van een overstap

naar andere vormen van opvolging, bijvoorbeeld teleconsultatie of opvolging door andere zorgverleners zoals een specialist of een (thuis)verpleegkundige.

Tot slot zien we een belangrijke geografische variatie in het opvolgingspercentage (zie Figuur 17), met structureel lagere cijfers in Brussel, de arrondissementen rond Brussel en in het zuiden van de provincie Luxemburg, en hogere cijfers in het zuiden van de provincie West-Vlaanderen. In de meeste arrondissementen is het opvolgingspercentage via huisartsconsultaties hoger bij personen met het statuut chronische aandoening dan bij personen zonder dit statuut.

4.3.4 Beoordeling van de coördinatie in de ambulante zorg voor chronisch zieken

Patiënten met diabetes

Om de zorg voor diabetici te optimaliseren, werden zorgmodellen ingevoerd door het RIZIV, namelijk het diabetespaspoort/pretraject, zorgtrajecten en conventies voor zelfregulatie (zie de [technische fiche in het Supplement](#) voor een definitie van deze zorgmodellen).

Het aandeel diabetische volwassenen met ten minste één registratie in een diabeteszorgtraject, een conventie voor zelfregulatie of een diabetespaspoort/pretraject is relatief hoog bij de patiënten onder insuline (91,0%), waar de meerderheid geregistreerd is binnen een conventie (82,7%). Het percentage patiënten onder insuline binnen één van deze diabeteszorgmodellen is sinds 2014 vrij stabiel, maar het aandeel zorgtrajecten neemt toe (zie Figuur 18).

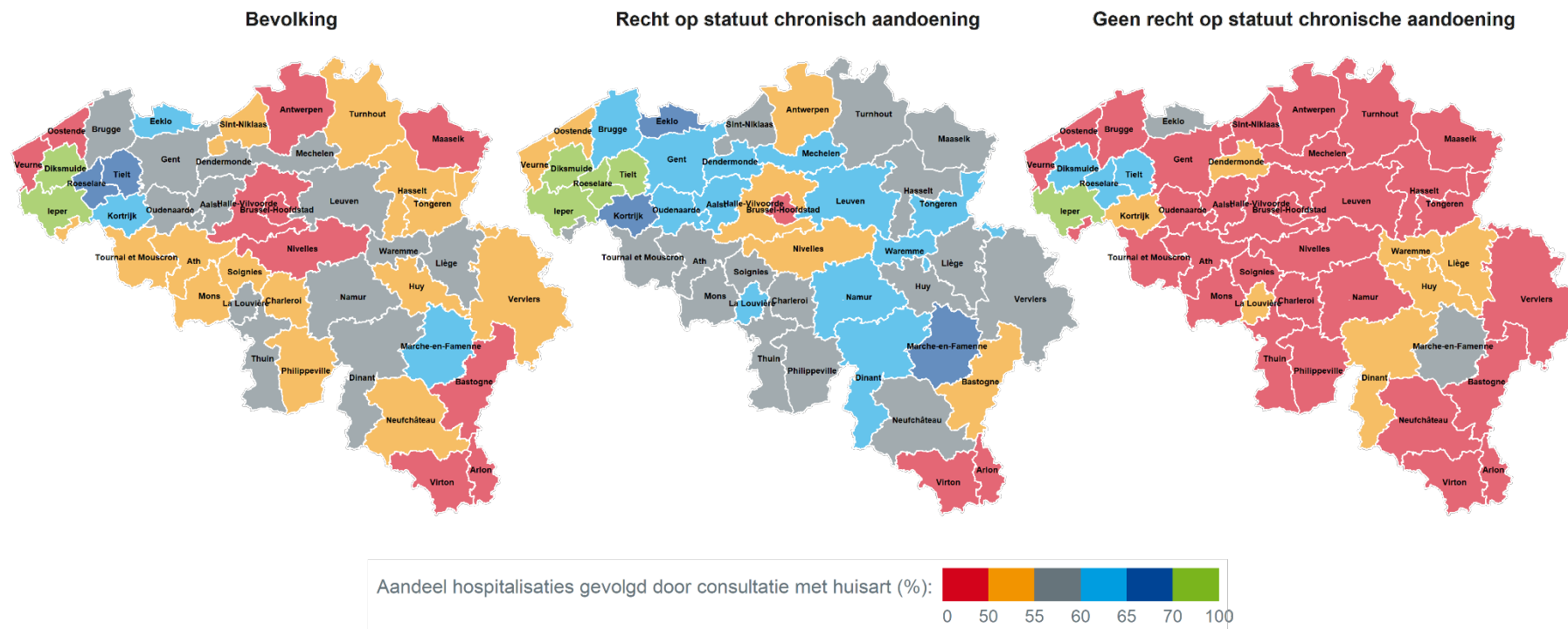
De resultaten zijn echter teleurstellend bij de patiënten die andere glucoseverlagende geneesmiddelen krijgen dan insuline, met slechts 26,2% registraties in een diabeteszorgmodel, iets meer dan de helft met een zorgtraject en bijna 50% met een diabetespaspoort/pretraject. Toch is er een positieve tendens, met name wat betreft de registratie in een zorgtraject (zie Figuur 18).



Het percentage diabetici met ten minste één registratie in een diabeteszorgmodel neemt af met de leeftijd, zowel bij patiënten onder insuline als bij degenen die andere glucoseverlagende geneesmiddelen dan insuline krijgen, maar blijft hoger dan 80% bij de patiënten onder insuline tot 94 jaar (en daalt vervolgens tot 58,7% voor de groep 95+). Ook moet worden opgemerkt dat bij mensen van 65 jaar en ouder een lager percentage wordt waargenomen bij residentiële patiënten (bijvoorbeeld in woonzorgcentra) voor beide subgroepen van patiënten. Bij de patiënten onder insuline ten slotte is het aandeel vergelijkbaar tussen de gewesten, maar bij patiënten die andere glucoseverlagende geneesmiddelen dan insuline gebruiken, worden in Vlaanderen hogere percentages genoteerd dan in de andere gewesten (32,9% in Vlaanderen versus 16,9% in Wallonië en 23,0% in Brussel).

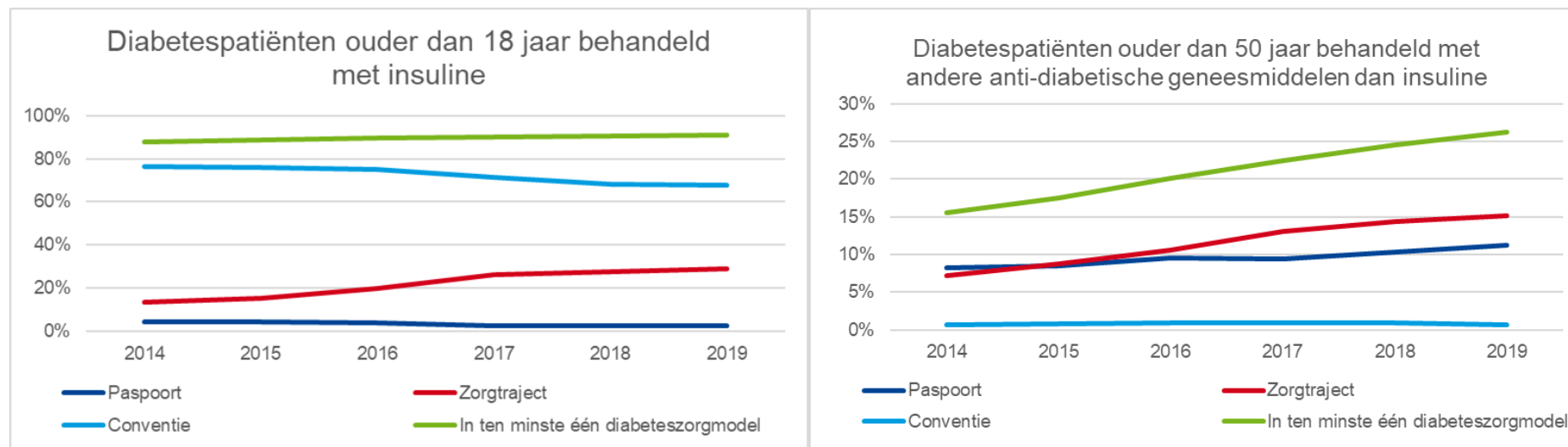


Figuur 17 – Aandeel ziekenhuisopnames gevolgd door een huisartsconsultatie binnen 1 week na ontslag bij oudere patiënten (65+), per arrondissement, met of zonder statuut chronische aandoening (2019)





Figuur 18 – Evolutie in het aandeel patiënten in een diabeteszorgmodel, per zorgmodel (2014-2019)



Bron: IMA-data, berekening door het KCE

4.3.5 Besluit

De indicatoren voor de continuïteit van de zorg voor chronische patiënten laten tegenstrijdige resultaten zien. De coördinatie van de zorg haalt goede resultaten in de eerstelijnszorg voor diabetici onder insuline (gemeten via de registraties in een diabeteszorgmodel), maar de resultaten zijn teleurstellend bij de diabetespatiënten die geen insuline gebruiken. Het lijkt erop dat voor deze patiëntenpopulatie de structuur bestaat om de coördinatie van de zorg te bevorderen, maar dat die nauwelijks wordt gebruikt. In slechts iets meer dan de helft van de ziekenhuisopnames van oudere patiënten was er een opvolgingscontact bij een huisarts binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis, al was het percentage hoger bij chronische patiënten (58,1% in 2019). Het opvolgingspercentage is in de

loop van de tijd echter geleidelijk gedaald en evolueert dus niet in de gewenste richting. De andere indicator met betrekking tot het GMD is goed en blijft de laatste jaren stabiel, met iets betere resultaten bij patiënten met het statuut chronische aandoening dan bij degenen zonder dit statuut. Drie van de tien chronische patiënten hadden in 2019 een referentieapotheker. Er wordt dus nog niet veel gebruikgemaakt van deze dienst. Anderzijds is ze nog relatief recent (de analyse heeft betrekking op de eerste twee jaar na lancering). De beoordeling ervan wordt bemoeilijkt door twee beperkingen: deze beperkte set van indicatoren geven slechts een gedeeltelijk beeld van het veelzijdige concept van zorgcontinuïteit, en een vergelijking met resultaten uit andere landen is zeer moeilijk vanwege het gebrek aan internationale indicatoren, en dus gegevens, met betrekking tot deze dimensie.



4.4 Patiëntgerichtheid van de zorg

Patiëntgerichtheid is een benadering in de gezondheidszorg waarbij bewust rekening wordt gehouden met de noden en individuele voorkeuren van de patiënt en waarbij wordt getracht om alle klinische beslissingen te laten leiden door diens waarden.¹⁰² Voor de evaluatie van patiëntgerichtheid wordt gekeken naar de erkenning van de noden, wensen en voorkeuren van de patiënt, de kwaliteit van de communicatie tussen zorgverlener en patiënt en naar de betrokkenheid van patiënten en zorgverleners. Patiëntgerichtheid verbetert de patiëntervaring en beperkt de problemen van gefragmenteerde zorg, zoals tegenstrijdig medisch advies, te veel voorschrijven, te veel ziekenhuisopnames en gebrek aan responsiviteit.¹⁰³ De evaluatie van patiëntgerichte zorg kan een uitdaging zijn, omdat ze wordt beïnvloed door de gezondheidstoestand en/of de socio-demografische kenmerken van de patiënt. Toch wordt het steeds belangrijker om rekening te houden met het perspectief van de patiënt, aangezien de gezondheidssystemen steeds meer willen tegemoetkomen aan de noden van de patiënten die een beroep doen op hun diensten. In de vroege jaren 2000 ontwikkelde de Organisatie voor Economische Samenwerking en

Ontwikkeling (OESO) een gestandaardiseerd instrument (binnen het kader van het Health Care Quality Indicators (HCQI)-project), om de ervaringen van patiënten in de ambulante zorg in kaart te brengen. Aan de hand van dit instrument, dat in de Belgische Gezondheidsenquête (HIS) 2013 en 2018 werd gebruikt en in 2015 werd bijgewerkt, kunnen gemeenschappelijke indicatoren voor internationale vergelijkingen van zorgkwaliteit worden gebruikt.^{74, 104}

Voor dit rapport zijn drie indicatoren geselecteerd op basis van de gezondheidsenquête en het meten van patiëntervaring in de ambulante zorg, met een onderscheid tussen chronische patiënten en niet-chronische patiënten: **artsen die genoeg tijd spenderen aan hun patiënten tijdens de consultaties** (QP-1), **artsen die gelegenheid geven om vragen te stellen of zorgen te uiten over de aanbevolen behandeling** (QP-3), en **artsen die de patiënt betrekken in beslissingen over zorg en behandeling** (QP-4).

Tabel 17 – Resultaten van de indicatoren voor de patiëntgerichtheid van zorg, chronische versus niet-chronisch status

(ID)	Indicator	Status	SCORE	België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
QP-1	Arts spendeert genoeg tijd aan patiënt tijdens consultatie (% van de respondenten, contact met huisarts/specialist)	Totaal	ST	97,5	2018	97,8	97,2	95,9	HISLink	81,7*
		RIZIV-statuu	Ja	97,6		98,3	96,7	96,7		-
		chronische	Nee	97,4		97,7	97,2	95,9		
		aandoening	Ja	97,4		98,0	96,9	96,5		
		Zelfgerapporteerde	Nee	97,6		98,0	97,4	95,4		
		chronische ziekte of	Ja	98,2		98,6	98,3	95,6		
		aandoening								
		aandoening & zelfgerapporteerde								



		chronische ziekte of aandoening								
QP-3	Arts geeft de gelegenheid om vragen te stellen of zorgen te uitspreken (% van de respondenten, contact met huisarts/specialist)	Totaal		ST	97,5	2018	98,0	97,0	95,9	-
		RIZIV-statuu chronische aandoening	Ja	ST	96,6	2018	98,3	96,6	96,7	-
			Nee	ST	97,7		98,1	97,2	96,0	
		Zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening	Ja	ST	97,1		97,8	96,6	94,3	
			Nee	ST	97,7		98,0	97,5	96,2	
		RIZIV-statuu chronische aandoening & zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening	Ja	ST	97,3		97,5	97,8	94,4	
QP-4	Arts betreft patiënt bij beslissingen over zorg en/of behandelingen (% van de respondenten, contact met huisarts/SP)	Totaal		ST	95,4	2018	96,0	94,8	93,8	82,8**
		RIZIV-statuu chronische aandoening	Ja	ST	95,8	2018	96,9	94,6	93,5	
			Nee	ST	95,4		95,8	94,8	94,1	
		Zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening	Ja	ST	94,3		95,1	93,6	91,8	
			Nee	ST	96,1		96,6	95,8	94,1	
		RIZIV-statuu chronische aandoening & zelfgerapporteerde chronische ziekte of aandoening	Ja	ST	96,2		97,3	95,6	91,4	

*OESO19, bron: Health at a Glance 2021⁸³, **OESO11, bron: Health at a Glance 2021⁸³.



4.4.1 Arts spendeert genoeg tijd aan patiënt tijdens consultatie

Bij niet-chronische patiënten (zelfgerapporteerd of zonder het statuut chronische aandoening) is de ervaring in verband met de tijd die de arts besteedt er licht op achteruitgegaan tussen 2013 en 2018. Bij de chronische patiënten (zelfgerapporteerd, met statuut of beide) daarentegen verbeterde de patiëntervaring tussen 2013 en 2018. Dit was vooral het geval bij de patiënten met statuut én zelfgerapporteerde chronische aandoening (+4,4% tussen 2013 en 2018). Daardoor was de totale patiëntervaring bij chronische en niet-chronische patiënten in 2018 vergelijkbaar (zowel op basis van het statuut chronische aandoening als zelfgerapporteerde aandoening, zie Figuur 19). De patiënten met statuut én zelfgerapporteerde chronische aandoening (HIS en RIZIV) zijn nog meer tevreden (2018: 98,2%) dan patiënten met slechts één van beide indicaties (2018: HIS: 97,4% of RIZIV: 97,6%) (zie Tabel 17).

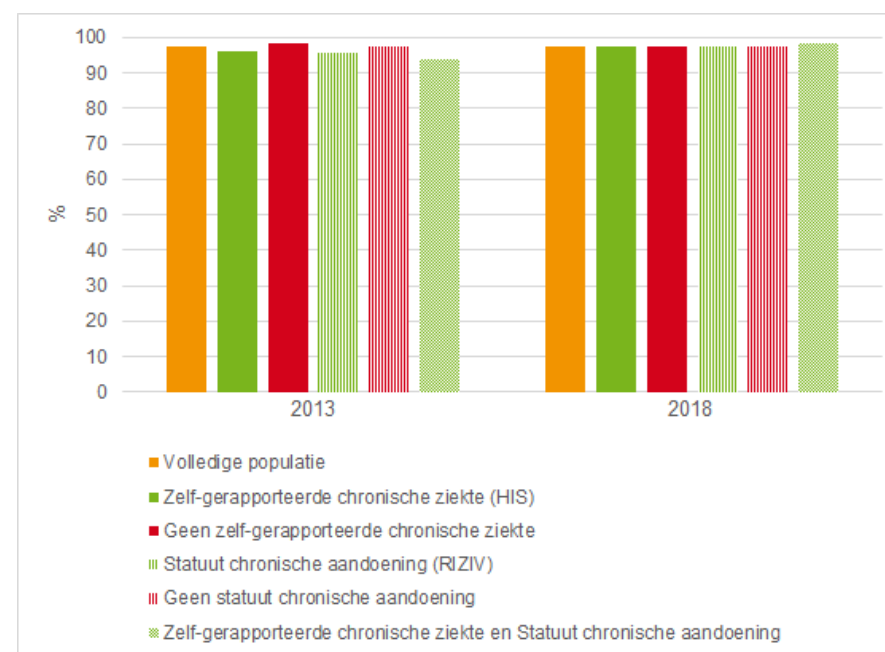
De waargenomen verschillen tussen leeftijdsgroepen (zie [technische fiche in het Supplement](#)) en gewesten zijn zeer klein; elk van de drie gewesten scoorde goed voor deze indicator. Anderzijds is het zo dat België op internationaal niveau het best scoort van de 19 OESO-landen met een gemiddeld hogere graad van positieve ervaringen (BE: 97,5% - OESO19: 81,7%) (zie Tabel 17). Er is echter internationaal geen specifieke analyse uitgevoerd voor chronische patiënten (in vergelijking met niet-chronische patiënten).

4.4.2 De arts geeft de patiënten de gelegenheid om vragen te stellen of zorgen te uiten over de aanbevolen behandeling

De patiëntervaring in verband met de gelegenheid om de arts vragen te stellen of zorgen te uiten over de behandeling blijft erg positief en is nauwelijks verschillend in 2013 en 2018, per gewest en volgens statuut chronische aandoening (zie Tabel 17). Net zoals voor indicator QP-1 over de tijd die de arts spendeert, zijn patiënten met zowel het RIZIV-statuuat als een zelfgerapporteerde chronische aandoening ook voor deze indicator nog meer tevreden (2018: 97,3%) dan patiënten met slechts één van beide indicaties (2018: HIS: 97,1% of RIZIV: 96,6%). Voor het Waalse gewest geldt dezelfde vaststelling. In Brussel en Vlaanderen zijn de ervaringen het

meest positief bij de personen met het RIZIV-statuuat chronische aandoening (zie Tabel 18).

Figuur 19 – Percentage patiënten (15 jaar en ouder) met een positieve ervaring in verband met de tijd die hun arts tijdens de consultatie aan hen besteedt, volgens statuut of zelfgerapporteerde chronische aandoening, per jaar



Bron: Sciensano (HISLink); Figuur: KCE



4.4.3 *De arts betreft de patiënt zoveel als deze wil bij beslissingen over zorg en behandeling*

Hoewel in 2018 95,4% van de Belgen een positieve ervaring rapporteerde over hun betrokkenheid bij de beslissingen over hun behandeling en zorg, ligt dit resultaat iets lager dan de andere twee patiëntgerapporteerde ervaringsindicatoren voor zorgkwaliteit (zie hierboven en Tabel 17). In het algemeen is de patiëntervaring positiever in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel, maar de verschillen zijn relatief klein. Er is ook geen duidelijk verschil in patiëntervaring tussen chronische patiënten, al rapporteren de patiënten in Wallonië die beide chronische statussen combineren (zelfgerapporteerd in de HIS én RIZIV-statuuat chronische aandoening) minder vaak een positieve ervaring (91,4%) dan patiënten zonder chronische ziekte of met slechts één chronische indicatie (RIZIV-statuuat chronische aandoening of zelfgerapporteerd) (zie Tabel 17).

In 2020 stond België in een vergelijking met 11 OESO-landen op de tweede plaats (na Nederland) wat betreft de perceptie van patiënten over hun betrokkenheid bij de beslissingen over hun zorg of behandeling.

4.4.4 *Besluit*

Op basis van drie patiëntgerapporteerde ervaringsindicatoren stellen we vast dat de zorgkwaliteit op het vlak van patiëntgerichtheid zeer goed is in België, ongeacht de chronische status van de patiënt. Er wordt zeer weinig kwaliteitsverschil waargenomen volgens de chronische status, maar patiënten met beide indicaties (zelfgerapporteerd in de HIS en RIZIV-statuuat chronische aandoening) rapporteren over het algemeen de meest positieve ervaringen over hun contacten met artsen.

5 BILLIJKHEID EN TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG

5.1 Financiële toegankelijkheid en billijkheid in de gezondheidszorg

De *toegankelijkheid* kan worden gedefinieerd als de mate waarin patiënten gemakkelijk toegang hebben tot gezondheidsdiensten. Het gaat dan onder meer over de fysieke toegang (geografische spreiding van diensten), kosten en wachttijd.⁹³ Toegankelijkheid is een basisvoorwaarde voor een kwaliteitsvol en efficiënt gezondheidssysteem. *Billijkheid* in de gezondheidszorg heeft betrekking op een rechtvaardige verdeling van de toegang tot/het gebruik van gezondheidszorg (in overeenstemming met de zorgbehoefte) en de financiering ervan (in overeenstemming met de financiële draagkracht).³ Een billijke toegang tot en gebruik van een effectieve en betaalbare gezondheidszorg is een centrale doelstelling in het Belgische gezondheidsbeleid en ligt aan de basis voor beleidsmaatregelen gericht op het garanderen van (financieel) toegankelijke gezondheidszorg.^{105, 106}

In haar streven naar universele gezondheidszorg stelt de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) dat iedereen een beroep moet kunnen doen op gezondheidszorg van hoge kwaliteit, zonder een risico te lopen op financiële problemen (WGO-resolutie 58.33 uit 2005).¹⁰⁷⁻¹⁰⁹

Om de gezondheidszorg financieel toegankelijk te maken en financiële problemen te voorkomen, is men het erover eens dat de financiële lasten van gezondheidszorg niet onevenredig zwaar mogen wegen op wie er een beroep op doet. Daarom zijn de betalingen voor gezondheidszorg in grote mate losgekoppeld van de gezondheidsrisico's of het zorggebruik. Volgens de principes van billijkheid moet de kost van zorg daarentegen worden bepaald door het vermogen of de financiële draagkracht. Een argument om de kost van gezondheidszorg te koppelen aan de financiële draagkracht is dat gezondheidsuitgaven mensen niet mogen belemmeren om een beroep te doen op gezondheidszorg wanneer ze ziek zijn. Bovendien wil men vermijden dat (hoge) gezondheidsuitgaven huishoudens belemmeren om



andere noodzakelijke goederen en diensten te bekostigen, zoals voedsel, huisvesting en nutsvoorzieningen.³

Niettemin wordt een belangrijk deel van de gezondheidsuitgaven, de eigen betalingen, nog steeds gedragen door de patiënt zelf en zijn deze uitgaven direct gerelateerd aan de consumptie van gezondheidszorg. **De eigen betalingen** omvatten remgelden en supplementen voor gezondheidsdiensten en -producten die (gedeeltelijk) door de verplichte ziekteverzekering worden gedekt, bijvoorbeeld consultaties, en daarnaast ook uitgaven voor diensten en producten die niet gedekt worden door de verplichte ziekteverzekering, bijvoorbeeld bepaalde geneesmiddelen zonder voorschrift of brillen. De eigen betalingen die betaald moeten worden op het moment dat zorg nodig is kunnen een financiële barrière vormen, in het bijzonder voor personen met een grote zorgbehoefte of met beperkte middelen. Financiële toegankelijkheid is een basisvoorwaarde voor een goed functionerend gezondheidssysteem. Financiële barrières bij de toegang tot zorg kunnen nadelige gevolgen hebben. Ten eerste kunnen mensen afzien van noodzakelijke zorg of deze uitstellen om de eigen betalingen tijdelijk te beperken, wat leidt tot een onvervulde medische zorgbehoefte. Dit kan nadelig zijn voor hun gezondheid. Ten tweede kunnen financiële problemen bij het gebruik van zorg ertoe leiden dat men andere basisbehoeften opgeeft.³

In dit Performantierapport hebben we vier indicatoren geselecteerd om de financiële toegankelijkheid en de billijkheid in de financiering van de gezondheidszorg te meten: **eigen betalingen als aandeel in de totale uitgaven voor gezondheidszorg (A-2)**, **uitgestelde medische zorg om financiële redenen (A-4)**, **verarmende en verder verarmende eigen betalingen (EQ-4)**, en **catastrofale eigen betalingen (EQ-5)**. Voor alle vier de indicatoren is een onderverdeling gemaakt tussen personen met en zonder recht op het statuut chronisch aandoening, als proxy voor hogere gezondheidsrisico's en een grotere zorgbehoefte. Daarnaast werd er een onderverdeling gemaakt tussen personen met en zonder zelfgerapporteerde chronische aandoening (EU-SILC).



Tabel 18 – Resultaten van de indicatoren van financiële toegankelijkheid en billijkheid, volgens statuut chronische aandoening en zelfgerapporteerde chronische aandoening

(ID)	Indicator	Status	SCORE	België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)	
A-2	Eigen betalingen voor gezondheid (% van totale gezondheidsuitgaven)*	Totaal	→	17,9	2016	18,7	17,1	15,9	EU-SILC/ IMA	/	
		RIZIV-statuu t chronische aandoening	Ja	C		12,7	12,9	12,8		10,8	
			Nee	C		19,4	20,4	18,5		16,9	
		Zelfgerapporteerd e chronische aandoening	Ja	C		15,1	15,7	14,7		13,6	
			Nee	C		19,7	20,6	18,8		17,4	
		A-4	Zelfgerapporteerde uitgestelde medische contacten om financiële redenen (% van populatie 16+)	Totaal		+	2,2 (1,4)	2016 (2020)		0,8	4,0
RIZIV-statuu t chronische aandoening	Ja			●	3,9	2016	2,2	8,6	9,4	/	
	Nee			●	2,0	0,4	2,2	3,2			
Zelfgerapporteerd e chronische aandoening	Ja			●	5,2	1,6	6,0	9,5			
	Nee			●	1,2	0,7	3,7	4,5			
EQ-4	Aandeel huishoudens met verarmende en verder verarmende eigen betalingen (%)			Totaal	●	1,3	2016	0,7	1,4	4,3	EU-SILC/ IMA
		RIZIV-statuu t chronische aandoening	Ja	●	1,4	0,5		1,6	5,9		
			Nee	●	1,4	0,8		1,5	4,2		
		Zelfgerapporteerd e chronische aandoening	Ja	●	1,7	1,0		1,3	6,6		
			Nee	●	1,1	0,5		1,6	2,7		
		EQ-5	Aandeel huishoudens met catastrofale eigen betalingen (%)	Totaal	●	2,0		2016	1,2	2,3	
Ja	●			3,3	2,1	3,8	9,4				



RIZIV-statuu t chronische aandoening	Nee		1,7	1,0	1,9	4,8
Zelfgerapporteerd e chronische aandoening	Ja	 	2,9	1,9	2,7	8,5
	Nee		1,4	0,8	2,0	3,2

Opmerking: * De indicator A-2 wordt berekend aan de hand van microgegevens van EU-SILC/IMA en wijkt dus af van de resultaten in het KCE Performantierapport 313, die berekend werden aan de hand van macrogegevens uit het Systeem van de Gezondheidsrekeningen (SHA).² De microgegevens van EU-SILC/IMA werden gebruikt om een onderscheid te kunnen maken tussen chronische en niet-chronische patiënten. Een dergelijke onderverdeling is in de SHA-gegevens niet mogelijk. Helaas houden de microgegevens van EU-SILC/IMA geen rekening met de gezondheidsuitgaven die niet door de verplichte ziekteverzekering worden gedekt, terwijl die informatie wel is opgenomen in de SHA-gegevens. Daarom werd in dit rapport een iets andere terminologie gebruikt, namelijk 'aandeel van de totale gezondheidsuitgaven' in plaats van 'aandeel van de lopende gezondheidsuitgaven'.  = Slechtere resultaten voor chronisch zieken

5.2 Uitgestelde medische contacten om financiële redenen

In 2016 gaf ongeveer 2,2% van de bevolking van 16 jaar of ouder aan medische zorg om financiële redenen uit te stellen of ervan af te zien. Dit omvat curatieve, revalidatie, preventieve, geestelijke en langdurige medische behandelingen of onderzoeken zowel in (dag)ziekenhuizen, ambulante zorg of thuiszorg. De totale incidentie steeg tussen 2011 (1,4%) en 2016 (2,2%) en is sindsdien gedaald tot 1,4% in 2020. De incidentie van zelfgerapporteerde onvervulde medische zorgbehoeften is hoger dan het EU-15-gemiddelde, in het bijzonder onder socio-economisch achtergestelde groepen.³

Er zijn belangrijke verschillen in onvervulde zorgbehoeften tussen subgroepen in de bevolking. Hoewel de verschillen naar leeftijd en geslacht klein zijn, is er een aanzienlijke gewestelijke variatie, met een incidentie boven het gemiddelde in Brussel (4,9% in 2016) en Wallonië (4,0% in 2016) tegenover een incidentie onder het gemiddelde in Vlaanderen (0,8% in 2016). Bovendien situeren de onvervulde zorgbehoeften om financiële redenen zich vooral bij personen in een financieel precarie situatie, d.w.z. met een laag inkomen of een uitkering, met ernstige materiële deprivatie, in werkloosheid of inactiviteit. Zo is de incidentie in huishoudens met een armoederisico 3 tot 4 keer hoger dan het bevolkingsgemiddelde.³

Beschermende financiële maatregelen in de verplichte ziekteverzekering, zoals de maximumfactuur (MAF) en de verhoogde tegemoetkoming (VT) kunnen niet volledig voorkomen dat mensen medische zorg uitstellen of ervan afzien.³ De incidentie is bovengemiddeld onder personen die recht hebben op een VT en onder personen in huishoudens die de MAF-regeling genieten. Chronisch zieken hebben vaker recht op deze beschermingsmaatregelen (zie sectie 1.6.3.4 en Tabel 8).

Hogere incidentie van onvervulde medische zorgbehoeften bij chronisch zieken

Er werd ook een belangrijk verschil in incidentie vastgesteld tussen chronisch zieken, die doorgaans grotere medische behoeften hebben, en andere personen. Zo is er een hoger percentage onvervulde zorgbehoeften bij personen met een zelfgerapporteerde chronische aandoening (EU-SILC) en bij personen die recht hebben op het RIZIV-statuu chronische aandoening. De incidentie van onvervulde zorgbehoeften om financiële redenen steeg van 1,1% in 2008 tot 3,5% in 2012 en tot 5,2% in 2016 onder patiënten met een zelfgerapporteerde chronische aandoening. De incidentie is ongeveer vier keer hoger dan bij personen zonder zelfgerapporteerde chronische aandoening (0,3% in 2008, 1,1% in 2012 en 1,2% in 2016), die bovendien tussen 2012 en 2016 geen toename van onvervulde



zorgbehoeften rapporteerden. In 2016 meldde 3,9% van de personen met het statuut chronische aandoening om financiële redenen onvervulde medische zorgbehoeften. Dat is bijna het dubbele van de incidentie die in dat jaar werd waargenomen bij personen zonder dat statuut (2,0%). Dezelfde gewestelijke variatie die in het totale percentage werd vastgesteld, vinden we ook terug in de cijfers voor de subgroep van chronische patiënten. Ook hier is de zelfgerapporteerde onvervulde zorgbehoefte lager in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel.

5.3 Eigen betalingen als aandeel van de totale gezondheidsuitgaven

Het aandeel van de eigen betalingen in de totale gezondheidsuitgaven werd berekend op het niveau van het huishouden. Eigen betalingen voor diensten en producten die buiten de verplichte ziekteverzekering vallen (bv. brillen, bepaalde tandheelkundige zorg, bepaalde geneesmiddelen zonder voorschrift) worden niet geregistreerd in de IMA-gegevens, en de informatie over supplementen in ambulante zorg is beperkt, wat leidt tot een onderschatting van de eigen betalingen. Aan de andere kant worden terugbetalingen van een vrijwillige ziekteverzekering niet opgenomen, wat leidt tot een overschatting van de eigen betalingen. De totale gezondheidsuitgaven werden eveneens berekend per huishouden en bestaan uit het totaal van de eigen betalingen en de gezondheidsuitgaven gedekt door de verplichte ziekteverzekering, die in detail geregistreerd worden in de IMA-gegevens.

Het totale aandeel is stabiel over de tijd, namelijk 17,8% in 2008, 16,9% in 2012 en 17,9% in 2016. Figuur 20 toont een opsplitsing van de eigen betalingen in remgelden en supplementen en geeft ook informatie over het aandeel MAF-terugbetalingen. De verdeling is in de loop van de tijd sterk veranderd, met een dalend aandeel remgelden (van 15,3% in 2008 naar 13,5% in 2016) en een stijgend aandeel supplementen (van 2,5% in 2008 naar 4,3% in 2016) (zie Tekstkader 11 voor meer informatie over supplementen).

Tekstkader 11 – Supplementen in de Belgische gezondheidszorg

Na onderhandelingen stellen zorgaanbieders en zorgverzekeraars (ziekenfondsen en RIZIV) officiële tarieven vast, die verder kunnen worden onderverdeeld in officiële terugbetalingstarieven en officiële remgelden. Onder bepaalde voorwaarden mogen zorgverleners aan de patiënt supplementen in rekening brengen bovenop de officiële tarieven.^{3, 34} Het aandeel zorgverleners dat supplementen in rekening brengt verschilt sterk volgens de beroepsgroep. Financiële beschermingsmaatregelen in de verplichte ziekteverzekering (bv. de maximumfactuur, de verhoogde tegemoetkoming) zijn gericht op het beperken van het remgeld, maar bieden weinig bescherming tegen supplementen.³

De supplementen (ereloon-, materiaal- en kamersupplementen) in de ziekenhuiszorg worden uitgebreid geregistreerd in administratieve gegevens. Het gebruik ervan is in toenemende mate gereguleerd en heeft vooral betrekking op patiënten die om een eenpersoonskamer vragen. Sinds 1 januari 2010 kunnen kamersupplementen alleen worden aangerekend voor een eenpersoonskamer. Sinds 1 januari 2013 zijn ereloon-supplementen niet meer toegestaan voor klassieke ziekenhuiszorg in gemeenschappelijke of tweepersoonskamers. Sinds 2015 gelden dezelfde regels voor klassieke ziekenhuisopname en dagopvang.

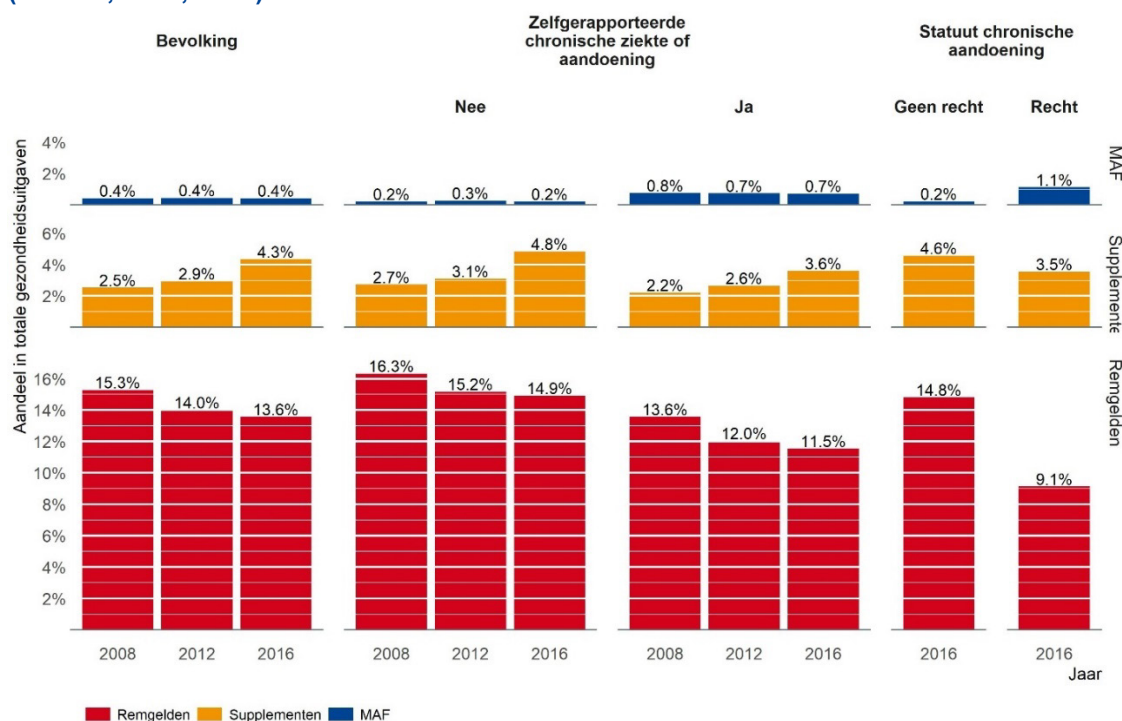
Ondanks de toenemende wettelijke beperkingen is het gebruik van supplementen wijdverbreid en vormt het een aanzienlijk aandeel van de ziekenhuiskosten. In 2018 bedroeg het aandeel van de eigen betaling voor ziekenhuiszorg 19,0%, waarvan 6,2% remgelden en 12,8% supplementen.¹¹⁰ Bouckaert et al. (2020) toonden aan dat de supplementen niet alleen een impact hebben op huishoudens met een hoog inkomen, maar ook op die met een armoederisico en in de lagere middenklasse.³ Hoewel gedetailleerde gegevens ontbreken, wordt een aanzienlijk deel van de supplementen in ziekenhuizen gedekt door de vrijwillige aanvullende verzekering. Het gebruik van vrijwillige ziekteverzekeringen komt echter veel vaker voor in het hoogste



inkomenskwartiel (88%) dan bij huishoudens met een armoederisico (42%).¹¹¹

In tegenstelling tot de supplementen voor ziekenhuisopname is er weinig regelgeving voor de supplementen voor ambulante zorg.³ Ze worden slechts in beperkte mate vastgelegd in administratieve gegevens, zodat een exhaustieve beoordeling van de financiële impact van ambulante supplementen niet mogelijk is.

Figuur 20 – Aandeel remgelden, supplementen en MAF-terugbetalingen in de totale gezondheidsuitgaven, uitgesplitst naar chronische ziektestatus (in 2008, 2012, 2016)



Bron: EU-SILC/IMA-gegevens; Figuur KCE



Hoewel de gewestelijke variatie wat betreft het aandeel eigen betalingen in de totale gezondheidsuitgaven beperkt is, is ze in de loop van de tijd toegenomen, met vooral een lager aandeel in Brussel. De variatie is meer uitgesproken in functie van de financiële middelen van de huishoudens, met een lager aandeel voor financieel kwetsbare huishoudens. Zo vertegenwoordigen de eigen betalingen meer dan 22% van de totale gezondheidsuitgaven in de hogere middenklasse en de huishoudens met de hoogste inkomens, tegenover 11% bij de huishoudens met een armoederisico.

Lager aandeel eigen betalingen in de totale gezondheidsuitgaven voor huishoudens met een chronisch zieke

Bij huishoudens met ten minste één chronisch ziek gezinslid blijkt het aandeel eigen betalingen in de totale gezondheidsuitgaven lager te zijn. Huishoudens waarin een gezinslid aangeeft aan een chronische aandoening te lijden (EU-SILC) hebben een lager aandeel eigen betalingen (15,1% in 2016) in vergelijking met huishoudens zonder chronisch zieke (19,7% in 2016). Het verschil in het aandeel eigen betalingen is nog groter wanneer men zich baseert op het recht op het statuut chronische aandoening als onderscheidende factor. Bij huishoudens met een gezinslid dat het statuut chronische aandoening heeft, was het aandeel eigen betalingen in 2016 12,7%, tegenover 19,4% bij huishoudens zonder iemand met dit statuut.

Figuur 20 geeft aan dat het verschil met name te maken heeft met een lager aandeel remgeld. Dit was te verwachten, omdat huishoudens met een chronisch zieke vaker recht hebben op beschermingsmaatregelen zoals de MAF en VT (zie sectie 1.6.3.4 en Tabel 8), die erop gericht zijn het remgeld te verminderen. In 2016 bedroeg het aandeel huishoudens met een verhoogde tegemoetkoming 37,6% en 16,3% voor huishoudens met respectievelijk zonder gezinslid met zelfgerapporteerde chronische aandoening, en 40,3% en 20,4% voor huishoudens met respectievelijk zonder rechthebbende op het statuut chronische aandoening. Daarnaast bedroeg het aandeel huishoudens dat een terugbetaling kreeg via de MAF in 2016 21,4% en 6,1% voor huishoudens met respectievelijk zonder gezinslid met een zelfgerapporteerde chronische aandoening, en 35,2% en

5,6% voor huishoudens met respectievelijk zonder rechthebbende op het statuut chronische aandoening.

Bescherming tegen financiële problemen of uitstel van zorg met hoge eigen betalingen?

Wijst dit lagere aandeel eigen betalingen bij chronische patiënten op goed functionerende beschermingsmaatregelen die erin slagen financiële problemen te voorkomen bij personen met een hoge zorgbehoefte, of is het eerder een symptoom van uitstel of afstel van medische zorg om financiële redenen, in het bijzonder die zorg waar de eigen betalingen hoog zijn (bv. specialistische of tandheelkundige zorg)? Hoogstwaarschijnlijk is het een combinatie van beide.³ Uit Figuur 20 blijkt duidelijk dat huishoudens met een chronisch zieke vaker van de MAF-regeling genieten. Zoals hierboven vermeld hebben ze ook vaker een verhoogde tegemoetkoming. Hierdoor worden de remgelden voor verschillende vormen van zorg effectief verminderd. Aan de andere kant geeft indicator A-4 aan dat personen met een zelfgerapporteerde chronische aandoening of met het RIZIV-statuuut chronische aandoening een aanzienlijk hogere incidentie van onvervulde zorgbehoeften vertonen (zie sectie 5.2). In dit verband onderzochten we het aandeel eigen betalingen voor verschillende types van zorg. We stelden vast dat het aandeel eigen betalingen voor huisartsen en voor specialistische en tandheelkundige zorg in 2016 aanzienlijk lager was in huishoudens met een gezinslid met een zelfgerapporteerde chronische aandoening of met het statuut chronische aandoening, vergeleken met huishoudens zonder een chronisch zieke. Dit kan – met name voor huisartsen- en specialistische zorg – worden verklaard door de lagere remgelden dankzij de verhoogde tegemoetkoming. Voor specialistische zorg en tandheelkundige zorg kan het lagere aandeel ook te maken hebben met uitstel van zorg om financiële redenen.



5.4 Catastrofale, verarmende en verder verarmende eigen betalingen

Overeenkomstig de door de WGO-EU voorgestelde methodologie in haar reeks over financiële bescherming, werden twee indicatoren berekend om de mate te meten waarin huishoudens worden blootgesteld aan financiële moeilijkheden: de incidentie van catastrofale eigen betalingen, en de incidentie van verarmende en verder verarmende eigen betalingen.³ De eigen betalingen worden op dezelfde manier berekend als in sectie 5.3.

De WGO-methodologie gaat ervan uit dat huishoudens een deel van hun bestaansmiddelen moeten reserveren om in basisbehoeften te voorzien, zoals voedsel, huisvesting en nutsvoorzieningen. Pas nadat aan de basisbehoeften is voldaan, zijn er middelen beschikbaar om aan gezondheidszorg te besteden. Daarom wordt de financiële draagkracht van het huishouden (voor gezondheidszorg) gedefinieerd als de totale financiële middelen van het huishouden minus een bedrag voor basisbehoeften, aangepast aan de samenstelling van het huishouden. Deze correctie is belangrijk omdat arme huishoudens relatief meer van hun middelen besteden aan basisbehoeften en mogelijk een afweging moeten maken tussen die basisbehoeften en gezondheidszorg.

Een huishouden wordt als arm beschouwd als de financiële middelen onvoldoende zijn om in de basisbehoeften te voorzien. In een arm huishouden worden eigen betalingen beschouwd als **verder verarmend**. Eigen betalingen worden als **verarmend** bestempeld als het huishouden niet arm is, maar eigen betalingen moet doen die de draagkracht van het huishouden overstijgen. Eigen betalingen worden als **catastrofaal** beschouwd wanneer ze meer dan 40% van de draagkracht van het huishouden bedragen. Dit houdt in dat eigen betalingen in arme huishoudens als catastrofaal worden beschouwd. Vandaar dat verarmende en verder verarmende eigen betalingen altijd catastrofaal zijn, terwijl catastrofale eigen betalingen niet noodzakelijk (verder) verarmend zijn.

In 2016 had 1,3% van de huishoudens te maken met verarmende en verder verarmende eigen betalingen (waarvan 1,1% verder verarmend en 0,2%

verarmend), terwijl 2,0% van de huishoudens met catastrofale eigen betalingen geconfronteerd werd (zie Tabel 18 en Figuur 21). Er is een aanzienlijke gewestelijke variatie: de hoogste incidentie voor zowel catastrofale als verarmende en verder verarmende eigen betalingen wordt geregistreerd in Brussel, de laagste incidentie in Vlaanderen.

Hogere incidentie van catastrofale eigen betalingen bij huishoudens met een chronische patiënt, weinig impact op verarmende en verder verarmende eigen betalingen

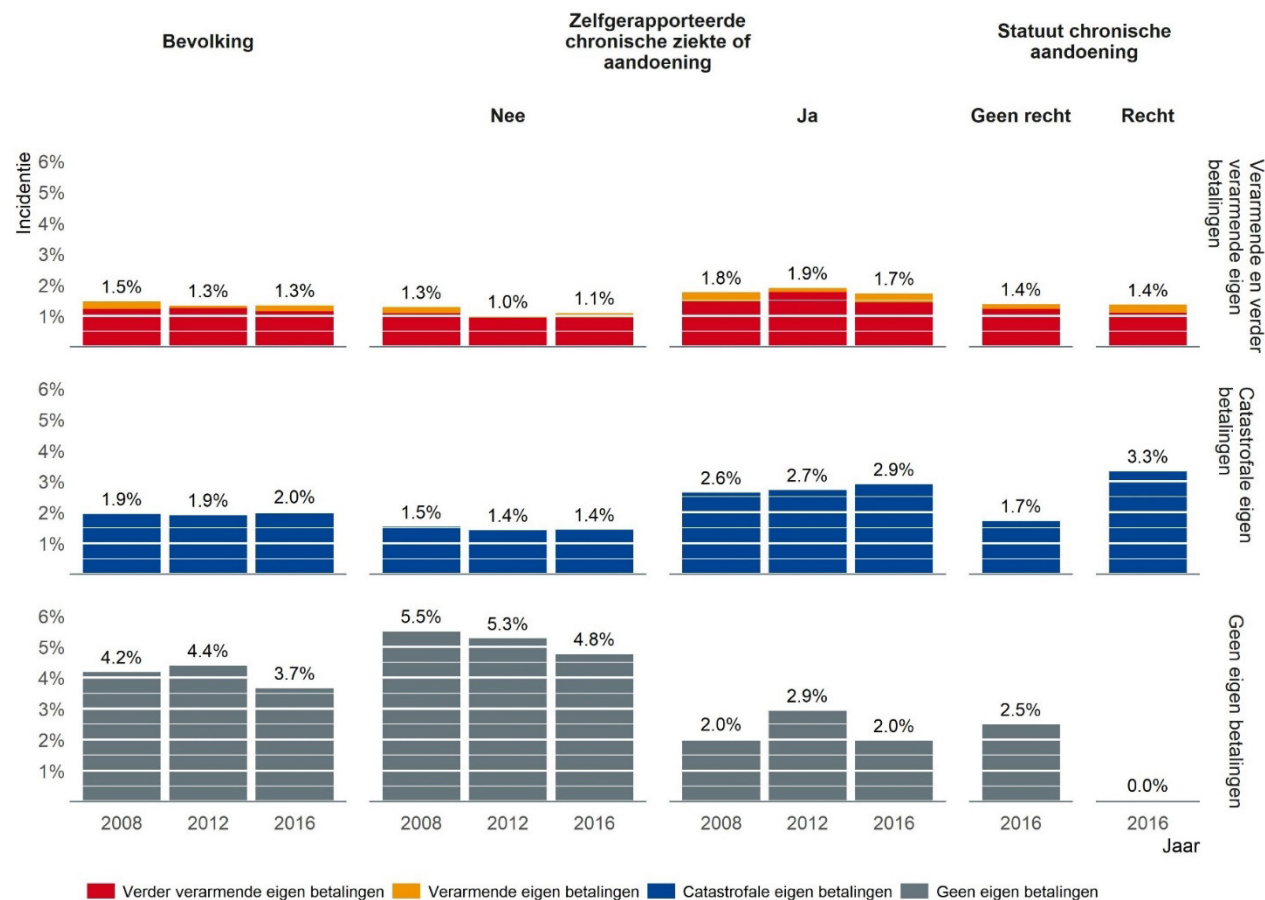
Er zijn aanzienlijke verschillen tussen huishoudens met en zonder gezinslid met een zelfgerapporteerde chronische aandoening (EU-SILC). In de eerste groep is er een groter aandeel huishoudens dat verder verarmt en, zoals verwacht, een lager aandeel huishoudens zonder eigen betalingen. De incidentie van catastrofale eigen betalingen was in 2016 dubbel zo hoog bij huishoudens met een gezinslid met een zelfgerapporteerde chronische aandoening.

Ook zijn er grote verschillen tussen huishoudens met en zonder gezinslid dat recht heeft op het RIZIV-statuuut chronische aandoening. Alle huishoudens met ten minste één rechthebbende op het statuut chronische aandoening hebben eigen betalingen. Dat is te verwachten omdat de criteria voor dit statuut gebaseerd zijn op de gezondheidsuitgaven in de verplichte ziekteverzekering (zie sectie 1.6.3.2). Net als bij de resultaten op basis van een onderverdeling naar zelfgerapporteerde chronische aandoening, zien we dat de incidentie van catastrofale eigen betalingen in 2016 twee keer zo hoog was bij huishoudens met een rechthebbende op het statuut chronische aandoening.

De gewestelijke variatie in de incidentie van catastrofale, verarmende en verder verarmende eigen betalingen bij zelfgerapporteerde chronische aandoening en statuut chronische aandoening is vergelijkbaar met de variatie die globaal wordt waargenomen.



Figuur 21 – Aandeel huishoudens met verarmende en verder verarmende eigen betalingen, catastrofale eigen betalingen en zonder eigen betalingen (2008-2016), volgens statuut chronische aandoening en zelfgerapporteerde chronische aandoening



Bron: Gegevens EU-SILC/IMA; Figuur KCE



5.5 Besluit

De toegankelijkheid en het verstrekken van effectieve, kwaliteitsvolle en betaalbare gezondheidszorg zijn fundamentele doelstellingen die het gezondheidsbeleid en de universele dekking van de gezondheidszorg in België hebben richting hebben gegeven. Een gebrek aan financiële toegankelijkheid kan nadelige gevolgen hebben, zoals uitstel van zorg of financiële problemen bij het gebruik van zorg.

De eigen betalingen die door patiënten worden gedragen en rechtstreeks verband houden met hun zorgconsumptie, kunnen financiële belemmeringen opwerpen, met name voor personen met een hoge zorgbehoefte of met beperkte middelen. Chronisch zieken zijn in deze beide opzichten kwetsbaar omdat ze vaker een hoge zorgbehoefte hebben – wat bijvoorbeeld blijkt uit een hogere prevalentie van multimorbiditeit en van het recht op het statuut chronisch aandoening op basis van de gezondheidsuitgaven – en vaker over beperkte financiële middelen beschikken – wat bijvoorbeeld blijkt uit het grotere aandeel huishoudens die een recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming. Het verband tussen een lage socio-economische status en de aanwezigheid van een (zelfgerapporteerde) chronische aandoening is goed gedocumenteerd.³

In België is het aandeel van de eigen betalingen in de uitgaven voor gezondheidszorg relatief hoog in vergelijking met de buurlanden.³ Om mogelijke financiële belemmeringen te beperken, zijn er evenwel beschermingsmechanismen in de verplichte ziekteverzekering opgenomen, gericht op het verminderen van de eigen betalingen – met name de remgelden – voor kwetsbare groepen.

We stelden vast dat het aandeel eigen betalingen in de totale gezondheidsuitgaven lager was voor huishoudens met een chronisch zieke. Het blijft echter onduidelijk of dit lagere aandeel aantoont dat de beschermingsmechanismen goed functioneren, dan wel of het een symptoom is van uitstel of afstel van zorg om financiële redenen, in het bijzonder voor zorg met een hoog aandeel eigen betalingen, zoals specialistische of tandheelkundige zorg. Hoogstwaarschijnlijk spelen beide effecten een rol. In 2016 noteerden we immers een hoger percentage onvervulde medische zorgbehoeften om financiële redenen bij chronische

patiënten, namelijk 5,2% bij patiënten met een zelfgerapporteerde chronische aandoening (viermaal hoger dan bij personen zonder zelfgerapporteerde chronische aandoening) en 3,9% bij de patiënten die recht hebben op het RIZIV-statuuut chronische aandoening (tweemaal hoger dan bij personen zonder dit statuut).

Huishoudens met een chronisch zieke hadden ook vaker financiële moeilijkheden, zoals blijkt uit de incidentie van catastrofale eigen betalingen die in 2016 gemiddeld 2,0% was, maar 3,3% bedroeg in huishoudens met een recht hebbende op het statuut chronische aandoening en 2,9% in huishoudens waar iemand een chronische aandoening rapporteerde.

Daaruit kunnen we besluiten dat er ruimte is om de financiële toegankelijkheid van zorg voor chronische patiënten te verbeteren. Voor de berekening van de eigen betalingen volgens de indicatoren in dit hoofdstuk waren we aangewezen op wat is geregistreerd in de IMA-gegevens. Dit betekent dat eigen betalingen voor diensten en producten buiten de verplichte ziekteverzekering niet werden opgenomen, en supplementen voor ambulante zorg slechts in beperkte mate. Ook terugbetalingen van de vrijwillige ziekteverzekering werden niet in rekening gebracht.



6 EFFICIËNTIE

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). De efficiëntie van gezondheidszorg wordt meestal gemeten op drie niveaus: het gezondheidssysteem, de sub-sectoren en de ziektes. Indicatoren op sub-sectorniveau hebben als voordeel dat ze makkelijker resulteren 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.

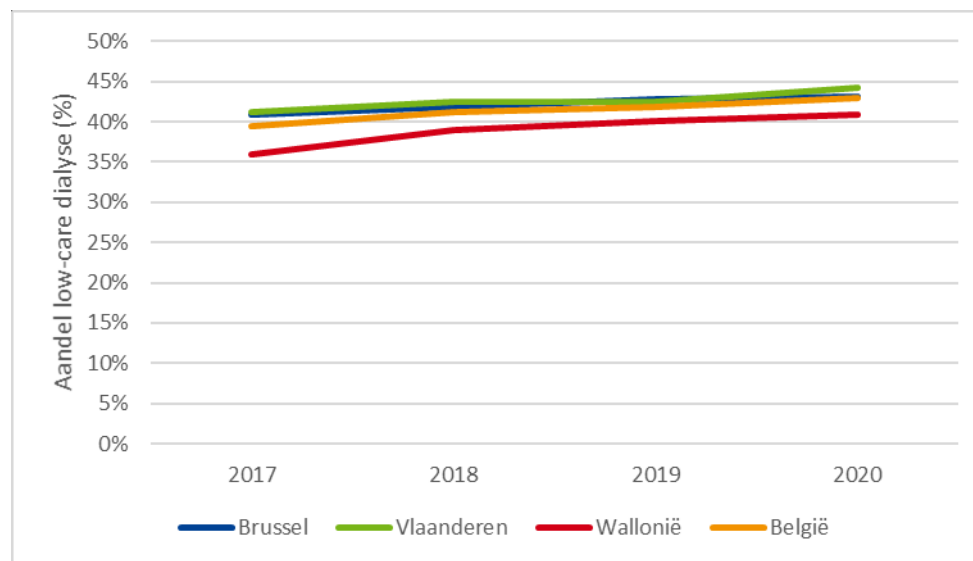
In deze tussentijdse HSPA werd één indicator geselecteerd om de efficiëntie van het gezondheidssysteem te evalueren met betrekking tot de zorg voor chronische patiënten, namelijk **het aandeel low-care dialyse** (E-5). Deze indicator wordt voor het eerst geëvalueerd in een HSPA in België. Ze werd voorgesteld en geselecteerd omdat er voor deze indicator een Belgische doelstelling bestaat (zie hieronder). Dit biedt een goede gelegenheid om de efficiëntie van het gezondheidssysteem met betrekking tot de zorg voor chronische patiënten te evalueren.

6.1 Low-care dialyse

Patiënten die aan een chronische nierziekte lijden, hebben nierfunctievervangende behandelingen nodig als de resterende nierfunctie onvoldoende is. De voorkeursbehandeling is niertransplantatie, indien beschikbaar. Het alternatief is dialyse, waarvan er verschillende soorten bestaan: hemodialyse (in het ziekenhuis, in een satellietcentrum, of in sommige gevallen zelfs thuis) of peritoneale dialyse. Hemodialyse in een ziekenhuisomgeving is duur ('high-care dialyse'); alternatieven zoals hemodialyse in een satellietcentrum of thuis en nachtelijke of peritoneale dialyse zijn goedkoper ('low-care dialyse'). Voor een meer gedetailleerde beschrijving van deze verschillende vormen verwijzen we naar het KCE-rapport 124. Aangezien de meeste patiënten althans in eerste instantie met low-care dialyse kunnen worden behandeld, moedigt het RIZIV ziekenhuizen aan om dit te promoten om de kosten te drukken (het budget voor dialyse in 2022 in ziekenhuis, satellietcentrum of thuis bedraagt 488 miljoen euro). In de financieringsovereenkomst voor dialyse tussen het RIZIV en de individuele ziekenhuizen wordt een aandeel low-care dialyse van 40% vooropgesteld. Dit percentage wordt bereikt op nationaal en gewestelijk niveau (zie Tabel 19 en Figuur 22), maar niet altijd op ziekenhuisniveau. Van de 52 ziekenhuizen die de financieringsovereenkomst voor dialyse ondertekenden, haalden in 2020, 45 ziekenhuizen (86,5%) het vereiste percentage (8 in Brussel, 18 in Vlaanderen en 19 in Wallonië): 28 algemene ziekenhuizen (van de 33), 11 niet-universitaire algemene ziekenhuizen met universitair karakter (van de 12) en 6 universitaire ziekenhuizen (van de 7) versus 7 (13,5%) die het aandeel low-care dialyse van 40% niet haalden (1 in Brussel, 6 in Vlaanderen en 0 in Wallonië).

Tabel 19 – Resultaten van de indicatoren voor de efficiëntie van het gezondheidssysteem

(ID) indicator	SCORE	België	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)
E-5 Aandeel low-care dialyse (%) <i>NIEUW</i>		43.0	2020	44.3	41.0	43.2	RIZIV	-

**Figuur 22 – Aandeel low-care dialyse in elk gewest per jaar**

Bron: RIZIV

6.2 Besluit

De efficiëntie van het gezondheidssysteem is moeilijk te meten; op sub-sectoraal niveau worden verschillen tussen ziekenhuizen waargenomen, bijvoorbeeld voor het aandeel low-care dialyse. Voor dialyse is een diepere analyse nodig op het niveau van de factureringscode om de verschillende behandelingen die als low-care dialyse worden gebruikt beter te begrijpen. De stijging op het vlak van thuisdialyse is mogelijk te danken aan recente verbeteringen in de apparatuur voor thuisdialyse.



7 PERFORMANTIEDOMEIN

7.1 Preventie

Preventieve zorg omvat twee soorten interventies: 'primaire preventie', die tot doel heeft het optreden van een ziekte te verminderen of te elimineren (bv. vaccinatie); en 'secundaire preventie', die tot doel heeft het optreden van een ziekte in een vroeg stadium op te sporen om zo vroeg mogelijk met de behandeling te beginnen en zo de gevolgen in termen van mortaliteit en morbiditeit/handicap te beperken (bv. kankerscreening of tandheelkundige routinecontroles).

In dit Performantierapport selecteerden we indicatoren die de **vaccinatiegraad tegen griep bij ouderen** (P-4) meten om primaire preventie te illustreren. Voor de secundaire preventie selecteerden we indicatoren over **borstkankerscreening** (P-6 en P-7) en **preventieve tandheelkundige zorg** (P-11). Alle indicatoren worden weergegeven in Tabel 20. De organisatie van preventieve zorg is in de eerste plaats een bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten, waarbij de tussenkomst van de federale overheid beperkt is tot terugbetalingen voor bepaalde vormen van preventieve zorg. Daarom is een analyse van de resultaten van de preventie-indicatoren per regio bijzonder belangrijk.

Gezondheidspromotie, ofwel het proces dat mensen in staat stelt meer controle te krijgen over de determinanten van hun gezondheid (bv. tabaksgebruik, overmatig alcoholgebruik, ongezonde voedingsgewoonten, lichamelijke inactiviteit¹¹²) en hun gezondheid op die manier te verbeteren, wordt bestudeerd door Sciensano¹¹³ en werd niet geëvalueerd in dit rapport. Enkele belangrijke bevindingen over risicofactoren voor chronische ziekten worden samengevat in Tabel 21.



Tabel 20 – Resultaten van de indicatoren voor preventie, naar statuut chronische aandoening

(ID) indicator	Status	SCORE	BE	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-15 (gemiddelde)	Doelstelling
P-4 Griepvaccinatie (% van populatie 65+)	Totaal	ST	55,1	2019	60,8	46,1	44,7	IMA; OESO	53,7	75% (WGO)
	RIZIV-statuuat chronische aandoening	ST	72,3		77,7	64,3	63,6			
	Geen statuut chronische aandoening	ST	48,1		54,2	38,0	37,0			
P-6 Borstkankerscreening (% vrouwen van 50-69 jaar), georganiseerde screening	Totaal	ST	32,2	2019	50,2	4,7	10,4	IMA	-	-
	RIZIV-statuuat chronische aandoening	ST	28,2		45,6	4,7	12,0			
	Geen statuut chronische aandoening	ST	33,0		50,9	4,7	10,0			
P-7 Borstkankerscreening (% vrouwen van 50-69 jaar), alle mammografieën	Totaal	ST	59,7	2019	65,3	51,5	51,0	IMA	73,5	75% (EU)
	RIZIV-statuuat chronische aandoening	ST	58,8		63,0	53,2	55,5			
	Geen statuut chronische aandoening	ST	59,9		65,7	51,1	50,0			
P-11 Regelmatige tandartsbezoek (% populatie 3+)	Totaal	+	55,3	2019	60,0	51,0	50,1	IMA	-	
	RIZIV-statuuat chronische aandoening	+	53,1		54,7	49,7	56,5			
	Geen statuut chronische aandoening	+	55,6		60,7	51,2	49,3			

**Tabel 21 – Belangrijke determinanten voor chronische ziekten in België, 2018**

Determinanten van gezondheid	België	Vlaanderen	Wallonie	Brussel
tabaksgebruik				
Prevalentie van dagelijkse rokers bij mannen, 15+ (%)	18.3	15.8	22.1	21.1
Prevalentie van dagelijkse rokers bij vrouwen, 15+ (%)	11.9	10.4	14.9	11.0
Lichamelijke activiteit				
Aandeel van de mannen, 18+, die minstens 150 minuten per week aan matige intensiteit aerobe fysieke activiteit doen (%)	36.7	43.4	27.0	28.9
Aandeel van de vrouwen, 18+, die minstens 150 minuten per week aan matige intensiteit aerobe fysieke activiteit doen (%)	25.8	34.3	14.7	18.2
Overmatig gebruik van alcohol				
Leeftijdsgestandaardiseerde prevalentie van overmatig alcoholgebruik* bij mannen, 15+ (%)	7.4	7.7	8.3	9.9
Leeftijdsgestandaardiseerde prevalentie van overmatig alcoholgebruik* bij vrouwen, 15+ (%)	4.3	3.7	4.7	5.9
Voedingsgewoonten				
Leeftijdsgestandaardiseerde prevalentie van de mannelijke bevolking (6+) dat dagelijks de aanbevolen hoeveelheid groenten en fruit consumeert (minstens 5 porties)	10.4	8.7	12.5	13.3
Leeftijdsgestandaardiseerde prevalentie van de vrouwelijke bevolking (6+) dat dagelijks de aanbevolen hoeveelheid groenten en fruit consumeert (minstens 5 porties)	16.3	14.7	18.0	19.2

Source: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid> (laatst bekeken: 9 februari 2022), *wekelijkse consumptie meer dan 21 standardeenheden (equivalent van 10g puur alcoholgehalte) bij mannen en 14 men standardeenheden bij vrouwen.

7.1.1 Griepvaccinatie bij ouderen

De vaccinatiegraad tegen griep voor personen van 65+ bleef stabiel tussen 2013 en 2019. België heeft een iets hogere vaccinatiegraad tegen griep dan het EU-15-gemiddelde (zie Tabel 20). Er was een hogere vaccinatiegraad in Vlaanderen (60,8%) dan in Wallonië (46,1%) en Brussel (44,7%), met nog meer uitgesproken verschillen tussen provincies. Zo had Luik (79,4%) een hogere vaccinatiegraad dan andere Waalse provincies, terwijl aan Vlaamse kant Limburg (45,3%) een lagere vaccinatiegraad had dan andere Vlaamse provincies (zie Figuur 23 en Tabel 20).

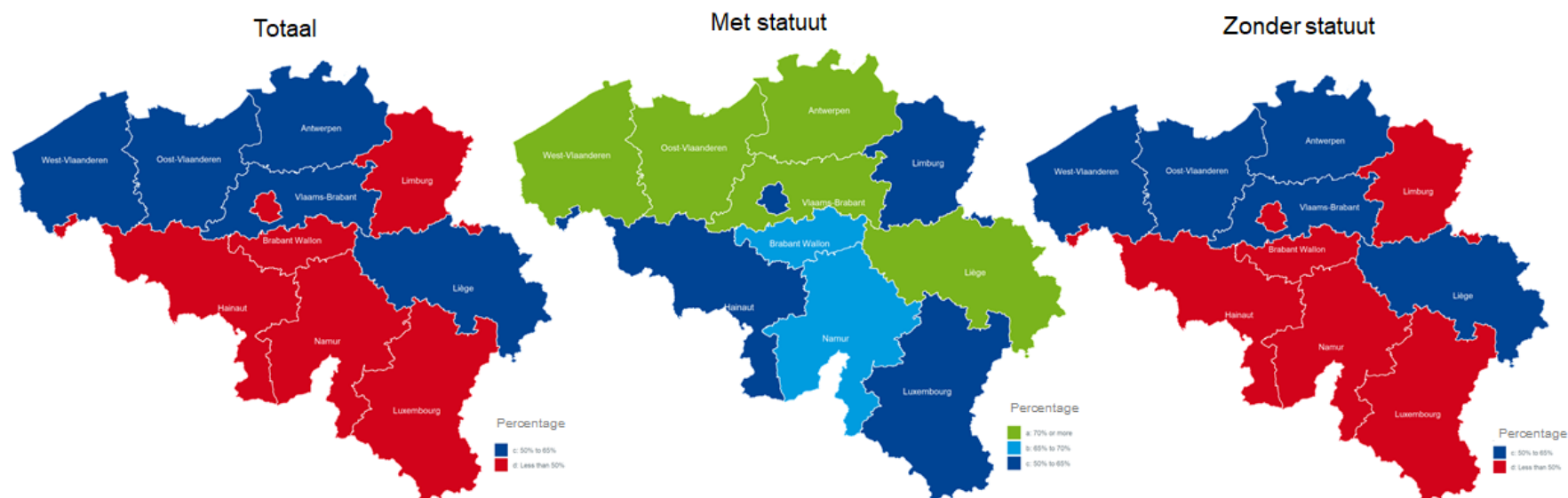
De vaccinatiegraad was 24,2% hoger bij mensen met het RIZIV-statuut chronische aandoening dan bij mensen zonder dit statuut (2019: 72,3% versus 48,1%), en dit verschil in vaccinatiegraad is sinds 2013 toegenomen (22,5%). Voor alle onderzochte socio-economische kenmerken geldt dat personen met het statuut chronische aandoening een hogere vaccinatiegraad hebben dan personen zonder dit statuut. Personen met het statuut chronische aandoening die in Vlaanderen wonen zijn vaker gevaccineerd (77,7%) dan degenen die in Brussel (63,6%) of Wallonië wonen (64,3%). Luik heeft echter de hoogste vaccinatiegraad onder personen met het statuut chronische aandoening (79,4%), gevolgd door



Antwerpen (78,5%) en Vlaams-Brabant (78,3%). De gemiddelde vaccinatiegraad in Wallonië wordt vooral naar beneden gehaald door de lage vaccinatiegraad in Henegouwen (63,0%) (zie Figuur 23 en Tabel 20).

In verpleeghuizen (65+ in Wallonië en Brussel) zijn personen met het statuut chronische aandoening vaker gevaccineerd (84,2%) dan degenen die dat statuut niet hebben (73,9%).

Figuur 23 – Griepvaccinatiegraad van ouderen per provincie, naar RIZIV-statuuat chronische aandoening (2019)



Bron: IMA; Figuur KCE



7.1.2 Borstkankerscreening

Mammografische screening wordt beschouwd als een efficiënt middel voor de detectie van borstkanker en een vroege behandeling met een grotere kans op herstel. Daarom bestaat er sinds 2001 in Vlaanderen en 2002 in Brussel en Wallonië een bevolkingsonderzoek naar borstkanker voor vrouwen van 50-69 jaar. Elke vrouw van 50 tot 69 jaar krijgt om de twee jaar een uitnodiging om aan het bevolkingsonderzoek deel te nemen. Het onderzoek is gratis. Naast dit georganiseerde programma worden ook alle mammografieën (preventief of diagnostisch) bestudeerd om de volledige dekking van mammografische screening in België in te schatten. Het programma streeft naar een screening van 75% (of meer) in de doelgroep.¹¹⁴

In 2019 was de totale dekking van borstkankerscreening 59,7%. De dekking is tussen 2003 en 2016 toegenomen (2003: 43%; 2016: 62%) en daarna licht gedaald tot 2019. In 2019 werd in Vlaanderen het hoogste deelnamepercentage waargenomen: 65,3%, tegenover 51,0% in Brussel en 51,5% in Wallonië. De dekking van borstkankerscreening in België haalt niet de aanbevolen doelstelling van 75% die in 2019 wel werd bereikt in Frankrijk, Italië, Nederland, Luxemburg, Portugal en Zweden. De Belgische dekkingsgraad ligt ook lager dan het EU-gemiddelde van 73,5%.

Personen met het RIZIV-statuuat chronische aandoening laten minder vaak een (georganiseerde) mammografie uitvoeren dan personen zonder dit statuut. De resultaten verschillen echter volgens leeftijdsgroep, recht op verhoogde tegemoetkoming en gewest. Jongere vrouwen (50-54 jaar) met het statuut chronische aandoening hebben vaker een borstkankerscreening (totale mammografie) dan vrouwen van dezelfde leeftijd zonder statuut chronische aandoening. Een mogelijke verklaring kan liggen in het hogere percentage diagnostische mammografieën bij jongere vrouwen met het statuut chronische aandoening. In Brussel en Wallonië hebben vrouwen met het statuut chronische aandoening vaker een mammografie in elke leeftijdsgroep. In Vlaanderen zijn de resultaten het tegenovergestelde: vrouwen met het statuut chronische aandoening hebben er minder vaak een mammografie dan vrouwen zonder dit statuut. Onder de vrouwen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming hebben degenen met het

statuut chronische aandoening vaker een mammografie dan vrouwen zonder dit statuut (VT en statuut chronische aandoening: 47,8% versus geen VT en statuut chronische aandoening: 44,4%).

7.1.3 Regelmatig bezoek aan de tandarts

Ongeveer de helft van de Belgische bevolking had regelmatig een tandartsbezoek (gedefinieerd als één of meer tandartsbezoeken in twee van de laatste drie jaren): in 2019 bedroeg dit aantal 55,3%. Het aandeel mensen dat regelmatig een tandarts bezoekt is in de periode 2014-2019 toegenomen, vooral bij personen met het statuut chronische aandoening: +9,7%, tegenover +5,5% zonder dit statuut (zie Figuur 24). Het verschil tussen personen met en zonder het statuut chronische aandoening was groter in 2014 (43,4% tegenover 50,1%, dus een verschil van 6,7 procentpunt) dan in 2019 (53,1% versus 55,6%, dus een verschil van 2,5 procentpunt).

Het hoogste regelmatige bezoekpercentage wordt vastgesteld bij kinderen en adolescenten (5-17 jaar). Dit is gedeeltelijk te verklaren door het feit dat er in België geen remgeld is voor basis tandheelkundige zorg voor kinderen. Het bezoekpercentage was voor alle leeftijdscategorieën, behalve voor 75-plussers, hoger bij mensen met het statuut chronische aandoening dan bij mensen zonder dit statuut. De in het algemeen lagere tandartsbezoekcijfers bij mensen met het statuut chronische aandoening dan bij mensen zonder dit statuut zijn dan ook vooral te wijten aan de lage bezoekcijfers bij ouderen. Er is immers een groter aandeel ouderen onder de personen met het statuut chronische aandoening.

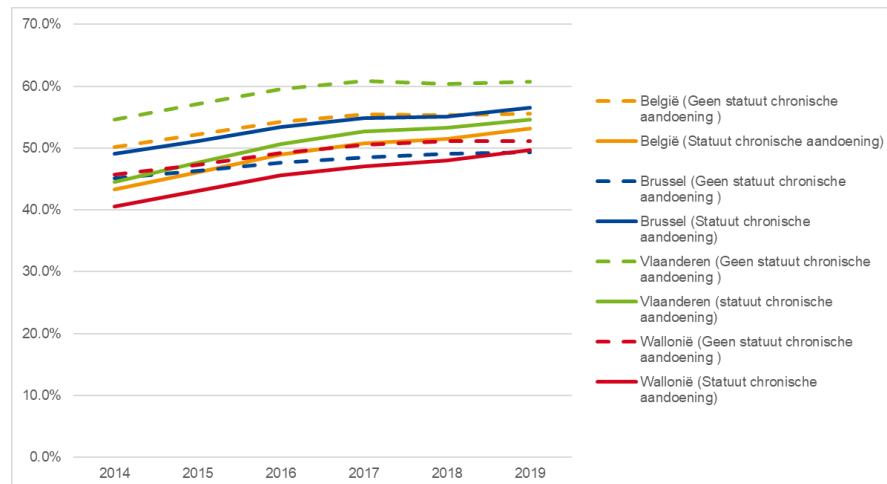
De cijfers voor regelmatig tandartsbezoek waren in 2019 hoger in Vlaanderen (60,0%) dan in Wallonië (51,0%) en Brussel (50,1%). Wanneer evenwel een onderscheid wordt gemaakt op basis van het statuut chronische aandoening, zijn de verschillen tussen de gewesten, en in het bijzonder tussen Vlaanderen en Brussel, kleiner (56,5% in Brussel, 54,7% in Vlaanderen en 49,7% in Wallonië voor mensen met het statuut chronische aandoening). Opmerkelijk is ook dat het aandeel regelmatige tandartsbezoeken in Brussel iets hoger is bij personen met het statuut chronische aandoening dan bij personen zonder dit statuut, terwijl we in



Vlaanderen en Wallonië het tegenovergestelde vaststellen. Zoals hierboven vermeld heeft dit resultaat ook te maken met het leeftijdseffect, gezien de veel lagere percentages onder ouderen en hun hogere aandeel in de groep met het statuut chronische aandoening.

Bovendien kan op basis van de koppeling tussen de gezondheidsenquête en de IMA-gegevens worden vastgesteld dat het verschil in het percentage mensen (15+) dat in de afgelopen 12 maanden nooit een tandarts heeft geraadpleegd, zich alleen uit op basis van het statuut chronische aandoening (3,7% met statuut versus 1,6% zonder statuut, hetzij een verschil van 2,1 procentpunt), doordat dit criterium gepaard gaat met hoge gezondheidsuitgaven. Op basis van zelfgerapporteerde chronische aandoening werd geen verschil waargenomen (1,6% zowel voor mensen met als voor mensen zonder zelfgerapporteerde chronische aandoening).

Figuur 24 – Regelmatig tandartsbezoek, naar RIZIV-statuuat chronische aandoening en per regio (2014-2019)



Bron: Data IMA; Figuur KCE

Nota: Regelmatig tandartsbezoek is gedefinieerd als minimum twee contacten met een tandarts die plaatsvonden in twee verschillende jaren, bekeken over een periode van drie jaar

7.1.4 Besluit

De primaire preventie (in dit rapport gemeten aan de hand van griepvaccinatie bij ouderen) is voor verbetering vatbaar ten opzichte van de Europese doelstelling, maar vertoont de laatste jaren een stabiele trend. Hoewel veralgemeningen de nodige voorzichtigheid vergen, aangezien er slechts één indicator werd opgenomen, lijkt de primaire preventie vooral gericht te zijn op mensen met een risico op bepaalde complicaties (d.w.z. patiënten met het statuut chronische aandoening), wat een goed resultaat is.

Wat de secundaire preventie betreft (borstkankerscreening en regelmatig tandartsbezoek) zijn de resultaten minder eenduidig en spelen er veel verschillende factoren mee (gewest, leeftijd, VT of niet, chronische aandoening of niet). De dekking van borstkankerscreening is echter bij zowel chronische als niet-chronische patiënten nog steeds te laag in vergelijking met het Europese gemiddelde. De deelname aan de georganiseerde borstkankerscreening ligt erg laag in Brussel en Wallonië. De preventieve tandheelkundige zorg neemt af met de leeftijd en is over het algemeen hoger bij personen zonder het statuut chronische aandoening. Echter, in elke leeftijdsgroep (behalve de oudste) is de preventieve tandheelkundige zorg hoger bij personen met het statuut chronische aandoening.

7.2 Andere domeinen

In dit rapport werden geen andere domeinen onderzocht. In het Performantierapport 2019 werden ook de volgende domeinen onderzocht: zorg voor moeder en pasgeborene, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en zorg rond het levenseinde.



8 DISCUSSIE EN BESLUIT

8.1 Sterke en zwakke punten van het Belgische gezondheidssysteem op het vlak van de zorg voor chronische patiënten

Op basis van de evaluatie van de 27 indicatoren in dit rapport, willen we verschillende positieve ontwikkelingen en aandachtspunten in de zorg voor chronische patiënten benadrukken.

Moeilijk te omlijnen context, maar duidelijke trends

- Het is moeilijk om een nauwkeurig beeld te krijgen van het aantal chronisch zieken in België, want het is onmogelijk om ze optimaal te identificeren in de bestaande databanken (zie de uitleg hieronder over de beperkingen). Het is echter duidelijk dat het aantal mensen met een chronische aandoening (zelfgerapporteerd of met statuut) in België voortdurend toeneemt en dat de levenskwaliteit van deze personen slechter is dan die van mensen zonder chronische aandoening (zie hoofdstuk 3).

Met betrekking tot zorgkwaliteit, is er ruimte tot verbetering voor verschillende indicatoren.

- Enkele positieve punten in zorgkwaliteit voor chronische patiënten vallen op, zoals het percentage vermijdbare ziekenhuisopnames voor astma, dat lager is dan het EU-15-gemiddelde en de laatste jaren is gedaald, wat wijst op een relatief doeltreffende eerstelijnszorg voor deze chronische patiënten. Ook het percentage mensen dat met succes is behandeld voor longtuberculose blijft hoger dan het beschikbare Europese gemiddelde, al is het de laatste jaren stabiel gebleven. Toch zijn er nog kleine inspanningen nodig om de Europese doelstelling te behalen (zie sectie 4.1).
- Vanuit het perspectief van de patiënt (patiëntgerichte zorg) was de beoordeling ook positief. Zowel chronische als niet-chronische patiënten gaven aan tevreden te zijn over hun contacten met het

gezondheidssysteem (zie sectie 4.4). Deze conclusie is echter slechts gebaseerd op de resultaten van drie indicatoren.

- Ook enkele aandachtspunten kwamen tot uiting, zoals de vermijdbare opnames voor COPD-patiënten. Hoewel het hoge aantal COPD-hospitalisaties minder indicatief is voor een slechte eerstelijnszorg dan de indicatoren voor astma en diabetes, aangezien het om erg kwetsbare patiënten gaat, vraagt deze stijgende trend bijkomende aandacht (zie sectie 4.1).
- De resultaten voor de indicatoren die de gepastheid van de opvolging van chronische patiënten meten, zijn niet bevredigend. Het aandeel volwassen diabetici met een gepaste opvolging is onvoldoende, onder andere omwille van een lager aantal raadplegingen bij de oogarts dan aanbevolen (zie sectie 4.2). Dit kan wijzen op een probleem in de toegankelijkheid van zorg voor sommige medische specialisaties of een slechte coördinatie in zorg.
- De indicatoren voor de zorgcontinuïteit gaven een gemengd beeld, met slechte resultaten voor diabetespatiënten die andere glucoseverlagende medicijnen dan insuline gebruiken (onvoldoende registraties in een diabeteszorgmodel) en het onvoldoende gebruik van referentieapothekers om de informationele continuïteit met betrekking tot de medicatie te waarborgen. In de huisartsenpraktijk is de informationele continuïteit voor chronische patiënten evenmin optimaal aangezien ze niet allemaal een globaal medisch dossier hebben. Ook de opvolging van oudere patiënten door een huisarts binnen een week na ontslag uit het ziekenhuis neemt geleidelijk af in de tijd. Ruim vier op de tien ziekenhuisopnames van chronische patiënten werden niet binnen een week na ontslag gevolgd door een huisartsconsultatie (zie sectie 4.3).
- Zorgtrajecten en andere (geïntegreerde) zorgmodellen werden ontwikkeld om de zorgcoördinatie voor sommige chronische ziekten, zoals diabetes, te verbeteren. Zoals vermeld in het vorige punt blijkt evenwel uit deze analyse dat er onvoldoende patiënten in deze zorgmodellen zijn geregistreerd (voor diabetici die andere glucoseverlagende geneesmiddelen dan insuline gebruiken), wat een



impact heeft op de zorgkwaliteit (inclusief de doeltreffendheid en de gepastheid van hun zorg). Daarom moeten de inspanningen worden voortgezet om het aantal geregistreerde patiënten in deze zorgmodellen te vergroten. Er kan ook overwogen worden om aanvullende zorgmodellen te ontwikkelen, bijvoorbeeld voor COPD-patiënten, een groep waar we slechte resultaten zien wat het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames betreft.

Een lager aandeel eigen betalingen in totale gezondheidsuitgaven, maar een hogere incidentie uitgestelde contacten omwille van financiële redenen en verarmende/catastrofale eigen betalingen

- De toegankelijkheid van de zorg wordt gegarandeerd door een bijna universele verzekeringsdekking en het bestaan van financiële beschermingsmaatregelen (bv. de maximumfactuur, de verhoogde tegemoetkoming), met specifieke maatregelen voor chronische patiënten. Mede daardoor is het aandeel eigen betalingen in de totale gezondheidsuitgaven van een huishouden minder groot bij chronische patiënten. Het is echter onduidelijk of dit lagere aandeel aantoont dat de beschermingsmechanismen goed werken, dan wel of het een symptoom is van uitstel of afstel van zorg om financiële redenen, in het bijzonder voor zorg met een hoog aandeel eigen betalingen, zoals specialistische of tandheelkundige zorg. Het percentage onervulde zorgbehoeften om financiële redenen bleek immers merkbaar hoger te zijn bij chronische patiënten. Huishoudens met een chronische patiënt blijken ook vaker geconfronteerd te worden met financiële moeilijkheden, zoals catastrofale eigen betalingen (zie hoofdstuk 5).

Verbeterde efficiëntie van dialyse, maar er is nog ruimte voor verbetering

- Om de efficiëntie van de zorg voor dialysepatiënten te verbeteren, bevordert het RIZIV het gebruik van low-care dialyse (hemodialyse in een satellietcentrum of thuis, nachtelijke of peritoneale dialyse). Het aandeel low-care dialyse is in de loop van de tijd dan wel toegenomen, toch zijn er belangrijke variaties tussen de ziekenhuizen, en niet alle

ziekenhuizen behaalden reeds het streefpercentage van 40% low-care dialyse (zie hoofdstuk 4).

Met betrekking tot preventie, stellen we vast dat er marge is tot verbetering voor het borstkankerscreeningsprogramma en voor preventieve tandzorg

- Hoewel er in het algemeen nog verbeteringen nodig zijn om de Europese doelstelling te behalen, stellen we vast dat de vaccinatie voor griep bij ouderen meer gericht is op mensen met een verhoogd risico om bepaalde complicaties te ontwikkelen (d.w.z. patiënten met het statuut chronische aandoening), wat op zich een goed resultaat is.
- De dekking van borstkankerscreening is echter bij zowel chronische als niet-chronische patiënten nog steeds te laag in vergelijking met het Europese gemiddelde.
- In elke leeftijdsgroep (behalve de oudste) is de preventieve tandheelkundige zorg hoger bij personen met het statuut chronische aandoening. Over het algemeen neemt de preventieve tandheelkundige zorg af met de leeftijd, ongeacht de chronische ziektestatus (onder andere te verklaren door de verminderde terugbetaling van tandheelkundige zorg na 18 jaar, het aantal ouderen in een rust- en verzorgingstehuis ...). Er moeten maatregelen worden genomen om de preventieve tandheelkundige zorg bij ouderen met en zonder chronische aandoening te verbeteren (zie hoofdstuk 7).

Gewestelijke verschillen

Voor sommige indicatoren in dit rapport worden kleine tot zeer grote gewestelijke verschillen waargenomen, die nader moeten worden onderzocht. Gewestelijke verschillen (meer dan 20% in vergelijking met het best presterende gewest) kwamen naar voren voor de volgende indicatoren:

- De georganiseerde borstkankerscreening scoort in Vlaanderen hoger dan in Wallonië en Brussel, ongeacht de chronische ziektestatus;



- De ziekenhuisopnames voor chronische obstructieve longziekte zijn lager in Brussel dan in Vlaanderen en Wallonië;
- Het aandeel volwassen diabetici onder insuline met gepaste opvolging is lager in Wallonië dan in Vlaanderen en Brussel;
- Het percentage volwassen diabetici (vanaf 50+) met andere glucoseverlagende geneesmiddelen dan insuline en gepaste opvolging is lager in Vlaanderen en Wallonië dan in Brussel;
- Het gebruik van het globaal medische dossier is hoger in Vlaanderen dan in Brussel en Wallonië, ongeacht de chronische ziektestatus.

8.2 Beperkingen

Naast de algemene beperkingen die gelden voor al de Belgische Performantierapporten (zie Tekstkader 12), zijn er twee andere belangrijke beperkingen voor dit rapport, namelijk de beperkte lijst van indicatoren die werden geëvalueerd en de manier waarop chronische patiënten werden geïdentificeerd.

Identificatie van chronische patiënten in de Belgische databanken

Er is geen officiële definitie van een chronisch zieke in België en er zijn slechts drie proxies beschikbaar om potentiële 'chronisch zieken' in Belgische databanken te identificeren, namelijk het recht op het RIZIV-statuuat chronische aandoening, dat mensen met aanhoudend hoge gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven identificeert, en twee zelfgerapporteerde statussen, die toelaten mensen te identificeren die zelf een chronische ziekte of aandoening melden, in de Belgische Gezondheidsenquête (HIS) of in de EU-SILC-enquête. Zoals uitgelegd in hoofdstuk 3 worden verschillende mensen geïdentificeerd op basis van deze drie proxies.

Geen van deze proxies is ideaal. Het RIZIV-statuuat chronische aandoening laat bijvoorbeeld niet toe om chronisch zieken te identificeren met lage gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven of met hoge gezondheidsuitgaven die niet gelijkmatig in de tijd gespreid zijn (d.w.z. niet meer dan 300 euro gedurende 8 opeenvolgende kwartalen). Bovendien

worden bepaalde uitgaven niet in aanmerking genomen, namelijk supplementen, eigen betalingen voor gezondheidsdiensten die buiten de verplichte ziekteverzekering vallen, en zorguitgaven voor diensten die aan de gewesten zijn overgedragen. Ook wordt er geen rekening gehouden met eventuele dekking door bijkomende vrijwillige verzekeringen. Het RIZIV-statuuat dekt ook mensen met aanhoudend hoge gezondheidsuitgaven op basis van nomenclatuurtarieven, maar die geen chronische aandoening hebben.

De identificatie van chronisch zieken op basis van zelfrapportage is evenmin optimaal, aangezien sommigen zichzelf niet als chronisch ziek zullen beschouwen, en omgekeerd. Bovendien zijn respondenten onder de 15 jaar niet in de gezondheidsenquête opgenomen, en zijn vertekende herinneringen en/of verkeerde interpretaties van de vraag niet uitgesloten. Ook in de SILC-enquête wordt alleen informatie over de gezondheidsstatus verzameld bij respondenten van 16 jaar of ouder.

Bij de interpretatie van de resultaten moet dan ook rekening worden gehouden met deze beperkingen. Ook moet worden opgemerkt dat een analyse op basis van zowel het recht op het statuuat chronische aandoening als zelfrapportage van een chronische aandoening een beter beeld geeft dan op basis van slechts één van beide factoren. Een dergelijke analyse was echter alleen mogelijk voor een selectie van indicatoren (waarvoor een koppeling tussen de IMA- en de HIS-gegevens of tussen de IMA- en de SILC-gegevens beschikbaar was).

Daarnaast willen we ook opmerken dat patiënten met een zeldzame aandoening niet eenvoudig te identificeren zijn als chronisch zieke in bestaande databanken. Deze patiënten kunnen niet zomaar geïdentificeerd worden aan de hand van indicator CHR-1 (RIZIV-statuuat chronische aandoening), aangezien er voor verschillende zeldzame ziekten (nog) geen behandeling bestaat en deze dus ook niet leiden tot hoge en regelmatige gezondheidsuitgaven. De manier waarop de CHR-3 indicator (zelfgerapporteerde multimorbiditeit) is gedefinieerd, aan de hand van 6 frequent voorkomende ziektegroepen, sluit eveneens de identificatie uit van personen met een zeldzame aandoening als zijnde multimorbide. Tot slot, aangezien zeldzame ziekten per definitie "zeldzaam" zijn, kunnen deze



patiënten ondervertegenwoordigd zijn in de steekproef van de Gezondheidsenquête (HIS) en EU-SILC. De resultaten in dit rapport zijn daarom niet noodzakelijk veralgemeenbaar naar deze specifieke patiëntenpopulatie.

Er is geen internationale vergelijking naar chronische ziektestatus beschikbaar, wat betekent dat het voor chronische versus niet-chronische indicatoren niet mogelijk was om de performantie van het Belgische gezondheidssysteem voor chronisch zieken af te wegen tegenover die van andere Europese landen.

Een beperkte set van indicatoren

Er is in deze studie gewerkt met slechts een beperkte set van indicatoren om de performantie van het gezondheidssysteem wat betreft de zorg voor chronische patiënten te evalueren.

Ten eerste werd het aantal indicatoren beperkt tot een maximum van 30 om de omvang van de studie beheersbaar te houden.

Ten tweede is er een discrepantie tussen de gewenste indicatoren voor deze evaluatie en wat feitelijk kan gemeten worden. De continuïteit en coördinatie van zorg over verschillende zorgniveaus en zorgverleners heen (ziekenhuizen, revalidatiecentra, thuiszorg, woonzorgcentra) zijn bijvoorbeeld essentieel voor personen die leven met een chronische aandoening. De koppeling tussen bestaande databanken met relevante data hierover is in België echter niet geautomatiseerd, hetgeen de evaluatie van het volledige zorgtraject van de patiënt verhindert. Voor iedere gewenste koppeling moet een ad hoc procedure gevolgd worden, hetgeen een aanzienlijke inzet van middelen vraagt. Er waren ook weinig indicatoren beschikbaar om patiënt-gerapporteerde ervaringen en uitkomsten te meten. Dankzij het PaRIS initiatief, zullen er in de toekomst echter verschillende indicatoren bijkomen en een revisie van dimensie patiëntgerichtheid is voorzien voor het volgende Performantierapport.

Ten derde, de analyse en opvolging van de gezondheidstoestand van personen met een chronische conditie en in het bijzonder hun onderliggende risicofactoren, zijn een essentieel element in de kennis over en de

behandeling van deze groep. In België is echter beslist geweest om de gezondheidstoestand van de bevolking niet te bestuderen in het Performantierapport, maar in het Health Status Report van Sciensano.

Een lijst van niet weerhouden indicatoren werd opgenomen in de appendix van dit rapport.

Een beperkte set van indicatoren bemoeilijkt weliswaar een breed en volledig perspectief op de performantie van het gezondheidssysteem wat betreft de zorg voor chronische patiënten, maar laat desalniettemin toe om bepaalde positieve aspecten en waarschuwingssignalen onder de aandacht te brengen (zie sectie 8.1)

Gemeenschappelijke beperkingen van al onze Performantierapporten

De beperkingen die voor al onze Performantierapporten gelden, worden beschreven in Tekstkader 12.

Tekstkader 12 – Beperkingen van Performantierapporten: voorzichtigheid is geboden bij het trekken van conclusies

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



maatregelen die in het verleden zijn genomen weerspiegelen, maar doordat de implementatie vaak slechts traag gebeurt, kan het even duren vooraleer verandering op het terrein zichtbaar wordt. Daarom is voorzichtigheid geboden bij het analyseren van de resultaten.

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

verschillende beleidsniveaus (federaal/gewestelijk) en worden ondersteund door alle relevante beleidsdomeinen.

8.3 Besluit

Dit rapport is de derde tussentijdse HSPA; in respectievelijk 2020³ en 2021⁴ werden twee eerdere tussentijdse Performantierapporten gepubliceerd over de billijkheid en de duurzaamheid van het Belgische gezondheidssysteem. Deze HSPA biedt, aan de hand van 27 indicatoren, voor het eerst een gevarieerd perspectief op de prestatie van het gezondheidssysteem voor chronisch zieken.

Om de prestatie van het gezondheidssysteem te kunnen evalueren en een vergelijking tussen chronische en niet-chronische patiënten te maken, is het in de eerste plaats nodig om precies te definiëren wat een “chronische patiënt” is. Momenteel is er geen officiële definitie van mensen met een chronische aandoening in België, maar er zijn drie manieren om hen te identificeren in nationale databanken. Deze drie manieren om patiënten met chronische aandoeningen te identificeren hebben niet dezelfde benadering: de eerste twee zijn gericht op een epidemiologische doelstelling, dus het monitoren van de chronische ziekten en de bijbehorende determinanten, en de derde is gericht op het bieden van financiële bescherming aan patiënten met aanzienlijke en regelmatige gezondheidsuitgaven. Elk van de drie opties heeft ernstige beperkingen (zie sectie 8.2 hierboven). Het is daarom essentieel om na te denken over een koppeling van financiële (IMA – AIM), diagnostische (MZG – RHM en PMG – RPM, etc.) en epidemiologische (HIS, kankerregistratie, etc.) databases. Er zouden ook nieuwe koppelingen kunnen worden overwogen; bijvoorbeeld met het GMD zoals dat gebeurde in het kader van vaccinatie tegen COVID-19.

In het licht van deze beperkingen moeten de resultaten van de indicatoren waarbij chronische en niet-chronische patiënten met elkaar worden vergeleken, met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd in afwachting van de ontwikkeling van een formele conceptuele en operationele definitie in België.



Om een transparant en verantwoordelijk beeld te schetsen van de performantie van het gezondheidssysteem voor chronische patiënten, worden door middel van pictogrammen de sterke en zwakke punten van het systeem beschreven op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit, efficiëntie en billijkheid. De dimensie duurzaamheid werd in deze HSPA niet geëvalueerd.

Gezien de beperkingen van de huidige gezondheidsinformatiesystemen en in het bijzonder de moeilijkheden om databanken aan elkaar te koppelen, konden niet alle gewenste indicatoren effectief worden gemeten, hetgeen een globaal en volledig beeld van de performantie van het gezondheidssysteem voor de zorg voor mensen met een chronische aandoening in de weg staat. Sommige signalen waren reeds eerder bekend bij de Belgische beleidsmakers omdat ze al werden besproken in het laatste globale Performantierapport.² Andere zijn volledig nieuw en vereisen een verdere analyse.

Zo is het opvallend dat zelfgerapporteerde uitgestelde medische contacten om financiële redenen en catastrofale eigen betalingen hoger zijn bij chronische patiënten dan bij de niet-chronische patiënten. Bovendien is een groot aantal mensen niet op de hoogte van het bestaan van het RIZIV-statuuut chronische aandoening noch van de rechten en beschermingsmaatregelen die beschikbaar zijn voor chronische patiënten. Verschillende waarschuwingssignalen wijzen op de onderbenutting van deze rechten (zoals bv. referentieapotheker, zorgtrajecten, ...).

Gezien de beperkte tijd en middelen vergemakkelijken de signalen de prioritering van noodzakelijke acties en/of verdere studies. Zoals bij alle HSPA's is het uiteindelijke doel het verbeteren van de gezondheid van de bevolking, en met dit rapport eveneens, de zorg voor mensen met chronische aandoeningen te verbeteren.



9 AANBEVELINGEN

AANBEVELING 1

Aan de bevoegde federale en gefedereerde beleidsmakers in het domein van volksgezondheid, en de betrokken administraties, bevelen wij aan:

Een werkgroep op te richten, die bestaat uit maar niet beperkt is tot: patiëntvertegenwoordigers, het Observatorium voor chronische ziekten en andere vertegenwoordigers van het RIZIV, vertegenwoordigers van het IMA, Sciensano en de ziekenfondsen. Deze werkgroep heeft tot doel:

1. Het uitwerken van een officiële Belgische definitie van “mensen met chronische aandoeningen”.
2. Op basis van deze definitie een aanpak ontwikkelen om mensen met chronische aandoeningen beter te kunnen identificeren in de bestaande nationale databanken, wat onder andere moet toelaten om een betere evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem voor hen te maken.
3. Op basis van deze definitie, verder na te denken over een koppeling van financiële (IMA), diagnostische (MZG en PMG) en epidemiologische (HIS, kankerregistratie...) databanken en een mogelijke nieuwe gegevensverzameling. Het HISLink-project is een bron van inspiratie, maar momenteel vertoont de koppeling beperkingen, zoals beschreven in het rapport.
4. Onderzoeken of deze definitie kan worden gebruikt om de beleidsmaatregelen voor mensen met een chronische aandoening te harmoniseren.

AANBEVELING 2

Aan de beleidsmakers bevelen wij aan:

1. Door te gaan met het aanpakken van de problemen die door de waarschuwingssignalen in dit rapport werden benadrukt. Eén van de doelstellingen van het Performantierapport is om de beleidsmakers te informeren over aspecten van het gezondheidssysteem die aandacht vereisen. De betrokken instellingen en organen worden dan ook geadviseerd om bij het opstellen hun beleidsagenda rekening te houden met deze waarschuwingssignalen.
2. In het bijzonder de belangrijke inspanningen die reeds zijn geleverd om de financiële toegankelijkheid van mensen met chronische aandoeningen te verbeteren, te blijven verder zetten.

AANBEVELING 3

Aan de ziekenfondsen, zorgverleners, sociale diensten en belanghebbenden die betrokken zijn bij multidisciplinaire gezondheidsinitiatieven zoals de Integreo-projecten en de lokale multidisciplinaire netwerken, bevelen wij aan:

1. Mensen met een chronische aandoening proactief te informeren over hun statuut en over hun rechten.

**AANBEVELING 4**

Aan de *gezondheidsadministraties*, bevelen wij aan:

1. De integratie van de gezondheidsinformatiesystemen verder te verbeteren. Zowel de kwaliteit van de gegevens als hun tijdige beschikbaarheid zijn essentieel voor de relevantie van de indicatoren. Hun volledigheid is ook belangrijk, met name door te voorzien in de systematische verzameling van nieuwe gegevens over ereloonsupplementen en niet-terugbetaalde medische kosten.



■ APPENDIX

APPENDIX 1. ZOEKSTRATEGIEËN HSPA

PubMed					Datum	Resultaten
Zoeknummer	Zoekopdracht	Sorteren op	Filters	Details zoekopdracht		
2	Health system performance[Title/Abstract]		van 2017 tot 2021	("health system performance" [Title/Abstract]) AND (2017:2021[pdat])	15-Mar-21	270
1	Health system performance[Title/Abstract]			"health system performance" [Title/Abstract]	15-Mar-21	703
Google Scholar						
	"Performance health system"				15-Mar-21	147
Scopus						
	TITLE (health AND system AND performance) AND PUBYEAR > 2016 AND PUBYEAR < 2022				15-Mar-21	280
	TITLE (performance AND health AND system) AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2016				15-Mar-21	249



APPENDIX 2. NIET OPGENOMEN INDICATOREN

Naam
Voorschrijven van anticholinergica >80 DDD bij ouderen (% van populatie 65+)
Voorschrijven van antipsychotica in woonzorgcentra voor ouderen (% van bewoners 75+)
Voorschrijven van antipsychotica buiten woonzorgcentra voor ouderen (% van populatie 75+)
Borstkankerscreening buiten de leeftijdsdoelgroep (% van vrouwen 41-49 jaar)
Percentage patiënten met een kortdurende (<3 maanden) behandeling met antidepressiva (% van de populatie onder antidepressiva)
Herhaalde screening op toxoplasmose tijdens de zwangerschap (% van de vrouwen die minstens twee keer zijn gescreend)
Gebruikelijke verstrekker Continuïteitsindex $\geq 0,75$
Arts geeft begrijpelijke uitleg (% respondenten, contact met huisarts/specialist)
Wachttijd van meer dan twee weken om een afspraak te krijgen met een specialist (% van de populatie die een afspraak vraagt)
Eigen betalingen voor gezondheidszorg (% van de uitgaven van het huishouden)
Percentage van de aangerekende ereloonsupplementen op de officiële ziekteverzekeringstarieven (MAF)
Low-care-afhankelijke personen in woonzorgcentra voor ouderen (% van de bewoners)
Gebruik van goedkope medicatie (% van totale ambulante DDD)
Behandelingen met biosimilars (%)
Totale hoeveelheid opioïden voorgeschreven in de eerstelijnszorg, DDD per 1000 personen
Gebruik van benzodiazepine, DDD per 1000 personen
Mogelijk vermijdbare ziekenhuisopnames: congestief hartfalen
Ambulante chirurgie
Aantal dunnedarmtransplantaties
Aantal pancreastransplantaties
Overlevingspercentage 3 jaar na longtransplantatie (%)
Amputatie van onderste ledematen bij volwassenen met diabetes
Aantal gerapporteerde mantelzorgers over de tijd
Sterftecijfer voor chronische aandoeningen



Wachttijd van meer dan twee weken om een afspraak bij een huisarts te krijgen (% van de populatie die een afspraak vraagt)

Populatie van 50+ die aangaf in de afgelopen twee jaar een fecaal occult bloedtest (FOBT) of in de afgelopen vijf jaar een colonoscopie of sigmoïdoscopie te hebben ondergaan

Aandeel nierfalen bij volwassenen met een zorgtraject (% van de patiënten)



■ 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. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019 04/2019. KCE Reports 313 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf
3. Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2020 12/2020. KCE Reports 334 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334_Equity_Belgian_health_system_Report.pdf
4. Lefèvre M, Gerkens S. Assessing the sustainability of the Belgian health system using projections. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgium Health Care Knowledge Centre (KCE); 2021 06/2021. KCE Reports 341 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_341C_Sustainability_Belgian_health_system_projections_Report_0.pdf
5. Sciensano. Chronic disease [Web page]. Brussels: Sciensano; 2021 [cited 09/11/2021]. Available from: <https://www.sciensano.be/en/health-topics/chronic-disease>
6. IMA-AIM. Atlas AIM [Web page]. Brussels; 2020 [cited 29 March 2021]. Available from: <http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>
7. Charafeddine R, Van der Heyden J, Demarest S, Drieskens S, Nguyen D, Tafforeau J, et al. Enquête de santé 2018: Santé et qualité de vie. Résumé des résultats. Bruxelles, Belgique:



- Sceinsano; 2018. D/2019/14.440/24 Available from: <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Accueil.aspx>
8. 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
 9. CIHI. Health Indicators 2011. [Web page].Ottawa: Canadian Institute for Health Information;2011 [cited 2015, 20 september]. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/health_indicators_2011_en.pdf
 10. 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.
 11. WHO Regional Office for Europe. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO Regional Office for Europe Copenhagen; 2008.
 12. Renard F, Devleeschauwer B. Health Status Report 2019 - de gezondheidstoestand in België. Brussels: Sciensano; 2019. Health Status Report D/2019/14.440/4 Available from: https://www.healthybelgium.be/images/hsr/HSRReport2019_NL.pdf
 13. Sciensano. HELICON: a Belpo BRAIN-be project [Web page].Brussels;2021 [cited 16 December 2021]. Available from: <https://www.brain-helicon.be/>
 14. Martin CM. Chronic disease and illness care: adding principles of family medicine to address ongoing health system redesign. Can Fam Physician. 2007;53(12):2086-91.
 15. Bernell S, Howard S. Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? Front Public Health. 2016;4:1.
 16. Boyd K. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. J Med Ethics: Medical Humanities. 2000;26:8.
 17. McDowell I. Population Health, Health determinants, prevention & health promotion (course). [Web page].Ottawa: University of Ottawa;2015 [cited January 7]. Available from: <https://slideplayer.com/slide/6277407/>
 18. Cordier J. Disease, illness, sickness : 3 sens pour “maladie” ? La Lettre du Pneumologue. 2014;17(6):2.
 19. Sadar Psychological and sports center. Illness vs. disease [Web page].2019 [cited 2021/11/23]. Available from: <https://sadarpsych.com/illness-vs-disease/>
 20. Adams PF, Kirzinger WK, Martinez ME. Summary health statistics for the U.S. population: National Health Interview Survey, 2012. Hyattsville (USA): National Center for Health Statistics. Vital Health Stat; 2013. 10259 Available from: https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_259.pdf
 21. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP). About Chronic Diseases [Web page].Washington: Centers for Disease Control and Prevention;2021 [cited 11/09/2021]. Available from: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
 22. WHO. Noncommunicable diseases [Web page].Manila: World Health Organization. Western Pacific Region.;2021 [cited 11/09/2021]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/noncommunicable-diseases>
 23. AIHW. Chronic disease [Web page].Canberra: Australian Institute of Health and Welfare;2021 [cited 09/11/2021]. Available from: <https://www.aihw.gov.au/reports-data/health-conditions-disability-deaths/chronic-disease/about>



24. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges Copenhagen: The European Observatory on Health Systems and Policies; 2010. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf
 25. Nolte E, McKee M. Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective. Berkshire: McGraw-Hill Education; 2008.
 26. Healthy Belgium. For a Healthy Belgium: Non-communicable Diseases [Web page]. Brussels: Sciensano; 2021 [cited 09/11/2021]. Available from: <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/non-communicable-diseases/overview>
 27. Allen LN, Feigi AB. Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions. Lancet Global Health 2017;5:e644-e64.
 28. Pais S, Menzes I. How do we live with chronic disease? A rights-based approach promoting the wellbeing of children with chronic disease. Ciênc. saúde coletiva 2019;24(10):10.
 29. Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, Rocco L. Chronic disease: an economic perspective. London: He Oxford Health Alliance; 2006. Available from: <https://www.who.int/management/programme/ncd/Chronic-disease-an-economic-perspective.pdf?ua=1>
 30. OECD. Self-reported health and disability. In: Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2018.
 31. Sciensano. Health Interview Survey 2018, Belgium [Web page]. Brussels: Sciensano; 2018 [cited 09/11/2021]. Available from: <https://his.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>
 32. Forestier B, Anthoine E, Reguiat Z, Et al. A systematic review of dimensions evaluating patient experience in chronic illness. . Health Qual Life Outcomes 2019;17(1).
 33. CMS.gov. Chronic Conditions [Web page]. Baltimore: Centers for Medicare & Medicaid Services; 2021 [cited 09/11/2021]. Available from: <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/contactcms>
 34. Gerkens S, Merkur S. Belgium: health system review. Health Systems in Transition. 2020;22(5).
 35. RIZIV - INAMI. Interventions dans le coût des soins de certaines maladies et affections [Web page]. Brussels: National Institute For Health and Disability Insurance; 2021. Available from: <https://www.inami.fgov.be/FR/THEMES/COUT-REMBOURSEMENT/MALADIES/Pages/default.aspx>
 36. RIZIV - INAMI. Maladies chroniques [Web page]. Brussels: National Institute For Health and Disability Insurance; 2021. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/chroniques/Pages/default.aspx>
 37. Arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés, Moniteur Belge 29 Janvier 1985. Available from: <https://www.inami.fgov.be/webprd/docleg/sp/1995586-374?14&OIDN=500047>
 38. Arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 34, alinéa 1er, 27°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
- (NOTE : Consultation des versions antérieures à partir du 22-06-2007 et mise à jour au 14-07-2008), Moniteur Belge 22 Juin 2007. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&a=F&cn=2007060359&table_name=loi



39. [Arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.] <Intitulé remplacé par AM 2007-05-25/37, art. 1; 002; En vigueur : 01-07-2007>, Moniteur Belge 29 Juillet 1989. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&a=F&cn=1989070632&table_name=loi
40. Arrêté ministériel du 25 mai 2007 modifiant l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et les conditions d'octroi de cette intervention dans les frais de voyage des patients traités ambulatoirement atteints de pathologies nécessitant soit un traitement chimiothérapique au moyen d'une médication de la catégorie A, soit un traitement par radiations., Moniteur Belge 8 Juin 2007. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&a=F&table_name=loi&cn=2007052537
41. Arrête ministériel du 14 décembre 1995 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de déplacement exposes dans le cadre de la rééducation fonctionnelle, Moniteur Belge 30 Décembre 1995. Available from: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/transport_patients_voiturette_AM_19951214.pdf
42. Arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, Moniteur Belge 17 Juin 2014. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/webprd/docleg/sp/268738-379?1&tmpl=kdoc&OIDN=500300&-CLAN=FR>
43. Arrêté royal du 2 juin 1998 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour le matériel d'incontinence visé à l'article 34, 14° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, Moniteur Belge 13 Janvier 2021. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/webprd/docleg/sp/268491-300?1&tmpl=kdoc&OIDN=500298&-DTRF=07/12/2021&-VIEW=1&-EXPA=24296>
44. Arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, Moniteur Belge 13 Janvier 2021. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/webprd/docleg/sp/?1&tmpl=kdoc&OIDN=500298&-VIEW=1&ulang=fr>
45. Arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1er, 3°, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994n en ce qui concerne les analgésiques, Moniteur Belge 20 Avril 2017. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/webprd/docleg/sp/47084-893?1&tmpl=kdoc&OIDN=500477&-CLAN=FR>
46. RIZIV - INAMI. Remboursement de certains antidouleurs pour les patients souffrant de douleurs chroniques : autorisation annuelle [Web page].Brussels: National Institute For Health and Disability Insurance;2021. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/Pages/intervention-prix-antidouleurs.aspx>
47. Arrêté royal du 6 juillet 2007 modifiant les annexes Ire et II de l'arrêté royal du 12 octobre 2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et des produits assimilés, Moniteur Belge 19 Juillet 2007. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2007/07/19_1.pdf#page=14
48. Arrêté royal du 3 juin 2007 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1er, 3°, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994n en ce qui concerne les patients atteints du syndrome de Sjögren, Moniteur Belge 25 Juin 2007. Available from:



- <https://www.riziv.fgov.be/webprd/docleg/cgi-bin/cgint.exe?1&tmpl=kdoc&OIDN=500476&-VIEW=1&-EXPA=30966&ulang=fr>
49. Arrêté royal du 14 juin 2007 modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, Moniteur Belge 29 Juin 2007. Available from: https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-14-juin-2007_n2007023093.html
50. Arrêté royal du 28 avril 2011 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage, des patients de moins de 18 ans, suivis dans un centre de rééducation fonctionnelle avec lequel le Comité de l'assurance soins de santé a conclu une convention de rééducation fonctionnelle type, Moniteur Belge 15 Juin 2016. Available from: <https://www.inami.fgov.be/webprd/docleg/sp/272546-279?1&tmpl=kdoc&OIDN=500688&-DTRF=19/08/2021&-VIEW=1&-EXPA=43904>
51. Arrêté royal du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37vicies/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, Moniteur Belge 23 Décembre 2013. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/webprd/docleg/sp/?1&tmpl=kdoc&OIDN=500787&-VIEW=1&ulang=fr>
52. Arrêté royal du 23 mars 2019 portant exécution de l'article 37, § 16bis, alinéa 1er, 3°, et alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne les pansements actifs, Moniteur Belge 15 Avril 2019. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2019032315&table_name=loi
53. Onkelinx L. Priorité aux malades chroniques ! Programme pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'affections chroniques 2009-2010. Bruxelles: Cabinet de la Vice-Première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique; 2008. Available from: https://www.belgiqueacouphenes.be/contenu_site/13_actualites/2008/ministre/ministre_2.pdf
54. Arrêté royal du 7 novembre 2021 dérogeant aux dispositions de l'arrêté royal du 15 décembre 2013 portant exécution de l'article 37vicies/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui concerne l'octroi du statut de personne atteinte d'une affection chronique en 2021 et 2022 suite à la pandémie COVID-19, Moniteur Belge 22 novembre 2021. Available from: <https://www.absym-bvas.be/images/dossier/AR%202021%2011%2007%20Affectation%20chronique.pdf>
55. RIZIV - INAMI. Intervention forfaitaire pour malades chroniques [Web page].Brussels: National Institute For Health and Disability Insurance;2021. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/chroniques/Pages/intervention-forfaitaire-maladie-chronique.aspx>
56. RIZIV - INAMI. Pour quelles pathologies lourdes votre patient peut-il bénéficier d'un remboursement plus élevé de sa kinésithérapie ? [Web page].Brussels: National Institute For Health and Disability Insurance;2021. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/kinesitherapeutes/Pages/pathologies-lourdes-liste-payer-moins-cher.aspx>
57. RIZIV - INAMI. Le maximum à facturer (MàF) limite vos dépenses de soins de santé [Web page].Brussels: National Institute For Health and Disability Insurance;2021. Available from: [https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-factorer-\(maf\)-limite-depenses-soins-sante.aspx](https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-factorer-(maf)-limite-depenses-soins-sante.aspx)



58. RIZIV - INAMI. Statuut persoon chronische aandoening toegang zorgen [Web page].Brussel: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;2021 [cited December 2021]. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/chronische-ziekten/Paginas/statuut-persoon-chronische-aandoening-toegang-zorgen.aspx>
59. RIZIV - INAMI. En 2022, le budget de l'assurance soins de santé s'élèvera à 36 milliards d'euros [Web page].Brussels: National Institute For Health and Disability Insurance;2021. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/fr/nouvelles/Pages/budget-assurance-soins-sante-2022.aspx>
60. Observatoire des maladies chroniques. Evaluation du statut de personne atteinte d'une affection chronique. Bruxelles: Institut national d'assurance maladie-invalidité; 2017.
61. IMA-AIM. Maladies chroniques chez les personnes avec le statut affection chronique : leçons d'un couplage entre les données d'Intego et l'Agence Intermutualiste. Bruxelles: InterMutualistisch Agentschap - Agence InterMutualiste; 2019.
62. OECD. Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) [Web page].Paris, France;2021 [cited 8 December 2021]. Available from: <https://www.oecd.org/health/paris/>
63. Perić N, Hofmarcher MM, Simon J. Headline indicators for monitoring the performance of health systems: findings from the european Health Systems_Indicator (euHS_I) survey. Archives of Public Health. 2018;76(1):1-17.
64. Röttger J, Spranger A, H. E, Achstetter K, Busse R. Machbarkeitsstudie zur Messung der Leistungsfähigkeit ("Health System Performance Assessment") des deutschen Gesundheitssystems. Berlin: Fachgebiet Management im Gesundheitswesen & Gesundheitsökonomisches Zentrum Berlin Technische Universität Berlin; 2019. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/HSPA-Abschlussbericht.pdf
65. Subdirectorato general for Health Information and Evaluation. Key indicators - national health system [Web page].Spain;2016 [cited 8 December 2021]. Available from: <http://inclasns.msssi.es/?lang=EN>
66. Ministerio de sanidad - consumo y bienestar social. ICMBD: indicadores y ejes de analisis del CMD [Web page].Spain;2016 [updated 2016; cited 8 December 2021]. Available from: <https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do>
67. OCDE and European Union. Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle. Paris: 2020.
68. Canadian Institute for Health Information. Health Indicators e-Publication [Web page].Canada;2020 [cited 8 December 2021]. Available from: <https://www.cihi.ca/en/health-indicators-e-publication>
69. Measuring System Performance - Health Quality Ontario [Web page].Ontario (Canada) [cited 8 December 2021]. Available from: <https://www.hqontario.ca/system-performance>
70. Nationwide Service Framework Library. Performance Measures for 2018/19 [Web page].New Zealand: New Zealand Government and Ministry of Health [cited 8 December 2021]. Available from: <https://nsfl.health.govt.nz/accountability/performance-and-monitoring/performance-measures/performance-measures-201819>
71. Rosenberg S, Hickie I. No gold medals: assessing Australia's international mental health performance. Australasian Psychiatry. 2019;27(1):36-40.
72. Chiu M, Guttman A, Kurdyak P. Mental Health and Addictions System Performance in Ontario: An Updated Scorecard, 2009-2017. Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.). 2020;23(3):7-11.
73. Kogan MD, Dykton C, Hirai AH, Strickland BB, Bethell CD, Naqvi I, et al. A new performance measurement system for maternal and child health in the United States. Maternal and child health journal. 2015;19(5):945-57.



74. Carinci F, Van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora E, Januel J, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015;27(2):137-46.
75. IMA - AIM. Structure [Web page]. Brussels, Belgium; 2022 [cited 6 January 2022]. Available from: <https://ima-aim.be/Structure>
76. Sciensano. HISLink - Linkage of Health Interview Survey Data with Health Insurance Data [Web page]. Brussels, Belgium; 2017 [cited 6 January 2022]. Available from: <https://www.sciensano.be/en/projects/linkage-health-interview-survey-data-health-insurance-data>
77. Decoster A, Ochmann R, Spiritus K. Integrating VAT into EUROMOD. Leuven: KU Leuven; 2014. Flemish Discussion Paper DP32
78. Christiaens W, Van de Walle E, Devresse S, Van Halewyck D, Dubois C, Benahmed N, et al. Organisation of aftercare for patients with severe burn injuries Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. KCE Reports 209 (D/2013/10.273/72) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_209_Burn_injuries.pdf
79. Statbel. A propos de Statbel [Web page]. Brussels, Belgium; 2022 [cited 6 January 2022]. Available from: <https://statbel.fgov.be/fr/propos-de-statbel>
80. FARES - Fonds des affections respiratoires asbl. Rapports épidémiologiques [Web page]. Bruxelles: FARES asbl; 2021 [cited 21-10-2021]. Available from: <https://www.fares.be/tuberculose/publications/rapports-epidemiologiques>
81. Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding VZW – VRGT. Informatiebank [Web page]. Leuven: VRGT vzw; 2021 [cited 21-10-2021]. Available from: <https://tuberculose.vrgt.be/informatiebank?term=&cid%5B23%5D=23>
82. OECD. OECD Health Statistics 2021 [Web page]. Paris, France: OECD; 2021 [cited 6 January 2021]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
83. OECD. Health at a glance 2021 - OECD indicators. Paris, France: OECD; 2021. 6 January 2022 Available from: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
84. European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2021 : 2019 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2021.pdf>
85. EUROSTAT. Methodological guidelines and description of EU-SILC target variables. 2019. Available from: https://circabc.europa.eu/sd/a/b862932f-2209-450f-a76d-9cfe842936b4/DOCSILC065%20operation%202019_V9.pdf
86. Sciensano. Health Interview Survey 2018, Belgium [Web page]. 2018 [cited December 20]. Available from: <https://his.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>
87. Bouckaert N, Gerkens S, Devriese S, Cleemput I. An EQ-5D-5L value set for Belgium – How to value health-related quality of life? Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2021 07/2021. KCE Reports 342 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_342_EQ-5D-5L_value_set_for_Belgium_Report_1.pdf
88. OECD. Health Inequalities [Web page]. 2018 [cited December 20]. Available from: <https://www.oecd.org/health/inequalities-in-health.htm>



89. INAMI R-. Het statuut van persoon met een chronische aandoening verbetert de toegang tot de zorgen [Web page].2019 [cited December 20]. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/chronische-ziekten/Paginas/statuut-persoon-chronische-aandoening-toegang-zorgen.aspx>
90. Healthy Belgium. Metadata – Non-communicable diseases: overview [Web page].2019 [cited December 20]. Available from: https://www.healthybelgium.be/metadata/hsr/03_Metadata_Overview_20190725.pdf
91. Van der Heyden J. Concerning definition of Chronic Morbidity. In: KCE, editor. Brussels; 2021.
92. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington D.C.: National Academy Press; 1990.
93. 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.
94. OECD. Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing; 2014.
95. Koo HK, Min J, Kim HW, Lee J, Kim JS, Park JS, et al. Prediction of treatment failure and compliance in patients with tuberculosis. BMC Infect Dis. 2020;20(1):622.
96. FARES - Fonds des affections respiratoires asbl. Registre Belge de la Tuberculose 2019. Bruxelles: FARES asbl; 2021 Mars 2021. Available from: https://www.fares.be/tuberculose/journee-mondiale-de-la-tuberculose/fares-registretbc2019_vd_version-web.pdf
97. Agentschap Zorg en Gezondheid, VRGT. Tuberculose in Vlaanderen in 2019 : analyse van de in 2019 gemelde tuberculosepatiënten. Website Agentschap Zorg en Gezondheid. Available from: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/2019%20Tuberculoseregister%20Vlaanderen.pdf>
98. World Health Organization. An Expanded Framework for Effective Tuberculosis Control. Geneva: WHO; 2002. WHO/CDS/TB/2002.297 Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67232?locale-attribute=en&>
99. Vlaams vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding vzw. Tuberculoseregister België 2019. Brussel. Available from: https://tuberculose.vrgt.be/sites/default/files/Tuberculoseregister%20Belgi%C3%AB%202019_0.pdf
100. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2018 Abridged for Primary Care Providers. Clin Diabetes. 2018;36(1):14-37.
101. KCE. Study 2021-54 (HSR) Integrated care [Web page].Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre;2022. Available from: <https://kce.fgov.be/en/study-2021-54-hsr-integrated-care>
102. van der Heide I, Snoeijis SP, Boerma WG, Schellevis FG, Rijken M. How to strengthen patient-centredness in caring for people with multimorbidity in Europe? : European Observatory on Health Systems and Policies; 2017.
103. Corrigan JM. Crossing the quality chasm. 2005.
104. Van der Heyden J, Tafforeau J, Gisle I, Drieskens S, Demarest S, Charafeddine R. Enquête de santé 2013. Rapport 3: Utilisation des services de santé et des services sociaux. Résumé des principaux résultats. Brussels: Institut de santé publique; 2015.
105. Allin S, Hernández-Quevedo C, Masseria C. Measuring equity of access to health care. In: Smith Pc, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects: Cambridge University Press; 2009.
106. Hernández-Quevedo C, Papanicolas I. Conceptualizing and comparing equity across nations. In: Papanicolas I, Smith PC, editors. Health System Performance Comparison: an Agenda for



- Policy, Information and Research. Buckingham, UK: Open University Press; 2013. Available from: <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/44095>
107. Kutzin J, Witter S, Jowett M, Bayarsaikhan D. Developing a national health financing strategy: a reference guide. Geneva: World Health Organization; 2017. Health Financing Guidance Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254757/9789241512107-eng.pdf?sequence=1&ua=1>
108. Evans DB, Elovainio R, Humphreys G. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization 2010. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1
109. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance 2005. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20383/WHA58_33-en.pdf?sequence=1
110. De Wolf F, Ackaert K, Di Zinno T, Dolphens M, Lona M. Ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt: een stand van zaken. Brussels: IMA-AIM; 2020. Available from: https://ima-aim.be/IMG/pdf/ima-ziekenhuisbarometer_globale_patienten_factuur_2018_200616-nl.pdf
111. Capéau B, Cherchye L, Decancq K, Decoster A, De Rock B, Maniquet F, et al. Wat heet dan gelukkig zijn? Geluk, welvaart en welzijn van de Belgen. Antwerpen – Apeldoorn: Garant; 2018.
112. WHO. Noncommunicable diseases [Web page]. WHO;2021 [cited 9 February 2022]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
113. Sciensano. Sciensano & Lifestyle risk factors [Web page]. Brussels;2021 [cited 9 February 2022]. Available from: <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/facteurs-de-risque-lies-au-mode-de-vie/role>
114. Programme EAC, Actions ECRP, Health ECD-Gf, Protection C. European guidelines for quality assurance in mammography screening. Office for Official Publications of the European Communities; 2006.