

Performantie van het Belgische gezondheidssysteem

Eerste stappen naar het meten...



Inhoud

Inleiding	2
I. Stand van zaken met betrekking tot de bestaande informatie	4
II. Inventaris van de behoeften	5
III. Conceptueel kader van de performantie van het gezondheidssysteem	6
IV. Definities met betrekking tot de dimensies van de performantie	8
V. Sterktes en zwaktes van het Belgische gezondheidssysteem op basis van het geheel van de gekozen performantie-indicatoren	10
VI. Wat zijn de resultaten?	20
Bijlagen : Reeks indicatoren op basis waarvan bepaalde dimensies van de performantie worden geïllustreerd	23
Fiche 1 - Toegankelijkheid van de zorg: medische densiteit	24
Fiche 2 - Duurzaamheid van de zorg:gezondheidsuitgaven	28
Fiche 3 - Toegankelijkheid van de zorg: financieringsgraad	30
Fiche 4 - Aangepastheid van de zorg	34
Fiche 5 - Veiligheid van de zorg: infecties en antibioticaresistentie	38
Fiche 6 - Veiligheid van de zorg: blootstelling aan ioniserende stralen	42
Fiche 7 - Preventiebeleid: vaccinatie	44
Lijst van afkortingen	47

Inleiding

In deze brochure wordt een overzicht gegeven van de inspanningen die België momenteel levert op het vlak van de evaluatie van de performantie van de gezondheidszorg. Die inspanningen vormen het onderwerp van een basisrapport “Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem” dat in juli 2010¹ is gepubliceerd.



De volledige versie van het rapport staat op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg www.kce.fgov.be, rubriek “publicaties”.

Met het rapport over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem worden 2 verbintenissen nagekomen:

- de eerste die in het regeerakkoord van 18 maart 2008² is opgenomen inzake volksgezondheid: “De performantie van onze gezondheidssystemen alsook de kwaliteit moeten op basis van meetbare doelstellingen worden geëvalueerd”
- de tweede die voortvloeit uit het Handvest van Tallinn³ van 27 juni 2008 over de gezondheidssystemen waarin België zich, onder andere, verbonden heeft tot “het bevorderen van de transparantie en rekenschap afleggen over de performantie van de gezondheidssystemen door de publicatie van meetbare resultaten”.

¹ Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, Vinck I, Denis A, Meeus P, Van Oyen H, Leonard C, Een eerste stap naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports vol 128A (D/2010/10.273/25)

² Regeerakkoord 2008-2011, 18-03-2008

³ Handvest van Tallinn: “Health Systems for Health and Wealth” (Gezondheidsstelsels voor gezondheid en welvaart), Europese ministeriële conferentie van de WGO over de gezondheidsstelsels “Gezondheidsstelsels, gezondheid en welvaart”, 27-06-2008

De doelstellingen van dit rapport:

- enerzijds nagaan hoe een systeem voor de evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem kan worden uitgewerkt
- anderzijds de mogelijke toepassing ervan in België onderzoeken door een eerste reeks indicatoren samen te stellen en te bepalen.

Het rapport is er gekomen onder de verantwoordelijkheid van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). De administraties die met Sociale Zaken en Volksgezondheid te maken hebben, ongeacht of ze gewestelijk, gemeenschappelijk of federaal zijn, zijn ook bij het project betrokken.

Samen hebben ze gedurende 18 maanden de volgende stappen gezet:

1. opstellen van een inventaris van de performantiesystemen in de andere landen om een conceptueel kader voor België uit te werken
2. opmaken van een stand van zaken met betrekking tot de bestaande informatie en de instrumenten valideren
3. opmaken van een inventaris van de behoeften aan een dergelijk instrument bij de beslissingsbevoegde personen of organen
4. opstellen van een sneuveltekst over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem.

I. Stand van zaken met betrekking tot de bestaande informatie

In tegenstelling tot buurlanden zoals Nederland en het Verenigd Koninkrijk, is België op het vlak van de ervaring en de competenties om de performantie van het gezondheidssysteem te evalueren, beperkt tot enkele initiatieven en andere studies. Geen enkele van die studies gaat echter gepaard met een systematische evaluatie van de performantie.

De Belgische gezondheidsgegevens zijn bovendien niet altijd beschikbaar in het buitenland. Als men de gegevens over België onderzoekt die door internationale organisaties zoals de OESO of de WGO worden voorgesteld, dan stelt men vast dat ze vaak onvolledig zijn of ontbreken. Uit het rapport blijkt dat respectievelijk 29 % van de OESO-gegevens en 73 % van de WGO-gegevens ontbreken of te laat zijn geleverd in 2007.

De lacunes zijn vooral te vinden bij de sterftcijfers en in mindere mate bij die van de chronische zorg. Er wordt ook gewezen op internationale verschillen in de interpretatie (zie Fiche 1: “Toegankelijkheid van de gezondheidszorg: medische densiteit” p. 24).

II. Inventaris van de behoeften

De ondervraagde decisionmakers onderstrepen het belang van een gemeenschappelijk en gezamenlijk instrument voor alle administraties om:

- de internationale vergelijkingen te valideren
- de gezondheidsprogramma's te evalueren
- de performantie van het gezondheidssysteem te verbeteren
- rekenschap af te leggen.

III. Conceptueel kader van de prestatie van het gezondheidssysteem

Het “Conceptueel en contextueel kader van de prestatie van het gezondheidssysteem” bevat de informatie die specifiek kan zijn voor het Belgische gezondheidssysteem en die onontbeerlijk is voor de interpretatie van de prestatie van het gezondheidssysteem.

Aangezien voor een holistische benadering van de prestatie van het gezondheidssysteem is gekozen, maken we een onderscheid tussen 3 met elkaar verbonden niveaus: de gezondheidstoestand, de niet-medische bepalende elementen van de gezondheid en het gezondheidssysteem.

Het gezondheidssysteem omvat 5 domeinen:

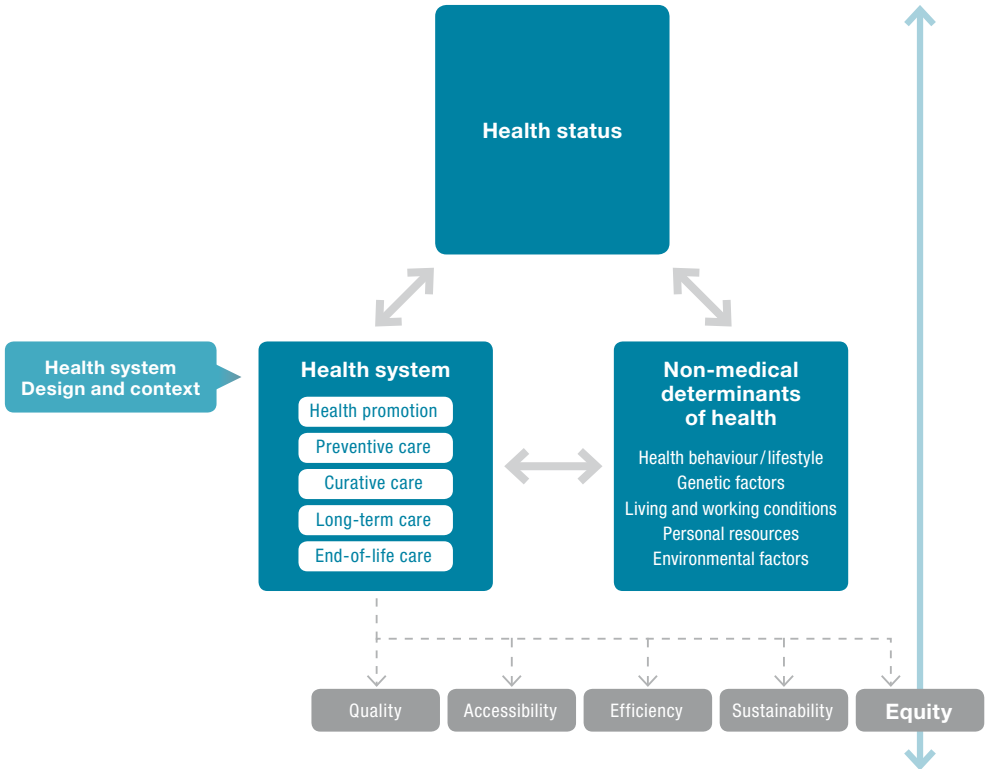
- de gezondheidspromotie
- de preventieve zorg
- de curatieve zorg
- de verzorging op lange termijn
- de palliatieve zorg.

De prestatie van het gezondheidssysteem, dat voor elk domein van het gezondheidssysteem wordt voorgesteld en geanalyseerd, berust op 4 belangrijke elementen:


- de kwaliteit
- de toegankelijkheid
- de efficiëntie
- de duurzaamheid/continuïteit.

en een overkoepelende dimensie, de billijkheid, die terug te vinden is in de 3 niveaus van het kader.

Begrippen in het kader van de prestatie van het Belgische gezondheidssysteem



IV. Definities met betrekking tot de dimensies van de performantie

 De **kwaliteit** van de gezondheidszorg wordt getoetst aan de hand van 5 subdimensies.

- **Doeltreffendheid:** in welke mate worden de gewenste resultaten bereikt, rekening houdend met een voldoende aanbod van “evidence based” gezondheidszorg voor al wie er recht op heeft, maar niet voor diegenen die er geen baat bij zouden hebben?
- **Aangepastheid:** in welke mate biedt de verleende gezondheidszorg een antwoord aan de medische noden, rekening houdend met de beste bestaande evidentie?
- **Veiligheid:** in welke mate beschikt het systeem over de gepaste structuren, staat het in voor dienstverlening en levert het resultaten op, op een manier die de gebruiker, de dienstverlener of de omgeving behoedt voor schade?
- **Patiëntgerichtheid:** in welke mate plaatst een systeem de patiënt/gebruiker in het middelpunt van de gezondheidszorg?
- **Continuïteit:** in welke mate wordt de gezondheidszorg voor specifieke gebruikers tussen dienstverleners en instellingen doorheen de tijd op gedegen wijze georganiseerd?

abc Toegankelijkheid: in welke mate hebben de patiënten gemakkelijk toegang tot de geneeskundige verstrekkingen, op het vlak van fysieke toegankelijkheid (geografisch, spreiding), kosten, tijd, culturele toegankelijkheid (bijv. religie), psychologische toegankelijkheid en aanwezigheid van gekwalificeerd personeel?

abc Efficiëntie: in welke mate wordt de juiste hoeveelheid middelen (bijv. geld, tijd en personeel) ingezet voor het systeem (macroniveau) en wordt er voor gezorgd dat deze middelen worden gebruikt om een zo groot mogelijke winst of zo goed mogelijk resultaat te behalen?

abc Duurzaamheid: in welke mate laat het systeem toe om:

- infrastructuur ter beschikking te stellen en te behouden zoals personeel (bijv. via opleiding en training), voorzieningen en uitrusting
- innoverend te zijn
- een antwoord te vinden op bestaande noden?

abc Billijkheid: in welke mate behandelt het systeem iedereen op rechtvaardige wijze? Billijkheid slaat zowel op de spreiding van de financiële last van de gezondheidszorg als op de spreiding van de gezondheidszorg en haar voordelen over een bevolking?

V. Sterktes en zwaktes van het Belgische gezondheidssysteem op basis van het geheel van de gekozen performantie-indicatoren

Keuze van de indicatoren

De sneuveltekst bevat een bewust beperkt gehouden lijst van **55 performantie-indicatoren** (zie tabel p. 12 tot 19). Het is hier niet de bedoeling om voor elke (sub)-dimensie exhaustief te zijn, maar om valabele indicatoren te kiezen.

De keuzes zijn pragmatisch getint: de voorkeur gaat uit naar de indicatoren die in de buitenlandse performantieverslagen waren gevalideerd of die op internationaal niveau waren voorgesteld om desgevallend over vergelijkbare waarden te beschikken.

Het gaat niet om een definitieve reeks. Die selectie zou later specifiekere indicatoren kunnen bevatten over de bijzonderheden van ons gezondheidssysteem waarbij de sturing (meten van de evolutie) altijd een doelstelling blijft.

De interpretatie van de resultaten wil globaliserend zijn: de performantiegraad wordt beoordeeld op basis van het evenwicht tussen de verschillende functies/dimensies.

In een dergelijk model **is een alleenstaande indicator van weinig betekenis**. Dat neemt echter niet weg dat bijzondere of prioritaire aandacht wordt besteed aan bepaalde aspecten.

Bij gebrek aan valabele indicatoren of beschikbare informatie zijn niet alle aspecten die in het conceptueel kader worden gedefinieerd al omschreven. 11 van de 55 indicatoren zijn hierdoor niet gedocumenteerd (zie tabel p. 12 tot 19):

- sommige dimensies en subdimensies worden slecht of weinig beschreven:
 - de patiëntgerichtheid
 - de continuïteit
 - de billijkheid
- sommige domeinen van de geneeskundige verzorging zijn niet of onvoldoende gedocumenteerd:
 - de palliatieve zorg
 - de chronische zorg
 - de verzorging van bejaarden
 - de psychiatrische zorg

Kortom, dit rapport biedt een eerste algemene indruk van de prestatie van ons systeem, dat heel genuanceerd en behoedzaam moet worden geïnterpreteerd.

Sterktes en zwaktes van het Belgische gezondheidssysteem op basis van het geheel van de gekozen performantie-indicatoren

Dimensies	Indicatoren
Werkelijke efficiëntie	<p>Preventieve zorg/gezondheidspromotie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Borstkankerscreening via mammo-test bij vrouwen tussen 50 en 69 jaar 2. Andere mammografie bij vrouwen tussen 50-69 jaar 3. Screening van baarmoederhalskanker bij vrouwen tussen 25 en 64 jaar 4. Screening van colorectale kanker bij personen van 50 jaar en ouder 5. Griepvaccinatie 6. Vaccinatiegraad bij kinderen van 2 jaar 7. Aantal acute opnames wegens pneumonie of griep 8. Percentage dagelijkse rokers 9. Consumptie van fruit en groenten 10. Alcoholconsumptie 11. Zoutconsumptie 12. Borstvoeding 13. Jaarlijks tandartsbezoek 14. Cariës, tandverlies en tandvullingen op de leeftijd van 12 jaar 15. Cardiovasculaire screening bij personen tussen 45 en 75 jaar <p>Curatieve zorg</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Overlevingspercentage na 5 jaar bij darmkanker 17. Kindersterfte 18. Vroegtijdig overlijden 19. Overlevingspercentage na 5 jaar bij borstkanker 20. Overlevingspercentage na 5 jaar bij baarmoederhalskanker 21. Overlijden in het ziekenhuis na een heupbreuk 22. Overlijden in het ziekenhuis na een "community acquired pneumonie" <p>Langetermijnzorg</p> <ol style="list-style-type: none"> 23. Ernstige met diabetes gelieerde amputaties
<p>In het zwart: hoofdindicatoren / in het blauw: secundaire indicatoren / in het oranje: niet-gedocumenteerde indicatoren</p>	

Sterktes	Zwaktes	Evolutie	Voorgestelde acties
<p>Middelmatige tot goede vaccinatiëgraad</p> <p>Over het algemeen genomen, zijn de resultaten van de gezondheids promotie middelmatig</p>	<p>Zwak resultaat kankerscreening in vergelijking met andere landen</p> <p>Belangrijke verschillen op het vlak van de kankerscreening-resultaten</p> <p>Ongelijk gedrag bij gezondheids-promotie</p> <p>Onvolledige gegevens over de specifieke mortaliteit</p> <p>Hoge sterftegraad in het ziekenhuis (bij heupbreuk en pneumonie)</p>	<p>Vooruitgang kankerscreening (+)</p> <p>Vooruitgang op het vlak van de gezondheidspromotie (+)</p>	<p>Opvoeren van de inspanningen om het aantal kankerscreeningen te verhogen</p> <p>Opvoeren van de inspanningen om de minderbedeelde socio-economische groepen te bereiken</p> <p>De indicatoren zullen in 2011 beschikbaar zijn</p> <p>Onderzoek in functie van het risico</p> <p>Indicatoren moeten worden ontwikkeld</p>
<p>(+) gunstige evolutie, (-) ongunstige evolutie</p>			

Sterktes en zwaktes van het Belgische gezondheidssysteem op basis van het geheel van de gekozen performantie-indicatoren (vervolg)

Dimensies	Indicatoren
Aangepastheid	<p>Preventieve zorg/gezondheids promotie</p> <p>24. Mammografie bij vrouwen van minder dan 50 jaar of meer dan 71 jaar</p> <p>Curatieve zorg</p> <p>25. Gebruik en verspreidingssnelheid van de minimale invasieve chirurgische technieken</p> <p>26. Gebruik van protocols of speciale aanbevelingen van goede praktijk in risicovolle of complexe procedures</p> <p>27. Aantal keizersnedes per 1.000 levend geboren kinderen</p> <p>28. Hysterectomie volgens sociale klasse</p> <p>Algemeen</p> <p>29. Voorschrift overeenkomstig de aanbevelingen van goede praktijk</p>
<p>In het zwart: hoofdindicatoren / in het blauw: secundaire indicatoren / in het oranje: niet-gedocumenteerde indicatoren</p>	

	Sterktes	Zwaktes	Evolutie	Voorgestelde acties
	<p>Groot aandeel minimale invasieve chirurgische technieken</p> <p>Aantal keizersnedes onder het internationale gemiddelde</p>	<p>Hoog aantal mammografieën in de groep van vrouwen die niet in aanmerking komen voor massascreening</p> <p>Hoog aantal hysterectomieën in vergelijking met andere landen</p> <p>Aanzienlijke blootstelling van de patiënten aan ioniserende straling van medische oorsprong</p>	<p>Snelle penetratie van minimale invasieve chirurgische technieken (+)</p> <p>Toename aantal keizersnedes (-)</p> <p>Afname van het aantal hysterectomieën (+)</p> <p>Toenemende blootstelling aan ioniserende straling van medische oorsprong (-)</p>	<p>Onderzoeken van de relevantie van die mammografieën (Project KCE 2010)</p> <p>Opvoeren inspanningen op het vlak van EBM</p> <p>Aanmoedigen van procedures met minder straling</p>
<p>(+) gunstige evolutie, (-) ongunstige evolutie</p>				

Sterktes en zwaktes van het Belgische gezondheidssysteem op basis van het geheel van de gekozen performantie-indicatoren (vervolg)

Dimensies	Indicatoren
<p>Veiligheid</p>	<p>Curatieve zorg 30. Incidentie van ernstige ongewenste gevolgen van een bloedtransfusie 31. Incidentie van infecties verbonden met geneeskundige verzorging 32. Incidentie van doorligwonden in de ziekenhuizen 33. Incidentie van postoperatieve infecties in het operatiekwartier</p> <p>Langtermijnzorg 34. Incidentie van de doorligwonden: a. in de centra voor langdurige behandeling b. bij risicopersonen</p> <p>Algemeen 35. Aantal nosocomiale infecties door MRSA 36. Aantal voorschriften voor antibiotica 37. Blootstelling aan medische straling</p>
<p>Continuïteit</p>	<p>Curatieve zorg 38. Gemiddelde verblijfsduur</p> <p>Algemeen 39. Aantal personen die niet bij een huisarts zijn ingeschreven</p>
<p>Toegankelijkheid</p>	<p>Preventieve zorg/gezondheidspromotie 40. Graad van preventieve gezondheidszorg voor kinderen in de groepen met een hoog risico</p> <p>Langtermijnzorg 41. Bijkomende kosten wegens ziekte voor chronische patiënten</p> <p>Algemeen 42. Aantal artsen en verpleegkundigen 43. Verzekerde bevolking 44. Bedrag van de persoonlijke uitgaven van de verzekerden</p>
<p>In het zwart: hoofdindicatoren / in het blauw: secundaire indicatoren / in het oranje: niet-gedocumenteerde indicatoren</p>	

	Sterktes	Zwaktes	Evolutie	Voorgestelde acties
	Relatief goede veiligheid van de opgenomen patiënt		Incidentie van MRSA in dalende lijn (+) Toenemende blootstelling aan ioniserende straling van medische oorsprong (-)	Blijven sensibiliseren van de bevolking en de voorschrijvers
		De patiënten blijven gemiddeld langer in het ziekenhuis dan in andere landen Relatief laag aantal patiënten met een globaal medisch dossier (GMD)	Meer inschrijvingen (+)	Versnelde ontwikkeling van alternatieven voor ziekenhuisopname Blijven sensibiliseren van de bevolking en de voorschrijvers
	Hoge graad verzekering geneeskundige verzorging Goed systeem van sociale bescherming, grote geografische toegankelijkheid van de curatieve zorg	Beschikbaarheid geschikt personeel moeilijk te evalueren Vrij hoge persoonlijke uitgaven		Invullen kadaster van medisch personeel Internationale vergelijkbaarheid van de gezondheidsrekeningen
<p>(+) gunstige evolutie, (-) ongunstige evolutie</p>				

Sterktes en zwaktes van het Belgische gezondheidssysteem op basis van het geheel van de gekozen performantie-indicatoren (vervolg)

Dimensies	Indicatoren
Efficiëntie	<p>Curatieve zorg 45. Chirurgische daghospitalisatie</p> <p>Langetermijnzorg 46. Gebruik van technologieën voor thuisverzorging en aandeel van de dialysepatiënten die thuis dialyse krijgen</p>
Duurzaamheid	<p>Algemeen 47. Gezondheidsuitgaven op basis van het Systeem van de Gezondheidsrekeningen (SHA - System of Health Accounts) 48. Systeem maximumfactuur 49. Kwalificatiegraad van de beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg 50. Gediplomeerden in gezondheidswetenschappen 51. Gediplomeerden in verpleegwetenschappen 52. Jaarlijks bedrag Bijzonder Solidariteitsfonds 53. Aantal huisartsen die een medisch elektronisch dossier gebruiken 54. Patiëntendagen in acute zorg per hoofd 55. Aantal bedden in acute zorg</p>

In het zwart: hoofdindicatoren / in het blauw: secundaire indicatoren / in het oranje: niet-gedocumenteerde indicatoren

	Sterktes	Zwaktes	Evolutie	Voorgestelde acties
	<p>Over het algemeen een efficiëntere organisatie van de verzorging van de opgenomen patiënten (gebruik van minimale invasieve chirurgische technieken, ziekenhuistrajecten)</p> <p>Goede penetratie van chirurgische daghospitalisatie</p>	<p>Nochtans blijven de patiënten gemiddeld langer in het ziekenhuis dan in andere landen</p> <p>Onaangepaste verzorging</p>	<p>Recente vooruitgang in aanbod ambulante zorg en daghospitalisatie (+)</p>	<p>Opvoeren inspanningen om de EBM te ontwikkelen</p>
	<p>Hoog aantal gediplomeerden in geneeskunde en verpleegwetenschappen</p> <p>Middelmatige informatisering van de eerstelijnszorg</p>	<p>Totale gezondheidsuitgaven relatief hoog</p> <p>Onzekerheid over de afstemming tussen beschikbaar personeel en de behoeften van de bevolking</p>		<p>Onderzoeken van behoeften gezondheidspersoneel rekening houdend met de demografische en epidemiologische ontwikkelingen en de gezondheidstoestand van de bevolking</p> <p>De penetratie van informatietechnologieën verbeteren</p>

(+) gunstige evolutie, (-) ongunstige evolutie

VI. Wat zijn de resultaten?

De resultaten zijn in meer dan 1 opzicht opvallend⁴

1. Algemene resultaten

- België besteedde in 2007 meer dan 32 miljard EUR aan gezondheid, wat uitgedrukt in % van het bruto binnenlands product of uitgaven per inwoner, een van de hoogste cijfers is in Europa (Fiche 2 p. 28).
- Dankzij die cijfers bevindt België zich in een goede positie op het vlak van beschikbare middelen of penetratiegraad van nieuwe technieken.
- Bijna de volledige bevolking is verzekerd door de verzekering voor geneeskundige verzorging. Het aandeel van de persoonlijke uitgaven (out-of-pocket) blijkt echter hoog in vergelijking met andere landen (Fiche 3 p. 30).

2. Verhouding van de resultaten tot de ingezette middelen

Het rapport biedt geen eenduidig antwoord op die vraag. Hoewel de situatie in België niet slecht is en gunstig evolueert, kampt ze met een achterstand in enkele domeinen vergeleken met het Europese gemiddelde.

- De markers met betrekking tot de kwaliteit van de gezondheidszorg roepen vragen op inzake aangepastheid (Fiche 4 p. 34), veiligheid (Fiches 5 en 6 p. 38 en 42) of continuïteit van de verzorging. De algemene efficiëntie van de verzorging kan moeilijk worden beoordeeld door een gebrek aan volledige gegevens over de mortaliteit en de overleving.

⁴ Ter illustratie van deze brochure hebben wij de "krachtigste" van de gedocumenteerde indicatoren gekozen.

- Hoewel de vaccinatiegraden in België tot de hoogste behoren (Fiche 7 p. 44) moeten er op het vlak van gezondheidspreventie en -promotie inspanningen worden geleverd inzake screening (baarmoederhals, borst en colorectaal) en gezondheidspromotie waarvoor de cijfers zeer verschillend zijn naargelang van het socio-economische statuut van de rechthebbende.

3. De balans

Dit project heeft meerdere positieve punten opgeleverd:

- de ontwikkeling van een continue en regelmatige actieve samenwerking tussen de administraties, een belangrijke factor voor (aanpak van) de uitwerking en de perceptie van het rapport
- een kritische reflectie over de aard van de gegevens die op internationaal vlak moeten worden doorgestuurd en over de conclusies die die instellingen over België trekken.
- een reflectie over de optimalisatie en het gebruik van de databanken die in België beschikbaar zijn.

Gezien de bemoedigende resultaten heeft de Belgische overheid beslist om het instrument verder te gebruiken.

Concreet verschijnt het volgende rapport over de performantie in december 2012, waarbij de volgende doelstellingen worden vooropgezet:

- verfijnen en aanpassen van de reeks indicatoren, rekening houdend met de specifieke kenmerken van het Belgische gezondheidssysteem en volgen van de evolutie van het systeem
- vervolledigen met domeinen en thema's die nog niet aan bod komen.

Bijlagen

Reeks indicatoren
op basis waarvan
bepaalde dimensies
van de performantie
worden geïllustreerd



Fiche 1 - Toegankelijkheid van de zorg: medische densiteit

De medische densiteit lijkt boven het gemiddelde van de EU-15 te liggen

Volgens de gegevens van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu is het **absolute aantal artsen** (m.a.w. alle artsen ongeacht hun activiteitsgraad) gestegen van 43.620 in 2005 tot 44.727 in 2007. Belangrijke vaststelling: de gegevens van de FOD tonen duidelijk aan dat de medische beroepen meer en meer door vrouwen worden uitgeoefend.

De raming van het totale aantal actieve artsen in België wordt op zeer uiteenlopende manieren geïnterpreteerd. Voor de internationale vergelijking vertrekt de OESO van het aantal bij het RIZIV ingeschreven artsen. Op basis van die gegevens schat men dat België 4,03 artsen per 1.000 inwoners telt, **één van de hoogste concentraties in de wereld**. Zie grafiek 1

Als we echter alleen de artsen met een profiel in aanmerking nemen (dat zijn de artsen die ten minste één klinische verstrekking hebben verleend [raadplegingen, bezoeken, technische handelingen]), bedraagt het aantal artsen per 1.000 inwoners 3,18 in 2007, wat **lager is dan het gemiddelde van de EU-15**.

Er kan dus worden gesteld dat noch in de gegevens over de “actieve” artsen, noch in die over de artsen met een profiel rekening wordt gehouden met de werkelijke (klinische) activiteitsgraad van de artsen en dat ze daardoor als overschattingen kunnen worden beschouwd.

Het voorbeeld van de **huisartsen** toont aan hoe belangrijk het is een activiteitsniveau vast te stellen.

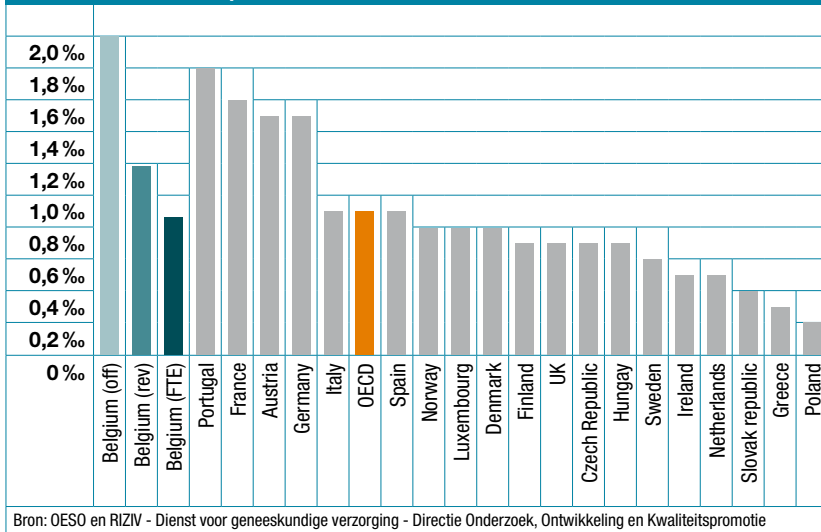
In 2008 publiceerde het RIZIV een studie waarin het aantal actieve huisartsen en het aantal voltijds equivalenten (VTE) in 2005 werden geëvalueerd. In plaats van de 20.800 artsen die de OESO had geregistreerd, heeft men slechts 12.097 huisartsen geteld die meer dan 500 patiëntencontacten per jaar hadden.

Het activiteitsniveau kan ook worden uitgedrukt in aantallen voltijds equivalenten, die op 8.642 VTE worden geraamd (met 41-42 werkuren per week en 14-27 patiëntencontacten per dag).

In België kan de concentratie aan huisartsen per 1.000 inwoners (met inbegrip van artsen in opleiding) schommelen tussen 2,00 (aantal ingeschreven artsen), 1,19 (als de artsen met een activiteitsdrempel van 500 patiëntencontacten in aanmerking worden genomen) of 0,85 (in VTE).

Via [grafiek 2](#) kunnen de aantallen huisartsen volgens de verschillende berekeningsmethodes worden vergeleken met de internationale cijfers.

Grafiek 2 - Internationale vergelijking van de concentraties huisartsen in 2007
Dichtheid per 1.000 inwoners - Actieve huisartsen



- De 1^e kolom stemt overeen met het cijfer van 2007 dat aan de OESO is bezorgd en dat gebaseerd is op het aantal ingeschreven artsen (België, officiële cijfers 2007).
- De 2^e kolom stemt overeen met het aantal huisartsen dat een activiteitsdrempel van 500 patiëntencontacten per jaar haalt (België, herziene cijfers 2008)
- De 3^e kolom stemt overeen met het aantal voltijds equivalenten (VTE) in de algemene geneeskunde (België, cijfers 2008 in VTE).

Fiche 2 - Duurzaamheid van de zorg: gezondheidsuitgaven

De gezondheidsuitgaven per inwoner lijken hoog

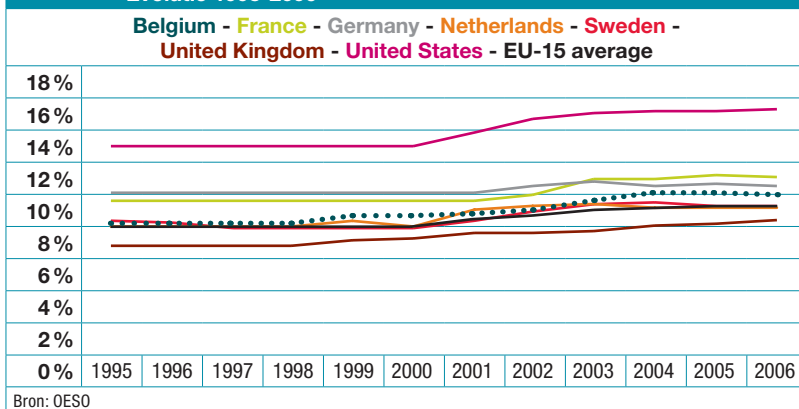
In België zijn de totale uitgaven voor gezondheidszorg (TUG) tussen 2003 en 2007 met 17,3 % gestegen, wat overeenstemt met een aandeel van het BBP tussen 9,5 % en 10,1 % in die periode. De TUG per inwoner kenden een stijging van 3.066 US\$ PPP⁵ in 2003 tot 3.461 US\$ PPP in 2007, hetgeen neerkomt op een stijging van 12,9 %.

In 2007 bedroegen de uitgaven in de curatieve gezondheidszorg meer dan 46 % van de TUG. Van de 15.236 miljoen EUR die in diensten voor curatieve verzorging zijn uitgegeven, waren 9.003 miljoen EUR (59 %) bestemd voor de verzorging van de opgenomen patiënten.

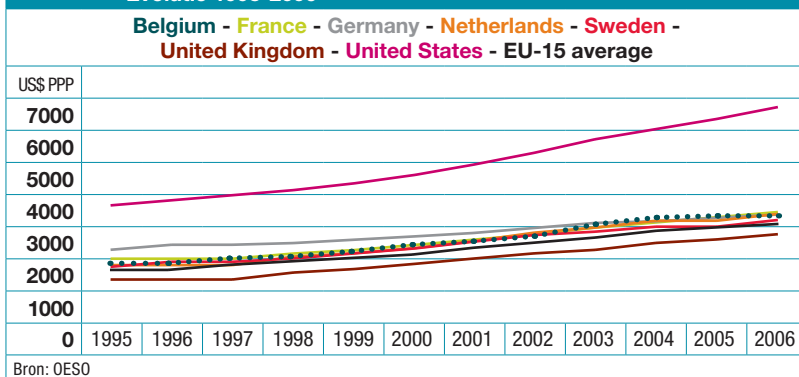
In percentage van het BBP torst België een van de hoogste TUG in Europa. Toch hebben Frankrijk, Duitsland en, buiten Europa, de Verenigde Staten, heel wat hogere TUG. Per inwoner zijn de resultaten gelijkaardig. Er moet eens te meer op gewezen worden dat men voorzichtig moet zijn als men totale gezondheidsuitgaven vergelijkt. Hoe kwaliteitsvoller en vollediger de registratie van de gezondheidsuitgaven is, hoe hoger die uitgaven immers uitvallen. Ook de inhoud kan variëren. Alvorens uitgaven met elkaar te vergelijken, moet dus worden nagegaan hoe volledig ze zijn. [Zie grafiek 1 en grafiek 2](#)

Indicator: gezondheidsuitgaven per inwoner
Dimensie: duurzaamheid van de gezondheidszorg

Grafiek 1 - Vergelijking van de totale gezondheidsuitgaven in percentage van het BBP, in België en in een aantal OESO-landen - Evolutie 1995-2006



Grafiek 2 - Vergelijking van de totale gezondheidsuitgaven (in US\$ PPP) per inwoner, in België en in een aantal OESO-landen - Evolutie 1995-2006



Fiche 3 - Toegankelijkheid van de zorg: financieringsgraad

De bescherming of “dekking” door de verzekering voor geneeskundige verzorging lijkt excellent. . .

In België is bijna de ganse bevolking gedekt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ; naargelang het jaar is slechts tussen 0,6 tot 0,8% van de bevolking niet verzekerd. Dit percentage is iets beter dan dat van Nederland (1,6% in 2006), maar iets minder goed dan dat van andere Europese landen zoals Zweden en het Verenigd Koninkrijk, die 100% halen. [Zie grafiek 1](#)

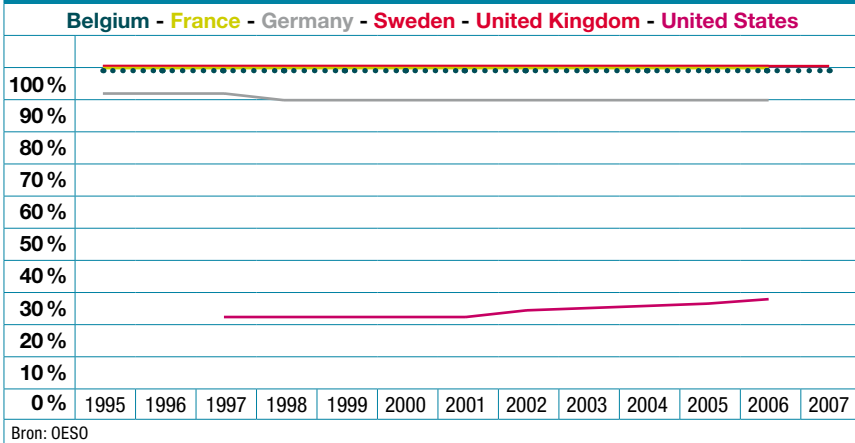
. . . maar de persoonlijke uitgaven lijken hoog uit te vallen

Zelfs als ze verzekerd zijn in de verplichte verzekering, geven de gezinnen ook geld uit aan niet-terugbetaalde verzorging. Tussen 2003 en 2006 zijn de persoonlijke uitgaven van de patiënten gestegen van 5,46 tot 6,23 miljard EUR. De persoonlijke uitgaven (out-of-pocket) zijn per inwoner gestegen van 526 EUR in 2003 tot 586 EUR in 2007. In vergelijking met andere landen ligt het aandeel van de persoonlijke uitgaven in België hoog (19% van de totale gezondheidsuitgaven in 2007). In Nederland bijvoorbeeld, bedroegen de persoonlijke uitgaven in 2006 slechts 6,2% van de totale gezondheidsuitgaven. In Frankrijk en Duitsland bedroegen de persoonlijke uitgaven respectievelijk 6,9% en 13,7%.

Het percentage van personen die een privéverzekering hebben bij een privéverzekeraar is gestegen van 37,9% in 2001 tot 49,8% in 2007.

Indicatoren: verzekerde bevolking, bedrag van het financiële aandeel van de verzekerden
Dimensie: toegankelijkheid van de gezondheidszorg

Grafiek 1 - Evolutie van het percentage van de bevolking dat in België gedekt is door de verzekering voor geneeskundige verzorging in vergelijking met een aantal andere OESO-landen - Evolutie 1995-2007



Voorzichtigheid is in ieder geval geboden als men de persoonlijke uitgaven in verschillende gezondheidssystemen met elkaar vergelijkt. Het persoonlijk aandeel lijkt hoger te zijn in België maar het omvat alle paramedische aankopen, alle niet-terugbetaalde geneesmiddelen, de medische hulpmiddelen en het medisch materiaal. De nettopremies (premies min terugbetalingen) die aan de privéverzekeraars of de ziekenfondsen worden gestort, zijn ook inbegrepen. **Zie tabel 1**

België beschikt over bijkomende beschermingsmechanismen voor uitzonderlijke gezondheidsuitgaven

De chronische of minder valide zieken vormen een bijzonder kwetsbare groep als het gaat om aanvullende gezondheidsuitgaven. In België bestaan er talrijke systemen van sociale bescherming om bijzondere gezondheidsuitgaven te financieren. Het gaat, onder andere, om de maximumfactuur (MAF), het Omnio-statuut, het statuut van de recht-hebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV), de Verordening inzake weesgeneesmiddelen en het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF).

De MAF bijvoorbeeld, is in 2002 ingevoerd. De gezinnen van wie het totale jaarlijkse remgeld een grensbedrag, dat afhankelijk is van hun inkomen, overschrijdt, kunnen dit remgeld terugbetaald krijgen. De eerste grensbedragen zijn vastgesteld op 450 EUR en op 650 EUR voor personen met lage of bescheiden inkomens.

Sinds de invoering van de MAF in 2002, zijn de MAF-terugbetalingen snel gestegen tot een bedrag van 304 miljoen EUR in 2009.

In 2003 vertegenwoordigde de MAF ongeveer 0,73% van de totale gezondheidsuitgaven, in 2007 was dat al 0,87%.

Het variabele gedeelte van de MAF in de totale uitgaven schommelt tussen 1,3 en 1,4% van de uitgaven die de overheid de laatste jaren heeft gehad voor gezondheidszorg.

Tabel 1 - Persoonlijke uitgaven in de gezondheidszorg in België Evolutie 2003-2007					
	2003	2004	2005	2006	2007
Out-of-pocket (% of total):					
absolute number (*)	5.458	5.812	5.743	5.691	6.227
% of total	19,50 %	19,00 %	18,50 %	18,00 %	19,00 %
per capita	526,05	557,68	548,11	539,53	586,03
Total healthcare expenditure (*)	27.387	29.488	30.838	31.675	32.774
(*) In million EUR					
Bron: FOD Sociale Zekerheid					

Fiche 4 - Aangepastheid van de zorg

De nieuwe chirurgische technieken hebben in België snel ingang gevonden

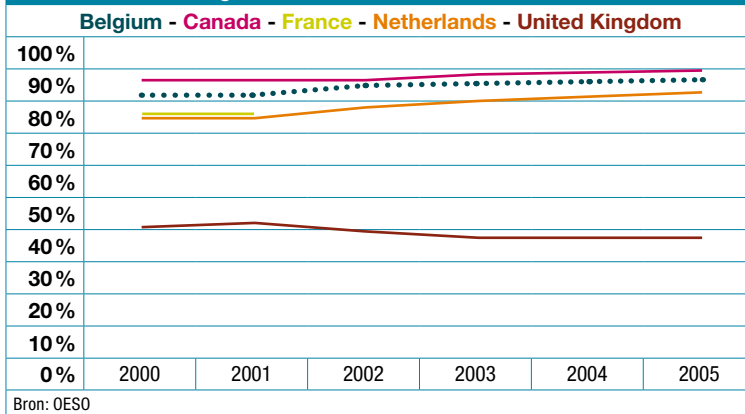
Via minimale invasieve chirurgische technieken kan men postoperatieve complicaties, de verblijfsduur en de kosten verminderen. Die technieken worden echter niet als geschikt beschouwd voor alle patiënten, waardoor een nauwgezette selectie van de patiënten nodig is.

Voorbeeld: de cholecystectomie door laparoscopie. 85,6% van alle in 2004 verrichte cholecystectomieën zijn door middel van een laparoscopie uitgevoerd. Dat percentage is in 2005 licht gestegen tot 86,7%. Tussen 2000 en 2005 was er in België een lichte stijging die ook in andere landen werd opgetekend. [Zie grafiek 1](#)

Belangrijk gegeven: om de juistheid van die tendensen te evalueren (m.a.w. zijn ze adequaat?) zijn klinische gegevens over de indicatie nodig voor elke patiënt die een van die procedures volgt. Die informatie ontbreekt echter.

Indicatoren: minimale invasieve chirurgische technieken, aantal keizersneden, aantal hysterectomieën
Dimensie: aangepastheid

Grafiek 1 - Gebruik van laparoscopieën in België en in sommige OESO-landen - Evolutie 2000-2005

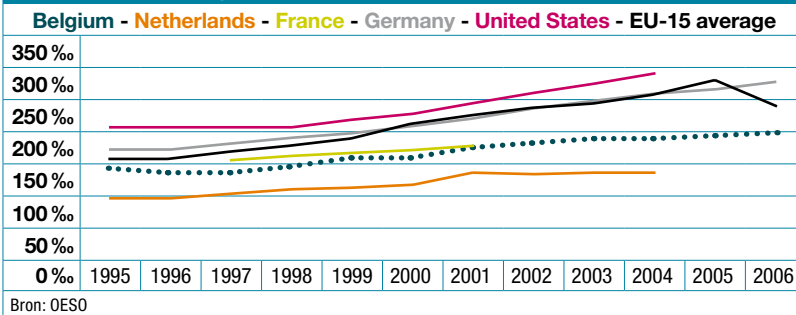
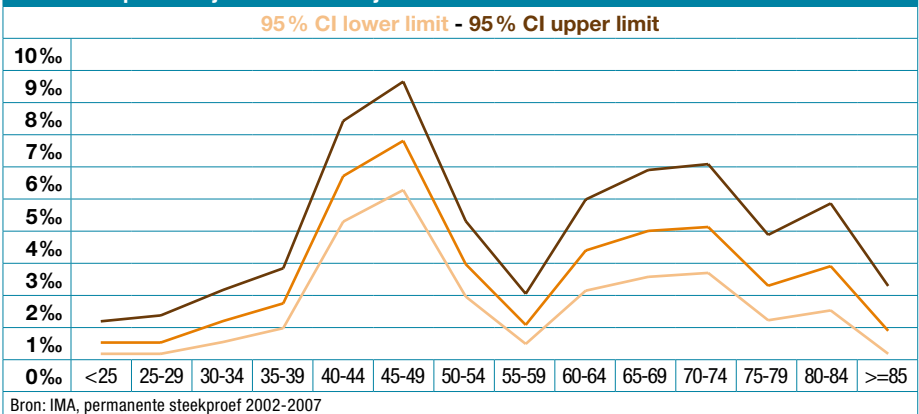


Het aantal keizersneden blijft ruim onder het gemiddelde van de EU-15 maar neemt toe

Een andere klassieke indicator voor de mate van aangepastheid is het aantal keizersneden. Hoewel de indicatie voor een bevalling met een keizersnede in grote mate afhangt van de kenmerken van de patiënte, weten we dat de praktijkschema's van elke arts een grote invloed hebben op het aantal keizersneden. Net als in andere OESO-landen gaat het aantal keizersneden per 1.000 levende geboortes in België in stijgende lijn (199 per 1.000 levende geboortes in 2006). Ondanks die toename blijft België ruim onder het gemiddelde van de EU-15. Alleen Nederland, Finland en Noorwegen doen beter. [Zie grafiek 2](#)

Het aantal hysterectomieën is hoog en ongelijk verdeeld, maar neemt ook af.

Het aantal hysterectomieën werd ook als een belangrijke indicator voor de mate van aangepastheid beschouwd sinds uit een verslag van de Landsbond van de Christelijke Ziekenfondsen van 1999 was gebleken dat er grote regionale verschillen zijn in het aantal hysterectomieën in België, waardoor men zich kan afvragen of de indicatie voor de ingreep wel correct is. In 2007 werden de meeste hysterectomieën bij vrouwen tussen 45-49 jaar (6,82 per 1.000 vrouwen) verricht. In vergelijking met andere landen worden er in België veel uitgevoerd (uitsluitend vaginale hysterectomieën). Tussen 2002 en 2007 is het totale aantal hysterectomieën per 1.000 volwassen vrouwen (18+) gedaald van 3,67 tot 2,80. [Zie grafiek 3](#)

Grafiek 2 - Aantal keizersneden per 1.000 levende geboortes in België en in sommige OESO-landen - Evolutie 1995-2006

Grafiek 3 - Aantal hysterectomieën per 1.000 volwassen vrouwen per leeftijdsklasse van 5 jaar - 2007


Fiche 5 - Veiligheid van de zorg: infecties en antibioticaresistentie

Patiënten lopen gelukkig minder vaak een infectie op in het ziekenhuis...

De cumulatieve incidentie en de incidentiedensiteit van postoperatieve infecties waren zeer hoog in vergelijking met andere landen in de periode 2001-2003. Meer bepaald de incidentie van de infecties na een ingreep aan het colon en een heupvervangende operatie was veel hoger dan in andere landen.

De incidentie van nosocomiale sepsissen is gedaald van 7,2 infecties per 1.000 opnames in 2005 tot 6,1 in 2008. In de periode 1997-2003 liep 6 % van de patiënten die in intensieve verzorging hadden verbleven een pneumonie op en 2,1 % een bacteriëmie.

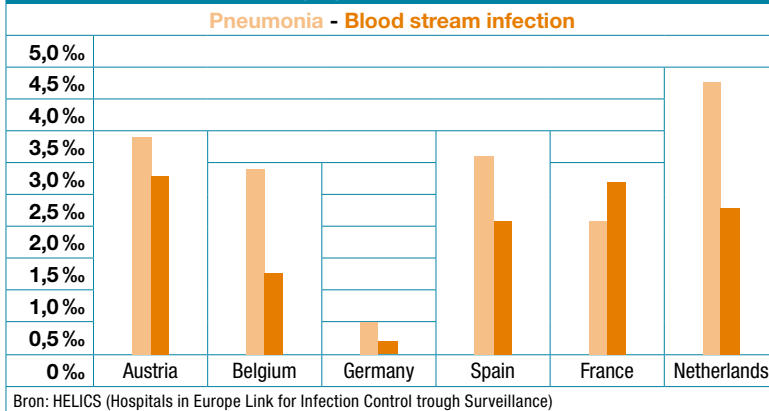
In vergelijking met andere Europese landen vertoont België een gemiddelde infectie-incidentie bij patiënten die in intensieve verzorging zijn opgenomen. [Zie grafiek 1](#)

De incidentie van nosocomiale infecties door MRSA (Methicillin Resistant Staphylococcus aureus) bereikte in 2004 een hoogtepunt (3,25 per 1.000 opnames), maar is in 2008 gedaald tot 2 per 1.000 opnames.

Indicatoren: incidentie van de infecties die samenhangen met geneeskundige verzorging, van de postoperatieve infecties in het operatiekwartier, van de nosocomiale infecties door MRSA en aantal voorschriften voor antibiotica

Dimensie: veiligheid

Grafiek 1 - Incidentie van pneumonieën en sepsissen na een verblijf in intensieve verzorging per 1.000 opnames



... Het aantal voorschriften voor antibiotica, bron van resistentie, blijft hoog, ondanks alle informatiecampagnes

Hoewel er een daling was vastgesteld in het aantal antibioticavoorschriften tussen 1998 en 2004, gaat het aantal de laatste jaren weer in stijgende lijn.

In vergelijking met andere landen is het aantal antibioticavoorschriften hoog. [Zie grafiek 2](#)

In België tracht men het probleem, via jaarlijkse informatiecampagnes, onder de aandacht van de bevolking en het medisch personeel te brengen.

Fiche 6 - Veiligheid van de zorg: blootstelling aan ioniserende stralen

De blootstelling aan ioniserende straling van medische oorsprong blijft stijgen ondanks de wetenschappelijke aanbevelingen

De blootstelling aan ioniserende straling van medische oorsprong is een actueel gegeven. In recente aanbevelingen (2004) wordt de nadruk gelegd op de noodzaak om de blootstelling aan medische straling te verminderen door het gebruik van de recentste technologieën (met name MRI) aan te moedigen. Desondanks is de blootstelling aan ioniserende straling van diagnostische radiologie in België tussen 2005 en 2008 gestegen van 2,15 tot 2,42 mSv per inwoner. [Zie grafiek 1](#)



In vergelijking met andere Europese landen is de blootstelling aan ioniserende straling in België hoog. In 2002 bedroeg de blootstelling in Nederland 0,45 mSv per inwoner.

Het grootste deel van de diagnostische radiologie is toe te schrijven aan de tomodynamometrie (CT-scan), die 52,6% van de blootstelling aan straling voor diagnose in 2005 en zelfs 58,4% in 2008 vertegenwoordigt. Het aandeel van de röntgenstralen en de scintigrafieën gaat in dalende lijn. [Zie grafiek 2](#)

België is van plan om de bevolking en het medisch personeel via informatiecampagnes te sensibiliseren.

Indicator: blootstelling aan ioniserende straling
Dimensies: veiligheid en aangepastheid

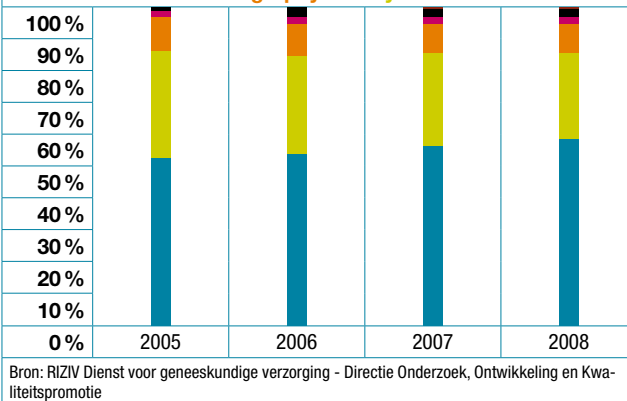
Grafiek 1 - Theoretische blootstelling aan ioniserende straling van medische oorsprong - Evolutie 2005-2008 - mSv per persoon

2005	2,15	
2006	2,21	
2007	2,31	
2008	2,42	

Bron: RIZIV Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

Grafiek 2 - Relatief aandeel in de ioniserende straling volgens de techniek van medische beeldvorming

Phlebography - PET - Coronarography - Angiography -
 Scintigraphy - X-ray - CT



Fiche 7 - Preventiebeleid: vaccinatie

De vaccinatiegraad bij kinderen van 2 jaar is goed maar dat geldt niet voor alle vaccins

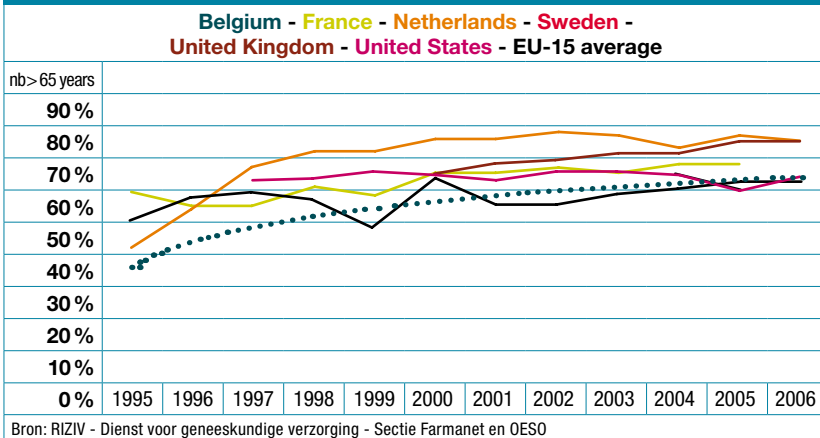
De vaccinatiegraad bij kinderen van 2 jaar is goed. De voorbije jaren is de vaccinatiegraad voor alle vaccins toegenomen tot boven de 90%. De vaccinatiegraad tegen difterie, kinkhoest, tetanus en haemophilus influenzae type B is een van de hoogste ter wereld. Op internationaal vlak behaalt België evenwel een middelmatig resultaat voor de vaccinatie tegen bof, rodehond en mazelen.

De vaccinatiegraad tegen griep bij bejaarden is middelmatig, maar groeit gestaag

Het totale aantal gevaccineerde personen van 65 jaar en ouder bedroeg in 2006 ongeveer 63%. Met een dergelijke vaccinatiegraad behaalt België een middelmatig resultaat in Europa. De vaccinatiegraad blijft echter stijgen. [Zie grafiek 1](#)

Indicatoren: griepvaccinatie, vaccinatiegraad bij kinderen van 2 jaar, aantal acute opnames wegens pneumonie of griep
Dimensie: werkelijke efficiëntie van de preventieve zorg

Grafiek 1 - Vaccinatiegraad tegen griep bij personen van 65 jaar en ouder in België en in sommige andere OESO-landen - Evolutie 1995-2006



Lijst van afkortingen

BBP	Bruto Binnenlands Product
DDD	Defined daily dosis: veronderstelde onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel in zijn hoofdindicatie bij een volwassene
EU-15	Aantal lidstaten van de Europese Unie vóór de uitbreiding op 1 mei 2004. De EU-15 bestond uit de volgende landen: België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Verenigd Koninkrijk en Zweden.
FOD	Federale Overheidsdienst
IMA	Intermutualistisch Agentschap
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
mSv	millisievert
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PPP	Purchasing Power Parity
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RVV	Rechthebbende op de Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming
TUG	Totale Uitgaven voor Gezondheidszorg
VTE	Voltijds Equivalent
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid



eu trio.be

Verantwoordelijke uitgever: J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel
Grafisch ontwerp: Ab initio Graphic Design, Brussel, www.abinitio.be

Publicatiedatum: augustus 2010

Wettelijk depot: 2010/0401/6