

De performantie van de Belgische gezondheidszorg: een analyse van recente studies

Agnès Chapelle, Michèle Morel en Naïma Regueras – departement R&D

Inleiding

In 2015 verschenen verschillende publicaties over de performantie van nationale gezondheidszorgsystemen in Europa, in het bijzonder: de “Euro Health Consumer Index” (EHCI), de publicatie van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) “Health at a Glance” en het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem.

Zowel de EHCI als de OESO publicatie zijn gebaseerd op vergelijkende analyses van gezondheidszorgsystemen. Dergelijke studies moeten steeds met een kritische blik worden bekeken, in het bijzonder wanneer scores worden toegekend en klasseringen worden opgesteld. Het is immers niet zo vanzelfsprekend om complexe systemen als gezondheidssystemen te vergelijken en te klasseren: er moeten keuzes worden gemaakt op het vlak van de indicatoren en de waarde die aan elk van deze indicatoren wordt toegekend. Er is daarom voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies of formuleren van aanbevelingen op basis van dergelijke publicaties, die meestal slechts een begin van inzicht geven in de performantie van gezondheidssystemen.

Dit artikel bespreekt de resultaten van de verschillende studies voor wat betreft de Belgische gezondheidszorg, en nuanceert deze waar dit volgens ons terecht lijkt. Via deze kritische reflectie willen we een correct beeld naar voren brengen van de huidige staat van onze gezondheidszorg.

Het eerste onderdeel van dit artikel bespreekt de context, doelstellingen en globale resultaten van de drie vermelde publicaties. Wat is de finaliteit van de studie? Welke methodologie wordt gehanteerd? Door wie of op wiens aanvraag werd het onderzoek gevoerd? In welke richting wijzen de resultaten? Vervolgens worden in het tweede deel de resultaten van de studies voor het Belgisch gezondheidssysteem van nabij bekeken per thema – zowel de zwakke als de sterke punten - op basis van een selectie van indicatoren. De daaruit voortvloeiende vaststellingen worden telkens geanalyseerd in het licht van andere bronnen van informatie over de performantie van onze gezondheidszorg, zodat bijstellingen kunnen worden gedaan waar nodig. Het artikel sluit af met een bondig besluit.

Sleutelwoorden: Performantie, vergelijkende studie, klassering, indicatoren, methodologie, toegankelijkheid van zorg, kwaliteit van zorg, preventie, gezondheids promotie, geestelijke gezondheid, geneesmiddelen, vergrijzing, chronische ziekten, levenslange, houdbaarheid.

1. Context en doelstellingen van de besproken studies

1.1. Euro Health Consumer Index (EHCI)

Sinds 2006 publiceert Health Consumer Powerhouse (HCP), een Zweedse denktank rond gezondheidsbeleid, de Euro Health Con-

sumer Index (EHCI). Dit is een vergelijkende studie over de gezondheidszorgsystemen in 35 Europese landen, inclusief een klassering van de onderzochte landen. Daarbij worden, in de bewoordingen van de auteurs, kernaspecten van gezondheidszorg onderzocht vanuit het standpunt van de patiënt en de gebruiker (klant- en gebruiksvriendelijkheid), met de bedoeling om de Europese gezondheidszorg beter te begrijpen, patiënten te ‘empoweren’ en zwaktes van het systeem te identificeren en aan te pakken.

Op 26 januari 2016 werd de EHCI 2015 bekendgemaakt. België staat op de vijfde plaats in de ranglijst van best presterende gezondheidszorgsystemen van Europa. Dat is één plaats hoger dan vorig jaar. Ons land wordt voorgedaan door Nederland, dat de lijst aanvoert, Zwitserland, Noorwegen en Finland. Helemaal onderaan de lijst staan Bulgarije, Roemenië, Albanië, Polen en, als laatste, Montenegro. De Index werd samengesteld op basis van 48 indicatoren, gegroepeerd in zes sub-disciplines: patiëntenrechten en informatie, toegankelijkheid van zorg, resultaten van behandeling ("outcomes"), aanbod en volume van verleende diensten, preventie en geneesmiddelengebruik.

Vooraf voor toegankelijkheid van zorg, en meer specifiek voor de wachttijden voor behandeling, scoort ons land uitzonderlijk goed (samen met Zwitserland behoren we tot de enige landen die op alle indicatoren van de sub-discipline toegankelijkheid het maximum aantal punten behalen). Onze gezondheidszorg wordt omschreven als 'wellicht het meest genereuze gezondheidszorgsysteem in Europa'.¹

België behoort echter niet tot de top als het gaat om de resultaten van medische behandelingen: hier delen we de dertiende plaats met Spanje. Volgens de studie is er ruimte voor verbetering op het vlak van het aantal depressies, het aantal mensen dat kanker overleeft en het aantal overlijdens na een beroerte.

Ook in het domein van preventie scoort België niet zo denderend (gedeelde vijftiende plaats met verschillende andere landen), net als vorig jaar. Vooral wat betreft fysieke activiteit is er nog heel wat werk aan de winkel. Ook voor het hoge antibioticagebruik in ons land krijgen we een negatieve score.

De data die in de EHCI studie gebruikt worden, zijn voornamelijk afkomstig van nationale en internationale instanties (waaronder de OESO en de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO)) enerzijds, en van een online bevraging van patiëntenorganisaties anderzijds. In totaal namen 974 patiëntenorganisaties deel aan deze bevraging. (Enkel) daar waar de input vanwege deze organisaties een radicaal verschillende situatie aangaf dan de informatie van nationale instanties, werd de score op basis van de officiële gegevens aangepast.

De gehanteerde methodologie van de EHCI studie kan op verschillende vlakken worden bekritiseerd.²

De EHCI werkt met de toekenning van drie mogelijke performantiescores: goed, zo-en-zo, en niet-zo-goed, met

(eerder willekeurig?) vastgelegde grenswaarden tussen de verschillende scores voor elke indicator. "Goed" geeft recht op 3 punten, "zo-en-zo" op 2 punten, en "niet-zo-goed" op 1 punt. Dit heeft tot gevolg dat landen die voor een bepaalde indicator een (zeer) gelijkaardige performantie vertonen, toch verschillende scores zullen krijgen indien zij zich elk net aan een andere kant van de grenswaarde bevinden (bv. 69,6% versus 70%).

Omdat men ervan uitgaat dat niet alle indicatoren hetzelfde belang of gewicht verdienen, heeft men wegingscoëfficiënten ingevoerd op basis van discussies in experten panels en ervaringen van enkele studies over patiëntenbevragingen. De verhouding tussen sommige indicatoren uit verschillende sub-disciplines komt daardoor echter niet altijd gerechtvaardigd over (bv. de overleving van kanker telt voor minder punten dan de directe toegang tot een specialist).

Wat de selectie van indicatoren betreft, kan worden opgemerkt dat men soms kiest voor trends in de tijd (mate van positieve of negatieve evoluties), en soms voor data van één bepaald recent moment. Dit leidt tot vreemde situaties, bv. waarbij significante verbeteringen soms niet worden gevaloriseerd.

Ondanks deze probleempunten op het vlak van methodologie, besloot de Europese Commissie in 2013 vreemd genoeg dat het systeem van de EHCI studie voor de vergelijking van gezondheidszorg het meest betrouwbare beschikbare systeem uitmaakt (na vergelijking met de systemen gehanteerd door de WGO, OESO en de European Observatory on Health Systems and Policies).³

1.2. OECD Health at a Glance / Health Statistics

Sinds 2001 publiceert de OESO om de twee jaar het rapport Health at a Glance ('Panorama de la santé' in het Frans). Dit rapport is gebaseerd op de gezondheidsstatistieken die jaarlijks worden gepubliceerd op de website (Health Statistics) en presenteert de meest recente vergelijkbare gegevens over de belangrijkste indicatoren inzake de gezondheid en de gezondheidssystemen van de 34 lidstaten van de OESO⁴. Het jongste rapport dat in 2015 is gepubliceerd, bevat 75 soorten indicatoren, onderverdeeld in meer dan 190 tabellen en grafieken gebaseerd op de gegevens van 2013 of het meest recente, beschikbare jaar. Deze gegevens zijn hoofdzakelijk afkomstig uit nationale rekeningen en databases van

1 Health Consumer Powerhouse, EHCI 2015, p. 9.

2 Zie British Medical Journal, 9 February 2016, European Observatory on Health Systems and Policies, 'What, if anything, does the Euro Health Consumer Index actually tell us?', blog article, <http://blogs.bmj.com/bmj/2016/02/09/what-if-anything-does-the-eurohealth-consumer-index-actually-tell-us/>.

3 "We know the Euro Health Consumer Index (EHCI) is today the leading public measurement of how national healthcare systems perform (...). We have recently learned that the European Commission after assessing various benchmarks has found the EHCI to be the most accurate and reliable comparison.", citaat van Dr. Vytenis Andriukaitis, toenmalig minister van Volksgezondheid van Litouwen (sinds 2014 Europees Commissaris voor Gezondheid), tijdens de voorstelling van de EHCI van 2013 op 28 november te Brussel.

4 Voor een subgroep van indicatoren publiceert de OESO ook gegevens van partnerlanden zoals China, Zuid-Afrika, Brazilië, Colombia, Costa Rica, Rusland, India, Indonesië, Letland, Litouwen.

verschillende gezondheidsinstanties in de OESO-landen (zoals bijv. het RIZIV). Deze gegevens worden rechtstreeks verzameld door de OESO-diensten ofwel verzameld uit de gegevens van Eurostat of de Wereldgezondheidsorganisatie.

Het algemene kader waarop de indicatoren die in deze publicatie zijn gepresenteerd vertrouwen, laat, volgens de OESO toe om de performantie van de gezondheidssystemen te analyseren door deze in een algemene context van volksgezondheid te plaatsen. Het is gebaseerd op het model dat is toegepast voor het OESO-project over de kwaliteitsindicatoren van de gezondheidszorg (Kelley et Hurst, 2006; Arah et al., 2006). Dit kader erkent dat de uiteindelijke doelstelling van de gezondheidssystemen de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking is, en dat veel factoren deze gezondheidstoestand beïnvloeden. Sommige factoren liggen buiten het bereik van de gezondheidssystemen, zoals individuele factoren met betrekking tot levensstijl en gedrag. Andere factoren, zoals de performantie van een gezondheidszorgsysteem zijn, per definitie, eigen aan het gezondheidszorgsysteem. Deze performantie omvat meerdere dimensies, met name de mate van toegankelijkheid van de zorg en de kwaliteit van de verstrekte zorg. Bij het meten van deze performantie moet ook rekening worden gehouden met de financiële middelen die vereist zijn om deze doelstellingen inzake toegang en kwaliteit, te behalen. De resultaten van de gezondheidssystemen zijn ook afhankelijk van het gezondheidspersoneel dat de diensten uitvoert en van de opleidingen, technologieën en apparatuur waarover ze beschikken. Tot slot wordt er ook rekening gehouden met een aantal contextuele factoren die eveneens een invloed hebben op de gezondheidstoestand van de bevolking alsook op de vraag en het aanbod van de gezondheidsdiensten, met name de demografische kenmerken en de economische en sociale ontwikkeling.

Het rapport Health at a Glance 2015 presenteert vergelijkingen tussen de OESO-landen voor elk onderdeel van dit algemene kader. Het rapport is opgedeeld in meerdere grote hoofdstukken die elk verwijzen naar een dimensie: de gezondheidstoestand, de niet-medische gezondheidsdeterminanten, het gezondheidspersoneel, de activiteiten van de gezondheidsdiensten, toegang tot zorg, de kwaliteit van de zorg, gezondheidsuitgaven en hun financiering.

In de editie 2015 van het Health at a Glance rapport worden ook twee nieuwigheden gepresenteerd. Ten eerste een reeks boordtabellen die, op basis van een selectie van indicatoren, de sterktes en zwaktes van de OESO-landen samenvatten. Het rapport introduceert dus voor de eerste keer een vorm van classificatie van de landen in functie van de performantie-resultaten van hun gezondheidszorgsysteem.

Deze boordtabellen, in de vorm van overzichtstabellen, presenteren de resultaten van de OESO-landen in vijf dimensies:

- 1) de gezondheidstoestand;
- 2) de risicofactoren voor de gezondheid;
- 3) toegang tot zorg;

- 4) de kwaliteit van de zorgverlening;
- 5) de middelen voor gezondheidszorg.

Voor elk van deze vijf dimensies wordt er een geheel van geselecteerde sleutelindicatoren (van minimaal 4 tot maximaal 7) gepresenteerd in een samenvattende tabel. Deze indicatoren zijn gekozen in functie van drie belangrijke criteria:

- 1) de relevantie voor publieke actie;
- 2) de beschikbaarheid van gegevens;
- 3) het gemak van interpretatie van de gegevens.

In bijna alle boordtabellen zijn de landen opgedeeld in drie categoriën:

- 1) een eerste met de best presterende landen;
- 2) een tweede met de landen met matige resultaten;
- 3) een derde met de landen met de laagste resultaten.

Bovendien is de specifieke klassering van de landen in elk vak aangeduid om een indicatie te geven van de status ten opzichte van de andere groepen. De klassering is gebaseerd op het aantal landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn voor elk van de indicatoren (het maximum is 34 in het geval er voor alle landen gegevens beschikbaar zijn).

De tweede nieuwigheid is de aanwezigheid van een extra hoofdstuk volledig gewijd aan de farmaceutische sector. Het bevat een analyse van de recente trends en uitdagingen op het gebied van farmaceutische uitgaven en het verbruik van bepaalde soorten medicijnen.

Welk beeld geven deze nieuwe boordtabellen ons? Hoe kunnen we, volgens de OESO, de resultaten van het Belgische gezondheidszorgsysteem inschatten? Wat de eerste dimensie betreft (de gezondheidstoestand, die wordt beïnvloed door interne en externe factoren van het systeem), is België geklasseerd in de categorie van de landen die matig presteren op alle indicatoren (levensverwachting bij de geboorte van mannen en vrouwen, levensverwachting op 65-jarige leeftijd voor mannen en vrouwen en de sterftegraad bij hart- en vaatziekten).

Wat de tweede dimensie betreft (de risicofactoren voor de gezondheid), is België geklasseerd in de categorie van de landen die matig presteren op het gebied van roken bij volwassenen en alcoholverbruik en in de categorie van de best presterende landen voor de indicatoren met betrekking tot obesitas bij volwassenen en obesitas en overgewicht bij kinderen.

De derde dimensie betreft de toegang tot zorgverlening. Terwijl de EHCI-klassering oordeelt dat we een van de best presterende landen zijn op dat gebied, is de OESO-klassering veel genuanceerder. België behoort hier bij de best presterende landen wat betreft de dekking van de gezondheidszorg en wat betreft de onvervulde behoefte aan tandzorg (weinig uitstel van behandelingen of niet-uitgevoerde behandelingen ten opzichte van andere landen). België klasseert zich echter als matig

presterend land voor de volgende dimensies: de kosten ten laste van de patiënt bij het gebruik van gezondheidszorg en onvervulde medische zorgbehoeften.

De kwaliteit van de zorg wordt aangekaart in de 4^e tabel. België klasseert zich voor 6 indicatoren van de 7 als een matig presterend land: aantal ziekenhuisopnamen voor astma of COPD, ziekenhuisopnamen voor diabetes (deze twee indicatoren weerspiegelen vermijdbare opnames), de sterftegraad na een cardiovasculair accident, de sterftegraad na een cerebrovasculair accident, de overleving van baarmoederskanker en de overleving van borstkanker. België wordt geklasseerd als een van de best presterende landen voor de laatste dimensie: overleving van darmkanker.

De laatste tabel groepeerde de indicatoren met betrekking tot de gezondheidsuitgaven. Hier zijn de landen niet geklasseerd volgens een prestatiecriteria. De OESO erkent dat het niveau van uitgaven van een land geen weerspiegeling is van het prestatieniveau, maar eerder een boodschap bevat over de financiële houdbaarheid van het systeem. De eerste categorie landen besteedt de meeste middelen, terwijl de derde categorie de landen bevat die de minste middelen investeren in het gezondheidssysteem. België klasseert zich in de eerste categorie voor 3 dimensies van de 6: de uitgaven per inwoner, het aantal ziekenhuisbedden per inwoners en het aantal CT-scans per inwoners. België klasseert zich in de tweede categorie voor de 3 andere indicatoren: het aantal actieve artsen per inwoner, het aantal actieve verpleegkundigen per inwoner en het aantal IRM-eenheden per inwoner.

Er zijn uiteraard talloze beperkingen met betrekking tot de interpretatie van deze gegevens. De indicatoren van de verschillende landen zijn niet altijd volledig vergelijkbaar. Bijvoorbeeld: is hetgeen dat is inbegrepen in de langdurige zorg hetzelfde voor de 34 OESO-landen? Hetzelfde geldt voor het aantal actieve artsen of verpleegkundigen, het uitstellen van behandelingen... Het rapport streeft er echter naar om deze beperkingen in de vergelijkbaarheid weer te geven alvorens iedere indicator voor te stellen. Daarnaast is het bij bepaalde indicatoren bijzonder ingewikkeld om een waardevol oordeel te geven. Wij zijn het bijvoorbeeld allemaal eens over het feit dat het beter is om weinig rokers te hebben, een hoog overlevingspercentage te hebben voor bepaalde types kanker of dat de kosten voor de patiënten worden beperkt... Maar is het goed of slecht om een belangrijk deel van het BBP te besteden aan de gezondheidsuitgaven? Dit laatste criterium is inderdaad eerder een weerspiegeling van politieke wil dan van de performantie van een systeem.

1.3. KCE rapport:

De performantie van het Belgische gezondheidssysteem

De evaluatie van de performantie van het gezondheidszorgsysteem of de Health System Performance Assessment (HSPA) is een werkwijze om een gezondheidszorgsysteem op een algemene manier te evalueren op basis van meetbare indicatoren. Het "Rapport 2015" van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) is het derde HSPA in België. Het wordt om de drie jaar gepubliceerd en het bevat 106 indicatoren en richt zich op het evalueren van de toegankelijkheid, de kwaliteit, de efficiëntie, de houdbaarheid en de billijkheid van ons gezondheidszorgsysteem.

De Belgische HSPA is een continue controleprocedure die de beleidsregels inzake gezondheidszorg voorziet van nuttige informatie met de volgende strategische doelstellingen:

- de overheden informeren over de performantie van het gezondheidszorgsysteem en steun bieden om hun strategie terzake te plannen;
- een transparant en verantwoord beeld bieden van de performantie van het gezondheidszorgsysteem, in overeenstemming met de engagementen die werden aangegaan in het kader van het Handvest van Tallinn⁵;
- de evolutie opvolgen van de performantie van het gezondheidszorgsysteem.

De evaluatie werd gerealiseerd door een onafhankelijke wetenschappelijke groep, bestaande uit onderzoekers van het KCE, het Instituut voor Volksgezondheid en het RIZIV, met de bijdrage van tien gezondheidsautoriteiten (federaal en regionaal). Het Belgische conceptuele kader voor de beoordeling van de performantie werd ontwikkeld op basis van de Nederlandse en Canadese equivalenten. Hun combinatie, aangepast aan de context van het Belgische gezondheidszorgsysteem, maakt het mogelijk om alle belangrijke dimensies te betrekken.

Het conceptueel kader is onderverdeeld in drie onderling verbonden niveaus: (1) de gezondheidstoestand, (2) de niet-medische gezondheidsdeterminanten en (3) het gezondheidszorgsysteem. Dit laatste omvat zes domeinen: de bevordering van de gezondheid, preventieve zorg, curatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg, langdurige zorg en zorg aan het einde van de levensduur.

De performantie van het gezondheidssysteem wordt geëvalueerd volgens vijf dimensies: de kwaliteit, de toegankelijkheid, de efficiëntie, de houdbaarheid en de billijkheid. Deze laatste dimensie is een grensoverschrijdende dimensie die op alle niveaus aanwezig is.

5 "Charter van Tallinn inzake de gezondheidssystemen voor gezondheid en welvaart" van de WGO via dewelke de staten zich ertoe verbinden de transparantie te bevorderen en de verantwoordelijkheid voor de prestaties van hun gezondheidssysteem te nemen voor de verwezenlijking van meetbare resultaten.



Bron: KCE rapport 2015

De kwaliteit van de zorgverlening is zelf opgedeeld in vijf subdimensies (efficiëntie, geschiktheid, veiligheid, continuïteit en centrale plaats van de patiënt).

Het doel van een HSPA-project is het voltooien van het conceptueel kader met de meest nuttige indicatoren. Ze zijn eerst opgezocht en geïdentificeerd in de literatuur; de meest relevante indicatoren zijn vervolgens geselecteerd voor elk domein/elke dimensie, in samenwerking met externe experts. Vervolgens zijn deze indicatoren vergeleken met de beschikbaarheid van gegevens, op een manier zodat er maximaal gebruik kan worden gemaakt van de gegevens die routinematig beschikbaar zijn. Er werd geen nieuwe gegevensverzameling ondernomen. De uiteindelijke selectie van de indicatoren was het resultaat van een compromis tussen de conceptuele relevantie (= hetgeen idealiter zou moeten zijn gemeten) en de haalbaarheid (= beschikbaarheid van gegevens, aantal beheersbare indicatoren). Tot slot werden er 106 indicatoren geselecteerd en gemeten die alle domeinen en dimensies van het conceptueel kader omvatten.

De evaluatie van elke indicator is gebaseerd op de meest recente nationale beschikbare resultaten en hun evolutie na verloop van tijd. De waarden op nationaal niveau werden

respectievelijk vergeleken met de streefwaarden (nationaal of internationaal), de resultaten van de landen van de Europese Unie (EU-15)⁶ en met de zorgnormen. Bij afwezigheid van streefwaarden, benchmarking of zorgnormen, wordt de evaluatie gebaseerd op een consensus tussen de experts.

De verschillende regio's (Vlaanderen, Wallonië, Brussel) worden altijd vergeleken met de regio met de beste resultaten.

Deze werkwijze evolueert constant door de toevoeging van indicatoren, maar ook door de verwijdering van andere. Het rapport 2015 betreft meer thema's en bevat 106 indicatoren (in plaats van 74 voorheen).

Dit rapport toont aan dat de Belgen over het algemeen tevreden zijn over hun contact met de gezondheidssystemen en 78% vindt dat hij/zij in goede gezondheid verkeert. In termen van de kwaliteit van de zorgverlening, plaatst het rapport België op het Europees gemiddelde. Het rapport in haar geheel schetst echter een meer genuanceerd beeld en identificeert 34 alarmsignalen, die aandachtspunten zijn voor de beleidsmakers en alle gezondheidsactoren. Bij de geestelijke gezondheid zijn sommige indicatoren bijvoorbeeld verontrustend: het aantal zelfdodingen blijft hoog, het aantal psychiatrische

6 De term EU-15 verwijst naar de 15 lidstaten van de EU op 31 december 2003, vooraleer de nieuwe lidstaten bij de Unie kwamen.

ziekenhuisopnamen blijft stijgen en de inname van antidepressiva verhoogt... Wat de kwaliteit van de zorgverlening betreft, is het kiezen voor onmiddellijk gebruik van antibiotica niet conform aan de aanbevelingen en dit lijkt niet beter te worden. Andere alarmsignalen overlopen we verder in het artikel bij de bespreking van de negatieve performantie-resultaten van het Belgisch gezondheidssysteem.

2. Sterke en zwakke punten van de Belgische gezondheidszorg

2.1. Toegankelijkheid van zorg

Toegankelijkheid van zorg wordt door het KCE omschreven als de mate waarin patiënten gemakkelijk toegang hebben tot de gezondheidsdiensten. Dit omvat de financiële toegang, de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel, het zorgaanbod en -volume, en de wachttijden.

2.1.1. Financiële toegankelijkheid

Positieve punten op het vlak van financiële toegankelijkheid van zorg

De Belgische verplichte ziekteverzekering heeft een universeel karakter: Het dekt bijna de volledige bevolking. Volgens het KCE, dat verwijst naar cijfers van het RIZIV, was 98,9% van de populatie (aangesloten bij een ziekenfonds) gedekt in 2014. De kleine groep mensen die erbuiten valt, heeft aan de administratieve en/of financiële voorwaarden niet voldaan. Er zijn echter nog mensen zonder dekking door de verplichte ziekteverzekering op het Belgisch grondgebied aanwezig, namelijk zij die niet zijn aangesloten bij een ziekenfonds, bv. migranten in illegaal verblijf.

Naast de universele dekking kent België ook een systeem van sociale vangnetten. De universele dekking verwijst immers naar de verzekerde bevolking, en impliceert niet dat alle diensten gedekt zijn of dat de totale kosten van een dienst gedekt zijn. De sociale vangnetten zijn er om mensen met hoge persoonlijke gezondheidskosten te ondersteunen. Zo is er de verhoogde tegemoetkoming (VT), de maximumfactuur (MAF), en de sociale derdebetalersregeling.

Volgens de EHCI scoort België goed op het vlak van toegankelijkheid van tandzorg, die door de verplichte ziekteverzekering

gedekt is. De grote meerderheid van de Belgen zou geen 'unmet medical need' hebben wat tandonderzoek betreft. Het KCE merkt echter op dat patiënten een aanzienlijk deel van de kosten voor tandzorg zelf moeten betalen. CM pleit daarom ook voor een verlaging van het persoonlijk aandeel van de patiënt bij tandzorg via een betere dekking door de verplichte ziekteverzekering.⁷

Ook op het vlak van informele betalingen aan artsen (betalingen "onder tafel") krijgt ons land een positieve score in de EHCI. Over het algemeen worden van patiënten geen officiële betalingen verwacht. Echter, aangezien zorgverstrekkers de keuze hebben tussen het statuut van geconventioneerde en dat van niet-geconventioneerde, worden patiënten mogelijks geconfronteerd met hoge ereloon-supplementen door de bijna ongelimiteerde vrijheid van de arts inzake prijszetting.

Negatieve punten op het vlak van financiële toegankelijkheid van zorg

Ondanks het bestaan van een universele dekking en sociale vangnetten, is de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg toch niet optimaal. Zo is het persoonlijk aandeel van de patiënt in de kosten voor gezondheidszorg (22%,⁸ waaronder remgelden, supplementen, niet-vergoede verstrekkingen en premies aan verzekeringsmaatschappijen) hoog in vergelijking met andere Europese landen. Onder meer bij tandzorg, geestelijke gezondheidszorg en hoorapparaten betaalt de individuele patiënt nog steeds een aanzienlijk deel van de kosten zelf. In 2014 vertegenwoordigde het aandeel van de eigen betalingen voor gezondheidszorg 4,6% van de totale gezinsconsumptie.⁹

Het gevolg van dit hoge persoonlijke aandeel van de patiënt is dat een relatief grote groep mensen hun contactname met de gezondheidsdiensten uitstelt om financiële redenen. Volgens het KCE zou 8% van de Belgische gezinnen (data van 2013) bepaalde gezondheidszorgen uitstellen om die reden. Het kan gaan om medische zorg, chirurgie, tandzorg, geestelijke gezondheidszorg, geneesmiddelen, of bril of lenzen. Bovendien bestaan op dit vlak grote verschillen tussen Vlaanderen, Brussel en Wallonië, wat verder onderzoek noodzaakt. We zien dan ook een sterke link tussen socio-economische ongelijkheden en ongelijkheden in de gezondheidstoestand en het sterftecijfer.¹⁰ Dit heeft onder andere maar niet uitsluitend met financiële (on)toegankelijkheid en zorguitstel te maken. Ook verschillen in levensstijl (voeding, beweging, gebruik van tabak en alcohol), in deelname aan preventieve interventies en in de mate van health literacy, spelen een rol.

7 Voorstel Nationaal Intermutualistisch College (NIC), Visie gezondheidsbeleid 2030, juni 2016.

8 Volgens de OESO.

9 FOD Economie KMO Middenstand en Energie, Huishoudbudgetonderzoek 2012-2014, http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/arbeidsmarkt_levensomstandigheden/huishoudbudgetonderzoek_2014.jsp.

10 Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV); de Algemene Directie Statistiek van de FOD Economie (externe link) (Statistics Belgium of Statbel); FOD Economie, Gezondheidsenquête van de Belgen 2013; KCE, Rapport Performantie 2015; CM-gegevens 2011.

2.1.2. Beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel

Geen van de drie studies maakt expliciete melding van positieve resultaten voor België op het vlak van de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel.

Negatieve punten op het vlak van gekwalificeerd personeel

Volgens het KCE lag de dichtheid van praktiserend artsen in België (aantal beschikbare artsen ten opzichte van het bevolkingsaantal) in 2013 lager dan het EU-15 gemiddelde, namelijk 2,95 versus 3,41 per 1.000 inwoners. Wanneer echter alle geregistreerde artsen, ook deze zonder patiëntencontact, worden opgenomen in de cijfers, heeft ons land een van de hoogste dichtheden van artsen in Europa (4,03 per 1.000 inwoners, data 2009). Volgens de OESO kent onze hoofdstad een bijzonder hoge dichtheid van artsen: ongeveer 6 per 1.000 inwoners (data 2013 of laatste beschikbare jaar).

Ook wat praktiserend verpleegkundigen betreft, had België in 2012 volgens het KCE een lagere dichtheid dan het EU-15 gemiddelde (9,51 versus 10,77 per 1.000 inwoners). Het KCE meldt het bestaan van een groot aantal moeilijk in te vullen vacatures voor verpleegkundigen. Dit kan wijzen op een tekort aan verpleegkundigen en dus op een probleem qua zorgtoegankelijkheid. In vergelijking met andere Europese landen hebben Belgische ziekenhuizen inderdaad een hoger gemiddeld aantal patiënten per verpleegkundige (10,7 patiënten per verpleegkundige per 24u versus gemiddeld 9 voor alle andere bestudeerde landen). Bovendien zou er een verband bestaan tussen de verhouding patiënt-verpleegkundige en complicaties/het aantal overlijdens in het ziekenhuis.

Volgens de OESO heeft België procentueel gezien meer 'oudere' artsen (ouder dan of gelijk aan 55 jaar) dan het gemiddelde percentage van een aantal OESO landen (43% versus 33%). Wat het aantal vrouwen betreft, scoort België dan weer lager dan het gemiddelde percentage (38% versus 45%).

België heeft een hoger percentage huisartsen en een vergelijkbaar percentage specialisten in vergelijking met de gemiddelde percentages voor een groep OESO landen. Niettemin staat België volgens het KCE voor een aantal uitdagingen op het vlak van de huisartsengeneeskunde, die een cruciale component vormt van ons gezondheidssysteem. De gemiddelde leeftijd van de huisarts blijft stijgen, en de officieel vastgelegde quota geraken reeds verschillende jaren niet ingevuld. Bij een ongewijzigde situatie riskeert de werking van de eerstelijnsgezondheidszorg met problemen te worden geconfronteerd. Ook voor sommige specialismen bestaat een tekort aan personeel, bijvoorbeeld voor geriatrie.

2.1.3. Zorgaanbod en -volume

Positieve punten op het vlak van zorgaanbod en -volume

In de EHCI scoort België goed op het aantal uitgevoerde cataract operaties en niertransplantaties. Meer dan 5.000 per 100.000 65-plussers kregen in 2014 toegang tot een cataract operatie. Meer dan 40 niertransplantaties met levende en overleden donoren per miljoen inwoners werden uitgevoerd in 2014.

Ook de OESO plaatst België in een goede positie als het om volume gaat. De Belgen gaan iets vaker op medische consultatie dan de gemiddelde OESO inwoners: 7,4 consultaties per inwoner in 2013, versus een gemiddelde van 6,6. Op het vlak van chirurgische ingrepen vinden er in België meer heup- en knieprothesen plaats dan het gemiddelde aantal in een groep OESO-landen, minder keizersneden dan het gemiddelde aantal, en meer cardiale ingrepen dan gemiddeld. Een groot totaal aantal operaties of consultaties is echter niet per definitie positief. Enerzijds is een voldoende zorgaanbod van groot belang voor de patiënt, maar anderzijds zijn onnodige operaties, behandelingen of consultaties geen goede zaak voor de patiënt noch de maatschappij, zowel in termen van gezondheid als in termen van financiële kosten. Daarentegen bestaat er wel een aangetoond positief verband tussen het volume complexe ingrepen uitgevoerd in een ziekenhuis en de kwaliteit van de ingrepen (resultaten). In dit kader verwijzen we naar de KCE en IMA studies rond operaties bij pancreas-, slokdarm- en longkanker,¹¹ die aantonen dat de overlevingskansen hoger zijn in ziekenhuizen die een hoog aantal dergelijke operaties uitvoeren. Vandaar het belang van centralisatie van expertise en concentratie van complexe ingrepen in gespecialiseerde centra.

Negatieve punten op het vlak van zorgaanbod en -volume

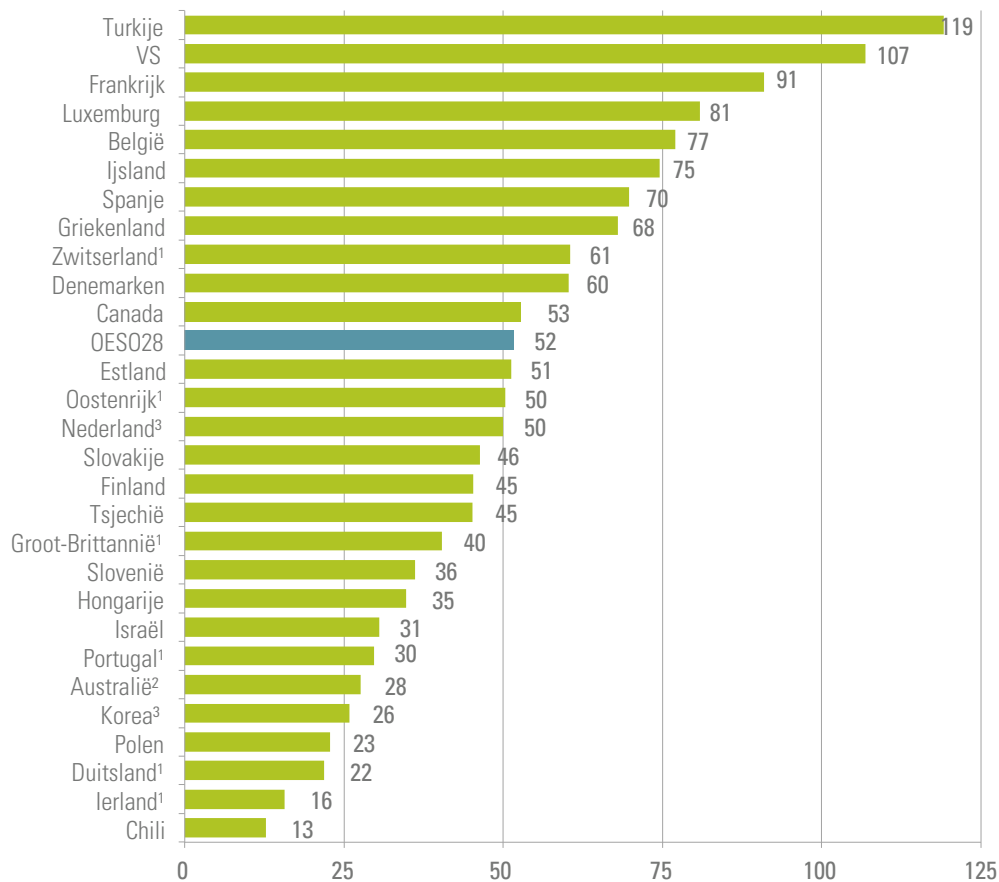
België heeft aanzienlijk minder MRI scanners dan het OESO gemiddelde en iets minder CT scanners dan het gemiddelde. Echter, als we kijken naar het aantal onderzoeken per 1.000 inwoners, dan scoort België voor beide scanners hoger dan het gemiddelde (figuren 1 en 2). Wat het aantal ziekenhuisbedden betreft, behoort ons land tot de groep van landen met een hoger aantal bedden per 1.000 inwoners dan het OESO gemiddelde (figuur 3).

CM pleit voor een meer op evidence based medicine gericht voorschrijven van medische beeldvorming, en voor een afbouw van het aantal acute ziekenhuisbedden samengaand met een sterkere uitbouw van intermediaire zorgstructuren als alternatieven voor ziekenhuisopname.¹²

11 Zie www.cm.be/binaries/bijlage-zeldzame-complexe-kankers_tcm375-143546.pdf; www.cm.be/ziekte-en-behandeling/kwaliteit-van-zorg/longkanker.jsp

12 Voorstel NIC, Visie gezondheidsbeleid 2030, juni 2016.

Figuur 1: aantal onderzoeken MRI-scan per 1.000 inwoners, 2015 (of meest recent jaar)



1. Onderzoeken buiten het ziekenhuis niet inbegrepen (in Ierland, onderzoeken in private ziekenhuizen eveneens niet inbegrepen).
2. Onderzoeken terugbetaald door publieke fondsen niet inbegrepen.
3. Onderzoeken terugbetaald door private fondsen niet inbegrepen.

Bron: OESO gezondheidsstatistieken 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>

2.1.4. Wachttijden

Positieve punten op het vlak van wachttijden

De EHCI geeft België een uitstekende score op het vlak van wachttijden voor behandeling. Ons land behaalt op alle indicatoren van het onderdeel wachttijden het maximum aantal punten, en staat daarmee, samen met Zwitserland, op de eerste plaats.

De volgende indicatoren werden bestudeerd:

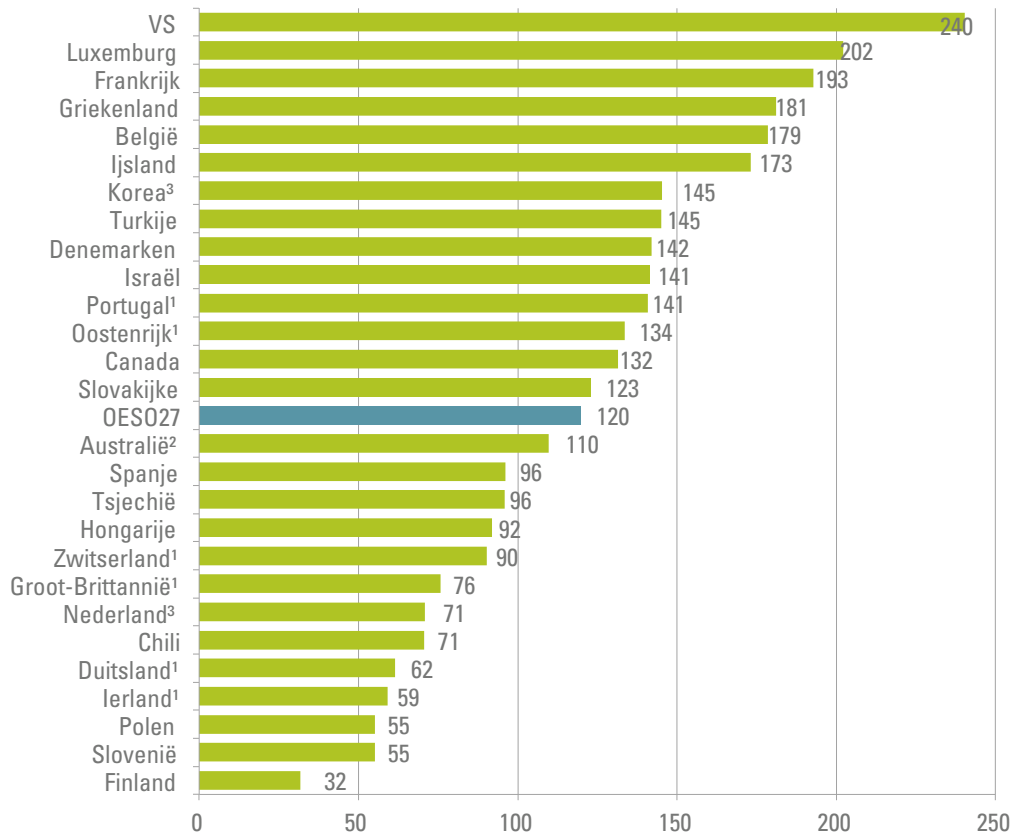
- Toegang tot huisarts binnen de dag: België scoort positief.
- Directe toegang tot specialist (zonder verwijzing door huisarts): België scoort positief. CM pleit echter voor meer echelonnering van de gezondheidszorg (getrapte geneeskunde), waarbij de huisarts een centraliserende rol heeft en als spilfiguur van de eerstelijnszorg instaat voor de verwijzing van de patiënt naar de specialist.
- Belangrijke electieve (geplande) chirurgie binnen de 90 dagen (coronaire bypass; percutane transluminale coro-

naire angioplastiek (PTCA) en heup; kniegewricht): in 90% van de gevallen scoort België positief.

- Kankertherapie (bestraling/chemotherapie) binnen de 21 dagen na beslissing: in 90% van de gevallen scoort België positief.
- CT scan voor geavanceerde diagnose (niet-acuut) binnen de 7 dagen: België scoort in het algemeen positief.
- Wachtijd op spoed (periode tussen aankomst in ziekenhuisgebouw en begin van behandeling/aanpak van het probleem): bedraagt in België over het algemeen minder dan een uur.

De OESO geeft voor België slechts beperkte gegevens op het vlak van wachttijden, maar daar waar gegevens beschikbaar zijn, wijzen ze op positieve resultaten. Zo doet ons land het beter dan het OESO gemiddelde als het gaat om wachttijden voor operaties na een heupfractuur, en krijgen we eveneens een goede beoordeling wat wachttijden voor electieve (geplande) chirurgie betreft (in lijn met de EHCI score).

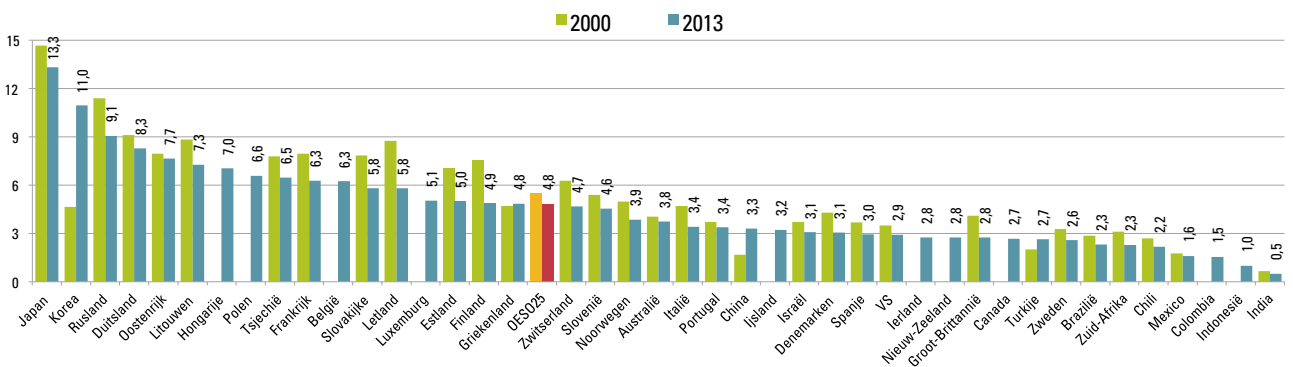
Figuur 2: aantal onderzoeken CT-scan per 1.000 inwoners, 2015 (of meest recent jaar)



1. Onderzoeken buiten het ziekenhuis niet inbegrepen (in Ierland, onderzoeken in private ziekenhuizen eveneens niet inbegrepen).
2. Onderzoeken terugbetaald door publieke fondsen niet inbegrepen.
3. Onderzoeken terugbetaald door private fondsen niet inbegrepen.

Bron: OESO gezondheidsstatistieken 2015, www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en;jsessionid=10kn9arglogqs.x-oecd-live-02

Figuur 3: aantal ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners, 2000 en 2013 (of meest recent jaar)



Bron: OESO gezondheidsstatistieken 2015, www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en;jsessionid=1vkn7m9fvj9m.x-oecd-live-02

Negatieve punten op het vlak van wachttijden

Volgens het KCE moest meer dan 38% van de patiënten in 2013 twee weken of langer wachten om een afspraak te krijgen met een specialist (zelfgerapporteerd percentage). Lange wachttijden kunnen in bepaalde gevallen een tijdige toegang tot de gezondheidszorg belemmeren. Bovendien kunnen lange wachttijden ertoe leiden dat patiënten beroep doen op de (kostelijke) spoeddiensten zonder reële noodzaak of dat ze onder tijdsdruk kiezen voor raadplegingen met ereloon-supplementen. De wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg zijn nog langer (zie onderdeel over geestelijke gezondheid).

2.2. Kwaliteit van zorg

De kwaliteit van de zorgverlening wordt gedefinieerd als "de mate waarin de aan individuen en bevolkingen aangeboden gezondheidsdiensten de kans vergroten om de gewenste gezondheidsresultaten te behalen en deze de professionele kennis van dat moment samenbrengen"¹³.

Er kunnen meerdere dimensies in acht worden genomen om deze kwaliteit te meten, zoals het KCE voorstelt in haar rapport dat de indicatoren van doeltreffendheid, geschiktheid, veiligheid, continuïteit en de patiëntgerichte aanpak presenteert. De algemene vaststellingen van het OESO-rapport 2015 over dit thema zijn dat er nog te veel levens verloren gaan omdat de kwaliteit van de zorgverlening niet snel genoeg verbetert.

In het EHCI-verslag scoort België iets matiger voor de kwaliteit van de zorgverlening dan haar Europese buurlanden.

2.2.1. Vermijden van sterftegevallen

De positieve punten met betrekking tot vermijdbare vroegtijdige sterfte

De vermijdbare sterftegraad berust op het idee dat een aantal sterftegevallen "vermeden" had kunnen worden of dat hun aantal zou kunnen worden verminderd door efficiëntere medische interventies en een betere volksgezondheid¹⁴. Volgens het KCE worden er dankzij de kwaliteit van ons gezondheidszorgsysteem veel vroegtijdige sterftegevallen vermeden¹⁵. Verscheidene sterftegevallen zouden echter vermeden kunnen worden door

onze beleidsregels inzake volksgezondheid te verbeteren.¹⁶ Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen de volgende twee categorieën van vermijdbare sterftegevallen, hoewel sommige doodsoorzaken tot beide categorieën kunnen behoren: de lagere kwaliteit van de zorgverlening en een falend gezondheidsbeleid (bijv. overlijden door borstkanker).

Wat betreft het voorkomen van kindersterfte (kinderen jonger dan één jaar) staat België op de vijfde plaats van de 35 in de EHCI-klassering. De OESO en het KCE gebruiken dit als een indicator van de gezondheidstoestand en klasseren België zeer positief, onder het gemiddelde, met 3,5 sterftegevallen op 1.000.

De indicatoren waarbij de bevolking haar eigen gezondheid evalueert (zelfgerapporteerde gezondheid) tonen zeer positieve resultaten, zowel voor de gezondheidstoestand als voor de levensverwachting zonder handicap, ook al zijn er verschillen volgens geslacht, regio en socio-economische situatie.

De doeltreffendheid van de zorgverlening wordt eveneens geëvalueerd op basis van de overlevingskansen voor specifieke ziektes,¹⁷ zoals borstkanker en darmkanker. In vergelijking met de andere landen van de EU-15, toont België na vijf jaar een uitstekende overlevingsgraad voor dit laatste type kanker (64,8%) maar nog onder het gemiddelde voor borstkanker (88,3%). België blijft daarentegen boven het gemiddelde in de OESO-klassering (> 80%) wat borstkanker betreft.

Het sterftecijfer na een acuut hartinfarct (7,3%) is deze laatste jaren verminderd en plaatst België onder het gemiddelde van de OESO-landen (8%). Merk op dat het EHCI afziet van het gebruik van deze indicator omdat ze te verschillend is tussen de landen. Het EHCI geeft de voorkeur aan een indicator die is ontwikkeld door het WGO "Inclination of the long-time trend line for ischaemic heart disease Standardized Death Rates". België klasseert zich vrij hoog: elfde van 35.

De negatieve scores met betrekking tot vermijdbare vroegtijdige sterfte

Wat betreft de sterftegevallen die kunnen worden vermeden dankzij het volksgezondheidsbeleid¹⁸, trekt het KCE aan de alarmbel. België vertoont namelijk erg hoge cijfers voor

¹³ Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington D.C.: National Academy Press; 1990.

¹⁴ Office for National Statistics UK. Definition of Avoidable Mortality: Final avoidability causes list. Beschikbaar op www.ons.gov.uk/ons/aboutons/get-involved/consultations/archivedconsultations/2011/definitions-of-avoidable-mortality/index.html 2012 2012.

¹⁵ Dit wil zeggen de overlijdens die vermeden hadden kunnen worden door kwalitatieve gezondheidszorg (bijvoorbeeld sterfte te wijten aan appendicitis, longontstekingen en gastroduodenale zweren).

¹⁶ Dit wil zeggen de overlijdens die hadden kunnen worden vermeden door een volksgezondheidsbeleid gericht op ruimere determinanten van de volksgezondheid zoals de levenswijze, het sociaal-economisch statuut en de omgevingsfactoren (bijvoorbeeld overlijdens te wijten aan verkeersongevallen, longkankers of alcohol).

¹⁷ "De mate waarin gewenste resultaten worden verkregen, door middel van de correcte terbeschikkingstelling van evidence-based gezondheidszorgdiensten aan iedereen die hiervan kan profiteren, maar niet aan hen die er helemaal niet van zouden kunnen profiteren" naar Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OESO Health Care Quality Indicators Project. Int. J. Qual. Health Care. 2006;18 (SUPPL. 1), 5-13.

¹⁸ Zie hoger.

vroegtijdige sterfte door zelfdoding, longkanker en verkeersongevallen. Bovendien situeert België zich in de EHCI-klassering die de indicator bevat van overlijdens na verkeersongevallen, in het slechtste kwart van de klassering.

2.2.2. Ziekenhuisopname

De positieve punten met betrekking tot de ziekenhuisopname

De gemiddelde duur van een ziekenhuisverblijf wordt vaak beschouwd als een efficiëntie-indicator. Onder overigens gelijke omstandigheden vermindert een korter verblijf de kostprijs en worden de zorgen vervangen door het minder dure kader van ambulante nazorg. Een korter ziekenhuisverblijf vereist echter meestal wel een intensievere en duurdere zorgverlening per opnamedag. Een te kort verblijf kan ook negatieve effecten hebben op de gezondheidsresultaten of afbreuk doen aan het comfort of het herstel van de patiënt.¹⁹

De gemiddelde duur van een ziekenhuisopname, zonder onderscheid in de aard van het verblijf, bedraagt in de OESO-landen acht dagen. België situeert zich rond het gemiddelde met 7,9 dagen. Wat de gemiddelde verblijfsduur voor een normale bevalling betreft, heeft België een hoog gemiddelde met vier dagen, terwijl het gemiddelde in de OESO-landen 2,9 dagen bedraagt. In het rapport van het KCE werd voor deze indicator gekozen omdat deze vergelijkbaarder is op internationaal niveau dan de gemiddelde verblijfsduur van alle soorten ziekenhuisverblijven samen en concludeert dat de gemiddelde score een verbetering toont, hoewel deze hoger blijft dan het gemiddelde van de EU-15. De EHCI-klassering bevat deze indicatoren niet.

Het aantal patiënten dat het ziekenhuis verlaat na er minstens één nacht te verblijven, vormt ook een belangrijke indicator van de ziekenhuisactiviteit. Deze indicator maakt het echter niet mogelijk om conclusies te trekken over de kwaliteit van de zorgverlening. De landen die over veel ziekenhuisbedden beschikken, hebben immers over het algemeen ook een hoog cijfer voor ontslag uit het ziekenhuis. De evolutie van dit cijfer verschilt sterk van land tot land en is afhankelijk van de interactie van meerdere factoren. De veroudering van de bevolking kan leiden tot een verhoging van het aantal ziekenhuisopnamen, maar de wijzigingen in de medische technologieën en klinische praktijken leiden tot een verschuiving naar chirurgische dagbehandeling. In België is dit cijfer relatief stabiel gebleven (170 patiënten ontslagen uit het ziekenhuis / 1.000 inwoners) en ligt het boven het OESO-gemiddelde (155 patiënten ontslagen uit het ziekenhuis / 1.000 inwoners). Ook dit aspect is niet opgenomen

in de twee andere rapporten die in dit artikel worden onderzocht. Het rapport van het KCE toont het aantal ziekenhuisdagen voor acute zorgen om een indicatie te geven van het gebruik van de faciliteiten in het hoofdstuk over de houdbaarheid van het gezondheidszorgsysteem. Het rapport evalueert de score die voor deze laatste indicator is behaald, als gemiddeld.

De negatieve punten met betrekking tot de ziekenhuisopname

Om de effectiviteit van de verzorging te evalueren, kan het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames worden bestudeerd. Het rapport van het KCE gebruikt deze indicator voor de twee chronische ziekten astma en diabetes, om de effectiviteit van de primaire zorgverlening te evalueren. Wat astma betreft, toont het KCE-rapport aan dat België zich bij het Europese gemiddelde bevindt, maar als we naar de OESO-klassering kijken, vertoont België hogere percentages dan het gemiddelde van de lidstaten van de organisatie. Hetzelfde kan worden waargenomen voor de ziekenhuisopnames voor diabetes-complicaties, hoewel de Belgische cijfers verbeteren.

Op het gebied van de veiligheid van de zorg²⁰, bedroeg de prevalentie van ziekenhuisinfecties bij de opgenomen patiënten 7,1%, wat België boven het Europese gemiddelde plaatst (5,7%).

De complicaties na operaties, geregistreerd door de Belgische ziekenhuizen en opgenomen in het rapport van het KCE, registreren een positieve of stabiele evolutie²¹, maar nog steeds boven het gemiddelde van de EU-15. De enige indicator met betrekking tot de complicaties na operaties die in het OESO-rapport is opgenomen lijkt deze trend te bevestigen. In België situeert het aantal bloedvergiftigingen na een abdominale operatie zich boven het gemiddelde van de acht landen waarvoor deze gegevens beschikbaar zijn. Het rapport toont zich bovendien terughoudend over de vergelijkbaarheid van deze gegevens. Hier wordt een regionaal verschil waargenomen met minder complicaties in Vlaanderen.

De EHCI-klassering neemt geen indicatoren van dit type op in haar klassering.

Op het gebied van de aangepastheid van de zorg²², dit wil zeggen de geschiktheid, kunnen de cijfers worden vergeleken met de aanbevelingen van klinische richtlijnen of worden onderzocht door de geografische variabiliteit te analyseren. De indicator van het aantal keizersneden is een goed voorbeeld. Voor België is deze indicator de laatste jaren stabiel gebleven maar deze verschilt aanzienlijk van ziekenhuis tot ziekenhuis. Het Belgische percentage van 20,4% is lager dan het gemiddelde

19 OESO (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 108.

20 "De mate waarin het systeem de patiënt niet schaadt" naar 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.

21 Diepveneuze trombosen en longembolieën na plaatsing van een heup- of knieprothese (positieve evolutie) en postoperatieve bloedvergiftigingen na een abdominale chirurgische ingreep (stabiliteit).

22 "De mate waarin de verleende gezondheidszorg aangepast is aan de klinische behoeften, gelet op het beste bewijs dat op dit moment beschikbaar is" naar ibidem.

van de regio EU-15, maar ligt ruim boven het ideale percentage dat door het WGO is bepaald, namelijk tussen 10% en 15%²³. Net als elke chirurgische ingreep gaat een keizersnede gepaard met risico's op korte en lange termijn die een effect zouden kunnen hebben op de gezondheid van moeder en kind, alsook op latere zwangerschappen. De EHCI-klassering neemt deze indicator op en klasseert België bij het gemiddelde. De klassering laat zien, ondanks de kost van deze interventie, dat hoe rijker een staat is, hoe lager het aantal keizersneden is.

Op het gebied van acute ziekenhuiszorg is een vermindering van het aanbod vereist, maar dit moet wel gepaard gaan met een centralisering van de specifieke expertise en een concentratie van zeldzame en complexe zorgen. Wat de mutualiteiten betreft, moet de herstructurering van de ziekenhuizen in het "netwerk" worden ondersteund zowel vanuit de logica van kwaliteitsverbetering als van rationalisatie. Er moet rekening worden gehouden met een geografische toegankelijkheid van de zorgverlening.²⁴

2.2.3. De aangepastheid en de continuïteit van de zorgverlening

De positieve punten met betrekking tot de toereikendheid en de continuïteit van de zorgverlening

De continuïteit van de zorgverlening²⁵ wordt door het KCE vanuit vier standpunten bestudeerd: de informatie, de relatie, het beheer van de verzorging en de coördinatie.

De resultaten voor coördinatie hebben de neiging om de negatieve resultaten met betrekking tot de opvolging van diabetespatiënten (zie hierboven) te nuanceren. De cijfers tonen aan dat de grote meerderheid van insuline-afhankelijke diabetespatiënten (91%) geniet van maatregelen die door het RIZIV zijn genomen om hun zorgverlening te optimaliseren²⁶. Jammer genoeg ligt dit percentage veel lager (16%) voor patiënten die orale antidiabetica nemen.

In het kader van ziekenhuiszorg beschikt België, zoals veel landen, over een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) voor de behandeling van kanker. Deze MOC maken het voor de patiënten mogelijk om tijdig te beschikken over een diagnose, een evidence-based behandeling en een continuïteit van zorg door de verschillende zorgverleners. In totaal was er voor 84% van de kankerpatiënten een MOC. Deze indicator biedt uiteraard slechts een gedeeltelijk beeld van de coördinatie van de ziekenhuiszorg.

Deze aspecten zijn niet ontwikkeld in de studies van de OESO en de EHCI die in ons artikel worden voorgesteld.

De negatieve punten met betrekking tot de aangepastheid en de continuïteit van de zorgverlening

De geschiktheid van de zorgverlening, zoals we hierboven hebben gedefinieerd, wordt door het KCE geanalyseerd door middel van verschillende indicatoren gekoppeld aan chronische ziektes, de gewoontes bij voorschriften, het gebruik van medische beeldvorming... Jammer genoeg krijgen we voor deze gegevens geen goede beoordeling.

De opvolging van chronisch zieken wordt geïllustreerd door de opvolging van diabetespatiënten, in overeenstemming met de klinische richtlijnen²⁷. Volgens het KCE scoren we hier nog te zwak op (68% insuline-afhankelijke diabetespatiënten en 43% niet-insuline-afhankelijke diabetespatiënten) en hun experts kaarten het probleem aan van toegankelijkheid bij verschillende specialisten en de zorgcoördinatie.

Ondanks de sensibiliseringscampagne van de overheid bij het publiek en de artsen over de resistentie van bacteriën tegen antibiotica en het belang van rationeel gebruik hiervan, zijn de gevallen waarin gekozen wordt voor het onmiddellijk gebruik van antibiotica niet conform aan de aanbevelingen en lijkt dit na verloop van tijd niet te beteren. België situeert zich boven het gemiddelde van de EU-15 en in de top vier van de OESO-ranglijst. Ondanks de zeer goede informatie aan de Belgen over de ineffectiviteit van antibiotica tegen verkoudheid en griep (tweede in de EHCI-klassering) is het gebruik door de Belgen een van de hoogste (zesde grootste gebruiker in de EHCI-klassering).

De blootstelling aan medische bestraling is hoog in België, vooral door het zeer frequent gebruik van medische beeldvorming. Er waren nationale sensibiliseringscampagnes om deze blootstelling te verminderen, maar België blijft aan de top van de Europese tabel. Het aantal computertomografie-onderzoeken (CT-scans) van de ruggenwervel blijft stijgen. Het KCE schat dat 50% van de medische stralingen het gevolg zijn van een onjuist gebruik van de technieken. Verschillende OESO-landen geven ook duidelijke aanbevelingen voor een meer passend gebruik van tests en andere diagnostische procedures. Het is nog te vroeg om vast te stellen in welke mate deze campagnes erin slagen om het onnodige gebruik van MRI- en CT-scans te verminderen. De OESO merkt op dat er tussen

23 WGO, *Verklaring van het WGO over het aandeel keizersneden*, HRP, Departement Reproductieve gezondheid en onderzoek 2014.

24 Voorstel NIC *Politieke visie op gezondheid 2030*, juni 2016.

25 "De mate waarin de gezondheidszorg die in de loop der tijd aan een specifieke gebruiker wordt verleend op een vlotte manier georganiseerd is op het niveau van een zorgverlener, een instelling en een regio en tussen deze actoren, en de mate waarin het verloop van de ziekte volledig wordt gedekt" naar 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.

26 Diabetespas, zorgtraject chronische aandoening, overeenkomst voor de zelfregulatie van diabetes.

27 Dit wil zeggen een controle van de glycohemoglobine, de albumine en de creatinine, bij voorkeur eenmaal per jaar en minstens om de 15 maanden en een grondig jaarlijks onderzoek van de achterkant van het oog door een oogarts.

de landen, maar ook binnen een land grote verschillen zijn in het gebruik van CT- en MRI-toestellen. In België stellen we in 2010 tussen de provincies bijvoorbeeld een verdubbeling van het aantal MRI- en CT-scans vast. De EHCI-klassering bestudeert deze indicatoren niet.

De Belgische verzekeringsinstellingen pleiten voor een vermindering van de onnodige blootstelling aan straling via de uitbreiding van het aanbod NMR-scanners²⁸ en voor lagere honoraria voor de onderzoeken met CT-scans (met een verplichte toepassing van de voorgeschreven richtlijnen), voor het uitwerken van een gesloten forfaitaire financiering voor medische beeldvorming om de vaste kosten voor het ziekenhuis te dekken in functie van de ambulante behoeften en de behoeften bij een ziekenhuisopname, en voor het gebruik van een standaard aanvraagformulier.²⁹

2.2.4. Patiëntenrechten en informatie

De EHCI-klassering wijdt een heel hoofdstuk (12 indicatoren) aan deze vragen en België behaalt zeer goede scores, met uitzondering van twee indicatoren. Het KCE kiest er net zoals de OESO eerder voor om indicatoren te presenteren met betrekking tot patiëntgerichte zorg³⁰.

De positieve punten met betrekking tot informatie en patiëntenrechten

België behoort tot een van de beste landen wat betreft de wetgeving over patiëntenrechten, het recht op een tweede opinie, de toegang van de patiënt tot zijn/haar medisch dossier en de mogelijkheden om online een medische afspraak te maken.

De Belgische patiënt is ook zeer goed geïnformeerd over de mogelijkheid om zich te laten verzorgen in een ander Europees land, en heeft de mogelijkheid om online en via andere kanalen te controleren of een bepaalde specialist erkend is om zijn beroep uit te oefenen.

Wat de aspecten "patiëntgerichte zorg" in de rapporten van de OESO en het KCE betreft, komt België opnieuw met zeer goede resultaten uit de vergelijking. Zowel de duur van de consultaties als de communicatie met de zorgverstreker (duidelijke uitleg, mogelijkheid om vragen te stellen) of de deelname aan de besluitname over de verzorging kregen een zeer hoog tevredenheidspercentage. De tevredenheidsgraad over het contact met de huisarts is trouwens identiek voor alle patiënten, ongeacht hun opleidingsniveau.

Deze resultaten zijn in lijn met de aspiraties van de Christelijke Mutualiteit, die van gezondheidsvaardigheden een van haar prioriteiten maakt.

De negatieve punten met betrekking tot informatie en patiëntenrechten

België staat in het rood voor twee indicatoren die zijn opgenomen in de EHCI-klassering. Het gaat enerzijds om de vrijwel volledige afwezigheid van e-voorschriften (Recip-e)³¹: de Belgen kunnen hun medicatie alleen op vertoon van een papieren voorschrift afhalen bij de apotheek. Daarnaast bestaat er, volgens het EHCI, in België geen foutloos aansprakelijkheidssysteem, dit wil zeggen: de mogelijkheid voor de patiënt om een schadevergoeding te verkrijgen zonder te hebben bewezen dat er een fout is begaan door de medische dienstverlener. De oprichting in 2010 van het Fonds voor Medische Ongevallen (operationeel sinds 2012) is echter een vooruitgang voor bepaalde patiënten in het geval er geen medische fout is begaan.

Alle Belgische verzekeringsinstellingen pleiten bovendien voor meer investeringen in e-gezondheidszorg ten behoeve van de kwaliteit en de efficiëntie van de zorgverlening en om een centrale plaats te geven aan de patiënt.³²

2.3. Preventie en gezondheidspromotie

2.3.1. Bevordering van de gezondheid

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie³³ heeft gezondheidspromotie tot doel "de mensen meer controle te geven over hun eigen gezondheid en meer middelen te voorzien om hun gezondheid te verbeteren". Het gaat dus om alle inspanningen waarmee de samenleving heeft ingestemd om mensen in staat te stellen hun gezondheid te verbeteren. Deze procedure omvat een zeer breed scala aan maatregelen, waarvan veel buiten het domein van het gezondheidszorgsysteem ressorteren (bijvoorbeeld opleiding, fiscale maatregelen met betrekking tot inkomensverdeling, verkeersveiligheid, ...). Daarom is gezondheidspromotie een dimensie die moeilijk te evalueren is en nog moeilijker te vergelijken is op internationaal niveau. De onderzoeken die in dit artikel worden geanalyseerd beperken zich dan ook tot de presentatie van de indicatoren met betrekking tot het gedrag en de gezondheidsresultaten en niet tot de maatregelen die door de overheid zijn genomen om de gezondheid te bevorderen. Het rapport van het KCE bevat echter een indicator die de resultaten

28 Kernspinresonantie.

29 Voorstel NIC *Politieke visie op gezondheid 2030*, juni 2016.

30 Dit wil zeggen "verzorging met respect en aandacht voor de voorkeuren, behoeften en waarden van de patiënt, en die erop toeziet dat deze laatsten de klinische besluitvorming leiden" naar Committee on Quality Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academy Press, Washington, D.C.: Institute of Medicine; 2001.

31 Dit project is aan de gang. Zie actiepunt 4 van het Actieplan e-gezondheid 2015-2018 van Minister De Block.

32 Voorstel NIC *Politieke visie op gezondheid 2030*, juni 2016.

33 WGO, Charter van Ottawa inzake Gezondheidspromotie; 1986.

van gezondheidsvoorlichting, namelijk de kennis op het gebied van gezondheid (health literacy), beter weerspiegelt.

De positieve punten van België met betrekking tot gezondheidsgedrag

Over het algemeen zijn de resultaten van België betreffende gezondheidsgedrag niet uitzonderlijk.

Volgens de gezondheidsenquête van de Belgen verklaarde in 2013 18,9% van de personen ouder dan 15 jaar dagelijks te roken. Daarnaast verklaarde 4% van de Belgen af en toe te roken. Dit zorgt ervoor dat België in de EHCI-klassering voor tabaksgebruik, wordt gerangschikt tussen de matig presterende landen. Deze vaststelling wordt ook gedaan in door het KCE-onderzoek. In de OESO-statistieken situeert België zich net onder het gemiddelde van 34 landen. De 3 rapporten wijzen dus in dezelfde richting: België is niet de slechtste leerling van de klas, maar het kan beter. De schaal voor tabakscontrole³⁴ kent 47 punten op 100 toe aan België op het vlak van preventie tegen tabak. Het positieve punt is dat het aantal rokers vermindert in de tijd: 30% in 1997, 29% in 2001, 28% in 2004, 25% in 2008 en 23% in 2013.

Een ander punt waarvoor België het goed doet op internationaal niveau is de prevalentie van zwaarlijvigheid bij volwassenen bij de bevolking ouder dan 15 jaar. In België bedraagt het aandeel van zwaarlijvige volwassenen 13,7% (body mass index hoger dan 30) ten opzichte van een gemiddelde van 19% in de OESO-landen. Ondanks dit resultaat is men in het KCE-rapport van mening dat dit een negatief resultaat is. Dat is terecht gezien dit fenomeen toeneemt in België (net zoals in alle andere OESO-landen). De Euro Consumer Health Index bevat geen indicator rond het BMI. Wat betreft overgewicht bij kinderen en adolescenten (meer bij jongens dan bij meisjes), wordt België opnieuw vrij goed geklasseerd op internationaal niveau, hoewel het KCE oordeelt dat deze resultaten eerder matig zijn.

België valt internationaal (OESO) ook op door een hoge dagelijkse consumptie van groenten. Deze indicator uit de gezondheidsenquête van de Belgen is echter niet opgenomen in het KCE-onderzoek of in de European Health Consumer Index. Daarentegen zijn de resultaten betreffende de dagelijkse consumptie van fruit vrij slecht in België.

Het EHCI neemt in haar klassement een indicator op die niet is opgenomen in de OESO-statistieken, noch in het KCE-rapport. Het gaat om een indicator betreffende de bloeddruk (aantal volwassenen met een bloeddruk hoger dan 140/90), die ons land bij de best presterende landen op dit vlak klasseert.

De negatieve punten van België over gezondheidsgedrag

Zoals vermeld onder het vorige punt, kenmerkt België zich door matige tot slechte resultaten wat betreft het gezondheidsgedrag. Dit geldt meer bepaald voor de resultaten voor lichaamsbeweging. Volgens de gezondheidsenquête van de Belgen, verklaarde in 2013 slechts 38,4% van de Belgen tussen 18 en 64 jaar meer dan 30 minuten per dag actief te zijn³⁵. Door dit resultaat worden we in de EHCI-klassering geklasseerd bij de slechtst presterende landen. Dit resultaat wordt ook als een negatief punt gezien in het KCE-rapport. De OESO neemt in haar rapport geen indicatoren over lichaamsbeweging op.

Het alcoholverbruik is ook problematisch. Gemiddeld verbruikt een Belg ouder dan 15 jaar ongeveer 10 liter pure alcohol per jaar, wat hoger is dan het OESO-gemiddelde. Het KCE-rapport en de EHCI-klassering komen allebei tot deze vaststelling en deze laatste klasseert België tussen de matig presterende landen.

Het KCE-rapport bevat ook de HIV-incidentie als indicator in het deel gewijd aan gezondheidspromotie. De prestaties van België worden in het rapport als matig geklasseerd. De HIV-incidentie in België (nieuwe diagnoses voor 100.000 inwoners) ligt hoger dan die van de EU-15, volgens het nationaal programma voor HIV-opvolging.

Het rapport van het KCE bevat ook een indicator met betrekking tot de gezondheidskennis, die duidelijk op een meer rechtstreekse manier de impact van het beleid inzake gezondheidspromotie in België, weerspiegelt. Volgens deze indicator, heeft slechts 58,7% van de Belgen ouder dan 18 jaar voldoende gezondheidskennis.

2.3.2. Preventie

We kunnen twee soorten preventieve zorg onderscheiden: preventieve zorg met als doel het beperken/voorkomen van het optreden van een ziekte (dit is bijvoorbeeld het doel van vaccinaties) en preventieve zorg met als doel een ziekte zo vroeg mogelijk te detecteren om zonder uitstel een behandeling te starten (dit is bijvoorbeeld het doel van kankeropsporing of controlebezoeken bij de tandarts).

Preventie krijgt in alle OESO-landen relatief het minste aandacht in de gezondheidszorg. Hoewel het spreekwoord zegt dat voorkomen beter is dan genezen, heeft ons beleid deze spreuk duidelijk nog niet goed begrepen en verandert het gedrag van de bevolking op vlak van preventie slechts traag. De institutionele context biedt hier ook geen hulp aangezien deze bevoegdheid, in het kader van de staatshervorming, vandaag opgesplitst is tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus.

³⁴ De schaal voor tabakscontrole kwantificeert de intensiteit van 6 beleidslijnen die de WGO als prioritair beschouwt voor een volledig programma om roken onder controle te houden.

³⁵ Onder actief verstaan we lopen, de trap af- of opgaan,... Het gaat niet noodzakelijk om een intensieve lichamelijke activiteit.

Een globaal preventiebeleid kan vandaag dus alleen het resultaat zijn van intens overleg en coördinatie tussen de verschillende actoren.

De positieve punten van België over preventie

Vaccinatie tegen kinderziekten is duidelijk een positief punt binnen het preventiebeleid in ons land. België staat als eerste van de OESO-landen wat betreft de vaccinatie van kinderen tegen kinkhoest, tetanus en difterie. De resultaten zijn ook goed voor polio en hepatitis B. Daarentegen is de vaccinatiegraad tegen mazelen veel lager (onder het OESO-gemiddelde). Het EHC klasseert België bij de goed presterende landen op het gebied van kindervaccinatie. Hun indicator is gebaseerd op de vaccinatiegraad voor 8 ziektes.

De negatieve punten van België voor preventie

Hoewel de kindervaccinatiegraad in ons land goed is, is dit het enige positieve punt dat blijkt uit de drie onderzoeken. Er is één indicator met betrekking tot de vaccinatie van volwassenen opgenomen in het KCE-onderzoek en in de OESO-statistieken: de vaccinatie van personen ouder dan 65 jaar tegen griep. In België is 56,3% van deze bevolkingsgroep gevaccineerd tegen griep, wat volgens het KCE een slecht resultaat is. De andere beschikbare indicatoren voor preventie hebben hoofdzakelijk betrekking op de opsporing van verschillende soorten kanker (borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker). Deze indicatoren worden gepresenteerd in het onderzoek van het KCE en in het OESO-rapport. Het rapport van het EHCI bevat geen indicatoren rond kankeropsporing. Het bevat daarentegen wel een indicator met betrekking tot de vaccinatiegraad tegen het HPV-virus, dat ons land hiervoor in de categorie met de matig presterende landen plaatst.

Wat de opsporing van borstkanker of baarmoederhalskanker betreft, variëren de definities van de OESO en het KCE enigszins (met name een klein verschil in de leeftijdscategorieën). Het KCE onderscheidt langs haar kant de opsporing van borstkanker in het kader van het georganiseerde screeningsprogramma en de opportunistische screening. Ongeacht de gebruikte indicator is de conclusie in alle gevallen dezelfde: België kan het duidelijk beter doen op het gebied van de opsporing van deze twee types kanker (op basis van de beschikbare gegevens is het Belgische percentage lager dan het gemiddelde OESO-percentage). Slechts 32,5% van de vrouwen in de doelgroep (50-69 jaar) liet zich onderzoeken op borstkanker in het kader van het georganiseerde programma. Als we de opportunistische opsporing hieraan toevoegen, dit wil zeggen mammografieën uitgevoerd buiten het georganiseerde opsporingsprogramma, stijgt dit percentage tot 62,7%. Dit resultaat is echter zorgwekkend omdat België van de OESO-landen het 3^e hoogste cijfer van sterfte door borstkanker heeft. Wat baarmoederhalskanker betreft heeft 53,6% van de doelgroep (25-64 jaar)

zich laten onderzoeken. Op internationaal niveau bevindt België zich net onder het OESO-gemiddelde wat betreft het percentage van onderzochte vrouwen, maar ligt de sterftegraad in België voor dit type kanker ook onder het gemiddelde. De resultaten zijn ook slecht wat betreft darmkanker. Volgens de statistieken van de gezondheidsenquête bij de Belgen, werd slechts 16,5% van de doelgroep (oudere bevolking, 50 tot 75 jaar) onderzocht. Deze resultaten zijn des te meer verontrustend als we weten dat er op dit gebied een socio-economische gradiënt bestaat die erg in het nadeel is van kwetsbaren³⁶.

Een andere dimensie die wordt onderzocht op het gebied van preventie is tandzorg. Meer dan de helft van de Belgen (50,8%) ouder dan 3 jaar heeft volgens het KCE immers geen regelmatig contact met een tandarts. Ook hier bestaat er een belangrijke socio-economische gradiënt en dit ondanks de gratis zorg die voorzien is. In België is dit met name het geval voor preventieve tandzorg voor kinderen onder 18 jaar.

De wens om het welzijn van de leden te bevorderen, preventieve activiteiten te ontwikkelen en gezondheidsvoorlichting aan te bieden met de actieve deelname van de leden, is altijd al een belangrijke dimensie geweest van de activiteiten van de mutualiteit. CM pleit nog steeds voor een versterkt preventiebeleid en is van plan om haar rol te spelen als sociale beweging om de gezondheidsvoorlichting te bevorderen.

2.4. Geestelijke gezondheid

Geen van de drie studies maakt expliciet melding van positieve resultaten voor België op het vlak van geestelijke gezondheidszorg.

Negatieve punten op het vlak van geestelijke gezondheid

In de EHCI scoort België gemiddeld ("zo-en-zo") als het gaat om geestelijke gezondheid. De score werd toegekend op basis van bepaalde resultaten van de "Speciale Eurobarometer Geestelijke Gezondheid" van 2010 (meer recente data werden niet gevonden), namelijk de gemiddelde antwoorden op vijf vragen over de geestelijke gezondheid ("hoe vaak – in % van de tijd – voelde je je gedurende de voorbije vier weken gelukkig/kalm/vredig/depressief/gespannen/..."). Meer informatie bevat het rapport niet.

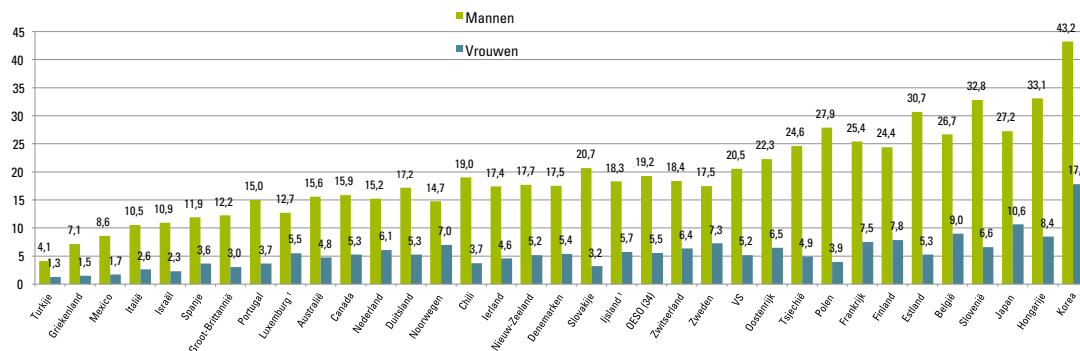
Volgens de resultaten van de OESO-publicatie, die de mortaliteit door zelfdoding onderzocht in 34 OESO-landen (cijfers voor 2013 of het dichtstbijzijnde jaar), neemt België de weinig flatterende vijfde plaats in (figuur 4). Enkel Slovenië, Japan, Hongarije en Korea (eerste plaats, d.w.z. slechtste resultaten) kennen een hogere mortaliteit wegens zelfdoding. Het is echter moeilijk om louter op basis van deze gegevens duidelijke conclusies te trekken over de geestelijke gezondheidstoestand

³⁶ Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland en Rebekka Verniest, 'De gezondheidsongelijkheid bij CM leden: stilstaan is achteruitgaan', CM Informatie 262, december 2015.

van de Belgische bevolking, onder meer omdat deze cijfers niets zeggen over het totale aantal geslaagde én niet-geslaagde pogingen tot zelfdoding (wat trouwens het grote verschil tussen

mannen en vrouwen mogelijks verklaart)³⁷, alsook omdat zelfdoding slechts als een indirecte indicator van de geestelijke gezondheid kan worden beschouwd.³⁷

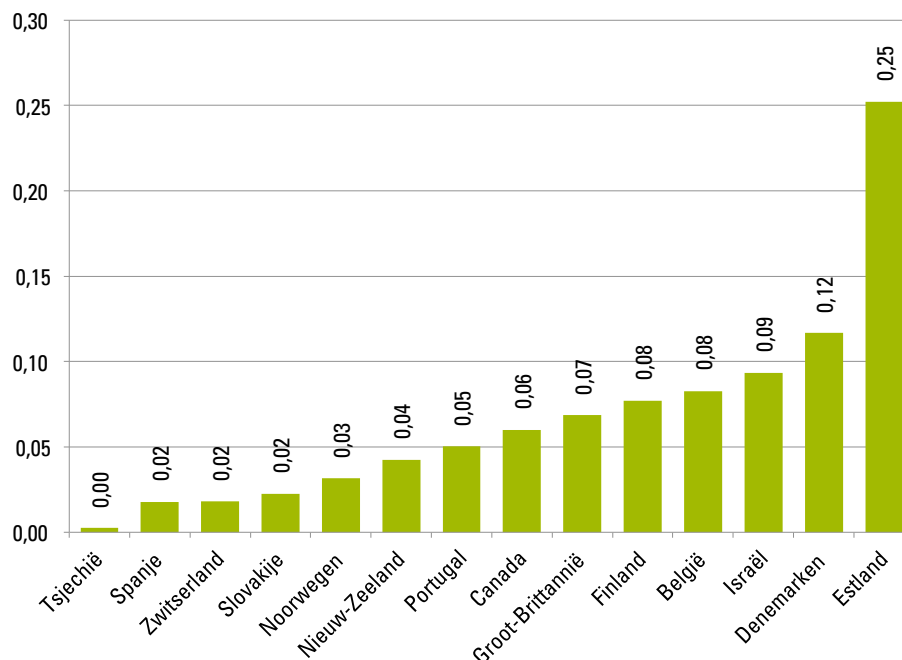
Figuur 4: mortaliteit door zelfdoding (gestandaardiseerd naar leeftijd per 100.000 inwoners), 2013 (of meest recent jaar)



1. gemiddelde over 3 jaar.

Bron: OESO gezondheidsstatistieken 2015 (extractie van WHO-gegevens) www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en?jsessionid=1vkn7m9fvmj9m.x-oecd-live-02

Figuur 5: zelfdoding bij gehospitaliseerde patiënten met een psychische aandoening (gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht per 100 patiënten), 2013 (of meest recent jaar)



Opm.: voor de meeste landen gemiddelde over 3 jaar

Bron: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en

37 OECD Health at a Glance 2015, p. 62.

38 KCE rapport (2015), De performantie van het Belgische gezondheidssysteem, p. 36.

Als het gaat om zelfdoding onder gehospitaliseerde patiënten met psychische aandoening, scoort België evenmin goed. Ons land staat hier op de vierde plaats: enkel Israël, Denemarken en Estland scoren slechter (figuur 5).

Ook het KCE-rapport signaleert verschillende problemen met onze geestelijke gezondheid. Wat zelfdoding betreft, stelt het rapport onder andere dat actie vereist is op het vlak van follow-up afspraken in de eerste maanden na afloop van de hospitalisatie na een zelfdodingspoging: daar is nog ruimte voor verbetering. Het KCE benadrukt ook de grote regionale verschillen in ons land voor zelfdoding. Wallonië kent een veel hoger aantal zelfdodingen dan Vlaanderen en Brussel (respectievelijk 21,9; 17,4; en 11,9 per 100.000 inwoners – voor België als geheel 18,3; versus het EU-15 gemiddelde van 10,6), al kan het lage cijfer voor Brussel gelinkt zijn aan een gebrek aan datalevering. Wat de mannelijke bevolking betreft, vult het KCE-rapport de OESO-resultaten aan met de vaststelling dat zelfdoding voor deze bevolkingsgroep de eerste vroegtijdige doodsoorzaak uitmaakt in termen van verlies aan potentiële levensjaren.

Het KCE haalt ook het frequent gebruik van antidepressiva aan. Het aantal voorschriften van antidepressiva in België ligt veel hoger dan in andere Europese landen. De hoogste cijfers vinden we bij ouderen die langetermijnzorg krijgen. Daarnaast duidt het hoge percentage aan (te) korte behandelingen – korter dan de vereiste driemaandenperiode in geval van ernstige depressie – op een slechte opvolging van de richtlijnen. Eveneens problematisch is dat nog veel te vaak onaangepaste antidepressiva worden voorgeschreven, namelijk antidepressiva die bekend staan om hun anticholinergische nevenwerkingen bij ouderen en dus valincidenten kunnen veroorzaken.

Verder merkt het KCE op dat de psychiatrische hospitalisatiedagen erg hoog blijven ondanks de doorgevoerde hervormingen (richting een “vermaatschappelijking van zorg”). De resultaten van deze hervormingen zijn met andere woorden nog niet zichtbaar. Zowel de bezoeken aan de spoedafdeling om sociale, mentale en psychische redenen als het aantal onvrijwillige opnames in een psychiatrisch ziekenhuis, zijn relatief constant gebleven ondanks de verwachte daling. In Vlaanderen is de wachttijd voor een eerste contact in een ambulante structuur voor (te) veel betrokkenen (te) lang, namelijk langer dan één maand.

Samengevat kunnen we stellen dat het, ondanks de voorbije hervormingen voor (onder andere) de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, niet goed gaat met onze geestelijke gezondheid en gezondheidszorg.³⁸ Er zijn goede initiatieven genomen en er zijn al vele positieve inspanningen

gedaan, maar er bestaan nog heel wat hindernissen, die onder meer gelinkt zijn aan de wijze waarop het gezondheidszorgsysteem is georganiseerd en aan de kostprijs van zorg.³⁹ Voor meerdere van de hierboven aangehaalde geestelijke gezondheidsindicatoren bestaan er bovendien relatief grote regionale verschillen tussen Vlaanderen, Brussel en Wallonië. De precieze oorzaak daarvoor – socio-economische of demografische verschillen, culturele verschillen, problemen met data, ... – moeten verder worden onderzocht. Een degelijke performantiemeting in dit domein is ten slotte geen evidentie omwille van gegevensproblemen.⁴⁰

CM pleit voor meer investering in geestelijke gezondheid en algemeen welzijn. Een goede gezondheid is voor CM immers meer dan de afwezigheid van ziekte. Gezond zijn betekent zich goed voelen, een welbevinden ervaren: op fysiek, geestelijk en sociaal vlak. Daarvoegen we zelfs de ecologische en existentiële dimensie aan toe. CM wil niet louter als ziekenfonds optreden, maar ook en vooral als “gezondheidsfonds”, met de blik op de hele samenleving gericht. CM pleit voor het ontwikkelen en uitvoeren van gezondheidsdoelstellingen voor de geestelijke gezondheidszorg, die toelaten het beleid te sturen en te meten, en beleidsvoerders te responsabiliseren. Daarnaast is CM van mening dat het (te) hoge persoonlijke aandeel van de patiënt in de kosten van geestelijke gezondheidszorg moet worden aangepakt, bv. via de terugbetaling van een beperkte reeks sessies eerstelijnspsychotherapie.⁴¹

2.5. Geneesmiddelen

Zowel in de EHCI- als in de OESO-klassering wordt een hoofdstuk gewijd aan geneesmiddelen. Het KCE-rapport bevat indicatoren over geneesmiddelen, maar deze worden gebruikt om de kwaliteitsaspecten van de verzorging en geestelijke gezondheid te evalueren.

De positieve punten met betrekking tot geneesmiddelen

Wat de financiering van geneesmiddelen betreft, toont de OESO-klassering ons dat België zich boven het gemiddelde bevindt wat betreft de publieke uitgaven voor medische goederen en diensten (voornamelijk geneesmiddelen), maar dat de jaarlijkse groei van de uitgaven voor geneesmiddelen onder het OESO-gemiddelde ligt.

De geneesmiddelenconsumptie kan, in sommige gevallen, een aangepaste aanpak van bepaalde ziekten weerspiegelen. Volgens de EHCI-klassering staat ons land dus bijvoorbeeld in het groen wat betreft het gebruik van nieuwe behandelingen

39 Zie de nationale Gezondheidsenquête (HIS 2013) uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, hoofdstuk 6, p. 797.

40 Zie Elise. Henin & Rebekka Verniest, ‘Zich goed voelen in de gemeenschap: Waarop terugvallen als men psychische problemen heeft?’, CM Info 264 (juli 2016).

41 KCE rapport (2015), De performantie van het Belgische gezondheidssysteem, p. 36-37.

42 Voorstel NIC, Visie gezondheidsbeleid 2030, juni 2016.

tegen artritis⁴², met meer dan 300 standaardeenheden/patiënt. Daarnaast staat ons land ook aan de kop inzake het gebruik van metformine, een goedkoop geneesmiddel tegen diabetes.

Om het kwaliteitsaspect van het voorschrift aan te kaarten, analyseert de OESO een reeks indicatoren met betrekking tot diabetespatiënten. De OESO-cijfers tonen aan dat België zich boven het gemiddelde bevindt voor het percentage van patiënten dat een voorschrift krijgt voor cholesterolverlagende medicatie. Wat het aantal voorschriften van antihypertensiva voor diabetespatiënten betreft, zit België onder het gemiddelde.

België krijgt een positieve beoordeling van het EHCI voor het bestaan van een volledige gegevensverzameling over alle geregistreerde en te koop aangeboden geneesmiddelen, die zowel kunnen worden opgezocht op de chemische substanties als op de merknaam, en die minstens dezelfde informatie bevat als de instructies op de verpakking, geschreven op een manier die begrijpelijk is voor niet-professionelen.

Een andere beschikbare indicator die is bestudeerd door de EHCI-klassering is de implementering van nieuwe geneesmiddelen tegen kanker, hier gemeten in miljoenen dollars. België scoort goed volgens het ECHI. Deze indicator moet met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat ze niet is gebaseerd op een gedefinieerd dagelijks verbruik van de dosis. Het biedt geen enkele indicatie over de werkzaamheid van de behandeling of over eventuele vooruitgang in de levenskwaliteit.

Op het gebied van de toegankelijkheid van geneesmiddelen en het kader van hun aflevering, vertoont België positieve resultaten aangezien we het derde land zijn met de meeste apothekers per inwoner (119 apothekers / 100.000 inwoners)⁴³ en ook het meeste apotheken (44 apotheken / 100.000 inwoners)⁴⁴. We kunnen ons echter afvragen in welke mate deze resultaten een invloed hebben op het bijzonder hoge geneesmiddelengebruik in ons land.

Anderzijds bekleedt België nog steeds een uitzonderlijke plaats in de OESO-klassering (tweede plaats) voor de uitgaven aan onderzoek en ontwikkeling van de farmaceutische industrie, met 0,45% van het BBP, wat bijna een derde vertegenwoordigt van alle private uitgaven voor onderzoek en ontwikkeling. Dit toont het belang aan van de farmaceutische industrie in ons land. Met het budget voor gezondheidszorg in een gesloten envelop, kan men zich afvragen of de investeringen in de farmaceutische sector niet nadelig zijn voor andere belangrijke

sectoren van ons gezondheidszorgsysteem (geestelijke gezondheid, ouderenzorg, ...).

De negatieve punten met betrekking tot geneesmiddelen

Twee indicatoren die in de EHCI-klassering worden gepresenteerd zijn bijzonder slecht voor België. Enerzijds, zoals we reeds hebben vermeld, is het hoge verbruik van antibiotica bijzonder problematisch in ons land. Anderzijds bedraagt de toegang tot nieuwe geneesmiddelen in België 300 dagen, geëvalueerd op basis van de termijn tussen de registratie van het geneesmiddel en de terugbetaling door de ziekteverzekering. Dit cijfer is afkomstig uit de Europese Federatie van Farmaceutische Bedrijven en Verenigingen (EFPIA). Het EHCI merkt duidelijk de gevolgen van de financiële crisis op deze indicator. We merken echter op dat deze termijn ook wordt beïnvloed door de farmaceutische firma zelf en niet alleen door de overheden. Het is immers de firma die de aanvraag tot terugbetaling voor een nieuw geneesmiddel moet indienen. We voegen er eveneens aan toe dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen nieuwigheid en therapeutische meerwaarde. Een nieuw geneesmiddel dat op de markt wordt gebracht is niet per se doeltreffender dan een reeds bestaand (en wellicht goedkoper) geneesmiddel.

Het OESO-rapport wijst ook op het hoge geneesmiddelengebruik in België (figuur 6). Ons land situeert zich namelijk boven het OESO-gemiddelde voor het verbruik van antihypertensiva, antidiabetica en antidepressiva. Wat geneesmiddelen tegen cholesterol betreft, zijn we zelfs de vierde grootste verbruiker (130 dosissen⁴⁵/1.000 inwoners/dag)! De klinische richtlijnen voor het voorschrijven van behandelingen tegen cholesterol zijn geëvolueerd en pleiten voor een betere opsporing, vroege behandelingen en hogere dosissen. Dit verklaart alvast voor een deel de aanzienlijke groei die gedurende een tiental jaren is waargenomen.

Het OESO-rapport wijst ook op het bijzonder hoog niveau van farmaceutische uitgaven per inwoner (boven het OESO-gemiddelde).

De vraag die zich stelt gaat dus over de financiering van farmaceutische uitgaven. In alle OESO-landen worden geneesmiddelen gefinancierd door een combinatie van publieke en particuliere uitgaven. België zit ongeveer op het OESO-gemiddelde voor farmaceutische uitgaven in % van het BBP (1,4%), maar hoger wat betreft het aandeel dat gefinancierd wordt door publieke middelen. Wanneer we kijken naar het bedrag van de farmaceutische uitgaven⁴⁶ per inwoner,

43 TNF- α -remmers

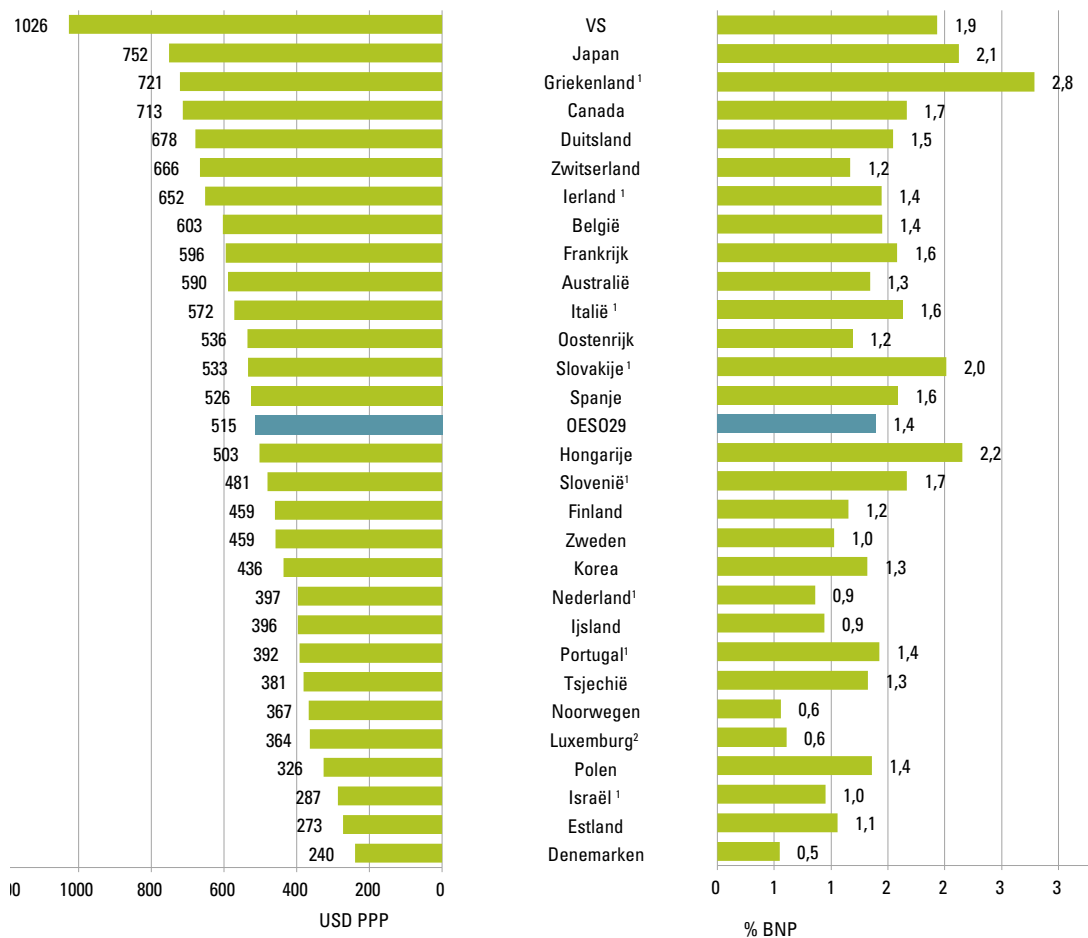
44 Het OESO33 gemiddelde is 80 apothekers / 1000.000 inwoners

45 Het OESO25 gemiddelde is 25 apotheken / 1000.000 inwoners

46 De gedefinieerde dagelijkse dosis komt overeen met de vermoedelijke gemiddelde onderhoudsdosis, per dag, van een geneesmiddel dat wordt gebruikt voor de belangrijkste indicatie bij volwassenen.

47 Het gaat om de farmaceutische producten in de kleinhandel, d.w.z. die rechtstreeks aan patiënten worden geleverd (bijvoorbeeld niet bij een ziekenhuisopname).

Figuur 6: Uitgaven voor farmaceutische producten per inwoner en als deel van het BBP, 2013 (of meest recent jaar)



1. Niet-duurzame medische producten inbegrepen.

2. Geneesmiddelen zonder voorschrift niet inbegrepen.

Bron: OESO gezondheidsstatistieken 2015, www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en

rangschikt België (603 US\$ of 540 euro) zich op de achtste plaats van de 29, ver boven het OESO-gemiddelde (515 US\$ of 460 euro). Wetende dat de farmaceutische producten een zeer grote post voor gezondheidsuitgaven vertegenwoordigen, lijkt het noodzakelijk om ons geneesmiddelenbeleid te herzien, in het bijzonder in de huidige budgettaire context. Sterker nog: de resultaten die in dit artikel worden gepresenteerd houden geen rekening met de meest recente (2015, 2016) evoluties in deze sector. De recente gegevens van het RIZIV tonen aan dat deze trend wordt voortgezet en nog versterkt.

Een indicator die een interessante aanvulling vormt op deze reflectie is die van het aandeel generieken op de farmaceutische markt. Ook hier situeert België zich onderaan het klassement, zelfs ondanks de positieve verbetering die we gemaakt hebben. De ontwikkeling van generieken biedt een mogelijkheid om de efficiëntie van de farmaceutische uitgaven te verbeteren. Voor-

schriften op basis van de internationale benaming, de mogelijkheid of de verplichting voor apothekers om merkgeneesmiddelen te vervangen door generieken, financiële prikkels om generieken voor te schrijven, zijn allemaal maatregelen die deze trend staven en die worden ondersteund door CM.

Volgens CM moeten de prijzen van geneesmiddelen de reële werkzaamheid van het medicijn weerspiegelen (vaak een veel lagere prijs dan nu). Er moeten maatregelen worden genomen om het geneesmiddelenverbruik te verminderen (voorlichting van de patiënt en sensibilisering van de zorgverleners). De Belgische verzekeringsinstellingen hebben samen een reeks voorstellen gedaan om het ziekteverzekeringsbeleid in de geneesmiddelensector te verbeteren (sluismodel van openbare aanbesteding, start van INN-behandelingen, herziening van de terugbetaling volgens de regels van evidence based medicine, ...).⁴⁷

48 Voorstel NIC *Politieke visie op gezondheid 2030*, juni 2016.

2.6. Vergrijzing, chronische ziekten en levenseinde

Er gaat bijna geen dag voorbij zonder dat we iets horen over de uitdagingen in verband met de vergrijzing van de bevolking. In België bedraagt het aandeel van de bevolking ouder dan 65 jaar bijna 18% en het aandeel van de bevolking ouder dan 80 jaar 5%. Sommige landen zoals Japan, Korea, Duitsland of de mediterrane landen worden harder getroffen door dit fenomeen, maar onze cijfers zijn nauwelijks beter. Al vele jaren wordt een waaier aan hulp- en zorgverlening ontwikkeld in ons land en in alle andere landen die met vergrijzing geconfronteerd worden, om aan de behoeften van een verouderende samenleving te voldoen, gaande van ondersteuning en zorg thuis tot residentiële zorg en alle initiatieven die daar tussen liggen (dagopvang, onthaalcentra, kortverblijf ...). Maar hoe zit het met de prestatie van de systemen ouderenzorg? Hoe worden deze geëvalueerd? Wat zijn de resultaten voor België?

De 3 rapporten die in dit artikel worden geanalyseerd, bestuderen, onder andere, indicatoren met betrekking tot langdurige zorg en met name het gebruik van dergelijke diensten. De vergelijking op internationaal niveau is echter niet gemakkelijk. Hoe kunnen we er zeker van zijn dat de definitie voor langdurige zorg dezelfde is in België, Denemarken of Roemenië? De methodologische nota van het OESO-rapport bevat bovendien tal van beperkingen voor de interpretatie van deze gegevens, die daarom voorzichtig moeten worden geanalyseerd. Bovendien is het voor veel indicatoren moeilijk om hun resultaat te beschouwen als positief of negatief omdat hun interpretatie vraagt om een waardeoordeel.

De positieve punten van België met betrekking tot langdurige zorg

Wat de resultaatindicatoren betreft (levensverwachting, levensverwachting in goede gezondheid, aanwezigheid van beperkingen, ...), vertoont België vrij goede resultaten op internationaal niveau. Hoewel deze indicatoren worden opgenomen in het KCE-onderzoek en in de statistieken van de OESO, worden ze niet gebruikt door het EHCI. In deze klassering wordt er eigenlijk slechts één indicator bestudeerd die specifiek betrekking heeft op oudere personen, namelijk het aantal bedden in woonzorgcentra en het aantal woonzorgcentra per 100.000 inwoners voor 65-plussers. Deze, nochtans belangrijke, dimensie wordt dus slechts zeer onrechtstreeks bestudeerd in deze klassering.

Hoewel de verschillen op het gebied van levensverwachting tussen de OESO-landen eerder beperkt zijn, zijn de verschillen groter op het gebied van de levensverwachting in goede gezondheid. In 2013 bedroeg de levensverwachting in goede

gezondheid van 65-jarigen in België 11 jaar (voor mannen en vrouwen) tegenover gemiddeld 9 jaar in 24 OESO-landen (voornamelijk Europese landen). De verschillen variëren van 15 jaar voor IJsland tot slechts 4 jaar voor Slowakije. De hoeveelheid 65-plussers die aangeven in goede of zeer goede gezondheid te verkeren, ligt ook hoger dan het gemiddelde van 34 OESO-landen (in België verklaart meer dan de helft van de 65-plussers in goede of zeer goede gezondheid te verkeren). België is ook een van de ondervraagde landen dat een percentage aangeeft van de personen die verklaren te lijden aan matige of ernstige beperkingen in de dagelijkse activiteiten en zit onder het gemiddelde.

Informele zorg is ook belangrijk in ons land. Volgens de cijfers van de OESO verklaart 19,7% van de 50-plussers in te staan voor de zorg voor een familielid. De gezondheidsenquête van de Belgen schatte in 2013 dat 9% van de Belgen ouder dan 15 jaar bijstand heeft verleend aan een familielid. Het aantal mantelzorgers neemt duidelijk toe met de leeftijd. Dit is ook het geval voor de intensiteit van de hulpverlening (aantal uren gewijd aan de geholpen persoon). Hoewel het voor de geholpen persoon zeker een goede zaak is om voor een groot deel te kunnen rekenen op de steun van naasten, vullen informele mantelzorgers erg vaak het gebrek aan aanbod of de ontoegankelijkheid van professionele diensten op. Om de informele hulp echt te kunnen bevorderen, wat zeker gunstig zou zijn voor de hulpbehoevende persoon, pleit CM voor meer maatregelen die het voor de mantelzorgers mogelijk maken om hun werktijd aan te passen, pauzes te nemen en hen toegang geven tot informatie en een kwaliteitsvolle ondersteuning⁴⁸.

De negatieve punten van België met betrekking tot langdurige zorg

Hoewel de meeste oudere personen met verlies van zelfredzaamheid thuis kunnen worden verzorgd en begeleid, moeten we vaststellen dat er in België veel meer oudere personen zijn die residentiële langdurige zorg ontvangen (8,4% van de 65-plussers⁴⁹) dan thuis (4,9% van de 65-plussers). Is het werkelijk positief dat het EHCI België onder de best presterende landen klasseert op het gebied van aanbod aan bedden in woonzorgcentra en het aantal woonzorgcentra? Op internationaal niveau vertoont België inderdaad het hoogste aantal bedden voor langdurige zorg (in woonzorgcentra en ziekenhuizen) van de landen waarvoor deze cijfers beschikbaar zijn. Natuurlijk is het altijd beter om te beschikken over een voldoende residentieel aanbod dan een tekort te hebben, maar beantwoordt dit ook aan de behoeften en wensen van de bevolking? En zijn deze zorgen wel degelijk toegankelijk voor oudere personen? Geen enkele van de 3 studies onderzoekt deze dimensie. De cijfers van de FOD Economie, tot 2015, over

49 Anthierens S, Willemse E, Remmen R, Schmitz O, Macq J, Declercq A, Arnaut C, Forest M, Denis A, Vinck I, Defourny N, Farfan-Portet MI. Support for informal caregivers – an exploratory analysis. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2014. KCE Reports 223. D/2014/10.273/40.

50 Statistieken opgenomen door het KCE, aangeleverd door het Intermutualistisch Agentschap op basis van de verstrekkingen gefactureerd aan de verzekeringsinstellingen. De hulpverstrekkingen zijn dus niet opgenomen in deze statistieken.

de controle van de huisvestingsprijs in woonzorgcentra, leren dat de kostprijs voor een woonzorgcentrum erg vaak het bedrag van het minimumpensioen overschrijdt. Voor veel ouderen en afhankelijke personen is een opname in een woonzorgcentrum dus moeilijk of volledig onbetaalbaar.

Het KCE-rapport bevat een reeks andere indicatoren met betrekking tot ouderenzorg die we kunnen opnemen onder de negatieve punten. In de eerste plaats onthult het KCE-rapport, wat betreft de geneesmiddelensector, dat de inname van antidepressiva erg frequent is bij de oudere bevolking, in het bijzonder in woonzorgcentra. Dit roept vragen op over de geschiktheid van deze voorschriften. Ditzelfde rapport stelt ook dat overmatige polyfarmacie een bekend probleem is bij ouderen en een aantal implicaties heeft op de veiligheid van de zorgverlening.

De prevalentie van doorligwonden in woonzorgcentra is ook problematisch. De opvolging van diabetes bij personen ouder dan 50 jaar die orale antidiabetica innemen, wordt in het rapport eveneens minder goed beoordeeld. Slechts 19,1% van de personen die over een diabetespaspoort beschikken, geniet van een conventie of is opgenomen in het zorgtraject. Dit is bijzonder onrustwekkend omdat dit percentage bij insuline-afhankelijke diabetespatiënten (insuline-injecties) 90,8% bedraagt (het percentage voor de 50-plussers van de hele bevolking is niet beschikbaar). Tot slot onthult het rapport dat het percentage van personen dat overlijdt op hun gewoonlijke verblijfplaats (thuis of WZC) laag is en dit niet lijkt te verbeteren (% van terminale kankerpatiënten overleden op één jaar) wat in strijd is met de wil van de meeste oudere mensen. Over het algemeen zijn de resultaten van de indicatoren met betrekking tot zorg bij het levenseinde⁵⁰ (% van patiënten dat palliatieve zorg genoot, te late palliatieve zorg, chemotherapie binnen 14 dagen voor het overlijden) eerder matig voor België.

Al lang verwoordt CM haar eisen binnen dit domein rond volgende twee assen. De eerste as betreft de ontwikkeling van thuiszorg alsook van tussenliggende zorginfrastructuren, zoals centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra, revalidatiecentra, om tot een echt zorgcontinuüm te komen gericht op de behoeften van de persoon, waardoor het voor patiënten mogelijk wordt om langer thuis te blijven. Maar een dergelijk beleid kan alleen worden ingevoerd als de financiering (die nu al erg onvoldoende is) van de thuiszorgsector volledig wordt herzien. Bovendien moet er voor worden gezorgd dat deze vormen van zorgverlening betaalbaar zijn voor de leden.

Anderzijds blijft de opname in een woonzorgcentrum het meest passende antwoord op de behoeften van bepaalde personen met ernstig verlies van zelfredzaamheid en die zwaar zorgbehoevend zijn. Dit is de tweede as. Het is dus noodzakelijk om ook een kwaliteitsvol aanbod en een toereikende financiering te voorzien in de sector van de woonzorgcentra.

2.7. Houdbaarheid van het systeem

Het rapport van het KCE definieert de houdbaarheid van het systeem als haar vermogen om:

- duurzaam gefinancierd te worden door collectieve inkomsten;
- de nodige infrastructuur, human resources, faciliteiten en apparatuur te leveren en te onderhouden;
- te kunnen innoveren;
- in te spelen op nieuwe behoeften.

Het meten van de houdbaarheid van een gezondheidszorgsysteem is dus een bijzonder ruim en heterogeen begrip. Het is ook moeilijk te evalueren omdat de interpretatie van deze indicatoren een waardeoordeel vereist en het resultaat van deze beoordeling niet altijd duidelijk als positief of negatief kan worden aanzien. Is het een goede of slechte zaak als een land een groot deel van haar BBP en haar publieke uitgaven wijdt aan gezondheidszorg? Is het goed of slecht om alle nieuwe geneesmiddelen onmiddellijk op de markt te brengen? Om altijd snel toegang te hebben tot de nieuwste medische technologieën?

Wat kunnen we anderzijds leren van de houdbaarheidsindicatoren met betrekking tot de performantie van een gezondheidszorgsysteem? Een systeem zou financieel houdbaar kunnen zijn zonder dat er bevredigende gezondheidsresultaten worden verkregen en omgekeerd. Terwijl de rapporten van het KCE en de OESO deze verschillende aspecten van de houdbaarheid aankaarten (financiële houdbaarheid, human resources, infrastructuur, innovatie), kaart de EHCI-klassering deze dimensie met betrekking tot de houdbaarheid op lange termijn van het systeem, niet aan. In dit deel spreken we hoofdzakelijk over de financiële houdbaarheid van de systemen. De andere dimensies met betrekking tot de houdbaarheid (zorgaanbod, human resources, infrastructuur) zijn reeds in andere delen in dit artikel aangekaart.

In 2013 hebben de Europese landen gemiddeld 8,9% van hun BBP gewijd aan gezondheidsuitgaven. Net zoals Duitsland, Frankrijk of Nederland heeft België in 2013 meer dan 10% van haar BBP gewijd aan uitgaven voor de gezondheidszorg. De uitgaven van Verenigde Staten stijgen opnieuw ruim boven het Europees gemiddelde, met 16,4% van hun BBP. De hoge uitgaven voor gezondheidszorg leiden echter niet noodzakelijk tot een hogere levensverwachting. Op dit gebied is het voorbeeld van de Verenigde Staten een van de meest opvallende, want ondanks de aanzienlijke uitgaven is de levensverwachting er veel lager dan in de meeste andere ontwikkelde landen.

Hoewel de uitgaven voor gezondheidszorg, in % van het BBP, tussen 2000 en 2009 in Europa (alsook in de andere OESO-landen) op een constante manier zijn gestegen, stellen we tussen 2009 en 2013 een stagnatie (of in sommige landen zelfs

51 Deze worden verricht door het Kankerregister en het IMA en hebben dus uitsluitend betrekking op patiënten met terminale kanker.

een daling) vast van de uitgaven van het BBP, wat een direct gevolg is van de economische crisis. Getuige daarvan is de evolutie van de gezondheidsuitgaven per inwoner van "voor" en "na" de crisis. Tussen 2005 en 2009 bedroeg de gemiddelde groei van deze uitgaven 3,4% per jaar in de OESO-landen tegen 0,6% per jaar na de crisis. Hetzelfde werd tussen 2005 en 2009 vastgesteld in België: de uitgaven per inwoner stegen gemiddeld met 3,2% per jaar ten opzichte van 0,5% vanaf 2009. Op internationaal niveau waren de sectoren die een grote vertraging van hun groei kenden: de farmaceutische producten (wat in sommige landen een goede zaak is gezien het startniveau van de uitgaven), preventie (voor de crisis was dit ook al het domein dat het minste aandacht kreeg) en de uitgaven voor de administratie en het beheer van gezondheidszorgsystemen. De laatste twee sectoren vertonen zelfs een negatieve groei over de periode 2009-2013.

De uitgaven van België worden op de volgende manier opgedeeld:

- 29% voor verzorging in ziekenhuizen;
- 25% voor ambulante zorgen;
- 22% voor langdurige zorg;
- 16% voor medische goederen (voornamelijk geneesmiddelen);
- 7% voor diensten voor de gemeenschap (preventie, openbare gezondheidsprogramma's en administratie/beheer van het systeem).

België is het land dat het meeste uitgeeft aan langdurige zorg. Maar we hebben gezien dat er nog tal van punten zouden kunnen worden verbeterd.

De publieke gezondheidsuitgaven (ondersteund door de overheid en instellingen voor sociale zekerheid) vertegenwoordigen bijna 78% van de totale gezondheidsuitgaven in België. De private uitgaven zijn goed voor iets meer dan 22% van de totale uitgaven. De private uitgaven worden opgedeeld in 18% rechtstreekse betalingen door huishoudens (remgelden, toeslagen, geneesmiddelen die niet worden terugbetaald, ...) en 4% betaling van premies aan particuliere verzekeringen. In vergelijking met onze directe buurlanden (Frankrijk, Duitsland, Nederland en Luxemburg), wordt de gezondheidszorg in ons land grotendeels gefinancierd door de privésector. Een ander opmerkelijk feit: het OESO-rapport toont aan dat het sinds 2005 de uitgaven voor private verzekeringen zijn die altijd het hoogste groeipercentage vertonen.

De totale uitgaven voor gezondheidszorg zijn in ons land dus hoog maar blijven binnen het Europese gemiddelde. Voor de economische crisis was er een continue en algemene groei die hoger was dan de toename van het BBP (respectievelijk 2,5% en 1,1% in reële termen in de afgelopen 10 jaar). Het Planbureau voorziet voor de toekomst een stijging van de uitgaven met gemiddeld 2,2% per jaar, terwijl de wettelijke groeinorm voor het gezondheidszorgbudget slechts 1,5% is in ons land.

Bij de vaststelling van deze groeinorm is er dus onvoldoende rekening gehouden met de gezondheidsbehoeften van de

patiënt en hun evolutie. Bij een ongewijzigd beleid riskeren de toekomstige gezondheidszorgbudgetten dus systematisch te zullen worden overschreden.

De vele maatschappelijke crises die we nu meemaken (op vlak van financiën, economie, milieu, voeding, energie) doen ons het huidige sociaaleconomische model in twijfel trekken, dat te sterk afhankelijk is van groei. Dat vormt een reële uitdaging voor de haalbaarheid en de financiering van onze mechanismen voor collectieve solidariteit in het algemeen en voor ons gezondheidszorgsysteem in het bijzonder. Hoewel de efficiëntie een cruciale missie is van ons gezondheidsbeleid, kan het gebrek aan doeltreffendheid nooit als een excuus worden gebruikt om onvoldoende te investeren in gezondheid. Er is een structurele aanpak van de huidige en toekomstige uitdagingen nodig en we moeten ervoor zorgen dat de middelen altijd overeenkomen met de werkelijke behoeften. Gezondheid is een van de pijlers van een gezonde economie en elke euro die correct wordt geïnvesteerd in de gezondheid genereert meerwaarden voor onze samenleving.

3. Conclusie

De laatste jaren stelde de ontwikkeling van informatie- en communicatietechnologie ons in staat om toegang te krijgen tot een groot aantal gegevensbronnen. Hoewel veel domeinen nog moeten worden onderzocht (mentale gezondheid, eHealth, zorg voor oudere personen en chronisch zieken, ...), beschikken we op dit ogenblik over een schat aan informatie over onze gezondheidszorgsystemen. Diverse spelers zijn vandaag de dag bereid om te proberen een evaluatie te maken van de performantie van onze systemen. Als mutualiteit zijn we natuurlijk altijd geïnteresseerd in dit soort oefeningen. De CM wil, net zoals andere spelers, weten of ons gezondheidszorgsysteem beantwoordt aan de behoeften van de patiënten en burgers, of er zo goed mogelijk gebruik wordt gemaakt van de middelen en men zich aanpast aan de huidige en toekomstige uitdagingen.

Uit deze verschillende onderzoeken blijkt dat ons land zich voor een groot aantal indicatoren tussen de best presterende landen bevindt. Sommige fundamentele aspecten zouden echter nog kunnen worden verbeterd. De kosten die door de patiënten moeten worden gedragen blijven hoog in ons land, wat de financiële toegankelijkheid van zorg beperkt en de meest kwetsbare personen ertoe dwingt om hun zorgen uit te stellen. Het preventiebeleid zou ook op grote schaal kunnen worden versterkt door de opsporing van bepaalde ziekten te verbeteren en door te investeren in gezondheidsvoorlichting. In andere sectoren zoals de mentale gezondheid, geneesmiddelen of langdurige zorgverlening, moet er nog veel vooruitgang worden geboekt als we willen beantwoorden aan de behoeften van de bevolking.

Het doel van dit artikel was tweeledig. Enerzijds wilden we de resultaten van drie onderzochte rapporten presenteren. De

combinatie van deze bronnen geeft ons een overzicht van de positieve en negatieve punten van ons gezondheidszorgsysteem, zowel op nationaal als internationaal niveau. Onze tweede doelstelling was de aandacht van de lezer te vestigen op de beperkingen van dit soort onderzoek. We mogen immers niet vergeten dat de internationale vergelijkingen een delicate oefening uitmaken en dat de definities die zijn opgesteld en gebruikt om de indicatoren te definiëren aanzienlijk kunnen verschillen van land tot land. Bijgevolg is het interessant om bepaalde gegevensbronnen te kruisen als het gaat om het analyseren van de prestaties van onze gezondheidssystemen. Als België voor een bepaalde indicator bevredigende resultaten op internationaal niveau kan laten zien, wil dit niet zeggen dat er op nationaal niveau geen verbetering mogelijk is. Dit is ook de reden waarom we, waar mogelijk, de resultaten van deze rapporten hebben aangevuld met gegevens en aanbevelingen uit de gezondheidsenquête van de Belgen, maar ook met resultaten van studies en onderzoeken uitgevoerd door CM. Tot slot wijzen we op de beperkingen in de interpretatie van bepaalde gegevens. De resultaten van bepaalde indicatoren kunnen niet altijd gemakkelijk als positief of negatief aanzien worden wanneer ze afhankelijk zijn van het vellen van een waardeoordeel en de ideologie weerspiegelen die ten grondslag ligt aan een gezondheidszorgsysteem of aan het analyserapport.