

Doelstellingen bepalen voor een betere dekking van de gezondheidszorgbehoeften

Sophie Cès, Clara Noirhomme – Studiedienst CM-MC

Met dank aan Prof. Dr. Chantal Mathieu (KU Leuven), Svetlana Sholokhova, Nicolas Rossignol en Rebekka Verniest (Studiedienst CM-MC)

Samenvatting

Hoe kunnen we het gezondheidszorgsysteem transformeren om beter aan de behoeften van de Belgische bevolking te voldoen? De vele uitdagingen waarmee het systeem wordt geconfronteerd, zetten ons ertoe aan de *governance* van het gezondheidszorgbeleid te herzien rond gedeelde doelstellingen om de bevolking beter te verzorgen.

De identificatie van de performantieproblemen van het gezondheidszorgsysteem is een essentiële stap om doelstellingen te definiëren, aangezien de tekortkomingen dankzij specifieke doelstellingen kunnen worden gecorrigeerd. Het uitgangspunt is dat de problemen in de dekking van de zorgbehoeften goed gedocumenteerd zijn, maar dat deze kennis gefragmenteerd blijft en weinig toegankelijk is voor de beleidsmakers.

Het artikel definieert eerst de missie van het gezondheidszorgsysteem en beschrijft de verschillende performantiedomeinen van de zorg, samen met de evaluatiebenadering die wordt gebruikt om SMART-doelstellingen te formuleren. Aan de hand van dit analysekader belicht een literatuuroverzicht van twee chronische ziekten – diabetes en hart- en vaatziekten bij vrouwen – onvoldoende gedekte zorgbehoeften waarvoor een beter gebruik van de zorg gezondheidswinsten zou kunnen opleveren.

Tot slot beveelt het artikel aan dat deze aanpak met het bepalen van doelstellingen deel moet uitmaken van een breder governanceproces, gebaseerd op een volledig en geformaliseerd systeem, inclusief een wetenschappelijke analyse, een collectieve participatie en een evaluatie in het kader van cyclussen van continue verbetering van het gezondheidszorgbeleid.

Een betere omkadering van de ontwikkeling van gezondheidszorgbeleid is een krachtige hefboom voor een betere dekking van zorgbehoeften, de vermindering van gezondheidsongelijkheden en de versterking van het vermogen van het systeem om op huidige en toekomstige uitdagingen te reageren.

Sleutelwoorden: Gezondheidszorgsysteem, performantie, gezondheidszorgbeleid, *governance*, gezondheidszorgdoelstellingen, zorgbehoeften, volksgezondheid, kritische analyse

Inleiding

Sinds 1948 is **toegang tot gezondheidszorg erkend als een fundamenteel mensenrecht** (Nations Unies, 1948). Maar het garanderen van toegang tot gezondheidszorg voor iedereen in de zin van de Universele Gezondheidsdekking¹, blijft een grote uitdaging in het licht van de vele huidige en toekomstige problemen. De Belgische gezondheidszorg heeft zich tijdens de COVID-19-gezondheids crisis vrij krachtig getoond. Gezien de epidemiologische evolutie is het echter van vitaal belang om over een robuust gezondheidszorgsysteem te beschikken dat aan de evolutie van de zorgbehoeften van de bevolking kan voldoen, met behoud van de voorwaarden voor de toegang tot en de kwaliteit van de zorg. Een combinatie van verscheidene factoren dreigt immers het gezondheidszorgsysteem te destabiliseren. De vergrijzing heeft niet alleen gevolgen voor de zorgbehoeften, maar ook voor het zorgaanbod. Dit zal naar verwachting vooral grote gevolgen hebben voor de langdurige zorg, waar nog meer gezondheidswerkers nodig zullen zijn. Immers, de inzet van mantelzorgers zal in de toekomst waarschijnlijk afnemen door maatschappelijke evoluties (minder beschikbaarheid van mantelzorgers en hun materiële middelen, eenoudergezinnen, kleinere woningen, enz. (Belgium.be, 2025)). Tegelijkertijd dreigt de aanzienlijke toename van chronische ziekten en multimorbiditeit de druk op de gezondheidszorg te vergroten. Tot slot is het van vitaal belang dat technologische en medische innovatie wordt gefinancierd, om een gezondheidszorgsysteem te ontwikkelen dat de patiënten toegang tot zorg van hoge kwaliteit kan garanderen.

Deze bevindingen vragen om een hervorming van de governance² van het gezondheidsbeleid in België, om zo beter tegemoet te komen aan de huidige en toekomstige behoeften van de bevolking (INAMI, 2022; Cès, 2022; Schokkaert, et al., 2022).

De verplichte ziekteverzekering wordt gezamenlijk beheerd door de sociale partners (werkgevers en werknemers), de ziekenfondsen, de zorgverleners en de overheid, in het zogenaamde sociaal overleg. Omdat het tot 2023 georganiseerd was per beroepssector, met afzonderlijke commissies, kon het sociaal overleg moeilijk transversa-

le gezondheidsproblemen behandelen zoals de integratie van zorg of de financiële toegang tot zorg. Deze problemen overschrijden de specifieke bekommernissen van elke sector en kunnen niet worden opgenomen in de partiële begrotingsdoelstellingen. Bovendien beperkt de jaarlijkse begrotingshorizon de ontwikkeling van een investeringsbeleid op middellange termijn.

Om deze tekortkomingen te verhelpen, worden met de wet van 6 november 2023 gedeelde prioritaire doelstellingen vastgelegd om de prestatie van de gezondheidszorg te verbeteren door een meer strategische toewijzing van de begrotingsmiddelen. Ze definieert een gezondheidszorgdoelstelling als volgt: "een doelstelling die bijdraagt tot het realiseren van een gezondheidsdoelstelling en die erin voorziet dat het gezondheidszorgsysteem zijn centrale rol zo goed en duurzaam als mogelijk kan vervullen betreffende de verbetering van de gezondheid van de gehele bevolking op basis van hun gezondheidsbehoeften, de verbetering van de door het individu ervaren kwaliteit van de zorgverlening, het efficiënter gebruiken van de beschikbare middelen, de vermindering van de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid en het verbeteren van het welzijn van de zorgverleners. De verwezenlijking van een gezondheidszorgdoelstelling gebeurt aan de hand van concrete initiatieven". Volgens deze wet moeten bij elke ontbinding van de Kamer van volksvertegenwoordigers de prioriteiten voor de volgende legislatuur worden besproken en opnieuw worden geëvalueerd door middel van een brede raadpleging van de actoren van het gezondheidszorgsysteem, ook gebaseerd op wetenschappelijke gegevens over de behaalde performantieresultaten. Om deze raadpleging te organiseren en een advies uit te brengen over de prioritaire doelstellingen voor de volgende legislatuur, voorziet de wet in de oprichting van een Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (CGZD). Deze commissie, die een adviserende rol heeft, deelt haar adviezen mee aan de Algemene Raad van het RIZIV, die de uiteindelijke keuze maakt en de doelstellingen aanpast in het kader van de begroting van de verplichte ziekteverzekering. De werkzaamheden van deze commissie, die in 2024 van start zijn gegaan, vergen nog de ontwikkeling van de methodologie voor de doelstellingen. Dit artikel is een bijdrage aan die reflectie.

1 De Universele Gezondheidsdekking houdt in dat "iedereen zonder discriminatie toegang heeft tot een reeks op nationaal niveau vastgestelde noodzakelijke preventieve, curatieve, revaliderende en palliatieve gezondheidsdiensten en tot essentiële geneesmiddelen en vaccins die veilig, betaalbaar, doeltreffend en van goede kwaliteit zijn, waarbij ervoor wordt gezorgd dat het gebruik van deze diensten de gebruikers niet blootstelt aan financiële problemen, met een bijzondere nadruk op arme, kwetsbare en gemarginaliseerde bevolkingsgroepen" (Verenigde Naties, 2019, p. 1, eigen vertaling).

2 "De governance heeft tot doel de prestatie van het gezondheidszorgsysteem en de organisaties die er deel van uitmaken voortdurend te verbeteren en verantwoording te kunnen afleggen over het succes ervan" (Contandriopoulos, 2008, p. 196, eigen vertaling).

Het bepalen van gezondheidszorgdoelstellingen maakt het mogelijk om een strategische visie voor de middellange en lange termijn vast te stellen, en biedt daarmee de essentiële instrumenten voor de sturing en de coördinatie van het gezondheidsbeleid (dit is het geheel van beleidsmaatregelen met een impact op de gezondheid van de bevolking). De strategische prioriteiten moeten, waar mogelijk, worden vastgesteld in de vorm van SMART³-doelstellingen (Cès, 2022; INAMI, 2022), om binnen een jaarlijks en meerjarig begrotingskader actieprogramma's te ontwikkelen en de effecten ervan te meten.

Dit artikel licht toe hoe het werken met doelstellingen kan bijdragen aan een hervorming van het gezondheidszorgsysteem. Het reikt een analysekader aan om gezondheidszorgdoelstellingen te concipiëren en te definiëren, om beter tegemoet te komen aan de zorgbehoeften van de Belgische bevolking. De identificatie van de op te lossen problemen is een essentiële stap voor de verbetering van het gezondheidszorgsysteem door middel van prioritaire doelstellingen (Ogbeiwi, 2021). Dit artikel vertrekt van de vaststelling dat het essentieel is om de bestaande wetenschappelijke kennis over de dysfuncties van het gezondheidszorgsysteem te integreren. De studie gaat voornamelijk over de sterke aanwijzingen die de identificatie van problemen in de dekking van zorgbehoeften mogelijk maken en die de weg wijzen naar de potentiële verbetering van de gezondheidszorg. De hypothese is dat deze kennis wel goed ontwikkeld is, maar gefragmenteerd blijft en weinig toegankelijk is voor de beleidsmakers. In dit artikel richt onze analyse zich uitsluitend op de verantwoordelijkheden van de Belgische gezondheidszorgsector. We gaan niet in op de rol die het overheidsbeleid in andere sectoren kan spelen in de bescherming van de volksgezondheid (*Health in All Policies*⁴).

Het eerste deel benadrukt het feit dat het bepalen van gezondheidszorgdoelstellingen een duidelijke definitie vereist van de missie en de waarden van de gezondheidszorg. Op basis van de wetenschappelijke literatuur leggen we uit hoe men een performant gezondheidszorgsysteem kan definiëren en de tekortkomingen in de verwezenlijking van zijn missie kan identificeren. In het tweede deel identificeren we de performantieproblemen van het Belgische gezondheidszorgsysteem (aan de hand van een narratief

overzicht van de grijze en wetenschappelijke literatuur) waarop doelstellingen zouden kunnen worden gericht, in de context van de verbetering van zorg voor twee chronische ziekten (met uitzondering van het domein van de primaire preventie, die tot doel heeft het ontstaan van de ziekte te voorkomen): diabetes en hart- en vaatziekten bij vrouwen. Het is de bedoeling om tekortkomingen in de dekking van de zorgbehoeften vast te stellen en (al dan niet bestaande) indicatoren te identificeren met het oog op het bepalen van SMART-doelstellingen. In het derde deel bespreken we de wijziging van de *governance* gebaseerd op een strategische visie die gestructureerd is rond doelstellingen voor de ontwikkeling van het gezondheidszorgbeleid. Op basis van de resultaten van het tweede deel stellen we in de eerste plaats aanbevelingen voor om de evaluatie van de performantie van het gezondheidszorgsysteem te versterken, teneinde doelstellingen te definiëren die meer gericht zijn op nog onvoldoende gedekte behoeften. Tot slot integreren we de fase van de identificatie van de performantieproblemen en de definitie van de doelstellingen in een *governance*-cyclus voor continue verbetering.

1. Analysekader van de dekking van de zorgbehoeften

In de toekomst zullen ecologische, demografische, energie- en economische beperkingen steeds meer invloed hebben op de politieke besluitvorming. Bovendien zal de medische en technologische vooruitgang onvoorspelbare gevolgen hebben voor zowel de zorgbehoeften als de zorgverlening. De transformaties van het gezondheidszorgsysteem zullen sterk afhangen van de manier waarop de problemen worden aangepakt en van de middelen die eraan worden besteed. Daarom is het cruciaal om voortaan duidelijke doelstellingen vast te stellen die richting geven aan het gezondheidszorgbeleid in het kader van de verplichte ziekteverzekering, om zo een performant gezondheidszorgsysteem te garanderen dat kan voldoen aan de zorgbehoeften van de bevolking in een sterk fluctuerende context.

3 Specifiek (gedefinieerd, ondubbelzinnig), Meetbaar (kwantificeerbaar door een indicator), Acceptabel (gegeven de mogelijke acties, het gestelde probleem), Realistisch (haalbaar gegeven het tijdsbestek), Tijdgebonden (met een precieze tijdslimiet).

4 "HiAP is een gezamenlijke aanpak van het overheidsbeleid in verschillende sectoren waarbij systematisch de gevolgen van beslissingen voor de gezondheid worden overwogen, vormen van synergie worden gezocht en nadelige gevolgen voor de gezondheid worden vermeden om de gezondheid van de bevolking en de billijkheid in de gezondheid te verbeteren" (Health in All Policies, 2025, eigen vertaling).

Hoe definiëren we een performant gezondheidszorgsysteem? Hoe bepalen we doelstellingen? Na het definiëren van de missie van het gezondheidszorgsysteem en het beschrijven van de verschillende performantiedomeinen van de gezondheidszorg, beschrijft dit deel het evaluatieproces voor het formuleren van SMART-doelstellingen.

1.1. Definitie van de performantie van het gezondheidszorgsysteem

1.1.1. Definitie van de missie van het gezondheidszorgsysteem

Het begrip performantie is meerduidig. De betekenis hangt af van de context en verwijst vaak naar het idee van optimalisatie, rendement en productiviteit. Volgens Contandriopoulos is de performantie “van een systeem of organisatie een multidimensionale constructie die de verschillende belanghebbenden in staat moet stellen om te debatteren en een oordeel te ontwikkelen over de essentiële en specifieke kwaliteiten van het systeem of de organisatie, op basis van hun overtuigingen, kennis, verantwoordelijkheden, belangen en projecten, om zo bij te dragen aan de *governance* ervan” (Contandriopoulos, 2008, p. 198, eigen vertaling). Deze definitie benadrukt de subjectieve aard van de performantie, afhankelijk van het gekozen referentiekader. Volgens deze auteur moet een gezondheidszorgsysteem of -organisatie echter vier functies kunnen vervullen om performant te zijn:

- het bereiken van de doelen, namelijk het vermogen om **de missie te realiseren** (*goal achievement*), voornamelijk de toegevoegde waarde voor de gezondheid;
- de aanpassing, “het vermogen van de organisatie om financiële middelen en personeel te verwerven, te innoveren, zichzelf te transformeren, zich **aan te passen aan de behoeften** van de bevolking [...]”;
- de productie, namelijk het vermogen om **kwaliteitsdiensten** te leveren met productiviteit;
- de **handhaving en creatie van waarden en normen**, de organisatiecultuur, die het bereiken van de vorige drie functies vergemakkelijkt of belemmert.

De evaluatie van de performantie houdt dus de beoordeling in of de gezondheidszorg effectief zijn missie om de gezondheid van de bevolking te verbeteren vervult, door eventuele bestaande verschillen aan het licht te brengen tussen wat wordt bereikt en wat zou kunnen worden bereikt, rekening houdend met de actuele stand van de klinische kennis, de waarden en de normen. Dit komt neer op het beantwoorden van de vraag: **dekt het zorgaanbod van de verplichte ziekteverzekering in voldoende mate de heterogeniteit van de zorgbehoeften van alle subgroepen waaruit de bevolking bestaat?**

1.1.2. Het begrip zorgbehoefte

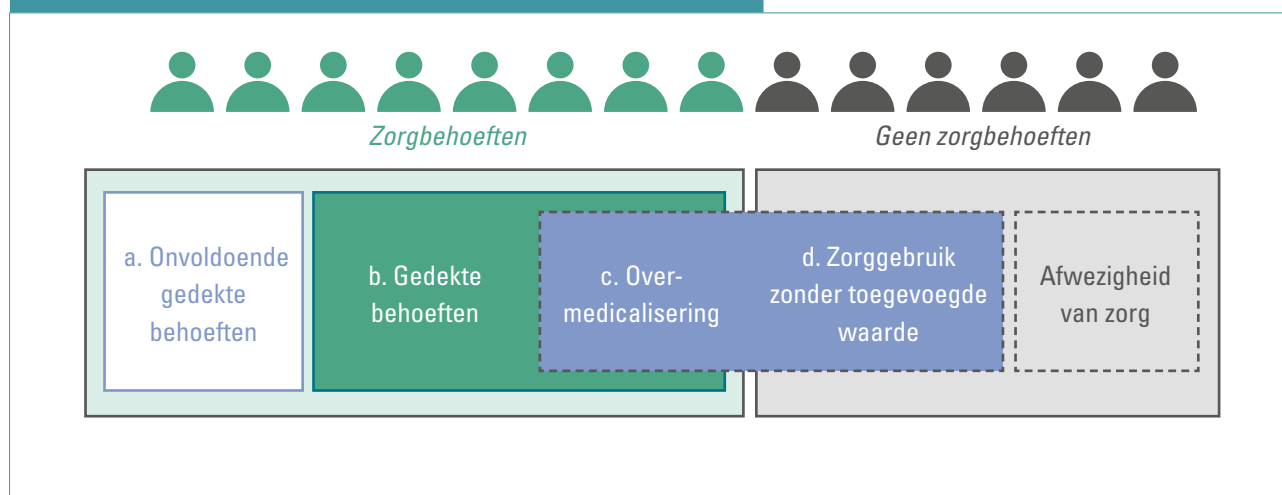
In de context van onze analyse verwijst het begrip **zorgbehoeften uitsluitend naar klinisch gevalideerde behoeften**⁵, namelijk zorgbehoeften, al dan niet gepercipieerd door de patiënten, waarvoor een toegestane en terugbetaalde behandeling bestaat (Cès, 2021; Maertens de Noordhout, et al., 2024). Dit concept impliceert het voldoen aan twee voorwaarden: enerzijds het bestaan van een somatisch en/of psychisch gezondheidsprobleem of risico op een probleem, en anderzijds het bestaan van een behandeling in de brede zin van het woord (preventief, curatief, palliatief, enz.) om de gezondheidstoestand te verbeteren, de levenskwaliteit te behouden of een verslechtering van de gezondheidstoestand te voorkomen. We wijzen er hierbij op dat het klinisch oordeel in de loop der tijd kan veranderen als gevolg van de medische vooruitgang.

De dekking van de zorgbehoeften kan worden samengevat in de vorm van verschillende scenario's (zie Figuur 1). Vanuit klinisch oogpunt, bij de huidige stand van de kennis, zijn dit de gevallen waarin de gezondheidszorg:

- a) onvoldoende voorziet in de behoeften van bepaalde subgroepen van de bevolking en waarvoor negatieve gevolgen voor de gezondheid kunnen worden geïdentificeerd;
- b) de behoeften voldoende dekt;
- c) de behoeften onevenredig dekt, door zorg te verlenen zonder toegevoegde waarde, met of zonder negatieve gevolgen voor de gezondheid;
- d) onbestaande zorgbehoeften dekt, door zorg te verlenen zonder toegevoegde waarde, met of zonder negatieve gevolgen voor de gezondheid.

⁵ Merk op dat klinisch gevalideerde zorgbehoeften verschillen van het concept van behoefte dat is ontwikkeld in het kader van ‘*NEED: evaluatie van onvervulde gezondheidsbehoeften van patiënten en samenleving*’ (Maertens de Noordhout, et al., 2024). In het kader van NEED is het begrip behoefte breder en omvat het de gepercipieerde behoeften waarvoor nog geen behandeling of onvoldoende behandeling bestaat (behandeling verwijst naar therapieën en secundaire preventiemaatregelen). Palliatieve zorg en ondersteunende interventies (zoals het communiceren van gezondheidsinformatie of het verbeteren van de toegang tot zorg) zijn ervan uitgesloten.

Figuur 1: Dekking door het gezondheidszorgsysteem van klinisch gevalideerde behoeften



Het artikel richt zich voornamelijk op het probleem van de klinisch gevalideerde zorgbehoeften die niet of onvoldoende worden gedekt door het gezondheidszorgsysteem (a). Dit probleem creëert een kloof tussen **“de gezondheidstoestand waargenomen binnen de bevolking, rekening houdend met het bestaande zorgaanbod en met het feit dat dit om verschillende redenen niet noodzakelijk optimaal gebruikt wordt”** en **“de haalbare gezondheidstoestand, d.w.z. de beste gezondheidstoestand die kan worden bereikt, uitgaande van een optimale toegang tot en gebruik van de gezondheidszorg”** (Maertens de Noordhout, et al., 2024, p. 8).

1.2. Evaluatie van de performantie van het gezondheidszorgsysteem

1.2.1. Dimensies van performantie en *Quintuple Aim*

Hoewel het werken met doelstellingen een innovatie is in het beheer van het Belgische gezondheidszorgsysteem, wordt de evaluatie van zijn performantie, *‘Health System Performance Assessment (HSPA)’*, al sinds 2010 regelmatig uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) (Vlayen, et al., 2010) en uitgebreid naarmate publicaties verschijnen. Deze beoordeling komt voort uit de verbintenis van de lidstaten van de Europese regio van de Wereldgezondheidsorganisatie in het Handvest van Tallinn (WHO Regional Office for Europe, 2008).

De regelmatige performantiebeoordelingen door het KCE zijn bedoeld om de politieke besluitvorming te ondersteunen. “De rol van een HSPA-project in het beleid is van

het grootste belang. Een beleidvormingsproces wordt traditioneel opgedeeld in een agendabepaling (probleem-erkenning en prioriteiten stellen), beleidsformulering (voorstellen van oplossingen), besluitvorming (keuze van oplossing), beleidsinvoering (oplossingen omzetten in praktijk) en beleidsevaluatie (monitoren van de resultaten)” (Vrijens, et al., 2015, p. 62). De wet van 3 november 2023 maakt het mogelijk om een governanceproces te formaliseren met het oog op de monitoring van de prestatie van het gezondheidszorgsysteem. Het is de bedoeling het gezondheidszorgbeleid te kunnen aanpassen om prioritaire doelstellingen te bereiken.

Om de prestatie van de gezondheidszorg te evalueren, wordt een conceptueel kader ontwikkeld dat de verschillende domeinen beschrijft die geëvalueerd moeten worden, en dat regelmatig wordt verrijkt door het KCE. Het is gestructureerd in verschillende dimensies: principes die “verwijzen naar de elementen die als essentieel worden beschouwd voor een goed functionerend en performant gezondheidssysteem, d.w.z. toegankelijkheid, kwaliteit enz.” (Gerkens, et al., 2024a, p. 15). Daarom is dit kader een onmisbaar hulpmiddel voor de reflectie over het definiëren van doelstellingen voor het gezondheidszorgsysteem. Het maakt het mogelijk om een gedetailleerde lijst op te stellen van de domeinen die moeten worden aangepakt om de prestatie van de gezondheidszorg te verbeteren. Hoewel het kader regelmatig wordt aangevuld, lijkt het ons nodig om dieper in te gaan op een centrale dimensie van de zorgprestatie: de toegankelijkheid. Daarom stellen we voor om de subdimensies die we hebben geïdentificeerd aan de definitie toe te voegen (Cès, 2021).

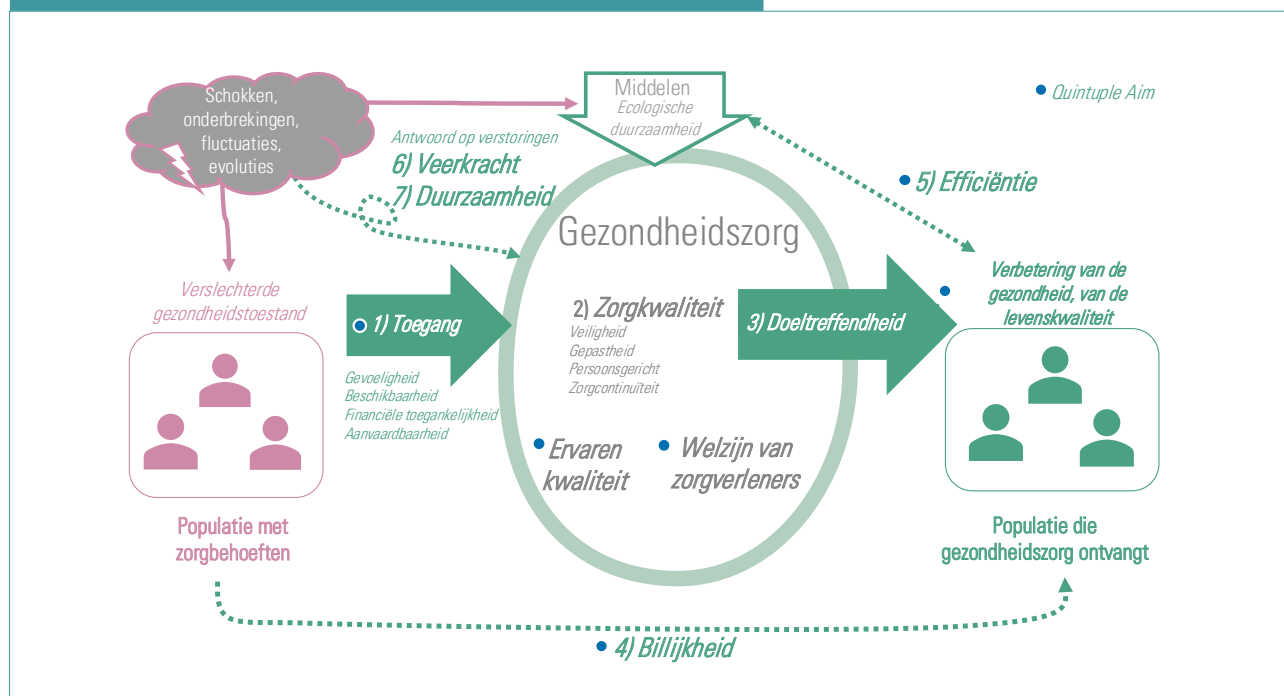
Om de lacunes in de dekking van zorgbehoeften te karakteriseren, stellen we voor gebruik te maken van het Belgische conceptuele kader voor de evaluatie van de prestatie van het gezondheidszorgsysteem, zoals ontwikkeld door het KCE, aangevuld met de dimensies van toegankelijkheid van zorg. Figuur 2 toont gedetailleerd hoe de dimensies van de beoordeling van de prestatie en de toegankelijkheid zich verhouden tot elkaar en tot de *Quintuple Aim*⁶, een waardenkader dat sinds 2021 als leidraad dient voor het gezondheidszorgbeleid. Merk op dat de *governance* een aparte dimensie is en daarom niet is opgenomen in figuur 2. Dit komt omdat het niet rechtstreeks betrekking heeft op de zorglening, maar veeleer op de manier waarop beleidsbeslissingen worden genomen: “het vermogen van de besluitvormers in de gezondheidszorg om verantwoordelijkheid en vertegenwoordiging, transparantie, geschikte instellingen en een antwoord op de behoeften van de bevolking te verzekeren” (Gerkens, et al., 2024a, p. 68). Op federaal niveau verwijst het naar de regulering van het gezondheidszorgsysteem als geheel en de relatie met het gezondheidszorgbeleid in de andere sectoren.

Het KCE gebruikt zeven dimensies om de prestatie van het gezondheidszorgsysteem te beoordelen: vijf statische en twee dynamische. We maken een onderscheid tussen statische dimensies, die betrekking hebben op de prestatie van het gezondheidszorgsysteem op een bepaald moment in een bepaalde context, en dynamische dimensies, die betrekking hebben op het vermogen van het systeem om zich aan te passen aan veranderingen in de context als gevolg van verschillende fluctuaties (epidemie, schaarste van middelen, extreme klimaatgebeurtenis, technologische onderbreking, economische context, enz.).

1.2.2. De statische dimensies

De toegang tot de zorg wordt gedefinieerd als het krijgen van een behandeling, in de breedste zin van het woord, wanneer er een klinisch objectieve zorgbehoefte is. De eerste dimensie van de prestatie is dus die van de **toegankelijkheid** van zorg, begrepen door vier subdimensies van waaruit men verbeteringen van toegang kan overwegen (Cès, 2021):

Figuur 2: De structurering van de prestatiedimensies van het gezondheidszorgsysteem en de *Quintuple Aim*



⁶ De doelstellingen van de *Quintuple Aim* zijn: “de gezondheid van de bevolking (1), de kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door de persoon die zorg en assistentie nodig heeft (2), de kosteneffectiviteit, d.w.z. de verhouding tussen de aangewende middelen en de gerealiseerde waarden (3), de rechtvaardigheid in de samenleving, met specifieke aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (dus niet alleen financieel) en voor de inclusie van verschillende diversiteitsvormen (4) en het welzijn van gezondheidszorgbeoefenaars (5)” (INAMI, 2022, p. 55, eigen vertaling).

- De gevoeligheid voor de zorgbehoeften komt overeen met het vermogen om objectieve behoeften te identificeren vanuit een klinisch oogpunt (ongeacht of ze worden geïdentificeerd door de persoon zelf en/of door de zorgverleners);
- De beschikbaarheid komt overeen met het feit dat de diensten binnen een redelijke afstand, binnen een redelijke termijn, met een voldoende ruime keuze aan uren en met een gemakkelijke contactname bereikbaar zijn voor de gehele bevolking, zonder discriminatie, en onder voorwaarden aangepast aan de behoeften van de patiënten (bijvoorbeeld door communicatie in de taal van de patiënt-e te garanderen of door het bestaan van faciliteiten voor personen met beperkte mobiliteit);
- De financiële toegankelijkheid komt overeen met enerzijds het feit dat de eigen bijdragen om zorg te ontvangen voldoende beperkt zijn om het gebruik van zorg niet te ontmoedigen en anderzijds dat het gebruik van gezondheidsdiensten niet resulteert in financiële moeilijkheden voor de patiënten;
- De aanvaardbaarheid komt overeen met het vermogen om zorg te verlenen die voldoet aan de behoefte aan ervaren minimale kwaliteit, zodat mensen aanvaarden om gebruik te maken van de gezondheidszorg.

De tweede dimensie van de beoordeling van de performantie is de **kwaliteit** van zorg. Ze wordt bepaald door de omstandigheden waaronder de zorg wordt verstrekt, die men kan groeperen rond vier subdimensies (Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006):

- De veiligheid van de zorg: “de mate waarin het systeem de patiënt niet schaadt” (Gerkens, et al., 2024a, p. 28).
- De gepastheid van de zorg: “de mate waarin de verleende gezondheidszorg relevant is voor de klinische behoeften, gelet op de huidige kennis” (Gerkens, et al., 2024a, p. 30).
- De persoonsgerichtheid van de zorg, dit is zorg aangepast aan elke situatie: “[...] een systeem dat individuen in staat stelt om weloverwogen beslissingen te nemen over hun gezondheid en zorg, waardoor ze hun welzijn met succes kunnen beheren” (Gerkens, et al., 2024a, p. 40).
- De continuïteit van de zorg: “de mate waarin gezondheidszorg voor specifieke gebruikers over verloop van tijd goed wordt georganiseerd binnen en tussen zorgverleners, instellingen en gewesten, en in welke mate het volledige ziekte-traject wordt opgevolgd” (Gerkens, et al., 2024a, p. 36).

Het is belangrijk op te merken dat deze dimensies sterk van elkaar afhankelijk zijn. Een laag niveau van ervaren zorgkwaliteit heeft bijvoorbeeld een impact op de financiële toegankelijkheid, aangezien patiënten minder geneigd zullen zijn om de kosten te betalen als de ervaren kwaliteit niet bevredigend is. Ook moeilijkheden om toegang te krijgen tot bepaalde behandelingen (die leiden tot uitstel of het gedeeltelijk afzien ervan) hebben een invloed op de behandeling die daadwerkelijk verkregen zal worden, en die wellicht zal worden beoordeeld op basis van andere dan klinische overwegingen (bijvoorbeeld op basis van vervoersbeperkingen of kosten ten laste van patiënten) (Cès & Baeten, 2020).

Ten derde kan de performantie worden beoordeeld in termen van de invloed van het gezondheidszorgsysteem op de gezondheid van de bevolking, dus de **doeltreffendheid** van de zorg. Dit is de “mate waarin wenselijke resultaten worden bereikt, uitgaande van de correcte verstrekking van op bewijs gebaseerde gezondheidszorgdiensten aan iedereen die er baat bij zou kunnen hebben, maar niet aan degenen die er geen baat bij hebben” (Gerkens, et al., 2024a, p. 24).

De **billijkheid** van de toegang tot of het gebruik van de zorg⁷ is de vierde dimensie voor de beoordeling van de performantie. Dit concept komt voort uit de Universele Gezondheidsdekking en verwijst naar een normatief oordeel over ongelijkheden. Horizontale rechtvaardigheid betekent “dat mensen met identieke zorgbehoeften dezelfde (toegang tot) behandeling krijgen, ongeacht andere kenmerken zoals inkomen, opleidingsniveau, woonplaats, herkomst, enz.” (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020, p. 11, eigen vertaling).

Ten vijfde koppelt het begrip **efficiëntie** de doeltreffendheid aan de middelen die aan zorg worden besteed: “Efficiëntie in de gezondheidszorg betreft meestal de relatie tussen inputs (d.w.z. duurzaamheidsindicatoren zoals financiële middelen, personeel, infrastructuur) en intermediaire outputs (d.w.z. toegankelijkheids- en kwaliteitsindicatoren zoals wachttijden enz.) of uiteindelijke gezondheidsresultaten (d.w.z. gezondheidstoestandindicatoren zoals de gewonnen levensjaren [...])” (Gerkens, et al., 2024a, p. 71).

De belangrijkste missie van de gezondheidszorg is het verbeteren van de gezondheid van de bevolking door alle gezondheidszorgbehoeften te dekken. Dat is het doel van

7 De gezondheidsongelijkheden worden niet direct behandeld in dit artikel. De kwestie van de verticale billijkheid (verschillende zorgbehoeften krijgen verschillende aangepaste behandelingen) wordt hier evenmin behandeld.

de Universele Gezondheidsdekking¹. Dit wordt bereikt wanneer de voorwaarden voor toegang tot zorg – bepaald door de gevoeligheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid van de zorg – iedereen in staat stellen toegang te krijgen tot kwaliteitszorg, dus door de veiligheid, de aangepastheid, de persoonsgerichtheid en de continuïteit van de zorg te garanderen. Het resultaat wordt beoordeeld op basis van de doeltreffendheid, billijkheid en efficiëntie.

1.2.3. De dynamische dimensies

De definitie van Contandriopoulos van performantie voorziet twee andere performantiedomeinen van gezondheidszorgsystemen: de **veerkracht en de duurzaamheid** (zesde en zevende dimensie in Figuur 2).

De **veerkracht**, geanalyseerd als een op zichzelf staande dimensie, wordt gedefinieerd als “het vermogen van een gezondheidssysteem om (a) te anticiperen op schokken, (b) deze te absorberen en (c) zich hieraan aan te passen (...) op een manier die het mogelijk maakt om (i) de vereiste activiteiten te blijven leveren, (ii) zo snel mogelijk terug te keren naar een optimaal performantieniveau, (iii) de structuur en functies aan te passen om het systeem te versterken, en (iv) (eventueel) de kwetsbaarheid voor toekomstige soortgelijke schokken en structurele veranderingen te beperken” (Gerken, et al., 2024a, p. 88).

Het begrip **duurzaamheid** ligt dicht bij veerkracht en heeft betrekking op zowel de middelen als het doel. Er zijn verschillende definities mogelijk:

- “Duurzaamheid kan worden gedefinieerd als het vermogen van het systeem om duurzaam gefinancierd te blijven uit openbare bronnen; om personeel (bv. door middel van onderwijs en opleiding), infrastructuur en apparatuur te leveren en te behouden; om innovatief te zijn; om in te spelen op nieuwe behoeften en om de milieu-impact ervan te verminderen” (Gerken, et al., 2024a, p. 58).
- Er kan een meer volledige definitie worden voorgesteld: “het vermogen van een gezondheidszorgsysteem om zijn essentiële functies – dienstenaanbod, levering van personeel en materiaal, financiering en beheer – in stand te houden en tegelijkertijd de beginselen van billijke financiering, gelijke toegang tot zorg en doeltreffendheid te integreren met als doel de gezondheid van bevolkingsgroepen te verbeteren en in hun behoeften te voorzien” (Or, Gandré, & Wharton, 2022, p. 8, eigen vertaling). Deze

definitie omvat het feit dat de grondbeginselen van het gezondheidszorgsysteem niet in twijfel mogen worden getrokken. Ze onderstreept het belang van het behoud van de voorwaarden van de Universele Gezondheidsdekking.

Milieuduurzaamheid wordt beschouwd als een subdimensie van duurzaamheid: “het vermogen van het systeem om negatieve effecten op het milieu te beperken en kansen te benutten om het te herstellen en te verbeteren ten voordele van de gezondheid en het welzijn van huidige en toekomstige generaties” (Gerken, et al., 2024a, p. 70).

Het systeem moet zich aanpassen om ervoor te zorgen dat de behoeften worden gedekt in geval van een externe verstoring, van welke aard ook (economisch, gezondheid, politiek, demografisch, sociaal, milieu, enz.). Dit heeft een potentiële impact op de middelen in brede zin (elke input die nodig is voor de productie van zorg, zoals personeel, energie, gebouwen, enz.) en op de zorgbehoeften van de bevolking, het domein van de duurzaamheid en de veerkracht.

Veerkracht en duurzaamheid zijn intrinsiek met elkaar verbonden. Als bijvoorbeeld de zorginfrastructuur of het aantal gezondheidswerkers in normale tijden ontoereikend zijn, zal de gezondheidszorg nog minder goed in staat zijn om een snelle toename van de gezondheidsbehoeften van de bevolking op te vangen. Deze twee begrippen verwijzen naar het probleem van het aanpassingsvermogen van het gezondheidszorgsysteem ten aanzien van verstoringen met een mogelijke invloed op zowel de zorgbehoefte als de omstandigheden waarin de zorg wordt verleend (bijvoorbeeld bij schaarser wordende middelen in ruime zin). De gezondheidscrisis is een treffend voorbeeld van een ernstige verstoring in de zorgbehoeften die de Europese gezondheidszorgsystemen het hoofd moesten bieden met ongelijke mogelijkheden, vooral rond de beschikbaarheid van eenheden voor kritieke zorg, de geografische spreiding en het aantal gezondheidswerkers (Sagan, et al., 2024). Duurzaamheid betekent ook anticiperen op toekomstige schommelingen, bijvoorbeeld als gevolg van demografische veranderingen, milieu- of sociaaleconomische factoren, enz. Wanneer de verstoringen niet kunnen worden voorspeld, kan men de voorwaarden scheppen om de robuustheid van het gezondheidszorgsysteem te waarborgen, hetzij voor een specifiek risico, zoals extreme weersomstandigheden, hetzij voor een groep risico's waarvoor een gemeenschappelijke aanpak mogelijk is (Witter, et al., 2023).

1.3. Problemen in de dekking van zorgbehoeften

Aan de hand van het voorgestelde kader van performantiedimensies van het gezondheidszorgsysteem, kan men de performantieproblemen aangaande de dekking van zorgbehoeften volledig identificeren (zie Figuur 3). De dekking hangt vooral af van de toegankelijkheid van de zorg en de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarom richten we ons hier voornamelijk op deze twee hoofddimensies. Een ontoereikende dekking van de behoeften in een van deze dimensies zal waarschijnlijk leiden tot problemen inzake doeltreffendheid, efficiëntie en billijkheid.

1.3.1. Soorten onvoldoende gedekte behoeften

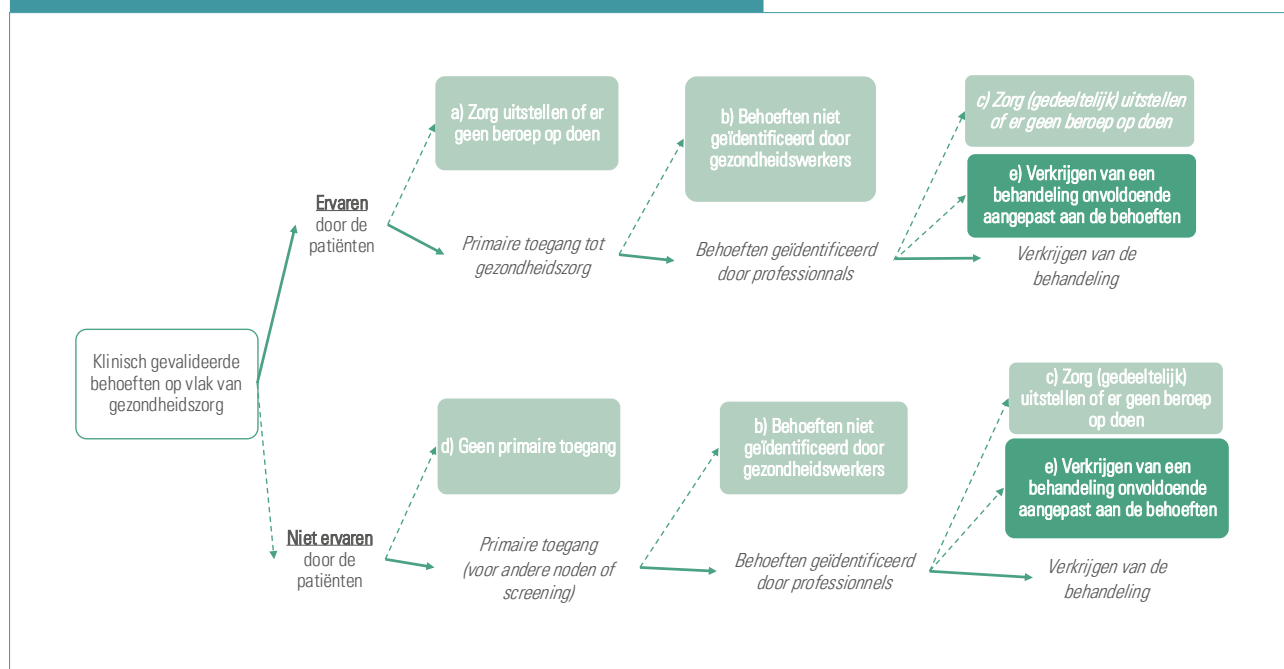
Verskillende soorten onvoldoende gedekte behoeften kunnen worden geïdentificeerd:

a) De persoon ervaart een zorgbehoefte, maar moet gezondheidsdiensten noodgedwongen uitstellen of ervan afzien, bijvoorbeeld vanwege financiële moeilijkheden, niet-beschikbaarheid van diensten of andere redenen die niet kunnen worden gerechtvaardigd in termen van het beginsel van Universele Gezondheidsdekking;

- b) De zorgbehoefte wordt niet geïdentificeerd omdat de diagnose niet is gesteld door een gezondheidswerker, ongeacht of de persoon zich bewust is van het probleem, bijvoorbeeld in geval van een zeldzame ziekte;
- c) Hoewel de diagnose gesteld is, moet de persoon de behandeling uitstellen of er (gedeeltelijk) van afzien om redenen die niet kunnen worden gerechtvaardigd in termen van het beginsel van Universele Gezondheidsdekking;
- d) De persoon ervaart geen zorgbehoefte en heeft geen contact met een zorgverlener (primaire toegang);
- e) De diagnose is gesteld, maar de voorgestelde behandeling is niet voldoende veilig (behandelingsvoorwaarden in brede zin, bijvoorbeeld niveau van hygiëne, interacties tussen geneesmiddelen), of niet adequaat met betrekking tot klinische aanbevelingen, of niet voldoende persoonsgericht of niet geleverd met een voldoende continuïteit van de zorg.

De eerste vier gevallen hebben betrekking op problemen met de toegang tot zorg, terwijl het laatste betrekking heeft op de andere performantiedimensies van het gezondheidszorgsysteem inzake de voorwaarden waaronder gezondheidszorg wordt verleend, namelijk de zorgkwaliteit. In de praktijk kunnen deze problemen samengaan, bijvoorbeeld in het geval van een vertraagde diagnose in combinatie met een inadequate behandeling.

Figuur 3: Verschillende soorten onvoldoende gedekte zorgbehoeften



1.3.2. Selectiecriteria van potentiële verbetergebieden in de gezondheidszorg

Het is strategisch noodzakelijk om de performantieproblemen te selecteren die met voorrang gecorrigeerd moeten worden en waarvoor dus doelstellingen worden bepaald.

Het eerste selectie criterium is de **wetenschappelijke objectivering van het performantieprobleem** (Martini & Davesne, 2024). De vraag die we hier willen beantwoorden is: is het performantieprobleem voldoende gedocumenteerd? Hebben we genoeg informatie?

Het tweede criterium gaat over de **dekking van de gezondheidsbehoeften en de gezondheidswinsten op korte tot middellange termijn**. De gestelde vraag is: leidt de huidige aanpak van de gezondheidsproblemen in het kader van de ziekteverzekering tot een kloof tussen de waargenomen gezondheidstoestand en “de beste gezondheidstoestand [...] uitgaande van een optimale toegang tot en gebruik van de gezondheidszorg” (zie deel 1.1.)? Als het antwoord ja is, betekent dit dat een betere dekking van de zorgbehoeften zou leiden tot betere resultaten voor de volksgezondheid.

Dit veronderstelt **het kunnen documenteren van de kloof tussen de waargenomen gezondheidstoestand en de dankzij de zorg haalbare gezondheidstoestand, aan de hand van indicatoren of op een kwalitatieve manier in een breed begrip van gezondheid** dat verder gaat dan louter klinische overwegingen, dus inclusief de levenskwaliteit in al haar dimensies. De voorbeelden die in deze studie worden aangehaald, worden voornamelijk geanalyseerd vanuit een kwantitatief oogpunt. De vraag is: heeft het vastgestelde performantieprobleem van de gezondheidszorg negatieve gevolgen voor de mortaliteit⁸, de morbiditeit⁹, de risicofactoren voor de gezondheid die door de gezondheidszorg kunnen worden gewijzigd en voor de levenskwaliteit (gezinsleven, werk, vrije tijd, sociaal leven, school, enz.)?

Afhankelijk van het domein kan het meer of minder moeilijk zijn om de performantiekloof vast te stellen (internationale vergelijkingen, vergelijkingen tussen bevolkingsgroepen, geografische vergelijkingen, vergelijkingen met klinische

aanbevelingen, feedback uit ervaringen op het terrein¹⁰, enz.). Het meten van een kloof impliceert noodzakelijkerwijs het begrip ‘drempel’. Boven welke drempel is actie ondernemen gunstig? Er bestaat niet noodzakelijk een eenduidig antwoord op deze vraag, vooral wanneer het probleem complex is. Het komt er dan veeleer op aan een reeks bewijzen te verzamelen die aantonen dat beter aan de zorgbehoeften kan worden voldaan, met een aanzienlijke gezondheidswinst, door de organisatie van de zorg (in de brede zin) te wijzigen.

1.4. Gezondheidszorgdoelstellingen

1.4.1. Verschillende soorten doelstellingen

De identificatie van verbetermogelijkheden in de dekking van zorgbehoeften is het uitgangspunt voor het formuleren van gezondheidszorgdoelstellingen die expliciet gericht zijn op een betere dekking van de behoeften. Om gezondheidszorgdoelstellingen te kunnen bepalen, moet echter eerst de methodologie van de doelstellinggerichte benadering worden uitgelegd.

Men kan verschillende soorten gezondheidszorgdoelstellingen onderscheiden (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017; Martini & Davesne, 2024).

De strategische doelstellingen

- **De einddoelstellingen** zijn gericht op de gezondheidstoestand of de levenskwaliteit. Om informatie voor de verbetering van de gezondheidszorg te verstrekken, leveren dit soort doelstellingen om verschillende redenen een aantal problemen op. Enerzijds kunnen ze moeilijk te interpreteren zijn wegens de vele mogelijke oorzaken van een waargenomen verandering, aangezien de oorzaken niet alleen verband houden met het gezondheidszorgsysteem. Andere factoren kunnen eveneens bijdragen aan veranderingen in de gezondheidstoestand van de bevolking, bijvoorbeeld leefomstandigheden, omgevingsfactoren, enz. Aangezien het hier gaat om een benadering van de gezondheidstoestand op basis van gegevens over het gezondheidszorggebruik, is het anderzijds mogelijk dat een variatie van de indicator niet

8 “Een overlijden wordt vermeden door het zorgsysteem geacht wanneer, in het licht van de medische kennis op het moment van het overlijden, de meeste sterfgevallen door die oorzaken kunnen worden voorkomen door tijdige en doeltreffende zorginterventies, waaronder secundaire preventie en behandeling” (Gerken, et al., 2024a, p. 24).

9 “De incidentie van een ziekte komt overeen met het aantal nieuwe gevallen dat zich gedurende een gegeven periode in een bepaalde populatie voordoet, terwijl de prevalentie overeenkomt met het aantal gevallen dat op een gegeven moment in een bepaalde populatie wordt waargenomen” (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2010, p. 18, eigen vertaling).

10 Het is mogelijk dat de performantiekloof op het terrein geïdentificeerd is, maar dat er geen indicator bestaat om ze te meten.

eenduidig kan worden geïnterpreteerd, aangezien de oorzaken meervoudig en gecombineerd kunnen zijn. Zo kan een stijging van het percentage mensen dat voor diabetes wordt behandeld te wijten zijn zowel aan een verbeterde screening als aan een stijging van de prevalentie van diabetes. Ten slotte zullen maatregelen om de gezondheidstoestand te verbeteren waarschijnlijk alleen op de middellange termijn effect hebben (Gregg, et al., 2023).

- **De tussentijdse resultaatdoelstellingen** richten zich op de gezondheidsdeterminanten om de einddoelstellingen te bereiken (bijvoorbeeld gezondheidsvaardigheden of de controle van de bloeddruk) waarvoor een causaal verband met een gezondheidsresultaat goed is aangetoond.

De operationele doelstellingen

- **De procesdoelstellingen** hebben betrekking op de manier waarop de zorg wordt verstrekt om de resultaatdoelstellingen te bereiken. De procesdoelstellingen zijn nuttig voor de monitoring op korte termijn van de implementatie van de programma's.
- **De structurele en organisatorische doelstellingen** hebben betrekking op veranderingen in wetgeving, infrastructuur, personeel, enz.

Deze doelstellingen kunnen worden gedefinieerd op macroniveau (nationaal), mesoniveau (op het niveau van zorgorganisaties) en microniveau (zorgverleners).

1.4.2. Geldige en betrouwbare indicatoren voor het formuleren van een SMART-doelstelling

Om te kunnen beoordelen of de doelstelling daadwerkelijk wordt bereikt, moeten we er ook voor zorgen dat de indicatoren die worden gebruikt om SMART-doelstellingen³ te formuleren, verscheidene criteria valideren (Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, & Nguyen, 2005):

- Het eenvoudigste selectie criterium is de **beschikbaarheid**. Bestaat de indicator al? Als hij niet bestaat, bestaan er dan de gegevens die nodig zijn voor zijn berekening? Moeten nieuwe gegevens worden verzameld en wat kost dat? De meerkosten moeten voldoende gerechtvaardigd zijn door het nut van de indicator.
- De **betrouwbaarheid** is een ander belangrijk criterium. Meet de indicator "een verschijnsel betrouwbaar, dus zonder te veel willekeurige variatie" (Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, & Nguyen, 2005,

p. 60, eigen vertaling)? Een betrouwbare indicator geeft duidelijk aan hoe de gegevens worden verzameld en welke teller en noemer worden gebruikt, om subjectiviteit zoveel mogelijk te vermijden.

- De **geldigheid** is het feit dat de indicator het onderzochte fenomeen daadwerkelijk meet, dit is dat hij zorgt voor consistentie tussen wat werkelijk wordt gemeten en wat theoretisch is gedefinieerd.

Een variatie van de indicator moet voldoende robuust en ondubbelzinnig kunnen worden toegeschreven aan de gezondheidszorg, ook al is het causale verband niet altijd zeker. Een toename van de prevalentie (zelfgerapporteerd of berekend op basis van administratieve gegevens over zorgconsumptie) kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van acties die een betere screening of een betere financiële toegang bevorderen, maar ook van een verslechtering van de gezondheidstoestand, of zelfs van beide tegelijk. Het gebrek aan geldigheid is ook mogelijk als de referentiepopulatie theoretisch gezien niet gepast is. Om bijvoorbeeld de effectiviteit van de chronische zorg in het vermijden van ernstige complicaties te beoordelen op basis van het aantal ziekenhuisopnames, moet dit aantal worden gerelateerd aan de subgroep van patiënten die daadwerkelijk lijden aan de chronische ziekte en niet aan de bevolking als geheel. Als dit percentage gerelateerd is aan de bevolking als geheel, dus met inbegrip van de mensen die de ziekte niet hebben, kan een variatie ook duiden op een verandering in de prevalentie. De constructie van nieuwe indicatoren voor de formulering van SMART-doelstellingen moet aan de twee criteria voldoen: betrouwbaarheid en geldigheid.

1.4.3. De streefwaarde

Om SMART-doelstellingen³ te formuleren, moet de geselecteerde indicator een verschil aantonen met wat theoretisch voor het gezondheidszorgsysteem haalbaar is. Dit is het begrip van de drempel waarnaar eerder is verwezen (deel 1.3.2.), waarboven het wenselijk is om in te grijpen om de zorg te verbeteren. **Een SMART-doelstelling stelt een vermindering van het verschil voor in de vorm van een streefwaarde.** Hoewel er verschillende methoden bestaan om een streefwaarde te bepalen, moet ervoor worden gezorgd dat de streefwaarde realistisch genoeg is om belanghebbenden te betrekken. Daarom moet de huidige waarde van de indicator de basis zijn voor de reflectie. Het zou onrealistisch zijn om een streefwaarde voor te stellen zonder rekening te houden met de referentiewaarde.

De te bereiken streefwaarde kan op verschillende manieren worden gekozen (Gregg, et al., 2023):

- in absolute of relatieve waarde ten opzichte van de referentiewaarde (*baseline*);
- door een statistisch significante minimale verandering te berekenen;
- ten opzichte van een waargenomen referentietrend (hetzij in continuïteit, hetzij door een procentuele verbetering voor te stellen ten opzichte van de waargenomen trend);
- in lijn met de klinische aanbevelingen;
- door consensus en het gebruik van meervoudige criteria;
- in het geval van *biomarkers* (bijvoorbeeld het aandeel van de doelgroep met een bloeddruk onder een bepaald niveau) moet ook het gewenste niveau worden geanalyseerd (vaak in relatie tot de klinische aanbevelingen en de bijbehorende gezondheidsrisico's);
- door het beste resultaat toe te passen vastgesteld in de subgroepen van de populatie.

Het is essentieel te beoordelen in welke mate het gezondheidszorgsysteem de zorgbehoeften van de bevolking voldoende dekt. Als de uitvoering van die missie tekortschiet, is het resultaat een slechtere gezondheidstoestand dan theoretisch mogelijk is op basis van de huidige medische kennis. Verschillende dimensies worden gedefinieerd voor de beoordeling van de performantie van het systeem op vlak van de dekking van zorgbehoeften. De toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg zijn de belangrijkste dimensies voor de opsporing van tekortkomingen in de dekking van de behoeften. Het systeem slaagt er niet in om gevalideerde klinische behoeften te dekken wanneer er problemen zijn met de toegang tot en/of de kwaliteit van de zorg. Doeltreffendheid, billijkheid en efficiëntie, de meer horizontale dimensies, worden gebruikt om de impact van deze problemen te meten. Het bepalen van doelstellingen is een strategie om bepaalde performantieproblemen met voorrang aan te pakken.

Dit kader wordt getest om het beheer van diabetes en hart- en vaatziekten te analyseren en zo het proces voor het bepalen van doelstellingen voor de verbetering van de zorgperformantie te verduidelijken.

2. Betere dekking van de zorgbehoeften voor chronisch zieken

Om te tonen hoe een evaluatie van de performantie van het gezondheidszorgsysteem kan worden geïmplementeerd, bestuderen we hier twee gevallen van zorg¹¹ voor chronisch zieken in België, waarbij we het eerder beschreven analysekader toepassen. Als gevolg van de snelle epidemiologische veranderingen in de afgelopen twee decennia zijn chronische ziekten¹² sinds 2021 een beleidsprioriteit¹³.

We zien inderdaad een aanzienlijke toename van het aandeel mensen (ouder dan 15 jaar) dat zegt minstens één chronische ziekte of aandoening te hebben naar 29% in 2018, een stijging met 17% ten opzichte van 2001¹⁴. De mensen met de laagste inkomens (eerste inkomenskwintiel) ervaren een nog snellere verslechtering van hun gezondheidstoestand, met een stijging met 52% tussen 2001 en 2018 van het aantal mensen met chronische aandoeningen (zelfgerapporteerd).

De gezondheidsverliezen zijn ook ongelijk verdeeld over de bevolking. Bepaalde groepen, zoals vrouwen, ouderen en de meest kwetsbaren, ondergaan een grotere verslechtering van hun gezondheid in het geval van een chronische ziekte (Van Wilder, et al., 2022). Daarom is het essentieel dat deze ongelijkheden en mogelijke tekortkomingen in de zorg worden geïdentificeerd om de last van de chronische ziekten te verminderen.

11 Primaire preventie wordt niet direct behandeld in de analyse.

12 Hoewel er strikt genomen geen definitie bestaat van chronische ziekte in België: "een chronische ziekte kan worden gedefinieerd als een gezondheidsprobleem dat 'lang' duurt" (Maertens de Noordhout, et al., 2022, p. 17, eigen vertaling).

13 In maart 2021 werden een *taskforce* Gezondheidszorgdoelstellingen, een *taskforce* *Appropriate Care*, een *taskforce* Dynamisch Meerjareнкader, een Wetenschappelijk Comité en een Stuurcomité gelanceerd om een concrete methodologie te ontwikkelen voor de integratie van gezondheidsdoelstellingen in de keuzes van de verzekering voor geneeskundige verzorging en voor het opstellen van een doeltreffend zorgplan. Deze raadpleging resulteerde in 2022 in een verslag (INAMI, 2022).

14 Zie: <https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey/hisia#health-and-quality-of-life>.

2.1. Diabetes

2.1.1. Ziekte last

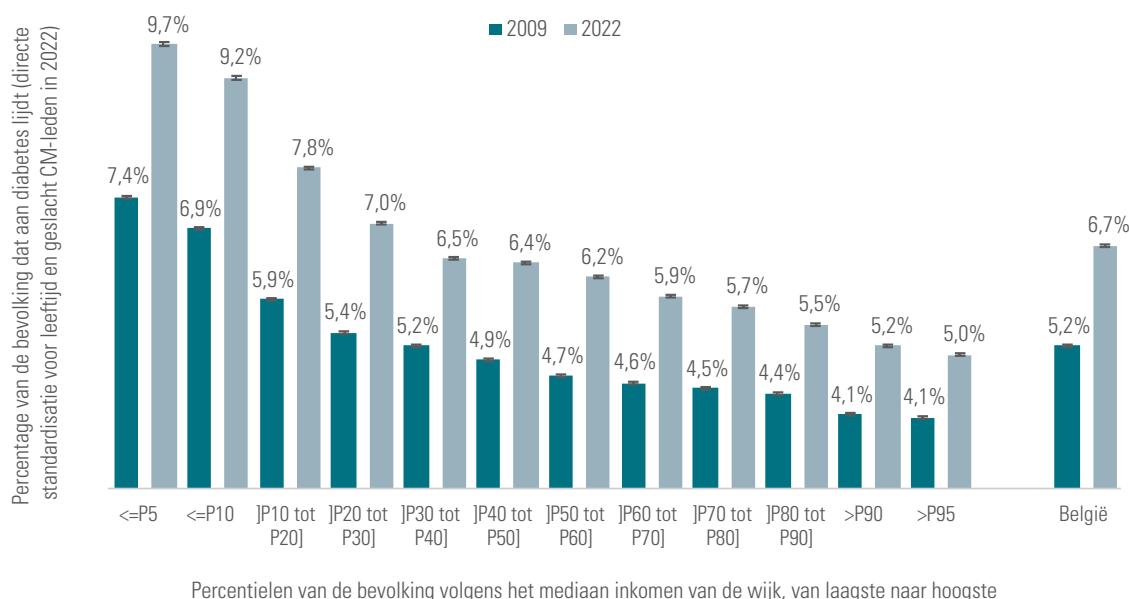
Diabetes¹⁵ is een chronische ziekte gekenmerkt door het onvermogen om een teveel aan glucose te reguleren. Een slechte behandeling kan leiden tot acute gezondheidsproblemen die geassocieerd worden met hyperglykemie (vermoeidheid, prikkelbaarheid, vaak plassen, intense dorst, terugkerende schimmelinfecties, trage wondgenezing, wazig zicht, ketoacidose) of hypoglykemie (spierzwakte, trillen, hartkloppingen, wazig zicht). Hyperglykemie heeft grote gevolgen voor de gezondheid op de lange termijn, zoals hart- en vaatziekten, zenuw schade, gezichtsverlies en nierfalen. Diabetes is een chronische ziekte waarvoor effectieve behandelstrategieën bestaan. Een juiste behandeling kan de geassocieerde complicaties voorkomen (Gregg, et al., 2023).

2.1.2. Sociale gradiënt

In 2022 krijgt 6,7% van de bevolking een diabetesbehandeling (methodologie gebruikt door het Inter mutualistisch Agentschap om diabetespatiënten te identificeren¹⁶, toegepast op CM-gegevens en gewogen volgens de structuur van de Belgische bevolking). In 2009 bedroeg de prevalentie 5,2%. Er is tussen 2009 en 2022 dus een toename met 22% (zie Figuur 4).

Er is een sterke sociale gradiënt in de prevalentie van gediagnosticeerde diabetes (gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht), die toeneemt met de tijd. In 2009 bedroeg de prevalentiekloof 83% tussen de armste en de rijkste buurten¹⁷: 7,4% in percentiel 5 en 4,1% in percentiel 95. In 2022 was deze kloof vergroot tot 93%, wat betekent dat de prevalentie bijna twee keer zo hoog was in de armste buur-

Figuur 4: Evolutie van diabetes (gediagnosticeerd¹⁸) in België tussen 2009 en 2022 volgens het mediaan fiscaal inkomen van de buurt waar de personen wonen (bron: CM-gegevens gewogen volgens leeftijd, geslacht, provincie en VT-statuu t van de Belgische bevolking)



15 De analyse verwijst voornamelijk naar diabetes type 2 (behalve waar het onderscheid expliciet wordt vermeld), die het meest voorkomt (geschat op 85% tot 90% volgens de Belgische *Association du diabète*: <https://www.diabete.be/le-diabete-2/diabete-de-type-2-13/definition-61#gsc.tab=0>).

16 "De prevalentie van gediagnosticeerde diabetes (type 1 of 2) wordt geschat op basis van het aantal verzekerden die antidiabetica (ATC-code A10) of een andere naar diabetes verwijzende nomenclatuur hebben ontvangen (diabetesconventie, diabetespaspoort, diabeteszorgtraject)"; https://atlas.aim-ima.be/info/metadataPDF/METADATA_002_001_NL.pdf.

17 Dit is het mediane belastinginkomen per belastingaangifte voor de statistische sectoren in 2022 (Bron: Statbel). Merk op dat de belastingaangiften zonder inkomen niet worden meegenomen in de berekening.

18 De methodologie voor de identificatie van de diabetespatiënten is die welke wordt gebruikt voor de evaluatie van de prestatie van het Belgische gezondheidszorgsysteem (Gerkens, et al., 2024b, p. 123): personen ouder dan 18 jaar met ATC= A10A of ATC=A10B codes (met een minimale dagelijkse dosisdrempel) en met uitsluitingsvoorwaarden om het niet-gebruik niet te overschatten (niet continu lid zijn van CM tijdens de bestudeerde periode en overlijden tijdens de periode).

ten (9,7% in percentiel 5) dan in de rijkste buurten (5% in percentiel 95). Tussen 2009 en 2022 steeg de prevalentie met 31% in de armste buurten (van 7,4% naar 9,7% in percentiel 5), en met 23% in de rijkste buurten (van 4,1% naar 5% in percentiel 95). Het valt op dat de prevalentie snel toeneemt in de meer welvarende buurten, waar de leefomstandigheden gunstiger zijn voor een goede gezondheid. Nog opmerkelijker is dat er ook een progressie is volgens het welvaartsniveau van de buurt: de prevalentie neemt toe naarmate het inkomen van de woonbuurt daalt. Deze verschillen zullen in werkelijkheid waarschijnlijk nog groter zijn wegens het risico op onderscreening in kansarme buurten en het feit dat mensen niet worden ingedeeld op basis van hun individuele inkomen, maar op basis van het mediane belastinginkomen van hun woonplaats.

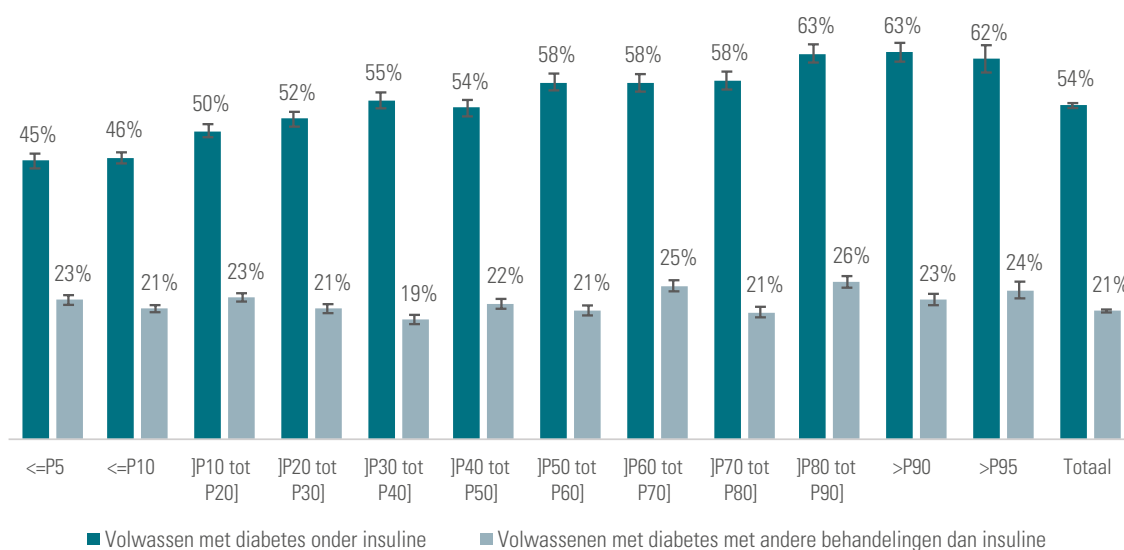
Een recente studie in België toont ook aan dat de sociaaleconomische status een belangrijke factor is in de ongelijkheid voor diabetes (Van Wilder, et al., 2022). Voor de groep met een gemiddelde sociaaleconomische status wordt een verlies van 2,2 keer meer voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (QALY) waargenomen in vergelijking met de meest bevoorrechte groep. De minst bevoorrechtten lijden ondertussen het grootste verlies aan QALY, met 4,4 keer zoveel verloren voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren als de meest bevoorrechte groep.

2.1.3. Onvoldoende gedekte zorgbehoeften

Ondanks de snelle stijging van de prevalentie tussen 2009 en 2022, blijft 30% van de mensen met diabetes niet-gediagnosticeerd (schatting op basis van urine- en bloedmonsters (Belgium.be, 2024b)). Dit wijst erop dat de toegang tot diabeteszorg in België nog niet optimaal is. Er moet ook op worden gewezen dat de minder bevoorrechte subgroepen, die meer door de ziekte worden getroffen, waarschijnlijk nog minder goed worden opgespoord vanwege hun meer beperkte toegang tot de zorg (Cès & Baeten, 2020).

Wat de behandeling betreft, verbetert de opvolging (Gerkens, et al., 2024a), maar zou ze beter kunnen gezien de soms ontoereikende frequentie van de vervolgonderzoeken. Vervolgonderzoeken zijn nochtans essentieel omdat ze in verband worden gebracht met een significante verlaging van de mortaliteit (Holman, et al., 2021). Men kan het aandeel meten van de diabetespatiënten ouder dan 18 jaar, gediagnosticeerd als type 1 of 2, die een correcte opvolging krijgen, gedefinieerd door de uitvoering van vijf tests (creatinine, lipidenprofiel, HbA1c of geglyceerde hemoglobine, albumine, oftalmologisch onderzoek) gedurende 15 maanden (zie Figuur 5).

Figuur 5: Percentage diabetespatiënten in 2022 met een correcte opvolging tussen januari 2023 en maart 2024 (KCE-methodologie¹⁹ toegepast op CM-gegevens gewogen volgens Belgische bevolkingsstructuur in 2022, standaardisatie naar leeftijd en geslacht)



19 Om patiënten te identificeren die gedurende vijftien maanden een correcte opvolging kregen, werd de methodologie van de prestatie-evaluatie van het Belgische gezondheidssysteem toegepast (Gerkens, et al., 2024b, p. 122).

Er wordt een significant verschil vastgesteld op basis van het inkomensniveau van de woonbuurt van de patiënten (2022). In de rijkste buurten is het percentage patiënten met insuline dat adequaat wordt opgevolgd veel hoger: 63% van deze patiënten krijgt een gepaste opvolging (percentiel 90), tegenover slechts 46% van de patiënten in de armste buurten (percentiel 10). Er is geen significant verschil volgens het inkomensniveau van de woonbuurt voor de diabetespatiënten die andere medicatie dan insuline gebruiken.

In 2021 was in totaal 86% van de volwassenen met diabetes die insuline gebruiken, geregistreerd in een van de zorgprotocollen voor diabetes (diabetespaspoort, zorgtrajecten voor 'chronische ziekten' en conventie voor zelfregulatie voor de meest complexe patiënten²⁰). Dit is een hoog cijfer, maar het betekent ook dat 14% van de diabetici die insuline gebruiken geen zorgprotocol heeft (de verschillen volgens VT-statuuat blijven klein). We zien grote verschillen: het percentage loopt op tot 19% in Brussel en tot 30% voor mensen die in voorzieningen verblijven (Gerkens, et al., 2024a).

Voor mensen met een andere behandeling dan insuline, blijft het percentage patiënten met een zorgprotocol voor diabetes (een paspoort/voorzorgtraject of zorgtraject) laag: slechts 26,6% in 2021 (Wallonië is de regio met het laagste percentage: 17,7%). De kleine verschillen volgens sociaaleconomisch niveau tonen aan dat dit waarschijnlijk minder een probleem is van toegankelijkheid dan van gepastheid van zorg.

2.1.4. Evolutie van de complicaties

Het aantal ziekenhuisopnames voor diabetescomplicaties (in geval van ongecontroleerde diabetes of diabetesgerelateerde complicaties)²¹ blijft met 136,4 in 2021 hoog, vergeleken met het Europese gemiddelde²² (EU-17-landen: 104 per 100.000 inwoners van 15 jaar en ouder, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht). Niettemin wordt tussen 2010 en 2020 een daling waargenomen (niet gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht), behalve voor het jaar 2021 (laatste beschikbare jaar) (Gerkens, et al., 2024b).

Bij de mensen met diabetes is de incidentie van amputaties aan de onderste ledematen tussen 2009 en 2018 gedaald (gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, tussen 24 en 29% (Lauwers, et al., 2022; Claessen, et al., 2018)). De daling was groter bij vrouwen dan bij mannen. De grote amputaties namen in dezelfde periode significant af (45%), terwijl de kleine amputaties niet significant afnamen (Lauwers, et al., 2022). Deze trend wordt ook waargenomen in de buurlanden. Het significante verschil in het risico op amputatie tussen vrouwen en mannen zou verklaard kunnen worden door verschillende cardiovasculaire en psychosociale risicofactoren (Vanherwegen, et al., 2023). Het secundaire amputatiepercentage bedraagt 31,3% na een kleine amputatie en 18,4% na een grote amputatie (Lauwers, et al., 2022). Achter dit totaalcijfer gaat een meer gemengde realiteit schuil, aangezien bepaalde kwetsbare groepen een groter risico op meerdere amputaties lopen.

De verschillen in het risico op amputatie kunnen duidelijk worden afgelezen uit de gegevens van volwassen CM-leden met en zonder VT (zie Figuur 6). Voor de amputaties bij diabetici tussen 2022 en 2024 is een hoger percentage amputaties vastgesteld bij de begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming dan bij de anderen:

- 1,4% van de diabetespatiënten met VT die insuline gebruikten, onderging ten minste één amputatie, vergeleken met slechts 0,8% van de patiënten zonder VT. Hoewel het aandeel klein is, is het bijna twee keer hoger bij diabetespatiënten met VT dan bij deze zonder VT.
- bij de diabetespatiënten die geen insuline gebruiken, wordt een verschil waargenomen, ondanks hun kleine aandeel: 0,23% voor patiënten zonder VT en 0,34% voor deze met VT.

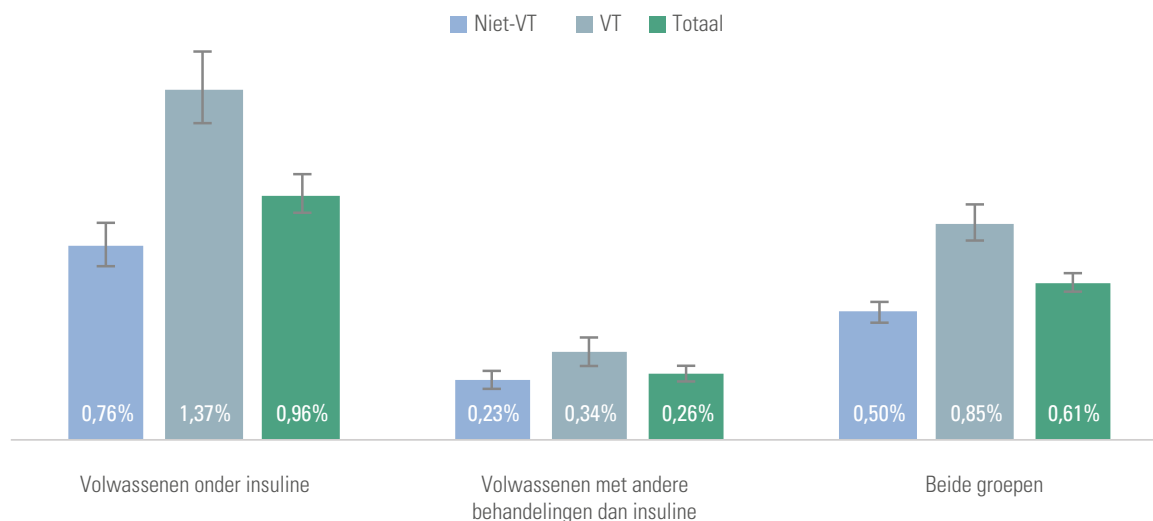
Daarnaast melden maatschappelijk werkers die in ziekenhuizen werken dat personen met het meest kwetsbare sociaaleconomisch profiel vaker meerdere amputaties ondergaan, wegens een gebrek aan de voor de patiënten te dure wondzorg (Cès & Baeten, 2020). Dergelijke complicaties zijn tragisch voor de patiënten en vormen mogelijk een efficiëntieprobleem vanwege de hoge behandelkosten, die vermeden zouden kunnen worden door een betere toegang tot de zorg.

20 Zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/diabetes-terugbetaling-van-verschillende-begeleidingen#andere-specifieke-begeleidingsprogramma-s>.

21 De indicator van de opnames voor diabetesgerelateerde complicaties is gebaseerd op de som van drie indicatoren: opnames voor kortetermijncomplicaties (ketoacidose, hyperosmolariteit), voor langetermijncomplicaties (nier-, oog-, neurologische, circulatoire of andere niet-gespecificeerde) en voor ongecontroleerde diabetes (Gerkens, et al., 2024b, p. 42).

22 Een beperking van de internationale vergelijking is dat een lager opnamepercentage een lagere prevalentie van diabetes zou kunnen weerspiegelen en niet een betere behandeling, omdat het niet gerelateerd is aan de diabetespopulatie.

Figuur 6: Percentage diabetespatiënten (ouder dan 18 jaar, inclusief de personen die in de periode zijn overleden) die tussen 2022 en 2024 ten minste één amputatie ondergingen (Bron: CM-gegevens gewogen volgens de Belgische bevolkingsstructuur in 2022, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht)



2.1.5. Impact van de ziekte op de financiële last van de zorg

Op basis van de gegevens van CM-leden kan de financiële last van de eigen bijdragen van diabetespatiënten ingeschat worden, door hun zorgkosten te vergelijken met die van niet-diabetici. De eigen betalingen “omvatten remgelden, supplementen [extra facturering boven op het tarief zoals in de nomenclatuur bepaald] en directe betalingen voor niet-gedekte producten en diensten” (Gerkens, et al., 2024a, p. 45). Buiten de ziekenhuisopnames zijn de kosten van niet-gedekte producten en diensten niet bekend en daarom niet opgenomen in de schatting. Dit is dus een minimale schatting van de kosten van de ziekte.

De gemiddelde totale kost voor de patiënten²³ (gegevens 2023-2024 over 15 maanden voor alle patiënten gedetecteerd in 2022²⁴) bedragen:

- 880 euro voor de diabetespatiënten zonder VT die insuline gebruiken gedurende 15 maanden, vergeleken met 624 euro voor de niet-diabetespatiënten zonder VT, dus een verschil van 256 euro dat kan worden toegeschreven aan de diabetes. 25% van de diabetespatiënten maakt totale kosten van meer dan 960 euro (vergeleken met 657 euro voor niet-diabetici).
- 583 voor de diabetespatiënten met VT die insuline gebruiken, vergeleken met 426 euro voor niet-diabetespatiënten met VT, dus 157 euro bijkomende kosten die kunnen worden toegeschreven aan de diabetes. 25% van de diabetespatiënten met VT die insuline gebruiken, maken totale kosten van meer dan 644 euro (vergeleken met 435 euro voor niet-diabetespatiënten met VT).

De geschatte minimumkosten voor behandeling (zonder rekening te houden met niet-terugbetaalde, niet-geregistreerde kosten) lopen op en vormen een aanzienlijke financiële last, vooral voor personen met VT. Het VT-statuuut verlaagt de kosten, maar slechts in beperkte mate.

²³ Netto-remgeld (na toepassing van de maximumfactuur) en supplementen geregistreerd in het kader van de uitvoering van verplichte ziekteverzekering (gedeeltelijke registratie). De niet door de verplichte ziekteverzekering terugbetaalde gezondheidszorg is niet opgenomen in de analyse. Dit is dus een onderschatting van het totale bedrag dat door patiënten wordt betaald.

²⁴ Patiënten ouder dan 18 jaar in 2022, met uitzondering van in de periode 2022-2024 overleden patiënten en patiënten die tijdens de periode niet continu lid waren van CM. 1:2 matching van de controlegroep (met uitsluiting van alle mensen die tussen 2021 en 2025 diabetesgerelateerde prestaties/medicatie gebruiken) op basis van leeftijd, geslacht, provincie en VT-statuuut.

2.1.6. Verbetermogelijkheden

Diabetes is een volksgezondheidsprobleem met een hoge prevalentie. De aandoening wordt nog steeds onvoldoende opgespoord, hoewel het aantal gevallen in de komende jaren waarschijnlijk zal toenemen. Er is een sterke sociaaleconomische gradiënt vastgesteld: de prevalentie van diabetes neemt aanzienlijk toe naarmate het sociaaleconomische niveau daalt, met een groter verlies van QALY dan in de meest bevoorrechte groep. Voor de meest kwetsbaren is het risico op inadequate zorg groter: ze hebben minder kans op een regelmatige en volledige opvolging en een hoger risico op ernstige complicaties, mede door een slechtere toegang tot de zorg. Voor mensen met een lagere sociaaleconomische status zal een aangepaste behandeling waarschijnlijk beter tegemoetkomen aan hun grotere zorgbehoeften. Op basis van deze bevindingen kan men verbeteringen voorstellen in de vorm van doelstellingen (te bereiken binnen vijf jaar), ter illustratie:

- a) **Einddoelstelling:** daling van de incidentie van ziekenhuisopnames wegens diabetescomplicaties bij de gediagnosticeerde personen en volgens de sociaaleconomische status: daling voor de volledige groep diabetici en wegwerking van de kloof tussen de sociaaleconomische groepen, bijvoorbeeld de meest kwetsbaren (< dan percentiel 50) bereiken de waarde van percentiel 80-90? (streefwaarde te bepalen op basis van de waarde van het referentiejaar volgens de sociaaleconomische groep).
- b) **Tussentijdse resultaatdoelstellingen:** 80% glykemische controle (HbA1c < 8%) en bloeddruk (< 140/90) bereiken bij de gediagnosticeerde personen (Wereldgezondheidsorganisatie (Gregg, et al., 2023)).
- c) **Operationele procesdoelstellingen:**
De toegang tot de zorg verbeteren volgens het beginsel van proportioneel universalisme²⁵:
 - De gevoeligheid voor de zorgbehoefte verbeteren door een vroegtijdige opsporing, in het bijzonder in de groepen met het hoogste risico.
 - De financiële toegankelijkheid verbeteren: de eigen bijdragen van patiënten voor de behandeling van diabetes verlagen.

Verbetering van de voorwaarden van de zorgverlening:

De kwaliteit van de zorg kan worden verbeterd door te verzekeren dat meer, en in het bijzonder niet-insulineafhankelijke patiënten regelmatig worden onderzocht:

- Stijging van het aandeel mensen met diabetes die insuline gebruiken en follow-uponderzoeken ondergaan over een periode van 15 maanden: van 54% in 2022 naar 75% over vijf jaar, en vermindering van de waargenomen kloof tussen de subgroepen van de bevolking volgens sociaaleconomisch niveau naar maximaal 10 punten²⁶ verschil (vergeleken met 18 punten verschil in 2022);
- Stijging met vijf punten van het percentage patiënten die insuline gebruiken met een zorgprotocol voor diabetes, naar 91% (86% in 2021);
- Stijging met 20 punten van het percentage diabetespatiënten die worden behandeld met een ander zorgprotocol dan insuline, naar 46% (26,6% in 2021).

2.2. Hart- en vaatziekten bij vrouwen

In 2020 is de voor leeftijd gecorrigeerde incidentie van myocardinfarct (vernietiging van de hartspeer door verstopping van een kransslagader) lager bij vrouwen (91/100.000) dan bij mannen (135/100.000) (Belgium.be, 2024a). De zelfgerapporteerde prevalentie van angina pectoris (veroorzaakt door vernauwing van de kransslagaders) is 2,5% bij vrouwen en 5,9% bij mannen ouder dan 65²⁷. De hart- en vaatziekten (een geheel van pathologieën) zijn de eerste doodsoorzaak bij vrouwen (24,9% in 2022 (Statbel, 2025)).

2.2.1. Onvoldoende gedekte zorgbehoeften

Hoewel het sterftecijfer op 30 dagen na een acuut myocardinfarct in de algemene bevolking tussen 2000 en 2014 globaal verbeterd is (Gerkens, et al., 2024a), hebben twee studies aangetoond dat het sterfterisico na een percutane coronaire interventie significant hoger is bij vrouwen in België, na aanpassing voor de risicofactoren voor overlijden (in het bijzonder de leeftijd). Zo stelt men een 35% hoger sterfterisico in het ziekenhuis vast na een coronaire interventie bij vrouwen in vergelijking met mannen (Lempereur, et al., 2016). Een ander onderzoek toont een verschil in sterfterisico van bijna 50% bij vrouwen met een

25 Dit beginsel stelt voor de interventies te moduleren op basis van de sociale gezondheidsgradiënt om tegemoet te komen aan de verschillende behoeften van subgroepen van de bevolking: "De maatregelen moeten universeel zijn, maar met een intensiteit en op een schaal die evenredig zijn met het niveau van het nadeel" (Francis-Oliviero, Cambon, Wittner, Marmot, & Alla, 2020, eigen vertaling).

26 Een punt komt overeen met het rekenkundige verschil tussen twee percentages: als een percentage bijvoorbeeld stijgt van 20% naar 30%, komt dat overeen met een verschil van 10 punten.

27 Zie <https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey/hisia#health-and-quality-of-life>.

myocardinfarct met een verhoogd ST-segment vergeleken met mannen (Gevaert, et al., 2014). Een dergelijk resultaat werd al in 2005 aangetoond in België (voor leeftijd gecorrigeerde mortaliteit (Van Brabandt, et al., 2005)).

Waarom is de prognose minder gunstig voor vrouwen? Verschillende factoren verklaren samen het verschil in sterfterisico dat wordt waargenomen bij vrouwen na een percutane coronaire interventie, in de eerste plaats de factoren die de tijd beïnvloeden die nodig is om een behandeling voor het myocardinfarct te krijgen.

De wachttijd voor de behandeling is een van de meest bepalende factoren voor de overleving bij een volledige verstopping van de kransslagader (60 tot 90 minuten na het eerste contact (Beauloye, 2017)). Nu is het zo dat vrouwen hun symptomen later herkennen dan mannen, vanwege een gebrek aan bewustmaking of vanwege belemmeringen bij de toegang tot de zorg (Vogel, et al., 2021). Na het eerste contact moet de hele zorgketen zich organiseren om de tijd tot het krijgen van een behandeling te verkorten. Het gebrek aan prioritering kan al beginnen bij de ambulancediensten, aangezien de wachttijden gemiddeld langer zijn voor vrouwen (Melberg, Kindervaag, & Rosland, 2013), ondanks vergelijkbare symptomen en een identieke diagnose (merk op dat een op criteria gebaseerd instrument de prioritering van de patiënten verbetert).

De diagnose van hart- en vaatziekten bij vrouwen zou ook worden vertraagd doordat vrouwelijke symptomen (die verschillend zijn van deze bij mannen) niet worden herkend en de artsen het risico bij jonge vrouwen onderschatten (Gevaert, et al., 2014; Sholokhova, 2023; Pasquet, 2022).

Wat de secundaire preventie van recidive betreft, worden de risicofactoren bij vrouwen onvoldoende onder controle gehouden (minder lichaamsbeweging, hogere prevalentie van obesitas, slechtere controle van cholesterol en geglyceerde hemoglobine) (Vynckier, et al., 2022; Pasquet, 2022). De aanbevelingen voor de secundaire preventie, voornamelijk ontwikkeld op basis van klinische onderzoeken waaraan in meerderheid mannen deelnemen, zijn onvoldoende aangepast aan het risicoprofiel van vrouwen. Er moet ook worden opgemerkt dat de respons op de medicatie verschilt volgens geslacht (voor de behandeling met anticoagulantia en anti-aggregantia) (Vogel, et al., 2021; Pasquet, 2022). Meer op vrouwen gericht onderzoek is onmisbaar om deze leemte in de medische kennis te vullen. Deze bevindingen

weerspiegelen een structurele ongelijkheid in de behandeling van cardiovasculaire problemen, zowel wat betreft de toegang tot de zorg als de juiste behandeling.

2.2.2. Verbetermogelijkheden

De studies benadrukken het feit dat de zorg onvoldoende aangepast is aan de specifieke klinische behoeften van vrouwen in alle fasen van de zorg (diagnose, behandeling en secundaire preventie).

De verbetering van de toegang tot de zorg is de sleutel tot het terugdringen van de sterfte bij vrouwen, in het bijzonder door in te spelen op de gevoeligheid (het vermogen om een vroegtijdige diagnose te stellen, vanuit het oogpunt van zowel de zorgverleners als de patiëntes). Het verkorten van de tijd tussen de eerste symptomen en de behandeling is een belangrijke uitdaging om de overlevingskansen van vrouwen te verbeteren.

Wat betreft de **kwaliteit van zorg** (de omstandigheden van de zorgverlening): de aangepastheid van de zorg zou kunnen worden verbeterd met het oog op een behandeling die beter is afgestemd op de specifieke risicofactoren van vrouwen. Maar het is niet alleen een kwestie van de aangepastheid van de zorg. Onderzoek moet met name zorgen voor een beter wetenschappelijk inzicht in de zorgbehoeften en specifieke behandelingen voor hart- en vaatproblemen bij vrouwen.

Op basis van deze bevindingen kunnen verbeteringen worden geformuleerd in de vorm van doelstellingen die binnen vijf jaar moeten worden bereikt (ter illustratie).

- a) **Einddoelstelling:** de sterfte op 30 dagen bij vrouwen²⁸ met myocardinfarct verminderen.
- b) **Operationele procesdoelstellingen:**
 - De zorgverleners informeren over de symptomen van hart- en vaatziekten bij vrouwen en over de juiste behandeling bij vrouwen;
 - De tijd verkorten tussen het eerste contact met een zorgverlener en de behandeling, op ziekenhuis- en macroniveau (indicator a priori nog niet beschikbaar, te ontwikkelen);
- c) **Operationele structuurdoelstellingen:** het onderzoek naar de cardiovasculaire gezondheid van vrouwen ontwikkelen.

28 Deze indicator is alleen beschikbaar voor de gehele bevolking ouder dan 45, niet uitgesplitst naar geslacht (Gerken, et al., 2024b). Daarom is het moeilijk om een streefwaarde vast te stellen.

3. De governance van het gezondheidszorgsysteem op basis van het werken met doelstellingen

De doelstellinggerichte aanpak om de prestatie van de gezondheidszorg te verbeteren moet gestructureerd worden benaderd, vertrekkend van de mobilisatie van de kennis, de participatie van de belanghebbenden en de continue evaluatie.

Vooreerst benadrukken we een aantal belangrijke factoren waarmee men rekening moet houden om de prestatie van het gezondheidszorgsysteem beter te evalueren en rekening te houden met nog onvoldoende gedekte zorgbehoeften.

Dit deel toont ook hoe het bepalen van doelstellingen voor de oplossing van prestatieproblemen geïntegreerd moet worden in een governancecyclus. De *governance* moet de betrokkenheid van alle belanghebbenden bij de prioritaire doelstellingen waarborgen. Het bereiken van de doelstellingen hangt immers niet alleen af van de beschikbare middelen. Het is sterk afhankelijk van de manier waarop de belanghebbenden worden betrokken bij alle stadia van de ontwikkeling van het gezondheidszorgbeleid.

3.1. De prestatie van het gezondheidszorgsysteem beter evalueren

In het eerste deel van onze studie hebben we gezien dat het vermogen om een gezondheidszorgbeleid te ontwikkelen dat beter aan de zorgbehoeften van de bevolking voldoet, in de eerste plaats zal afhangen van **de evaluatie van de prestatie van de zorg**, die het mogelijk moet maken om na te gaan of het gezondheidszorgsysteem zijn missie realiseert. De resultaten tonen aan dat een betere dekking van de gezondheidsbehoeften van de bevolking in alle prestatiedimensies moet worden beschouwd. Dit houdt in dat in de eerste plaats de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg onderzocht worden, evenals de gevolgen voor de doeltreffendheid, de billijkheid en de efficiëntie. Het door het Federaal Expertisecentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) ontwikkelde conceptuele kader voor de evaluatie van de prestatie van het ge-

zondheidszorgsysteem en de vier dimensies van toegankelijkheid, blijken relevante analytische instrumenten voor de identificatie van zowel problemen als verbetermogelijkheden. De hierboven geanalyseerde voorbeelden van problemen met de dekking van zorg laten echter zien dat het nodig is om enerzijds **de reikwijdte van de evaluatie van de prestatie van de zorg nog verder uit te breiden en anderzijds ze te verfijnen**, om de dekking van de zorgbehoeften beter te begrijpen en het gezondheidszorgsysteem te steunen in zijn missie.

Het is ook belangrijk om te benadrukken dat de evaluatie van de prestatie niet alleen gebaseerd mag zijn op het werk van het KCE. De bestudeerde voorbeelden van chronische ziekten tonen dat men een relevante samenvatting van de prestatieproblemen kan maken door resultaten uit verschillende bronnen samen te brengen. Dit geeft een breed en gedetailleerd beeld dankzij de complementariteit van de bronnen, en versterkt de geldigheid van de resultaten wanneer ze convergeren.

3.1.1. Onderzoek en continue bijscholing van de gezondheidswerkers

Een prestatiedomein van het gezondheidszorgsysteem dat minder aandacht krijgt, is het wetenschappelijk **onderzoek** rond gezondheid. De geanalyseerde voorbeelden van chronische ziekten tonen dat er, ondanks het bestaan van behandelingen, nog steeds grote leemten in de zorg zijn. Het voorbeeld van de behandeling van hart- en vaatziekten illustreert de hardnekkige gendervooroordelen in de gezondheidszorg, die de kwaliteit van wetenschappelijke kennis ondermijnen en grote risico's met zich meebrengen voor de gezondheid van vrouwen. Deze vooroordelen beïnvloeden alle stadia van het onderzoek, van de ontwikkeling van het protocol tot de uitvoering van de aanbevelingen (Sholokhova, 2023). **Daarom is het belangrijk na te denken over de evaluatie van de kwaliteit van het onderzoek, aansluitend op de evaluatie van de prestatie van de gezondheidszorg.**

Naast de manier waarop het onderzoek wordt uitgevoerd, moet ook het **verband tussen de ziektelast en de financiering van het onderzoek** worden geanalyseerd om de financiering beter te richten op domeinen die mogelijk te weinig worden gefinancierd in verhouding met hun impact op de volksgezondheid. De vraag van de financiering van het onderzoek is vooral relevant voor nieuwe gezondheidskwesties, zoals het PFAS-gezondheidsschandaal, de 'blijvende

verontreinigende stoffen²⁹. Het herinnert ons aan de vele gevaren voor de volksgezondheid die de aantasting van het milieu veroorzaakt. Milieugerelateerde gezondheidsrisico's zoals extreme weersomstandigheden of blootstelling aan een breed scala aan verontreinigende stoffen (pesticiden, hormoonverstoorders, oplosmiddelen, zware metalen, microplastics, enz.) vormen wegens hun complexe impact op de gezondheid een grote uitdaging voor de volksgezondheid. Recente rapporten schatten dat de aantasting van het milieu de oorzaak is van veel vroegtijdige sterfgevallen (hartaanvallen, kanker) en stofwisselings- of voortplantingsziekten (Levy, 2020). Een beter begrip van deze kwesties dankzij onderzoek, zeker op het gebied van preventie en diagnose, is essentieel om te anticiperen en het gezondheidszorgsysteem aan te passen aan de nieuwe behoeften en de publieke actie met de andere sectoren te coördineren.

De voorbeelden van problemen met de dekking van zorgbehoeften van de twee onderzochte chronische ziekten benadrukken ook de belangrijke rol van de bijscholing van de zorgverleners voor de verbetering van de zorg, zowel in de diagnose als de behandeling of de relatie met de patiënt-e. In een context die gekenmerkt wordt door een snelle evolutie van de kennis (medisch, epidemiologisch, enz.) en de technologische vooruitgang, is het ook essentieel voldoende en onafhankelijke bijscholing te garanderen om een hoog kwaliteitsniveau te handhaven. Het regelmatig bijwerken van de competenties van de gezondheidswerkers in de context van de versnelling van de wetenschappelijke en technische vooruitgang, is dan ook een grote uitdaging voor de garantie van de zorgkwaliteit en de best mogelijke gezondheidsresultaten. Het is daarom cruciaal dat de bijscholing als een integraal onderdeel van de performantie van het gezondheidszorgsysteem wordt erkend en regelmatig wordt geëvalueerd.

3.1.2. De onvoldoende gedekte behoeften beter identificeren

De analyse van het zorggebruik bij diabetes toont het voortbestaan van een verontrustende paradox in het Belgische gezondheidszorgsysteem: het gebruik van gezondheidszorg (zie Figuur 5) neigt omgekeerd evenredig te zijn met de behoefte aan gezondheidszorg (zie Figuur 4) volgens een sociale gradiënt: elke subgroep wordt meer getroffen door de ziekte dan de subgroep in de aangrenzende hogere sociaaleconomische klasse. De prevalentie van

gediagnosticeerde diabetes is 9,7% in kwetsbare wijken, vergeleken met slechts 5% in welvarende gebieden, terwijl de toegang tot hoogwaardige zorg er lager is. Dit billijkheidsprobleem is al aangetoond in andere, meer gedetailleerde onderzoeken (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022; Gerkens, et al., 2024a). Performantie-indicatoren die alleen voor de bevolking als geheel worden berekend, kunnen echter niet rapporteren over het bestaan van structurele ongelijkheden in de toegang tot de zorg of in de andere performantiedimensies, in het bijzonder de gepastheid of doeltreffendheid van de zorg. Een voor de algemene bevolking berekende indicator weerspiegelt het idee van een veronderstelde homogene bevolking en de afwezigheid van vooroordelen in de zorgverlening (zie de analyse van myocardinfarct bij vrouwen). Daarom is het **essentieel dat we indicatoren ontwikkelen die in staat zijn om op een voldoende fijne wijze het heterogene karakter van de performantieresultaten te beschrijven voor de subgroepen van de populatie**, in het bijzonder volgens geslacht en sociaaleconomisch niveau.

Voor de meest kwetsbare groepen, zoals daklozen of migranten, is het ook belangrijk om te verzekeren dat gegevensbronnen beschikbaar zijn om de routinematig verzamelde gegevens aan te vullen, aangezien de grootste problemen waarmee zij te maken hebben mogelijk niet worden geïdentificeerd, vooral vanwege hun ondervetgenwoordiging en hun verschillende aard.

Wat de toegang tot zorg betreft, moeten we de vier subdimensies – gevoeligheid, financiële toegankelijkheid, beschikbaarheid, aanvaardbaarheid – beter evalueren door nieuwe indicatoren te ontwikkelen. De **gevoeligheid** voor de zorgbehoeften moet verder worden bestudeerd om zwakke punten in de vroegtijdige opsporing van chronische ziekten te beoordelen, bijvoorbeeld voor diabetes of hart- en vaatproblemen bij vrouwen.

Voor de chronische ziekten is het ook van vitaal belang de **financiële last** te analyseren die patiënten dragen, in functie van de chronische pathologieën. Er zijn echter weinig indicatoren beschikbaar voor de eigen bijdragen per pathologie, met inbegrip van wat niet wordt terugbetaald. Dit type analyse moet het mogelijk maken om de financiële toegankelijkheid van zorg die onmisbaar is voor de gezondheid van chronisch zieken te beoordelen en om de financiële beschermingsmaatregelen te verbeteren.

29 Zie: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2023/02/23/polluants-eternels-explorez-la-carte-d-europe-de-la-contamination-par-les-pfas_6162942_4355770.html

Men moet voorkomen dat patiënten om financiële redenen een behandeling uitstellen en, als ze zich toch laten behandelen, niet langer financieel in staat zijn om in hun basisbehoeften te voorzien. Dit risico is des te groter voor de kwetsbare groepen.

Voor de **beschikbaarheid** van zorg moeten de wachttijden beter worden gedocumenteerd, in het bijzonder voor het krijgen van een afspraak bij een huisarts of specialist en volgens de conventioneringsstatus.

De **aanvaardbaarheid**, de vierde subdimensie van toegankelijkheid, is eveneens een domein dat grondig moet worden bestudeerd om een beter inzicht te krijgen in de problemen waarmee patiënten worden geconfronteerd, zoals discriminerend gedrag of een verkeerde voorstelling van bepaalde sociale groepen, bijvoorbeeld vrouwen, mensen met mentale gezondheidsproblemen, kwetsbare ouderen, mensen met een handicap, mensen in preciaire situaties, mensen van buitenlandse afkomst, enz.

Om de te bereiken doelstellingen te definiëren, moet men de prestatie grondig evalueren om de diversiteit van de problemen in de dekking van zorgbehoeften van de subgroepen van de bevolking volledig in kaart te brengen. Zo kan men verbeteracties ondernemen volgens het beginsel van proportioneel universalisme. Deze aanpak is erop gericht de sociale ongelijkheden in gezondheid te verminderen en de gezondheidsresultaten universeler te maken, door middel van acties die voor iedereen toegankelijk zijn, maar aangepast zijn aan de mate van het sociaal nadeel. Immers, “de gezondheidsongelijkheden hebben niet alleen betrekking op de slechte gezondheid bij personen in armoede, maar bestrijken het hele scala aan gezondheidsgradaties, ongeacht waar we ons bevinden op de sociale ladder. Het gaat niet om ‘zij’, personen in armoede, en ‘wij’, personen die niet in armoede leven; het gaat om iedereen onder het hoogste sociale niveau die een slechtere gezondheid heeft dan zou kunnen” (Marmot, 2015, p. 27, eigen vertaling).

Naast het definiëren van de te bereiken doelstellingen, vereist de verbetering van het gezondheidszorgbeleid het opzetten van een governancekader dat een collectieve en proactieve reflectie aanmoedigt over de acties die moeten worden ondernomen om deze doelstellingen te bereiken (Martini & Davesne, 2024).

3.2. Gezondheidsdoelstellingen en governance van het gezondheidszorgbeleid

De transformatie van het gezondheidszorgsysteem moet worden gezien in de vorm van iteratieve verbetercyclussen in verschillende fasen: de identificatie van de problemen in de dekking van zorgbehoeften, de keuze van prioriteiten door het stellen van doelen, de ontwikkeling van actieprogramma's, de uitvoering en de evaluatie (Cès, 2022).

3.2.1. Kennis verzamelen over de problemen in de dekking van klinisch gevalideerde zorgbehoeften

Als eerste stap is het essentieel de bestaande kennis over prestatieproblemen te verzamelen en te bespreken, om zo de beleidscapaciteit te versterken om te anticiperen op volksgezondheidsproblemen en ze op te lossen.

In de twee onderzochte voorbeelden van chronische ziekten is de dekking van de zorgbehoeften nog steeds ontoereikend, wat resulteert in grote gezondheidsrisico's. Dit betekent dat **aanhoudende tekortkomingen in verschillende domeinen van de prestatie van de zorg tot een vermijdbare ziektelast leiden**, namelijk oversterfte bij vrouwen door hart- en vaatproblemen en een risico op een verslechtering van de gezondheidstoestand bij mensen met diabetes.

In het licht van deze resultaten en de epidemiologische evolutie is het essentieel om deze nog onvolledige analyse voort te zetten voor andere chronische ziekten, te beginnen met de ziekten die het grootste aantal mensen treffen en een grote impact hebben op de gezondheid, om gezondheidsproblemen te identificeren die de zorg kan voorkomen. **Daartoe pleiten we voor de creatie (en bijwerking) van een synthetisch instrument voor elke chronische ziekte, om de bestaande wetenschappelijke kennis over de problemen in de dekking van de zorgbehoeften en de bijbehorende gezondheidsrisico's te verzamelen.** De structuur van dit instrument moet het mogelijk maken om de last van chronische ziekten te beschrijven (zoals mortaliteit, morbiditeit en levenskwaliteit), de zorgbehoeften die onvoldoende worden gedekt en de gevolgen voor de gezondheid of voor de financiële last van de zorg, evenals de verbetermogelijkheden.

We pleiten ook voor een soortgelijke, meer transversale analyse van elk van de performantiedimensies, met prioriteit voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg, om een synthese te maken van de specifieke problemen in soms minder bestudeerde domeinen, zoals de veiligheid of de aanvaardbaarheid van de zorg.

De identificatie van de problemen in de dekking van de zorgbehoeften op basis van de wetenschappelijke kennis moet worden **aangevuld met een discussie tussen de belanghebbenden** om de resultaten eventueel te corrigeren, aan te vullen of te nuanceren op basis van de kennis van experts (deskundigen, actoren op het terrein en ervaringsdeskundigen³⁰, in het bijzonder van de patiënten). Enerzijds is het nuttig om de wetenschappelijke kennis kritisch te analyseren vanwege de mogelijke beperkingen van de publicaties (onvolledigheid, belangenconflicten, problemen met de kwaliteit van onderzoeksprotocollen, kwaliteit van de indicatoren, enz.). Anderzijds kan men niet alle problemen in de dekking van de zorg bestuderen. In dit stadium is het essentieel dat de performantieproblemen zo volledig mogelijk in kaart worden gebracht, om een gemeenschappelijke kennis op te bouwen en over de prioriteiten te kunnen beslissen. Er moet ook worden opgemerkt dat het hier niet de bedoeling is om een diepgaande analyse uit te voeren van de vele onderliggende oorzaken van de problemen in de dekking van de behoeften. Dit soort reflectie is nuttig in een later stadium, om na de selectie van de prioritaire doelstellingen verbeteracties te ontwikkelen.

De definitieve selectie van de prioritaire doelstellingen voor het gezondheidszorgsysteem zal in een later stadium plaatsvinden. Hiervoor moet nog een methodologie worden ontwikkeld waarbij alle belanghebbenden van het gezondheidszorgsysteem worden betrokken. Dit proces, dat politiek van aard is, moet rekening houden met andere overwegingen, zoals de verbetering van de billijkheid, de publieke perceptie, ethische kwesties, enz. (Obyn, Cordon, Kohn, Devos, & Léonard, 2017; Martini & Davesne, 2024). De verduidelijking van de criteria en de transparantie van het proces voor de selectie van de prioriteiten zijn sleutelfactoren om te verzekeren dat de belanghebbenden voor gemeenschappelijke doelstellingen worden gemobiliseerd.

Door een duidelijk onderscheid te maken tussen de verschillende stadia – de diagnose van de performantieproblemen, de prioritering van het beleid en het zoeken naar mogelijke oplossingen – kan de collectieve reflectie op elk stadium focussen. Deze aanpak bevordert een duidelijke afbakening van het behandelde onderwerp en een grotere transparantie. De voorgestelde oplossingen zijn immers op de eerste plaats ontworpen als antwoord op problemen die duidelijk zijn geïdentificeerd en collectief zijn geprioriteerd.

Het bepalen van gezondheidszorgdoelstellingen is echter geen doel op zich noch de sleutel tot succes. Het is slechts een instrument voor de coördinatie van het gezondheidszorgbeleid, dat moet worden geïntegreerd in een passend ruimer governancekader, zowel om tekortkomingen in de dekking van de zorgbehoeften vast te stellen als om de geboekte vooruitgang te beoordelen en de acties bij te sturen.

3.2.2. Iteratieve verbetercyclussen

Gelet op de belangen die op het spel staan en de complexiteit van de uitdagingen, moet een nieuwe *governance* de collectieve reflectie opnemen in een continu verbeteringsproces voor de aanpassing van het gezondheidszorgbeleid. Deze nieuwe aanpak moet worden begeleid door een volledig participatiesysteem, gebaseerd op een reeks waarden (zoals vertrouwen, transparantie, integriteit) en geformaliseerd (methodologieën, instrumenten, processen, verantwoordelijkheden, respectieve rollen van belanghebbenden, enz.) (Cès, 2022).

Vertrekkend van de beleidsprioriteiten die zijn vastgesteld in de vorm van doelstellingen op middellange en lange termijn, is de volgende stap het ontwerpen van actieprogramma's om ze te bereiken. Vooral ontwerpmethodologieën worden aanbevolen om de complexe problemen aan te pakken en de gezamenlijke ontwikkeling van innovatieve oplossingen te stimuleren, waarbij de ervaring van de begunstigden centraal staat (Cès, 2022). Deze programma's moeten vervolgens op jaarlijkse of meerjarenbasis worden uitgevoerd, afhankelijk van de budgettaire mogelijkheden.

30 Een begrip dat "verwijst naar het idee dat (i) mensen zonder academische opleiding in een onderwerp – maar die er wel bij betrokken zijn omdat ze er persoonlijke ervaring mee hebben – specifieke kennis en analyses kunnen ontwikkelen; en dat (ii) met deze kennis en deze analyses rekening kan en moet worden gehouden in de besluitvormingsprocessen, ongeacht of de beslissingen betrekking hebben op individuen, de ontwikkeling van protocollen, de organisatie van het gezondheidszorgsysteem of het gezondheidszorgbeleid in het algemeen" (Akrich & Rabeharisoa, 2012, p. 70, eigen vertaling).

De volgende stap is de evaluatie van de impact van de acties, een essentiële component voor de ondersteuning van het gezondheidszorgbeleid in een proces van continue verbetering. Vanwege de complexiteit van de factoren die de performantie van het gezondheidszorgsysteem beïnvloeden, moet de evaluatie van de verwezenlijking van de doelstellingen het mogelijk maken om zowel de feitelijke uitvoering van de acties als de gehele vooruitgang te beoordelen. Ze mag niet beperkt blijven tot het bereiken van de SMART-doelstelling, omdat dit het risico inhoudt dat de complexiteit van situaties wordt gereduceerd tot simplistische oordelen. Bovendien stelt de 'wet van Goodhart': "wanneer een maatregel een doel wordt, is het niet langer een goede maatregel", omdat hij dan onderhevig wordt aan directe of indirecte manipulatie.

Het gaat er dus niet om een dwingend systeem op te zetten om de zorgverleners te controleren aan de hand van een beperkt aantal indicatoren, die intrinsiek voor verbetering vatbaar zijn in het licht van een complexe realiteit. Een systemische en interdisciplinaire aanpak, die een verscheidenheid aan indicatoren en het perspectief van alle belanghebbenden omvat, is nodig om de soms complexe realiteit van de performantieproblemen volledig te begrijpen.

Conclusie

Deze studie maakt deel uit van een bredere collectieve reflectie over de transformatie van het gezondheidszorgsysteem, geformaliseerd door middel van prioritaire doelstellingen. Deze niet-exhaustieve samenvatting van de performantie van het gezondheidszorgsysteem aan de hand van twee voorbeelden van chronische ziekten toont dat er een aanzienlijk potentieel voor de verbetering van de volksgezondheid bestaat. Vertrekkend van de identificatie van dit potentieel in de sector gezondheidszorg en van de meer systemische factoren die de performantie van het gezondheidszorgsysteem belemmeren, kan men gezondheidszorgdoelstellingen voorstellen. Het nastreven van deze doelstellingen zou niet alleen grote gezondheidswinsten opleveren maar ook, bij de huidige stand van de medische kennis, een betere preventie mogelijk maken van gezondheidsproblemen die door de zorg kunnen worden vermeden, en zo een belangrijke bijdrage leveren aan de verbetering van de efficiëntie van het gezondheidszorgsysteem. Voor een aantal nog onvoldoende gedekte behoeften, zou een investeringsinspanning de zorgkosten kunnen verlagen, bijvoorbeeld door de complicaties van diabetes te verminderen.

Het bepalen van doelstellingen is echter geen doel op zich, noch de sleutel tot succes. Het is slechts een instrument voor de coördinatie van het gezondheidszorgbeleid, dat moet worden geïntegreerd in een passend governancekader, zowel om tekortkomingen in de dekking van de zorgbehoeften vast te stellen als om de geboekte vooruitgang te beoordelen en de acties bij te sturen. Deze fase moet deel uitmaken van een breder governanceproces, gebaseerd op een volledig en geformaliseerd systeem, inclusief wetenschappelijke analyse, collectieve participatie en evaluatie in het kader van cyclussen van continue verbetering.

Een betere begeleiding van de ontwikkeling van gezondheidszorgbeleid is een krachtige hefboom voor een betere dekking van de zorgbehoeften, de vermindering van de ongelijkheden in de zorg en de versterking van het vermogen van het systeem om op huidige en toekomstige uitdagingen te reageren.

Bibliografie

- Akrich, M., & Rabeharisoa, V. (2012). L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de la démocratie sanitaire. *Santé publique*, 24(1), 69-74.
- Arah, O., Westert, G., Hurst, J., & Klazinga, N. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 5-13.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-31.
- Beauloye, C. (2017). Traitement de l'infarctus myocardique. *La Revue de Louvain Médicale*, 136, 474-477.
- Belgium.be. (2024a). *Coronaire hartziekte*. Opgehaald van: Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/coronaire-hartziekte>.
- Belgium.be. (2024b). *Diabète*. Opgeroepen op mei 5 2025, van: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/diabetes>.
- Belgium.be. (2025). *Soins aux personnes âgées*. Opgeroepen op 24 maart 2025, van: Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performance-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/zorg-voor-ouderen>.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Éléments d'épidémiologie, deuxième édition*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). KCE reports 334*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S. (2022). Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 18-37.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels: European Social Observatory.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS (Evaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé)*. Québec: Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- Claessen, H., Avalosse, H., Guillaume, J., Narres, M., Kvitkina, T., Arend, W., . . . Ickx, A. (2018). Decreasing rates of major lower-extremity amputation in people with diabetes but not in those without: a nationwide study in Belgium. *Diabetologia*, 61, 1966-1977.
- Contandriopoulos, A. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé publique*, 20(2), 191-199.
- Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittner, J., Marmot, M., & Alla, F. (2020). Theoretical and practical challenges of proportionate. *Pan American Journal of Public Health*, 44, 1-11.
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024a). *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Health Services Research (HSR). KCE Reports 376A*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024b). *Performance of the Belgian health system : Report 2024 – Supplement: technical sheets for indicators - dimensions. Health Services Research (HSR). KCE Reports 376S1*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Gevaert, S., De Bacquer, D., Evrard, P., Convens, C., Dubois, P., Boland, J., . . . Claeys, M. (2014). Gender, TIMI risk score and in-hospital mortality in STEMI patients undergoing primary PCI: results from the Belgian STEMI registry. *EuroIntervention*, 9(9), 1095-1101.
- Greer, S. L., Wismar, M., Figueras, J. (2016). *Strengthening Health System Governance, Better policies, stronger performance, European Observatory on Health Systems and Policies Series 2016*. The European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire: Open University Press.
- Gregg, E., Buckley, J., Ali, M., Davies, J., Flood, D., Metha, R., . . . Shaw, J. (2023). Improving health outcomes of people with diabetes mellitus: global target setting to reduce the burden of diabetes mellitus by 2030. *Lancet*, 401(10384), 1302-1312.
- Health in All Policies. (2025). Opgeroepen op 25 maart 2025, van: Pan American Health Organization: <https://www.paho.org/en/topics/intersectoral-action-health-all-policies>.
- Holman, N., Knighton, P., O'Keefe, J., Wild, S., Brewster, S., Price, H., & ... Sattar, N. (2021). Completion of annual diabetes care processes and mortality : a cohort study using the National Diabetes Audit for England and Wales. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 23(12), 2728-2740.

- INAMI. (2022). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé 2022-2024. Rapport final*. Bruxelles: INAMI.
- Lauwers, P., Wouters, K., Vanoverloop, J., Avalosse, H., Hendricks, J., Nobels, F., & Dirinck, E. (2022). Temporal trends in major, minor and recurrent lower extremity amputations in people with and without diabetes in Belgium from 2009 to 2018. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 189, 109972.
- Lebbe, C., Ntahonganyira, R.-M., & Vandenberghe, J. (2017). De jongsten van de klas hebben een grotere kans op een diagnose van ADHD. *CM-Informatie*, 269, 41-45.
- Lempereur, M., Magne, J., Cornelis, K., Hanet, C., Taeymans, Y., Vrolix, M., & Legrand, V. (2016). Impact of gender difference in hospital outcomes following percutaneous coronary intervention. Results of the Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC). *EuroIntervention: Results of the Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC) registry*, 12(2), 216-223.
- Levy, Y. (2020). Les considérables progrès de la santé environnementale. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 204(9), 1061-1068.
- Maertens de Noordhout, C., Devos, C., Adrianenssens, J., Bouckaert, N., Ricour, C., & Gerkens, S. (2022). *Évaluation de la performance du système de santé : soins des personnes vivant avec des maladies chroniques. Health Services Research (HSR). KCE reports 352B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Maertens de Noordhout, C., Levy, M., Claerman, R., De Jaeger, M., De Pauw, R., Kohn, L., ... Cleemput, I. (2024). *NEED: evaluatie van on- vervulde gezondheidsgerelateerde behoeften van patiënten en samenleving. Synthese. Health Services Research (HSR). KCE Reports 377As*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Marmot, M. (2015). *The health gap*. Dublin: Bloomsbury Paperbacks.
- Martini, J., & Davesne, A. (2024). *Health and health care targets. What lessons can Belgium learn from other countries? OSE Paper Series, Research Paper No. 65*. Brussels: European Social Observatory.
- Melberg, T., Kindervaag, B., & Rosland, J. (2013). Gender-specific ambulance priority and delays to primary percutaneous coronary intervention: a consequence of the patients' presentation or the management at the emergency medical communications center? *American heart journal*, 166(5), 839-845.
- Nations Unies. (1948). *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*. Paris: Nations Unies.
- Obyn, C., Cordon, A., Kohn, L., Devos, C., & Léonard, C. (2017). *Exploratory steps for the formulation of Belgian health system target. Health Services Research (HSR). KCE Reports 292*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Ogbeiwi, O. (2021). General concepts of goals and goal-setting in healthcare: A narrative review. *Journal of Management & Organization*, 27(2), 324-341.
- Or, Z., Gandré, C., & Wharton, G. (2022). *Soutenabilité et résilience du système de santé français. Document de travail n° 88*. Paris : IRDES.
- Pasquet, A. (2022). Le cœur a-t-il un sexe? *Cœur & Artères. Journal de la ligue cardiologique belge*, 3-4.
- Rudkin, J.-E., & Rancati, A. (2020). Chapter 13: Design for Policy. In V. Sucha, & M. Sienkiewicz, *Science for Policy Handbook* (pp. 144-151). Brussels: Elsevier.
- Sagan, A., Greer, S., Webb, E., McKee, M., Muscat, N., Lessof, S., & de la Mata, I. (2024). Renforcer la résilience des systèmes de santé à l'ère de la COVID-19. *Eurohealth*, 28(1), 4-9.
- Saracci, C., Mahamat, M., & Jacquéroz, F. (2019). How to write a narrative literature review article ? *Revue médicale suisse*, 15 (664), 1694-1698.
- Schokkaert, E., Baeten, R., Bruffaerts, R., De Maeseneer, J., Geerts, J., Godderis, L., ... Vandewaetere, S. (2022). *Vers un budget pluri- annuel pour les soins de santé assorti d'objectifs de soins de santé*. Bruxelles : INAMI.
- Sholokhova, S. (2023). Vrouwen en gezondheidszorg in België. Wat zijn de gendervooroordelen in de gezondheidszorg en hoe kunnen ze worden verholpen? *Gezondheid & Samenleving*, 7, 40-63.
- Statbel. (2025). *Aandoeningen van de bloedsomloop en tumoren vormen bijna de helft van alle sterfgevallen in 2022*. Opgehaald van: Doodsoorzaken: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/doodsoorzaken>.
- Van Brabandt, H., Camberlin, C., Vrijens, F., Parmentier, Y., Ramaekers, D., & Bonneux, L. (2005). *Variations des pratiques médicales hos- pitalières en cas d'infarctus aigu du myocarde en Belgique. KCE Report 14B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise de Soins de Santé (KCE).
- Van Wilder, L., Devleeschauwer, B., Clays, E., Van der Heyden, J., Charafeddine, R., Scohy, A., & De Smedt, D. (2022). QALY losses for chronic diseases and its social distribution in the general population: results from the Belgian Health Interview Survey. *BMC Public Health*, 22(1), 1-9.

- Vanherwegen, A., Lauwers, P., Lavens, A., Doggen, K., & Dirinck, E. (2023). Sex difference in diabetic foot ulcer severity and outcome in Belgium. *PLoS One*, 18(2), 1-13.
- Verenigde Naties. (2019). *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"*. New York: United Nations.
- Vlayen, J., Vanthomme, K., Camberlin, C., Piérart, J., Walckiers, D., Kohn, L., . . . Leonard, C. (2010). *Un premier pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé belge. Health Services Research (HSR). KCE Reports 128B*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
- Vogel, B., Acevedo, M., Appelman, Y., Merz, C., Chierfo, A., Figtree, G., . . . Mehran, R. (2021). The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *The Lancet*, 397(10292), 2385-2438.
- Vrijens, F., Renard, F., Camberlain, C., Desomer, A., Dubois, C., Jonckheer, P., . . . Meeus, P. (2015). *La performance du système belge : rapport 2015. Health Service Research (HSR). KCE Reports 376B*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Vynckier, P., Ferrannini, G., Ryden, L., Jankowski, P., De Backer, T., Gevaert, S., & EUROASPIRE V Investigators group. (2022). Gender gap in risk factor control of coronary patients far from closing: results from the European Society of Cardiology EUROASPIRE V registry. *European Journal of Preventive Cardiology*, 29(2), 344-351.
- Wet van 6 november 2023 houdende een meerjarencader en gezondheidszorgdoelstellingen. *Belgisch Staatsblad*, 109878-109881.
- WHO Regional Office for Europe. (2008). *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Witter, S., Thomas, S., Topp, S., Barasa, E., Chopra, M., Cobos, D., . . . Ager, A. (2023). Health system resilience: a critical review and reconceptualisation. *The Lancet Global Health*, 11(9), e1454-e1458.

