

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

22 februari 2016

HOORZITTING

met vertegenwoordigers van het Federaal
Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
over het rapport
“*KCE Reports 259 – De performantie van het
Belgische gezondheidssysteem*”

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
DE HEER **Benoît PIEDBOEUF**

INHOUD

Blz.

I. Inleidende uiteenzetting	3
II. Vragen en opmerkingen van de leden	4
III. Antwoorden van de vertegenwoordigers	10

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

22 février 2016

AUDITION

de représentants du Centre fédéral
d'expertise des soins de santé
sur le rapport
“*KCE Reports 259 - La performance
du système de santé belge*”

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
M. **Benoît PIEDBOEUF**

SOMMAIRE

Pages

I. Exposé introductif	3
II. Questions et observations des membres.....	4
III. Réponses des représentants	10

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Muriel Gerkens

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA Renate Hufkens, Yoleen Van Camp, Valerie Van Peel,
Jan Vercammen
PS André Frédéric, Alain Mathot, Daniel Senesael
MR Luc Gustin, Benoît Piedboeuf, Damien Thiéry

CD&V Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Open Vld Dirk Janssens, Ine Somers
sp.a Karin Jiroflée
Ecolo-Groen Muriel Gerkens
cdH Catherine Fonck

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

An Capoen, Werner Janssen, Koen Metsu, Sarah Smeyers, Bert Wollants
Nawal Ben Hamou, Frédéric Daerden, Eric Massin, Fabienne Winckel
Sybille de Coster-Bauchau, Caroline Cassart-Mailleux, Olivier Chastel,
Stéphanie Thoron
Sarah Claerhout, Franky Demon, Nahima Lanjri
Katja Gabriëls, Nele Lijnen, Frank Wilrycx
Monica De Coninck, Maya Detiège
Anne Dedry, Evita Willaert
Michel de Lamotte, Benoît Lutgen

C. — Niet-stemgerechtigd lid / Membre sans voix délibérative:

DéFI Véronique Caprasse

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000: Parlementair document van de 54^e zittingsperiode +
basisnummer en volgnummer
QRVA: Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV: Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV: Beknopt Verslag
CRIV: Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag
en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken
(met de bijlagen)

PLEN: Plenum
COM: Commissievergadering
MOT: Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000: Document parlementaire de la 54^e législature, suivi
du n° de base et du n° consécutif
QRVA: Questions et Réponses écrites
CRIV: Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV: Compte Rendu Analytique
CRIV: Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le
compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu
analytique traduit des interventions (avec les an-
nexes)
PLEN: Séance plénière
COM: Réunion de commission
MOT: Motions déposées en conclusion d'interpellations
(papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel.: 02/ 549 81 60
Fax: 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail: publicaties@dekamer.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél.: 02/ 549 81 60
Fax: 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel: publications@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

DAMES EN HEREN,

Uw commissie hield tijdens haar vergadering van 2 februari 2016 een hoorzitting met mevrouw France Vrijens en de heer Christian Léonard, vertegenwoordigers van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, over het rapport “*KCE Reports 259 – De performantie van het Belgische gezondheidssysteem*”¹.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING

Mevrouw France Vrijens (KCE) merkt op dat dit rapport het derde is dat ingaat op de performantie van het Belgisch gezondheidssysteem: het eerste rapport ter zake verscheen in 2010 (*KCE Reports 128*)², het tweede in 2012 (*KCE Reports 196*)³.

Het ter bespreking voorliggende rapport, dat tot stand kwam in samenwerking met het RIZIV en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, schetst een algemeen overzicht en lijst zowel de sterke als de zwakke punten van het systeem op. Op basis van 106 indicatoren (die betrekking hebben op de periode 2008-2013) biedt het de beleidsmakers een instrument om de performantie van het Belgisch gezondheidszorgsysteem te verbeteren of te handhaven.

Deze resultaten kunnen tevens worden vergeleken met die van andere Staten, aangezien veel Europese landen een gelijkaardige oefening doen. De evaluatie van de performantie van het gezondheidszorgsysteem is een proces dat beoogt een gezondheidszorgsysteem op holistische wijze te evalueren, zoals aangegeven in het Handvest van Tallinn (dat werd ondertekend door alle lidstaten van de Regio Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie).

Wat de methodologie betreft, geeft de spreekster nog aan dat het verzamelen en het analyseren van de

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a consacré sa réunion du 2 février 2016 à une audition de Mme France Vrijens et de M. Christian Léonard, représentants du Centre fédéral d’expertise des soins de santé, sur le rapport “*KCE Reports 259 – La performance du système de santé belge*”¹.

I. — EXPOSÉ INTRODUCTIF

Mme France Vrijens (KCE) fait remarquer que le présent rapport constitue la troisième publication, après 2010 (*KCE Reports 128*)² et 2012 (*KCE Reports 196*)³, sur le sujet de la performance du système de santé belge.

Élaboré en collaboration avec l’INAMI et l’Institut scientifique de Santé publique, ce rapport fournit une vue globale sous forme de liste des points forts et des points faibles du système. Sur la base de 106 indicateurs, portant sur la période 2008-2013, il offre un outil aux décideurs politiques afin d’améliorer ou de sauvegarder la performance du système belge de santé.

Une comparaison est également possible avec d’autres États, dans la mesure où un exercice similaire est réalisé dans beaucoup de pays européens. L’évaluation de la performance du système de santé est un processus qui vise à évaluer un système de santé de manière holistique, mentionné dans la charte de Tallinn (signée par l’ensemble des pays membres de la région européenne de l’Organisation Mondiale de la Santé).

Sur la méthodologie, l’oratrice note encore que les données nécessitent du temps pour être collectées,

¹ Dat rapport is beschikbaar op volgend adres: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259A_rapportperformantie2015.pdf
De bijlagen bij dat verslag zijn beschikbaar op volgend adres: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259S.pdf.

Een samenvatting van dat rapport kan worden geraadpleegd op volgend adres: <https://kce.fgov.be/nl/press-release- een-nieuwe-check-up-van-het-belgische-gezondheidssysteem>.

² Het rapport 2010 is beschikbaar op volgend adres: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_138A_het_Belgische_gezondheidssysteem_second_print.pdf.

³ Het rapport 2012 is beschikbaar op volgend adres: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196A_performantie_Belgisch_gezondheidssysteem_0.pdf.

¹ Ce rapport est disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259B_rapportperformance2015.pdf.
Les annexes à ce rapport sont disponibles sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259S.pdf.

Un résumé de ce rapport est disponible sur: <https://kce.fgov.be/fr/press-release/un-nouveau-check-up-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge>.

² Le rapport 2010 est disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20101027326.pdf.

³ Le rapport 2012 est disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196B_performance_système_santé_belge_0.pdf.

gegevens veel tijd vergt. De gegevens waarop het *KCE-Report 259* is gebaseerd, dateren in het beste geval van 2013. Daar staat tegenover dat het rapport een zo gedetailleerd mogelijke analyse biedt van de verschillen tussen regio's en zelfs tussen gemeenten.

Met betrekking tot de lering die uit dat rapport kan worden getrokken, schetst de spreker de krachtlijken ervan.

Tot besluit worden twee aanbevelingen geformuleerd:

- de indicatoren moeten door de beleidsmakers worden opgevat als te analyseren signalen;
- er moeten becijferde doelstellingen inzake gezondheid worden bepaald; in dat verband moeten niet alleen de doelstellingen, maar ook de middelen worden gedefinieerd om die doelstellingen te halen, alsook de evaluaties.

II. — VRAGEN EN OPMERKINGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) beklemtoont dat een dergelijk rapport belangrijk is. Niettemin dateren de jongste gegevens waarop de auteurs zich baseren uit 2013. Sindsdien werden maatregelen genomen die uitwerking hebben gehad in het veld.

Met betrekking tot de zorgtoegankelijkheid en het kostenplaatje geeft het rapport aan dat de patiënt nog steeds een groot deel daarvan zelf moet betalen (18 %). Maakt het rapport een onderscheid tussen patiënten met en zonder bijzonder status (verhoogde tegemoetkoming)? De spreker wijst de leden op het mede door haar ingediende wetsvoorstel tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 wat betreft geconventioneerde tarieven voor in onderaanneming verrichte geneeskundige verstrekking (DOC 54 1460/001).

Mevrouw Van Camp geeft aan dat het rapport nogmaals aantoont dat het overmatig gebruik van geneesmiddelen moet worden tegengegaan. Er moeten nog andere maatregelen worden genomen.

Volgens de spreker kunnen een aantal verbeteringen worden doorgevoerd door het regeerakkoord uit te voeren. Daarbij gaat het om vier belangrijke domeinen:

- tegengaan van verspilling op alle vlakken;

puis analysées. Celles au départ desquelles le rapport *KCE Reports 259* a été rédigé datent au mieux de 2013. D'autre part, le rapport offre une analyse aussi fine que possible des distinctions entre régions, voire entre localités.

En ce qui concerne les enseignements, l'intervenante trace les principales lignes de force du rapport.

Deux recommandations sont formulées en conclusion:

- considérer les indicateurs comme des signaux à analyser pour les décideurs;
- fixer des objectifs de santé chiffrés, où seront définis, outre le niveau d'ambition, les moyens pour y parvenir et les évaluations.

II. — QUESTIONS ET OBSERVATIONS DES MEMBRES

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) souligne l'intérêt d'un tel rapport. Toutefois, les données sur lesquelles ses auteurs se fondent datent au mieux de 2013. Depuis lors, des mesures ont été prises. Ces mesures ont eu des effets sur le terrain.

En ce qui concerne l'accessibilité et le coût des soins, le rapport mentionne que le montant qui échoit au patient reste élevé: 18 %. Le rapport distingue-t-il selon que le patient bénéficie ou non d'un statut particulier (intervention majorée)? L'intervenante attire l'attention des membres sur la proposition de loi, qu'elle a cosignée, modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 en ce qui concerne les tarifs conventionnés applicables aux prestations de santé effectuées en sous-traitance (DOC 54 1460/001).

Le rapport démontre une nouvelle fois pour le membre la nécessité de lutter contre la surconsommation de médicaments. D'autres mesures doivent encore être prises.

L'oratrice évalue qu'un certain nombre d'améliorations peuvent être enregistrées en exécutant l'accord de gouvernement. Quatre grands domaines sont concernés:

- la lutte contre le gaspillage, à tous les niveaux;

— bestuderen van de verschillen tussen de gewesten: volgens de spreker ware het wenselijk een gedifferentieerde analyse te maken naargelang de deelstaat, gelet op de eigen beleidslijnen inzake preventie en begroting;

— gezondheidsbevordering: het rapport toont aan dat moet worden nagedacht over de spreiding van de bevoegdheden en de budgetten, en geeft aan dat beperkte investeringen op termijn aanzienlijke besparingen kunnen opleveren;

— gegevensverzameling: er ontbreken belangrijke gegevens, zoals het aantal thuis behandelde patiënten, of nog de gemiddelde leeftijd waarop iemand naar een rust- en verzorgingstehuis gaat.

In verband met de verpleegkundigenberoepen wordt vaak gesteld dat de nodige financiële middelen ontbreken om de situatie te verbeteren. Het rapport toont echter aan dat het noodzakelijk is maatregelen te nemen, inzonderheid door voor meer personeel te zorgen.

Of het nu gaat om bariatrische chirurgie of om andere door de verzekering voor geneeskundige verzorging vergoede ingrepen, volgens de spreker blijft de *follow-up* van de gevolgen van de maatregelen ontoereikend.

Ook de registratie zou moeten worden verbeterd: die zou aan de hand van een harmonisatie moeten worden gecentraliseerd. De spreker wijst dan ook op het belang van de toekomstige besprekingen in het Adviescomité voor wetenschappelijke en technologische vraagstukken over *big data* inzake gezondheidszorg.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) wijst erop dat zowel het bijvoegsel⁴ als de voorstelling⁵ in het Engels zijn geredigeerd, terwijl het Federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg toch een Belgische federale instelling is.

Inhoudelijk bevat het rapport een schat aan informatie, die in de inleidende uiteenzetting slechts onvoldoende recht kan worden gedaan. De betekenis van dit rapport neemt echter af, omdat het berust op gegevens waarvan de jongste uit 2013 dateren. Inmiddels hebben verkiezingen plaatsgevonden en werd een regeerakkoord gesloten. Voor een grotere relevantie zouden recentere gegevens nodig zijn. De methodologie dient te worden bijgesteld.

⁴ https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259S.pdf.

⁵ https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259C_performancereport2015_slide.pdf.

— l'étude des différences entre régions: l'oratrice estime qu'il serait opportun de procéder à une analyse différenciée selon l'entité fédérée, compte tenu des politiques propres en matière de prévention et de budget;

— la promotion de la santé: le rapport démontre la nécessité de réfléchir à la répartition des compétences et des budgets et indique que de petits investissements peuvent amener à terme des économies substantielles;

— la collecte des informations: des données aussi importantes que celles du nombre de patients traités à domicile ou de l'âge moyen de l'entrée en maison de repos et de soins, sont manquantes.

En ce qui concerne les professions infirmières, il est souvent soutenu que les moyens financiers manquent pour améliorer la situation. Le rapport montre cependant la nécessité de prendre des mesures, spécialement en augmentant les effectifs.

Qu'il s'agisse de la chirurgie bariatrique ou d'autres interventions remboursées par l'assurance soins de santé, le suivi des effets des mesures reste pour l'oratrice insuffisant.

L'enregistrement devrait également améliorer: il devrait devenir centralisé au moyen d'une harmonisation. L'oratrice relève dès lors l'intérêt que présentent les discussions à venir en Comité d'avis des questions scientifiques et technologiques sur le "*big data*" dans le domaine des soins de santé.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) remarque que tant le supplément⁴ que la présentation⁵ sont rédigés en langue anglaise, alors que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé constitue une institution fédérale belge.

Sur le plan du contenu, le rapport contient une foule d'informations, dont l'exposé introductif ne peut qu'insuffisamment rendre compte. La valeur de ce rapport est toutefois déjà en voie de péremption, vu qu'il se fonde sur des données qui datent au mieux de 2013. Des élections et un accord de gouvernement sont intervenus entre-temps. Une plus grande pertinence nécessiterait des données plus récentes. La méthodologie mériterait d'être revue.

⁴ https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259S.pdf.

⁵ https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_259C_performancereport2015_slide.pdf.

Er zijn opvallende verschillen tussen de gewesten, en die verschillen nemen kennelijk toe. Volgens het lid mag niet worden overgegaan tot een eenduidige lezing over de alomvattende situatie van de diverse gewesten.

De spreekster wil meer informatie over de door de auteurs van het onderzoek gehanteerde vergelijkingsgrondslagen. Soms is er immers geen enkel vergelijkingsmiddel, omdat er geen door de Europese Unie of een internationale gezondheidsorganisatie geaccepteerd criterium is. De tabellen bevatten veel niet aan doelstellingen gekoppelde indicatoren. Niettemin vellen de auteurs een waardeoordeel. Wat is de wetenschappelijke waarde van een dergelijk oordeel, als er geen aanvaard criterium voorhanden is?

Wanneer mag het volgende rapport worden verwacht? Zijn de cijfers intussen bijgewerkt? Wat zijn de volgende voorbereidende stadia?

De heer Damien Thiéry (MR) deelt de door andere leden geuite bekommerning dat de jongste gegevens van 2013 dateren. Is het mogelijk de cijfers op korte termijn bij te werken? Dat zou de mogelijkheid bieden het gevoerde beleid beter aan te passen.

Het reeds in het rapport van 2012 aangegeven streven om de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts te waarborgen, staat ook in het rapport van 2015. Volgens de spreker is die bekommernis allesbehalve nieuw en wordt die zelfs nog prangender. Net zoals voor de verpleegkundigenberoepen moeten dienaangaande stappen worden ondernomen.

Het rapport bevestigt het standpunt van de spreker dat het verschijnsel "comazuipen" (*binge drinking*) uitbreiding neemt. De spreker verwijst in dat verband naar het voorstel van resolutie waarvan hij de hoofdindieners is, met name het voorstel van resolutie betreffende het invoeren van een aangepast beleid in het raam van de strijd tegen alcoholmisbruik (DOC 54 0406/001).

Gezondheidspreventie valt onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen. De spreker leidt uit het rapport af dat aanzienlijk werk moet worden verricht in overleg met de deelstaten, bijvoorbeeld in verband met gezondheidsopvoeding. Een gezondere voeding en sportbeoefening moeten worden bevorderd. Er moet worden gestreefd naar een betere opvoeding en voorlichting.

Op het stuk van de opsporing van kanker vallen de cijfers minder bemoedigend uit dan was vooropgesteld.

Des différences régionales frappantes peuvent être constatées. Elles semblent en outre augmenter. Le membre estime qu'il ne saurait s'en déduire une lecture univoque sur la situation respective globale des régions.

L'oratrice aurait voulu plus d'informations sur les bases de comparaison retenues par les auteurs de l'étude. Parfois en effet, il n'existe aucun moyen de comparer faute d'un critère admis par l'Union européenne ou une organisation internationale de santé. Les tableaux comprennent un grand nombre d'indicateurs non liés à des objectifs. Pourtant, les auteurs portent un jugement de valeur. Quelle est la valeur scientifique d'un tel jugement en l'absence de critère admis?

Quand le prochain rapport peut-il être attendu? Les chiffres sont-ils entre-temps actualisés? Quelles sont les prochaines étapes préparatoires?

M. Damien Thiéry (MR) partage la préoccupation exprimée par d'autres membres sur le fait que les données les plus récentes datent de 2013. Est-il possible à brève échéance d'actualiser les chiffres? Ceci permettrait de mieux adapter la politique suivie.

Le souci de garantir l'attractivité de la profession de médecin généraliste, déjà exprimé dans le rapport de 2012, reste présent dans le rapport de 2015. Loin d'être nouveau, ce souci gagne au contraire en gravité, selon l'intervenant. Des actions sont à entreprendre, tout comme dans le domaine des professions infirmières.

Le rapport confirme la position de l'intervenant suivant laquelle le phénomène de la biture express (*binge drinking*) gagne en importance. L'orateur cite à cet égard la proposition de résolution, dont il est l'auteur principal, relative à la mise en place d'une politique adaptée dans le cadre de la lutte contre la consommation abusive d'alcool (DOC 54 0406/001).

La prévention en matière de santé relève des compétences des Communautés. L'orateur déduit du rapport qu'un travail important doit être mené en concertation avec les entités fédérées, par exemple en ce qui concerne l'éducation à la santé. Une alimentation plus saine et l'exercice d'une activité sportive doivent être promus. Une éducation et une information meilleures sont à rechercher.

Les chiffres sont moins encourageants que prévus sur le dépistage de cancers.

De spreker bevestigt dat de voor gezondheidszorg bevoegde overheden rekening moeten houden met de uitgestuurde signalen aangaande de prestaties van het gezondheidszorgsysteem. Cijferdoelstellingen vastleggen is eveneens relevant, maar het lid vraagt zich af of er doelstellingen bestaan die als voorbeeld kunnen dienen.

De heer André Frédéric (PS) wijst erop dat het belangrijk is die doelstellingen met de betrokkenen in het veld te bespreken. Om zich met doelstellingen toe te rusten en om op het welslagen ervan toe te zien, is het noodzakelijk over bij de tijd gebrachte cijfers te beschikken. In welke domeinen zouden de cijfers moeten worden verbeterd? Welke middelen zou het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg ter beschikking moeten hebben om over recentere gegevens te kunnen beschikken?

Inzicht in de preventieboodschappen trekt de aandacht van de beleidsmakers. Er komen meer dergelijke boodschappen. Doorgaans zijn ze uitermate eenvoudig, zoals bijvoorbeeld "roken is dodelijk". Hoe valt te verklaren dat een dergelijke boodschap niet wordt begrepen?

Naar verluidt ligt het aantal patiënten per verpleegkundige in België hoger dan in andere Staten. Kunnen aan de leden cijfers over die andere Staten worden meegedeeld? Welke weerslag heeft die toestand op de zorgkwaliteit?

Welke ongelijkheden kunnen worden aangemerkt wat de gezondheidszorg betreft?

Mevrouw Karin Jiroflée (sp.a) is ook van oordeel dat er een debat met de minister nodig is over de resultaten van de studie.

De gezondheidszorg is toegankelijk. Daar de patiënt 18% van de kostprijs van de gezondheidszorg zelf moet betalen, stellen sommige patiënten (meestal uit de laagste inkomensgroepen) zorg uit. Moet het maximumfactuur (MAF) niet worden aangepast om hieraan tegemoet te komen?

De situatie in de geestelijke gezondheidszorg is problematisch, hoewel toch al enige vooruitgang werd geboekt - vooral inzake kinderpsychiatrie. Het is zaak om de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen zo snel mogelijk uit te voeren, zonder de wet te veel te wijzigen. De diversiteit in de geestelijke gezondheidszorg moet zo ruim mogelijk zijn, zoals bepaald in de vigerende wet.

L'orateur confirme que les autorités sanitaires doivent prendre en compte les signaux émis sur la performance du système des soins de santé. Se fixer des objectifs chiffrés est également pertinent, mais le membre s'interroge sur l'existence d'objectifs pouvant servir de modèles.

M. André Frédéric (PS) note l'intérêt de discuter de ces objectifs avec les acteurs de terrain. Pour se doter d'objectifs et en contrôler la réussite, il convient de disposer de chiffres actualisés. Dans quels domaines les données devraient-elles être améliorées? De quels moyens le Centre fédéral d'expertise des soins de santé devrait-il être doté pour disposer de données plus récentes?

La compréhension des messages de prévention attire l'attention des décideurs. Le nombre de ces messages est en augmentation. En général, il sont d'une extrême simplicité. Ainsi, "fumer tue". Comment expliquer l'incompréhension d'un tel message?

Le nombre de patients par infirmier serait plus élevé en Belgique que dans d'autres États. Des chiffres peuvent-ils être communiqués aux membres pour ces autres États? Quel impact cette situation a-t-elle sur la qualité des soins?

Quelles inégalités des soins de santé peuvent être identifiées?

Mme Karin Jiroflée (sp.a) estime également qu'il s'impose de mener un débat avec le ministre sur les résultats de l'étude.

Les soins de santé sont accessibles. Étant donné que le patient doit payer lui-même 18 % du coût des soins de santé, certains patients, appartenant essentiellement aux groupes aux revenus les plus faibles, reportent les soins. Ne convient-il pas d'adapter le maximum à facturer (MAF) pour remédier à ce problème?

La situation des soins de santé mentaux est problématique, même si certains progrès ont tout de même déjà été réalisés, surtout en matière de pédopsychiatrie. Il convient d'exécuter le plus rapidement possible la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé sans trop modifier la loi. La diversité en matière de soins de santé mentaux doit être aussi grande que possible, comme le prévoit la loi actuelle.

In verband met levensstijl en preventie moet een duidelijke opvolging worden verleend aan de regeling voor het beperken van alcoholgebruik en roken. Over die thema's moet op korte termijn worden opgetreden.

De studie stelt dat er weinig beroep wordt gedaan op de tandarts. De uitbreiding van het derdebetalerssysteem zou goed zijn om ook mensen in armoede toegang tot de tandarts te verlenen.

Met betrekking tot aangepaste zorg wordt opgemerkt dat te veel een beroep op medische beeldvorming wordt gedaan, en dat te vaak keizersnedes worden uitgevoerd. Waarom niet afstappen van prestatiegerelateerde gezondheidszorg om die overconsumptie tegen te gaan?

Tot slot herhaalt de spreker dat het onderzoek meer in detail zou moeten worden besproken.

Ook mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) merkt op dat de resultaten van het onderzoek met de minister zouden moeten worden besproken.

Het rapport geeft aan dat het belangrijk is meetbare gezondheidsdoelstellingen op te stellen. Kan volgens het KCE het definiëren van doelstellingen (bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg) ertoe bijdragen betere resultaten in de gezondheidszorg te bekomen?

Er is nog steeds overconsumptie in verschillende takken van de gezondheidszorg. Welke aanbevelingen kan het KCE maken omtrent de aanpak van dit probleem? Hoe kan overconsumptie worden voorkomen, en hoe kan de zorg doelmatiger worden aangewend?

Voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering onderstreept de minister de vrije keuze van de ziekenhuizen om samen te werken. Het doel is "zorgbekkens" te vormen, een model dat de logica van de vrije markt volgt. De spreker vindt dit geen doeltreffende handelwijze. Wat denkt het KCE van die zorgbekkens? Komt dit de performantie van de zorg ten goede?

De complexe evolutie in de gezondheidszorg maakt het noodzakelijk dat de eerste en de tweede lijn beter zouden samenwerken. Kan die vaststelling door onderzoek worden gestaafd?

De ereloonsupplementen in eenpersoonkamers is een groot probleem. Zou het begrenzen van die supplementen tot meer doeltreffendheid leiden?

En matière de mode de vie et de prévention, il convient d'assurer un suivi clair de la réglementation visant à réduire la consommation d'alcool et de tabac. Il convient d'agir à brève échéance dans ces domaines.

L'étude indique que les gens ne se rendent pas beaucoup chez le dentiste. Un élargissement du régime du tiers payant serait positif pour permettre également aux personnes en situation de pauvreté d'avoir accès au dentiste.

En ce qui concerne l'adéquation des soins, il est observé que l'on utilise trop l'imagerie médicale et que l'on fait trop de césariennes. Ne serait-il pas préférable de renoncer aux soins de santé "à la prestation" en vue de lutter contre cette surconsommation?

Pour terminer, l'intervenante répète qu'il conviendrait de consacrer une discussion plus approfondie à l'étude.

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) fait, elle aussi, observer que les résultats de l'étude devraient être examinés en présence de la ministre.

L'étude souligne l'importance de définir des objectifs de santé mesurables. Le KCE estime-t-il que la définition d'objectifs, par exemple dans les soins de santé mentale, ne contribuerait pas à des soins de santé plus performants?

Il subsiste une surconsommation dans différents domaines des soins de santé. Quelles recommandations le KCE peut-il formuler pour lutter contre ce problème? Comment éviter la surconsommation et comment parvenir à une utilisation plus efficace des soins?

Dans l'optique de la réforme du financement des hôpitaux, la ministre insiste sur le libre choix des hôpitaux de collaborer. L'objectif est de créer des bassins de soins, un modèle qui suit la logique du libre marché. L'intervenante estime que cette méthode est inefficace. Quel est le point de vue du KCE sur les bassins de soins? Ceux-ci contribueront-ils à rendre les soins plus performants?

L'évolution complexe des soins de santé nécessite une meilleure collaboration entre les services de première ligne et les services de deuxième ligne. Ce constat peut-il être étayé par des études?

Les suppléments d'honoraires dans les chambres individuelles sont un problème majeur. Le plafonnement de ces suppléments conduirait-il à une plus grande efficacité?

De heer Dirk Janssens (Open Vld) onderstreept dat de minister momenteel aan een aantal belangrijke dossiers werkt, zoals de hervorming van de ziekenhuis-financiering, de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, de hervorming van het koninklijk besluit nr. 78 over de gezondheidszorgberoepen en het toekomstpact met de farmaceutische sector.

De spreker concludeert uit het rapport dat het belangrijk is dat de bestaande medische richtlijnen in de praktijk worden toegepast.

Daarenboven vallen ook de verschillen tussen de gewesten op, zoals bijvoorbeeld het gebruik van het globaal medisch dossier, het elektronisch dossier en complicaties na chirurgische ingrepen. Moeten de redenen van die verschillen niet verder worden onderzocht?

De heer Benoît Piedboeuf (MR) vraagt hoe de cijfergegevens over het onbegrip over de gezondheidsboodschappen werden berekend. Het is opmerkelijk dat de patiënten blijkbaar tevreden buitenkomen bij de arts, maar dat ze de boodschap niet begrijpen.

Ligt de gezondheidstoestand van de patiënten niet aan de oorsprong van de regionale verschillen inzake gezondheidszorg?

*Voorzitter Muriel Gerken*s verduidelijkt dat het KCE werd gevraagd om het rapport voor te stellen. Indien de commissie het wenst, kan dit werk met de minister en eventueel met vertegenwoordigers van verschillende sectoren worden vervolgd.

Het rapport staat in de beide landstalen op de site van het KCE. Het is gebruikelijk dat onderzoek in het Engels wordt voorgesteld.

Het onderzoek is gebaseerd op cijfers van een aantal jaar geleden. Dit onderstreept het probleem van de dataverzameling en de actualisering ervan. Hoe kan men over meer bij de tijd gebrachte gegevens beschikken?

Becijferde doelstellingen maken een vergelijking tussen vaststellingen en behaalde doelstellingen mogelijk; dit is echter ontoereikend om de resultaten van het gezondheidssysteem te evalueren, en ze te vergelijken met de resultaten van andere landen.

Is het mogelijk uit het rapport op te maken wat de correlatie is tussen bepaalde gebruikte praktijken en de performantie van het systeem? Kan het leggen van de wederzijdse verbanden in het rapport van het KCE

M. Dirk Janssens (Open Vld) souligne que la ministre travaille actuellement sur un certain nombre de dossiers importants, tels que la réforme du financement des hôpitaux, la réforme des soins de santé mentale, la réforme de l'arrêté royal n° 78 relatif aux professions des soins de santé et le pacte d'avenir avec l'industrie pharmaceutique.

L'intervenant déduit du rapport qu'il est important que les directives médicales existantes soient appliquées en pratique.

En outre, ce qui frappe également, ce sont les différences entre les régions en ce qui concerne, par exemple, l'utilisation du dossier médical global, le dossier électronique et les complications postopératoires. Ne conviendrait-il pas d'analyser les raisons de ces différences de manière plus approfondie?

M. Benoît Piedboeuf (MR) demande de quelle façon les statistiques/données relatives à l'incompréhension des messages communiqués en matière de santé ont été calculées. Il est surprenant de constater que les patients sont apparemment satisfaits lorsqu'ils sortent de chez leur médecin, mais qu'ils ne comprennent pas les explications que celui-ci leur a données.

L'état de santé des patients n'est-il pas à l'origine des différences régionales enregistrées en matière de soins de santé?

*Mme Muriel Gerken*s, présidente, précise qu'il a bien été demandé au KCE de présenter le rapport. Si la commission le souhaite, ce travail peut être poursuivi en concertation avec la ministre et éventuellement avec les représentants de différents secteurs.

L'étude a été publiée dans les deux langues nationales sur le site du KCE. Il est d'usage que les études soient présentées en anglais.

Les études se basent sur des chiffres datant d'il y a plusieurs années, ce qui met en évidence le problème de la collecte et de l'actualisation des données. De quelle façon pourrait-on disposer de données plus récentes?

Le fait de disposer d'objectifs chiffrés permet d'effectuer une comparaison entre les constats et les objectifs réalisés, mais non d'évaluer les résultats obtenus par le système de santé ni de confronter ces résultats à ceux d'autres pays.

Peut-on déduire de l'étude quelle est la corrélation entre certaines pratiques utilisées et la performance du système? La mise en évidence de ces liens réciproques pourrait-elle être reprise dans l'étude du KCE, ou

worden opgenomen, of moet dit aan een andere instelling (bijvoorbeeld het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid) worden voorgelegd?

De voorzitter is getroffen door de vaststelling dat burgers de preventieboodschappen in verband met volksgezondheid niet correct begrijpen. Personen met een laag inkomen zien af van gezondheidszorg, ondanks de maximumfactuur. Kan men, met de gegevens waarover het KCE beschikt, een eventueel verband tussen die twee vaststellingen leggen? Als geen beroep wordt gedaan op de maximumfactuur, is dat het gevolg van het niet-begrijpen van de preventieboodschap of van de niet-automatische toepassing van het MAF, of is er nog een andere reden?

Het rapport stelt dat veel patiënten in een laat stadium palliatieve zorg aanvragen. Daardoor overlijden veel patiënten in het ziekenhuis, en niet thuis, zoals ze verkiezen. Daar wordt aan toegevoegd dat er geen informatie is over het moment waarop de palliatieve zorg moet worden toegepast en hoe dit moet gebeuren. Dit thema staat op de agenda van de commissie en het zou interessant zijn om meer input te krijgen voor het voortzetten van het debat.

De spreekster is niet verwonderd, maar toch bezorgd over de problemen in de geestelijke gezondheidszorg. De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg is al jaren bezig. Het valt derhalve te betreuren dat daar geen betere resultaten mee worden behaald.

III. — ANTWOORDEN VAN DE VERTEGENWOORDIGERS

A. Werking en bevoegdheid van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

De heer Christian Léonard (KCE) herinnert eraan dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg louter bevoegd is om aanbevelingen te formuleren. Het neemt geen beslissingen met een politieke draagwijdte. De aanbevelingen van het KCE zijn wetenschappelijk onderbouwd.

Het KCE stelt sommige technische teksten in het Engels op. Van alle teksten is een samenvatting beschikbaar in drie talen (Nederlands, Frans en Engels). Het is gebruikelijk dat de leden van de raad van bestuur zich in hun eigen taal uitdrukken. Een eventuele wijziging van de regels of van de praktijken kan worden besproken in de raad van bestuur.

devrait-elle être confiée à une autre institution (l'institut scientifique de la santé publique, par exemple)?

La présidente s'étonne de constater que les citoyens ne saisissent pas correctement les messages de prévention en matière de santé publique. Les personnes précarisées renoncent aux soins de santé, en dépit de l'existence du maximum à facturer. Les données dont le KCE dispose permettent-elles d'établir un lien éventuel entre ces deux constatations? Le non-recours au maximum à facturer résulte-t-il de la non-compréhension du message de prévention, de la non-application automatique du maximum à facturer, ou s'explique-t-il autrement?

L'étude constate que de nombreux patients tardent à introduire une demande de soins palliatifs. De nombreux patients décèdent dès lors à l'hôpital, et non à domicile, comme ils le préféreraient. Il est également précisé qu'il n'existe pas d'information relative au moment où les soins palliatifs doivent être mis en place et à la manière de procéder. Ce thème figure à l'ordre du jour de la commission et il serait intéressant d'obtenir davantage d'informations pour poursuivre le débat.

L'intervenante ne s'étonne pas, mais s'inquiète des problèmes existant dans le domaine des soins de santé mentale. La réforme des soins de santé mentale a été entamée il y a plusieurs années déjà. Il est dès lors regrettable qu'elle n'aboutisse pas à de meilleurs résultats.

III.— RÉPONSES DES REPRÉSENTANTS

A. Fonctionnement et compétence du Centre fédéral d'expertise des soins de santé

M. Christian Léonard (KCE) rappelle que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé ne dispose que d'une compétence de formuler des recommandations. Il ne prend pas de décision à portée politique. Ses recommandations se fondent sur des données scientifiques.

Le Centre établit certains textes techniques en langue anglaise. Toutes les synthèses sont établies dans trois langues: français, néerlandais, anglais. Il est d'usage que les membres du conseil d'administration s'expriment dans leur propre langue. Une éventuelle modification des règles ou des pratiques peut être discutée en conseil d'administration.

B. Methodologie

Vanaf het eerste rapport in 2010 (*KCE Reports 128*) werd de analyse uitgevoerd in overleg met nationale en internationale deskundigen. Alle rapporten worden gevalideerd door drie internationale deskundigen. Dit rapport werd gevalideerd door deskundigen van de OESO, de WGO en de Europese Unie, die allemaal beslagen zijn in het analyseren van de gezondheidszorgstelsels. Aan het wetenschappelijk criterium is aldus tegemoetgekomen.

Voor de eventuele tenuitvoerlegging van de aanbevelingen zijn de politici verantwoordelijk. De spreker verwijst naar het begrip “politiek”, zoals Hannah Arendt dat heeft geïnterpreteerd. Een wetenschappelijke instelling beschikt niet over voldoende politieke legitimiteit om doelstellingen te bepalen. Zulks dient te gebeuren door de wetgevende en de uitvoerende macht.

Wanneer over een doelstelling geen Belgische wetenschappelijke literatuur voorhanden was, hebben de auteurs van het rapport de internationale medische literatuur onder de loep genomen. In sommige gevallen bestaan richtlijnen. Ingeval helemaal geen richtlijnen of doelstellingen bestaan, hebben de deskundigen een beslissing genomen. Die is wellicht minder op bewijsmateriaal gebaseerd. Niettemin kan redelijkerwijs worden aangenomen dat bepaalde indicatoren, zoals het aantal tandartsbezoeken, een probleem vormen.

C. Medicalisering en impact van gezondheidsboodschappen

Meerdere leden hebben gewezen op een medicaliseringsrisico dat gepaard kan gaan met een evaluatie van het gezondheidszorgstelsel. De heer Léonard ziet daarin de illustratie van wat Ivan Illich al in 1975 beschreef in zijn werk *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*.

Het medicaliseringsbegrip houdt verband met de *health literacy*⁶, met andere woorden iemands vermogen, vaardigheid, kennis en motivatie om informatie te vinden, te begrijpen, in te schatten en te gebruiken om beslissingen in verband met de gezondheid te nemen. Ondanks een lage *health literacy*-score zijn de patiënten tevreden over de zorg die hen wordt verstrekt. Dat is nochtans een schijntegenstelling. Verkeerde informatie kan immers positief in verband worden gebracht met de tevredenheid van de patiënt.

De auteurs van het rapport hebben zich gebaseerd op een onderzoek van de UCL en de *Mutualités Chrétiennes* waarbij de facturatie- en verbruiksgegevens

⁶ Soms ook “gezondheidsvaardigheid” genoemd.

B. Méthodologie

Dès le premier rapport, en 2010 (*KCE Reports 128*), l'analyse a été réalisée en concertation avec des experts nationaux et internationaux. Tous les rapports sont validés par trois experts internationaux. Ce rapport-ci a été validé par des experts de l'OCDE, de l'OMS et de l'Union européenne, actifs dans l'analyse des systèmes de santé. L'exigence scientifique est donc garantie.

L'exécution éventuelle des recommandations relève des responsabilités des décideurs politiques. L'orateur renvoie sur le concept de “politique” au sens où Hannah Arendt l'entend. Une institution scientifique ne dispose pas d'une légitimité politique suffisante pour définir des objectifs. Cette définition doit être le fait des pouvoirs législatif et exécutif.

Là où aucun objectif n'est disponible dans la littérature scientifique belge, les auteurs du rapport ont examiné la littérature médicale internationale. Des directives existent dans certains cas. En l'absence de toute directive ou d'objectif, les experts ont pris une décision. Celle-ci est sans doute moins fondée sur des preuves. Toutefois, il peut raisonnablement être considéré que certains indicateurs, comme le nombre de visites à un dentiste, posent un problème.

C. Médicalisation et compréhension des messages de santé

Plusieurs membres ont mis en évidence le risque de médicalisation lié à une évaluation du système de santé. M. Léonard y voit l'illustration de ce que M. Ivan Illich transcrivait déjà en 1975 dans son livre *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*.

Le concept de médicalisation est lié à la “*Health Literacy*”⁶, soit la capacité, la compétence, la connaissance et la motivation d'une personne pour trouver l'information, la comprendre, l'évaluer et l'utiliser pour prendre des décisions sur la santé. Or, malgré un faible taux de “*Health Literacy*”, les patients sont satisfaits des soins qui leur sont prodigués. Le paradoxe n'est toutefois qu'apparent. En effet, une mauvaise information peut être corrélée positivement à la satisfaction des patients.

Les auteurs du rapport se sont fondés sur une étude réalisée en partenariat entre l'UCL et les Mutualités Chrétiennes sur le couplage des données entre les

⁶ Qu'on désigne parfois sous le néologisme de “littératie en santé”.

werden gekruist met de bevindingen van een peiling bij de patiënten over *health literacy*. Dat onderzoek heeft aangetoond dat er een sociaal-economisch-culturele gradiënt bestaat.

Het begrijpen van boodschappen zoals “roken is dodelijk” is afhankelijk van de individuele verantwoordelijkheid van de patiënt. De overheid hoopt dat de boodschap overkomt bij iedereen; menselijk gedrag is echter veel complexer. De boodschap dat roken in de nabijheid van een kind zeer schadelijk is voor diens gezondheid, wordt door sommigen in twijfel getrokken omdat ze ervan overtuigd zijn dat hun kind op een dag toch zal roken.

Incentives en sancties zijn niet per definitie doeltreffend. Dergelijke maatregelen halen slechts op korte termijn iets uit, en dan nog alleen als de bedragen hoog genoeg zijn en de betrokken personen niet kapitaalkrachtig zijn. Wordt de incentive of de sanctie ingetrokken, dan duikt het bestreden gedrag bovendien meteen weer op. Financiële incentives zijn niet de juiste manier om inzake gezondheid gedragswijzigingen teweeg te brengen. De neoklassieke economie leert dat het gedrag wordt beïnvloed door de context. Op het vlak van de gezondheid is dat principe echter niet van toepassing. Het is evenwel niet aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg om aan te geven in welke richting de overheid moet gaan.

Het onderscheid tussen medicalisering en overconsumptie is moeilijk vast te stellen. De bijlagen bij het rapport verstrekken ter zake nauwkeurigere cijfers.

Het verschijnsel waarbij patiënten afzien van elke zorg, is zorgwekkend. Het valt moeilijk te verklaren waarom ouders afzien van tandzorg voor hun kinderen, terwijl die zorg tot 18 jaar gratis is. De sociaaleconomische gradiënt speelt hier mee. Financiële toegankelijkheid is een noodzakelijke maar niet de enige voorwaarde opdat men naar zorg uitkijkt. Er moet ook rekening worden gehouden met de verscheidenheid van de situaties; het feit dat het moeilijk is met gezondheidsboodschappen resultaten te boeken, bewijst dat. Die boodschappen worden anders opgevat naargelang van de sociaaleconomische gradiënt.

De verschillen inzake gezondheidszorg doen zich overal voor. Gezondheid is een multidimensionele aangelegenheid. Hoewel de gezondheidszorg de levensverwachting kan verhogen, hebben de in de vorige eeuw genomen hygiënemaatregelen daartoe veel méér bijgedragen. Uit het onderzoek van Wilkinson en Pickett blijkt zelfs dat een gelijke verdeling van het inkomen de gezondheid en de sociale cohesie ten goede komt.

données de facturation et de consommation et les résultats d'une enquête auprès des patients sur la "*Health Literacy*". Cette étude a mis en évidence qu'il existe un gradient socio-économico-culturel.

La compréhension de messages tels que "le tabac tue" renvoie à la responsabilité individuelle des patients. Les pouvoirs publics espèrent la compréhension de tous; le comportement des personnes est toutefois bien plus complexe. Le message suivant lequel fumer en présence d'un enfant nuit gravement à sa santé est remis en cause par d'aucuns, convaincus que leur enfant fumera un jour.

Les incitants et les sanctions ne sont pas nécessairement efficaces. De telles mesures ne sont efficaces qu'à court terme, qu'à la condition de représenter des montants élevés et que si les personnes concernées sont démunies. En outre, dès que l'incitant ou la sanction disparaît, le comportement combattu réapparaît. Les incitants financiers ne constituent pas une bonne manière de susciter des modifications des comportements de santé. L'économie néo-classique enseigne que le contexte influence le comportement. Cependant, le domaine de la santé ne suit pas ce principe. Il n'appartient toutefois pas au Centre fédéral d'expertise des soins de santé d'indiquer aux pouvoirs politiques dans quelle direction ils doivent aller.

La distinction entre médicalisation et surconsommation est difficile à établir. Des chiffres plus précis sont fournis dans les annexes au rapport.

Le phénomène par lequel des patients renoncent aux soins interpelle. Il est difficile d'expliquer pourquoi des parents renoncent à des soins dentaires pour leurs enfants, alors qu'ils sont gratuits avant 18 ans. Le gradient socioéconomique est un critère. L'accessibilité financière est une condition nécessaire mais insuffisante pour que des soins soient recherchés. La diversité des situations doit également être prise en considération, comme le démontre la difficulté d'obtenir des résultats pour les messages de santé. Ces messages sont perçus différemment selon le gradient socioéconomique.

Les inégalités en matière de santé se notent partout. La santé est un phénomène multidimensionnel. Les soins de santé permettent d'obtenir une augmentation de l'espérance de vie, mais bien moindre que les mesures hygiénistes du siècle passé. Wilkinson et Pickett ont même montré dans leurs travaux que la distribution égalitaire des revenus améliore la santé et la cohésion sociale. La réduction des inégalités réduit les différences

Door de ongelijkheden weg te werken, worden de verschillen inzake de toegang tot de zorg ingeperkt en verbetert zelfs de gezondheid van het rijkere deel van de bevolking.

D. Bronnen

Mevrouw France Vrijens (KCE) begrijpt dat de leden bezorgd zijn omdat de recentste gegevens in het rapport dateren uit 2013. Voor een rapport van dergelijke omvang is het volgens haar echter niet mogelijk zich op recentere gegevens te baseren; dat kan alleen voor meer gerichte themarapporten.

Bovendien kunnen bepaalde administratieve gegevens niet anders dan enigszins gedateerd zijn — bijvoorbeeld de gegevens van de ziekenfondsen, want een lid heeft immers achttien maanden de tijd om een zorggetuigschrift in te dienen; na de indiening moet het getuigschrift nog door het ziekenfonds worden verwerkt, waarna de gegevens aan de onderzoekers worden bezorgd. Ter vergelijking geeft de spreekster aan dat het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid een jaar nodig heeft gehad om zijn gezondheidsenquête te organiseren; de uitvoering ervan neemt nog eens een jaar in beslag, en de analyse van de gegevens andermaal een jaar.

De ziekenfondsen beschikken over de gegevens inzake het aantal mensen die in een rusthuis of in een rust- en verzorgingstehuis verblijven, dan wel die thuis worden verzorgd. De gegevens over de kwaliteit van de zorg zijn echter nog steeds gefragmenteerd. Het BelRAI-screenerinstrument zal voorzien in een gecentraliseerde databank, die het mogelijk zal maken kwaliteitsindicatoren te definiëren.

België bevindt zich in de middelmaat wat het bezorgen van gegevens aan de internationale instellingen betreft. Een termijn van twee of drie jaar is de norm. Dankzij *big data* zou die bezorgtermijnen wellicht licht kunnen worden ingekort, maar ook in dat geval zal men nog steeds geen gebruik kunnen maken van de gegevens van het vorige jaar. Het rapport zal nog steeds niet kunnen bijdragen tot de evaluatie van de impact van recente beleidslijnen.

Het rapport over de performantie van het Belgisch gezondheidszorgsysteem wordt driejaarlijks bekendgemaakt. Het volgende rapport zal in 2018 worden gepubliceerd.

dans l'accès aux soins et améliore même la santé des plus aisés.

D. Sources

Mme France Vrijens (KCE) comprend les préoccupations des membres sur le fait que les données les plus récentes datent au mieux de 2013. Il n'est cependant pour elle pas possible de se fonder sur des sources plus récentes pour un rapport d'une telle ampleur. Ce n'est que pour des rapports thématiques plus précis que tel est possible.

D'autre part, certaines données administratives sont nécessairement anciennes. Ainsi en va-t-il des données des mutuelles: un bénéficiaire dispose de dix-huit mois pour déposer une attestation de soins donnés. Ce délai inhérent s'ajoute à celui du traitement par la mutuelle et, ensuite, par les auteurs de l'étude. Par comparaison, l'enquête de santé organisée par l'Institut scientifique de Santé publique prend un an pour l'organiser, un an pour y procéder, un an pour l'analyser.

Les mutualités disposent des données afférentes au nombre de personnes en maison de repos, en maison de repos et de soins ou soignées à domicile. Par contre, les données sur la qualité des soins sont encore parcellaires. L'outil BELRAI fournira une base de données centralisée, permettant de définir des indicateurs de qualité.

La Belgique est dans la moyenne quant à la transmission des informations aux institutions internationales. Un délai de deux ou trois ans est standard. Le *"big data"* permettrait peut-être d'améliorer quelque peu les délais, mais il restera toujours impossible de se fonder sur les données afférentes à l'année précédente. L'impact des politiques récentes reste impossible à évaluer au moyen du rapport.

La publication du rapport sur la performance du système de santé belge s'opère tous les trois ans. Le prochain rapport sera publié en 2018.

E. Gezondheidsdoelstellingen

Mevrouw France Vrijens (KCE) geeft aan dat er in Vlaanderen al gezondheidsdoelstellingen bestaan, die werden vastgelegd krachtens de artikelen 18 en 19 van het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid. Een van die doelstellingen bestaat erin het zelfmoordpercentage terug te dringen. Er heeft een beoordeling van de verwezenlijking van die doelstelling plaatsgevonden. Op federaal niveau heeft ingevolge het rapport van 2012 ook het BAPCOC cijferdoelstellingen bepaald inzake antibioticagebruik.

Er kan een methodologische discussie plaatsvinden over het te halen percentage, over de berekeningswijze van de doelstelling, over de huidige situatie enzovoort. Het komt de politieke overheden toe een methodologie te kiezen.

De spreekster acht het verkieslijk dat België zelf doelstellingen vastlegt in plaats van de in andere Staten bepaalde doelstellingen om te zetten. Het feit dat criteria elders worden aangehouden, zegt immers niets over de kwaliteit van die criteria.

F. Afstemming van de zorg op de zorgbehoeften

Mevrouw France Vrijens (KCE) herinnert eraan dat het rapport van een algemene strekking is; het antwoordt niet op de vraag of de zorg is afgestemd op de reële zorgbehoeften in een bijzonder domein.

Wel staan in het rapport geografische verschillen qua verstrekte zorg, die moeilijk louter door de aard van de onderliggende aandoeningen kunnen worden verklaard. De verschillen kunnen misschien worden verklaard door onderbenutting, of omgekeerd door overbenutting van zorg. De vaststelling van die verschillen volstaat niet. De regionale verschillen moeten worden geanalyseerd gelet op de gezondheidstoestand, de gezondheidsge-dragingen enzovoort.

Dit rapport werd op nationaal niveau samengesteld. Het werd besproken met de betrokken administraties en in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. De deelstaten kunnen het rapport ten behoeve van hun eigen beleid aanwenden. De auteurs van het rapport hadden niet de bedoeling een waardeoordeel te vellen over de respectieve beleidslijnen van de deelstaten.

E. Objectifs de santé

Mme France Vrijens (KCE) indique qu'il existe déjà en Flandre des objectifs de santé, fixés en vertu des articles 18 et 19 du décret du 21 novembre 2003 relatif à la politique de santé préventive. L'un de ces objectifs consiste à réduire le taux de suicide. Une évaluation a lieu de la réalisation de cet objectif. Au niveau fédéral, suite au rapport de 2012, le BAPCOC a défini lui aussi des objectifs chiffrés sur l'utilisation d'antibiotiques.

Une discussion méthodologique peut avoir lieu sur le taux à atteindre, la manière de calculer l'objectif et la situation actuelle, etc. Le choix d'une méthodologie relève des autorités politiques.

L'intervenante estime préférable que la Belgique se fixe elle-même des objectifs, plutôt que de transposer les objectifs fixés dans d'autres États. En effet, le fait que des critères soient retenus ailleurs ne dit rien sur la qualité de ces critères.

F. Adéquation des soins aux besoins de soins

Mme France Vrijens (KCE) rappelle que le rapport a une vocation générale; il ne répond pas à la question de savoir si les soins sont en adéquation avec les besoins de soins réels dans un domaine particulier.

Par contre, le rapport montre des variabilités géographiques dans les soins donnés, difficilement explicables uniquement par la nature des pathologies sous-jacentes. Les variabilités peuvent s'expliquer soit par des sous-utilisations, soit par des sur-utilisations. Le constat de la variation ne suffit pas. Il faut analyser les différences régionales au regard de l'état de santé, des comportements de santé, etc.

Le rapport a été constitué au niveau national. Il a été discuté avec les administrations concernées et en Conférence interministérielle de la Santé publique. Les entités fédérées peuvent utiliser le rapport pour les fins de leur politique propre. Il n'est pas rentré dans les objectifs des auteurs du rapport d'apporter un jugement de valeur sur les politiques respectives de ces entités.

G. Huisartsen in opleiding

Mevrouw France Vrijens (KCE) beklemtoont dat het rapport geen oordeel velt over de *numerus clausus*. Momenteel verricht de Planningscommissie een analyse van het dynamisch kadaster en maakt ze werk van de vastlegging van nieuwe quota. Een volledig specifiek rapport zou daaraan moeten worden gewijd. Dat toont aan dat het rapport een totaalvisie huldigt.

H. Zorgtoegankelijkheid

De heer Christian Léonard (KCE) geeft aan dat het rapport aantoont dat een groot deel van de gezondheidszorgkosten ten laste van de patiënt blijft: 18 % van de totale gezondheidszorguitgaven.

Dat is een alomvattend cijfer, dat kan worden uitgesplitst in verschillende aspecten, waaronder:

— het officiële remgeld, waarop de maximumfactuur van toepassing is (supplementen zijn niet opgenomen in de maximumfactuur);

— de farmaceutische specialiteiten.

Een verfijning van die evaluatie is evenwel het overwegen waard. De kostprijs van een aanvullende verzekering moet immers in balans worden gebracht met de winst voor de patiënt wanneer die verzekering optreedt.

De rapporteur,

Benoît PIEDBOEUF

De voorzitter,

Muriel GERKENS

G. Médecins généralistes en formation

Mme France Vrijens (KCE) souligne que le rapport ne fournit pas d'appréciation sur le *numerus clausus*. La commission de planification procède actuellement à une analyse du cadastre dynamique et s'attèle à la définition de nouveaux quotas. Un rapport spécifique complet devrait y être consacré. Ceci illustre que le rapport constitue une vue globale.

H. Accessibilité des soins

M. Christian Léonard (KCE) indique que le rapport montre qu'un montant important du coût des soins de santé reste à charge des patients: 18 % des dépenses de santé totales.

Ce chiffre est global, et est composé de plusieurs parties. Il comprend notamment:

— le ticket modérateur officiel, sur lequel le maximum à facturer est applicable (les suppléments ne sont pas repris dans le maximum à facturer);

— les spécialités pharmaceutiques.

Un affinement de cette évaluation pourrait toutefois être envisagé. En effet, le coût d'une assurance complémentaire doit être mis en perspective par rapport au bénéfice qu'enregistre le patient lorsque cette assurance intervient.

Le rapporteur,

Benoît PIEDBOEUF

La présidente,

Muriel GERKENS