



Europese
Commissie



Peer Review
op het gebied van
sociale bescherming
en sociale inclusie

Prestatiebeoordeling van gezondheidsstelsels

SAMENVATTEND VERSLAG

België, 19-20 mei 2014

Deze publicatie wordt ondersteund door het EU-programma voor werkgelegenheid en sociale innovatie („EaSI”) 2014-2020.

Het programma voor werkgelegenheid en sociale innovatie (EaSI) is een financieel instrument op Europees niveau dat direct door de Europese Commissie wordt beheerd. Het programma heeft tot doel bij te dragen tot de uitvoering van de Europa 2020-strategie door financiële steun te voorzien voor de doelstellingen van de Unie op drie gebieden : het bevorderen van een hoge kwaliteit en duurzame werkgelegenheid, het waarborgen van een adequate en fatsoenlijke sociale bescherming, het bestrijden van sociale uitsluiting en armoede en het verbeteren van de arbeidsomstandigheden.

Voor meer informatie: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1081&langId=en>

Prestatiebeoordeling van gezondheidsstelsels

PETER SMITH

IMPERIAL COLLEGE BUSINESS SCHOOL

SAMENVATTEND VERSLAG

DANKWOORD

De auteur dankt het Belgische HSPA-team voor de heldere presentatie van hun werkzaamheden, alsmede alle deelnemers aan de collegiale toetsing voor hun nuttige en scherpzinnige bijdragen, en Renate Hauptfleisch en Monika Natter van ÖSB voor hun nuttige begeleiding tijdens het hele proces. Eventuele fouten en onjuiste voorstellingen van zaken in dit verslag zijn evenwel de verantwoordelijkheid van de auteur.

Europese Commissie

Directoraat-generaal Werkgelegenheid, sociale zaken en inclusie
Manuscript voltooid in juli 2014

Deze publicatie werd in opdracht van de Europese Commissie opgesteld door



© Omslagillustratie: Europese Unie

Noch de Europese Commissie, noch enige persoon die optreedt in naam van de Commissie kan verantwoordelijk worden gesteld voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de gegevens in deze publicatie.

Meer informatie over de Peer Reviews is beschikbaar op:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1023&langId=en>.

*Europe Direct helpt u antwoord te vinden op uw vragen over de Europese Unie.
Gratis nummer (*):*

00 800 6 7 8 9 10 11

(* Als u mobiel belt, hebt u misschien geen toegang tot gratis nummers of kunnen kosten worden aangerekend.

Meer gegevens over de Europese Unie vindt u op internet via de Europaserver (<http://europa.eu>).

Catalografische gegevens bevinden zich aan het einde van deze publicatie.

Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie, 2014

ISBN 978-92-79-39638-0

doi: 10.2767/39633

© Europese Unie, 2014

Overneming met bronvermelding toegestaan

Inhoudsopgave

A.	Het Europees beleidskader	7
B.	Toetsing van de Belgische goede praktijken	13
C.	Beleid en ervaringen in getoetste landen	18
D.	Belangrijkste onderwerpen die tijdens de vergadering zijn besproken	20
E.	Conclusies en geleerde lessen	24
	Bronnen	26





Samenvatting

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert de prestatiebeoordeling van gezondheidsstelsels (health system performance assessment, HSPA) als een landenspecifiek proces van monitoring, evaluatie, communicatie en toetsing van de verwezenlijking van op gezondheidsstrategieën gebaseerde gezondheidsdoelstellingen van hoog niveau. Het algemene doel van HSPA is strategische verantwoording met betrekking tot maatregelen op gezondheidsgebied te bevorderen. Er zijn echter ook specifieke doelstellingen, zoals: het vaststellen van de doelstellingen en de prioriteiten van het gezondheidsstelsel; het fungeren als een baken voor beleidsvorming en coördinatieactiviteiten binnen de gezondheidsstelsels; het meten van de vorderingen bij het verwezenlijken van de doelstellingen; het onderbouwen van het openbare debat met belanghebbenden en burgers over het gezondheidsstelsel. In 2008 ondertekenden de landen van de Europese regio van de WHO het Handvest van Tallinn. Daarin verbonden ze zich ertoe om te streven naar transparantie en het afleggen van verantwoording aan de burgers en de andere legitieme belanghebbenden over de wijze waarop gezondheidsmiddelen worden uitgegeven.

Een groot aantal lidstaten heeft HSPA-initiatieven gelanceerd. Deze hebben verschillende vormen en zijn afgestemd op verschillende doeleinden. Er zijn echter gemeenschappelijke kenmerken. Zo dient HSPA gericht te zijn op het gezondheidsstelsel in zijn geheel en niet slechts op gezondheidsdiensten. De prestaties dienen te worden uitgedrukt in termen van resultaten (zoals betere gezondheid en mindere blootstelling aan financiële risico's) en niet zozeer in termen van processen (zoals omvang van het personeelsbestand of het aantal behandelingen). Ook dient de vooruitgang te worden gekwantificeerd aan de hand van betrouwbare gegevens en de daarmee verbonden analysemethoden. Niettemin is men er in het algemeen van overtuigd dat de landen zelf moeten kunnen kiezen welke precieze vorm ze HSPA willen geven.

Het onderwerp van deze collegiale toetsing was het Belgische HSPA-initiatief. De deelnemers prezen het als een goed voorbeeld voor andere landen die een HSPA-proces willen introduceren of verbeteren. Bijzonder vermeldenswaard zijn de helderheid van de doelstellingen, het heldere conceptuele kader, de onafhankelijke, nauwkeurige analyse, de nadruk op billijkheid en het engagement voor een doorlopend HSPA-proces. Er wordt nog gezocht naar een juiste manier om de Belgische HSPA aan beleidsprocessen te koppelen. Dit HSPA-aspect is in de meeste landen onderontwikkeld en kan variëren naargelang de institutionele regeling.

De deelnemers aan de collegiale toetsing bespraken een grote reeks institutionele en technische onderwerpen op HSPA-gebied. Daarvan wordt in dit verslag een samenvatting gegeven onder de volgende algemene titels: institutionele HSPA-regelingen, doelstellingen, gegevensbronnen, methodologie, verspreiding, de rol van HSPA in het beleidsproces en de rol van HSPA-activiteiten op Europees niveau. Er zijn echter nog vraagstukken waarvoor een oplossing gevonden moet worden.

- Welke procedure moet worden gevolgd voor het vaststellen van HSPA-doelen en -methoden?
- Welke vergelijkingsgrondslag moet worden gehanteerd in HSPA (internationaal, regionaal, langetermijntrends)?
- Welke prestatie indicatoren moeten worden gekozen?
- Hoe moet worden omgegaan met de efficiëntie van gezondheidsstelsels binnen HSPA?
- Hoe moet billijkheid worden behandeld,
- Hoe moeten leemten en tegenstrijdigheden in de gegevens worden aangepakt.
- Hoe moeten HSPA-resulaten worden verspreid?
- Hoe moet HSPA in het beleidsproces worden geïntegreerd?

De huidige activiteiten op internationaal niveau omvatten de opstelling van langlopende reeksen van gegevens door de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) en de totstandbrenging van uitvoerige beschrijvingen van gezondheidsstelsels (met inbegrip van enkele stelsels buiten Europa) door het Europees Waarnemingscentrum voor gezondheidszorgstelsels en -beleid aan de hand van een gestandaardiseerd sjabloon. De Europese regio van de WHO heeft op uitnodiging van de lidstaten verschillende HSPA-initiatieven ontplooid. Alle drie de organisaties verzorgen daarnaast talloze publicaties over algemene, HSPA-relevante beleidsonderwerpen.

Op EU-niveau heeft de Europese Commissie de Europese kernindicatoren voor gezondheid (ECHI) opgesteld, die 88 HSPA-relevante indicatoren omvatten. In 2011 bracht de Raad van de Europese Unie een denkproces op gang met als doel doeltreffende manieren te vinden om te investeren in gezondheid. Daarbij werd geconcludeerd dat de lidstaten HSPA moeten gebruiken voor beleidsvorming, verantwoording en transparantie. Het Comité voor sociale bescherming en de subgroep indicatoren onderzoeken of het mogelijk is de methode van het gezamenlijk beoordelingskader (JAF) aan te passen aan de sector van de gezondheidsstelsels. Dit zou een eerste screeningsinstrument kunnen zijn om mogelijke problemen in de gezondheidsstelsels op te sporen en daarbij bijzondere nadruk te leggen op toegang, kwaliteit en billijkheid.

De deelnemers aan de collegiale toetsing pleitten met sterke argumenten voor activiteiten op Europees niveau ter bevordering en ondersteuning van HSPA. Er zou bijvoorbeeld een internationale overeenkomst kunnen worden gesloten inzake de reikwijdte van de gegevensverzameling, de vaststelling van gegevensdefinities en -normen, de bevordering van gegevensverzameling en -verspreiding door internationale agentschappen en het uitwisselen van beste praktijken op het gebied van informatiegebruik. Daarnaast werd erop gewezen dat HSPA in het algemeen een nationale, op lokale behoeften toegesneden inspanning dient te zijn.



A. Het Europees beleidskader

De prestatiebeoordeling van gezondheidsstelsels (HSPA) is een centraal instrument aan het worden in het beheer van moderne gezondheidsstelsels. In het *World Health Report 2000* (WHO 2000) werd voor het eerst gezamenlijke aandacht besteed aan het begrip “gezondheidsstelsel”, dat verder werd ontwikkeld in het WHO-rapport *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes* (WHO 2007). Gezondheidsstelsels werden daarin gedefinieerd als alle activiteiten waarvan het hoofdoel is gezondheid te bevorderen, te herstellen of in stand te houden. De Wereldgezondheidsorganisatie definieert HSPA voorts als een landenspecifiek proces van monitoring, evaluatie, communicatie en toetsing van de verwezenlijking van op gezondheidsstrategieën gebaseerde gezondheidsdoelstellingen van hoog niveau (WHO 2012). De primaire doelen van HSPA zijn:

- het vaststellen van de doelstellingen en de prioriteiten van het gezondheidsstelsel;
- het fungeren als een baken voor beleidsvorming en coördinatieactiviteiten binnen de gezondheidsstelsels;
- het meten van de vorderingen bij het verwezenlijken van de doelstellingen;
- het fungeren als grondslag voor vergelijking met andere gezondheidsstelsels, en
- het streven naar transparantie en het afleggen van verantwoording aan de burgers en de andere legitieme belanghebbenden met betrekking tot de wijze waarop de middelen worden uitgegeven.

De ondertekening van het Handvest van Tallinn inzake de verbetering van gezondheidsstelsels in 2008 was een verdere stimulans voor HSPA in de Europese regio van de WHO. De 53 ministers van Volksgezondheid van de Europese regio van de WHO verbonden zich ertoe transparantie te bevorderen en verantwoording af te leggen over de prestaties van gezondheidsstelsels om meetbare resultaten te bereiken. HSPA wordt gezien als een belangrijk mechanisme om aan die verbintenis te voldoen. De WHO beschouwt HSPA voornamelijk als een landenspecifiek proces waarvoor niet slechts één aanvaard sjabloon bestaat, al zijn er veel algemeen aanvaarde beginselen inzake beste praktijken op het gebied van de ontwikkeling van een specifieke HSPA (WHO 2012). Daaronder vallen onder meer de volgende beginselen:

- HSPA dient gericht te zijn op het gezondheidsstelsel in zijn geheel en moet zowel gezondheidsbevordering en volksgezondheid als gezondheidsdiensten omvatten;
- de doelstellingen van gezondheidsstelsels moeten worden uitgedrukt in termen van resultaten (zoals betere gezondheid en mindere blootstelling aan financiële risico's) en niet zozeer in termen van processen (zoals omvang van het personeelsbestand of het aantal behandelingen);
- de vooruitgang moet waar mogelijk worden gekwantificeerd aan de hand van betrouwbare gegevens en de daarmee verbonden analysemethoden;
- HSPA moet een regelmatig proces zijn dat in alle aspecten van de beleidsvorming op gezondheidsgebied is geïntegreerd, en
- elk stelsel moet de exacte vorm van HSPA kunnen kiezen, ofschoon met de vaststelling en het gebruik van internationaal wijdverspreide maatstaven en methoden de doeltreffendheid ervan waarschijnlijk kan worden gemaximaliseerd.

Ondanks het feit dat de doelstellingen op verschillende wijzen worden uitgedrukt en gemeten, is men het er bijna unaniem over eens dat elke HSPA de gezondheidsdoelstellingen met betrekking tot de volgende aspecten moet weerspiegelen:

- de verbetering van de gezondheid die kan worden toegeschreven aan het gezondheidsstelsel in zijn geheel;
- de mate waarin het gezondheidsstelsel inspeelt op de voorkeuren van de burgers;
- de financiële bescherming die wordt geboden door het gezondheidsstelsel, en
- de productiviteit die met het gezondheidsstelsel wordt bereikt, oftewel “waarde voor geld”.

Bovendien wordt in veel HSPA's verwezen naar het begrip billijkheid ten aanzien van de manier waarop de met de doelstellingen verwezenlijkte resultaten worden verdeeld over de verschillende bevolkingsgroepen.

Er bestaat minder consensus over de wijze waarop de diverse functies van het gezondheidsstelsel in HSPA moeten worden geïntegreerd. Deze omvatten onder meer: dienstverlening, personeelsbestand, informatiebronnen, medische producten, vaccins en technologieën, financiering en beheer. Deze functies zijn de fundamentele bouwstenen van elk gezondheidsstelsel, en de wijze waarop deze worden uitgevoerd kan van grote invloed zijn op de resultaten van een gezondheidsstelsel. Het is vaak lastig om deze functies met elkaar te vergelijken als het gaat om verschillende typen gezondheidsstelsels, en soms kan de nadruk op functies belemmerend werken als nieuwe manieren moeten worden gevonden om de verwezenlijking van de einddoelen van het gezondheidsstelsel te bevorderen, zoals een verschuiving van ziektebehandeling naar ziektepreventie. Daarom

Tekstvak 1: Kerneigenschappen van HSPA (WHO 2009 blz. 141)

HSPA is een regelmatig, systematisch en transparant proces. De rapportagemechanismen worden op voorhand vastgesteld en hebben betrekking op de gehele beoordeling. HSPA is niet tijdgebonden en afhankelijk van een hervormingsagenda. Ze is evenmin het eindpunt van een nationaal gezondheidsplan, maar kan wel regelmatig worden herzien om beter te kunnen inspelen op nieuwe prioriteiten en om de streefdoelen voor de verwezenlijking ervan te herzien.

HSPA is alomvattend en evenwichtig van opzet, heeft betrekking op het gehele gezondheidsstelsel en is niet beperkt tot specifieke programma's, doelstellingen of zorgniveaus. De prestaties van het stelsel in zijn geheel zijn meer dan de som van de prestaties van alle afzonderlijke onderdelen.

HSPA is analytisch en gebruikt aanvullende informatiebronnen om de prestaties te beoordelen. De interpretatie van de prestatie indicatoren wordt ondersteund door beleidsanalyse, aanvullende informatie (kwaliteitsbeoordelingen) en referentiewaarden: langetermijnontwikkelingen, lokale, regionale en internationale vergelijkingen of vergelijkingen met normen, streefcijfers of benchmarks.

Om aan deze criteria te voldoen moet HSPA transparant zijn en het afleggen van verantwoording voor het beheer van het gezondheidsstelsel bevorderen.



moet HSPA voornamelijk resultaatgericht zijn. Het beoordelen van functies kan een belangrijk diagnostisch instrument zijn om te begrijpen waarom vorderingen (of geen vorderingen) zijn geboekt bij de verwezenlijking van de gezondheidsdoelstellingen, maar mag niet de primaire focus van HSPA zijn. Tekstvak 1 geeft een samenvatting van de kerneigenschappen van HSPA, zoals beoogd door de WHO (WHO 2009).

Een belangrijk aspect van HSPA is vergelijking met andere systemen aan de hand van kwantitatieve indicatoren of aan de hand van meer kwalitatieve beschrijvingen. In bepaalde omstandigheden kan de nadruk liggen op de tendensen die zich in de tijd binnen het stelsel voordoen (vergelijking met het stelsel) of op vergelijking tussen regio's of andere substelsels binnen het stelsel in zijn geheel (vergelijking binnen het stelsel). Bij veel HSPA-initiatieven heeft de analyse evenwel hoofdzakelijk betrekking op de vergelijking met andere gezondheidsstelsels. Wanneer dergelijke vergelijkingen overtuigend worden uitgevoerd, kunnen ze een zeer krachtig instrument zijn om mediabelangstelling te wekken, de betrokkenheid van beleidsmakers te bevorderen en hervormingen te stimuleren. Dergelijke vergelijkingen kunnen echter aanleiding geven tot betwisting en kunnen analytisch complex zijn, om verschillende redenen: zo zijn de concepten misschien niet vergelijkbaar (wegens verschillende definities van handicap), misschien zijn er verschillende mechanismen gebruikt voor de verzameling van gegevens, of zijn aanpassingen nodig in verband met contextuele factoren (zoals de leeftjidsverdeling van de bevolking).

Om vergelijkingen te vergemakkelijken en HSPA te ondersteunen zijn er uiteenlopende hulpmiddelen ontwikkeld in de vorm van informatiesystemen en beschrijvingen van gezondheidsstelsels. De gezondheidsgegevens van de OESO zijn de oudste reeks gegevens voor landen met een hoog inkomen. Deze worden sinds 1961 bijgehouden en hebben betrekking op de gezondheidsresultaten, de zorgmiddelen, de bezettingsgraad en het personeelsbestand (OECD 2013a). Meer recent heeft de OESO het project kwaliteitsindicatoren gezondheidszorg (HCQI) opgestart, dat gericht is op de vaststelling en de bijeenbrenging van een reeks vergelijkbare indicatoren voor de kwaliteit van bepaalde aspecten van gezondheidsdiensten (OECD 2014). De OESO heeft daarnaast een belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling van het systeem van gezondheidsrekeningen (SHA), het standaardkader voor de productie van samenhangende en internationaal vergelijkbare financiële gegevens inzake gezondheidsstelsels. De "Health at a Glance"-rapporten van de OESO belichten de OESO-gegevensbronnen vanuit verschillende invalshoeken en omvatten een publicatie die gewijd is aan de situatie in alle EU-lidstaten (OECD 2013b, OECD 2012).

De Europese Commissie heeft 88 HSPA-relevante Europese kernindicatoren voor gezondheid (ECHI) vastgesteld. Meer dan 50 daarvan zijn gemakkelijk toegankelijk en redelijk vergelijkbaar. De indicatoren zijn gegroepeerd overeenkomstig vijf grote gebieden: demografische en sociaal-economische factoren, gezondheidstoestand, gezondheidsdeterminanten, gezondheidsdiensten en gezondheidsbevordering. De ECHI-indicatoren kunnen met behulp van het webgebaseerde HEIDI-instrument worden geanalyseerd (Europese Commissie 2014). Dit instrument maakt grafieken, kaarten en staafdiagrammen die de tendensen van de indicatoren weergeven of vergelijkingen tussen geselecteerde landen of groepen van landen mogelijk maken.

Andere gegevensbanken op mondiaal niveau omvatten de ontwikkelingsindicatoren van de Wereldbank, het Mondiaal Gezondheidsobservatorium van de Wereldgezondheidsorganisatie en de mondiale uitwisseling van gezondheidsgegevens van het Institute of Health Metrics

and Evaluation. Het toepassingsgebied, de volledigheid en de betrouwbaarheid van deze reeksen gegevens verschillen sterk. Ook heeft de Europese Commissie in het kader van haar zevende kaderprogramma verschillende projecten gefinancierd waarmee door middel van landenvergelijkingen gezondheidsgegevens worden opgespoord en geanalyseerd. Het betreft onder meer EuroREACH, EuroHOPE en ECHO. EuroREACH heeft een “navigator voor gezondheidsgegevens” ontwikkeld, waarmee potentiële gebruikers veilige toegang kunnen krijgen tot vergelijkbare gegevensbronnen uit heel Europa en deze kunnen analyseren (Hofmarcher 2013).

Er is nog een aantal potentiële bronnen voor kwantitatieve vergelijking. Daarbij gaat het onder meer om de jaarlijkse onderzoeken van het Commonwealth Fund, een liefdadigheidsorganisatie uit New York, en de “EuroHealth Consumer Index” van de Zweedse particuliere organisatie Health Consumer Powerhouse.

De belangrijkste bron voor onderbouwde en vergelijkbare beschrijvingen van gezondheidsstelsels is het Europees Waarnemingscentrum voor gezondheidszorgstelsels en -beleid. Dit is een samenwerkingsverband tussen de Europese Commissie, de Wereldbank, de WHO en een aantal lidstaten (European Observatory on Health Systems and Policies 2014). De reeks “gezondheidsstelsels in transitie” van het waarnemingscentrum omvat uitgebreide beschrijvingen van gezondheidsstelsels (waaronder enkele stelsels buiten Europa) aan de hand van een gestandaardiseerd sjabloon. Het waarnemingscentrum publiceert voorts boeken over belangrijke beleidsonderwerpen, waaronder een boek over de beginselen en praktijken inzake de meting van gezondheidsprestaties (Smith 2010) en een boek dat specifiek de vergelijking van gezondheidsprestaties behandelt (Papanicolas 2013).

10

De richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende zorg¹ is eveneens een grondslag voor de beoordeling van gezondheidsstelsels in de EU. De lidstaten zijn immers verplicht om samen te werken bij de normen en richtsnoeren inzake kwaliteit en veiligheid en om relevante informatie uit te wisselen. Overeenkomstig de richtlijn zijn nationale contactpunten belast met de uitwisseling van informatie.

In 2011 bracht de Raad van de Europese Unie “een denkproces op gang [...] met als doel doeltreffende manieren te vinden om te investeren in gezondheid en om te komen tot moderne, responsieve en houdbare gezondheidsstelsels”. De Groep volksgezondheid op hoog niveau gaf leiding aan dit proces en bracht in 2013 verslag uit. Er werden vijf subgroepen opgericht, waarvan de vijfde onderzoek deed naar “het meten en monitoren van de doeltreffendheid van gezondheidsinvesteringen”. De nadruk lag daarbij op de rol van de lidstaten en de Europese Commissie in het bevorderen van HSPA. De subgroep deed onder meer onderzoek naar de toepassing van HSPA in de lidstaten. Van de zeventien respondenten beschikken er dertien over enige vorm van HSPA op nationaal of regionaal niveau (België, Kroatië, Zweden, Engeland, Finland, Griekenland, Litouwen, Portugal, Slowakije, Slovenië, Spanje, Oostenrijk en Denemarken).

In zijn conclusies met betrekking tot dit denkproces doet de Raad de aanbeveling dat de lidstaten “de prestatiebeoordeling van de gezondheidsstelsels (HSPA) [moeten gebruiken] met het oog op beleidsbepaling, aanspreekbaarheid en transparantie”, en dat de Commissie de lidstaten op dit vlak moet helpen. De Raad drong voorts aan op betere coördinatie van HSPA door de lidstaten en de Europese Commissie, door:

¹ Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011.



- het debat over het theoretische HSPA-kader te stroomlijnen en bruikbare methoden en instrumenten voor de beleidsmaker bij de besluitvorming aan te duiden, en
- criteria voor de keuze van prioritair HSPA-gebieden op Unieniveau te bepalen en de beschikbaarheid en kwaliteit van relevante gegevens en informatie te verbeteren. (Conclusies van de Raad van 10 december 2013.)

De deskundigengroep van de Unie inzake doeltreffende manieren om te investeren in gezondheid (EXPH) heeft de voorstellen van de subgroep van commentaar voorzien en daarbij op een aantal belangrijke technische en uitvoeringsproblemen gewezen (EXPH 2014). De deskundigengroep beveelt aan een helder conceptueel kader te ontwikkelen dat de reikwijdte van het te beoordelen gezondheidsstelsel definieert. Op deze manier zou het gemakkelijker worden om het model stapsgewijs te ontwikkelen en te testen. De EXPH wijst op een aantal methodologische en praktische overwegingen uit de internationale literatuur die in aanmerking moeten worden genomen, en zet een aantal praktische mogelijkheden uiteen.

In april 2014 kwam de Commissie met een mededeling met betrekking tot doeltreffende, toegankelijke en veerkrachtige gezondheidsstelsels, waarin zij een EU-agenda voorstelde om de gezondheidsstelsels van de EU-lidstaten doeltreffender, toegankelijker en veerkrachtiger te maken². HSPA wordt gezien als een essentieel instrument om de gezondheidsstelsels veerkrachtiger te maken, en een behoorlijk informatiesysteem wordt beschouwd als een belangrijke factor voor veerkracht.

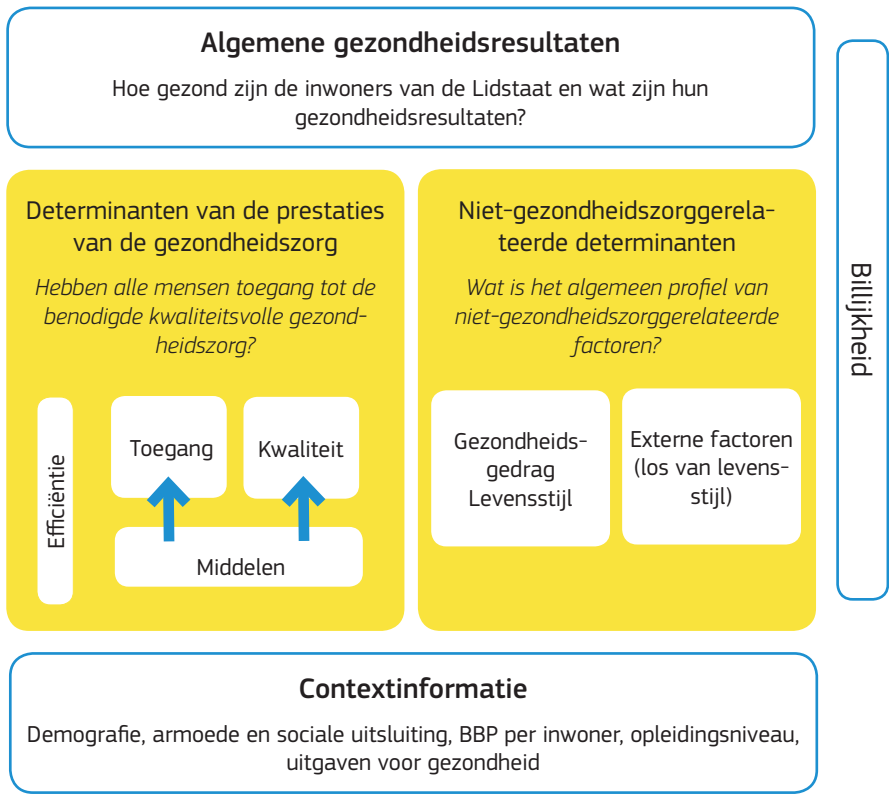
Tot slot hebben het Comité voor sociale bescherming en zijn subgroep indicatoren onderzocht of het mogelijk is de methode van het gezamenlijk beoordelingskader (JAF)³ aan te passen aan de sector van de gezondheidsstelsels (Social Protection Committee 2013). Deze kwantitatieve methode wordt beschouwd als een eerste screeningsinstrument om mogelijke problemen voor de gezondheidsstelsels van de lidstaten vast te kunnen stellen, met bijzondere nadruk op toegang, kwaliteit en billijkheid. Het is de bedoeling dat deze methode wordt gevolgd door een meer kwalitatieve beoordeling teneinde de kennis over de problemen die bij deze eerste screening aan het licht komen, te verifiëren en te verdiepen. Het voorgestelde model wordt toegelicht in afbeelding 1. De onderscheidende kenmerken zijn:

- sterke nadruk op billijkheid
- meting van de totale gezondheidsresultaten (met inbegrip van geestelijke gezondheid)
- nadruk op de prestaties van gezondheidsdiensten (toegang, kwaliteit en middelen)
- alsmede contextuele factoren. In het verslag van de subgroep wordt erkend dat efficiëntie het minst ontwikkelde gebied is. Deze benadering wordt in 2014 getest.

² Mededeling van de Commissie van 4 april 2014 met betrekking tot doeltreffende, toegankelijke en veerkrachtige gezondheidsstelsels (COM(2014) 215): http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/com2014_215_final_nl.pdf

³ Het gezamenlijk beoordelingskader is een methode die het Comité voor de werkgelegenheid, het Comité voor sociale bescherming en de Commissie hebben vastgesteld om de vorderingen bij de Europa 2020-strategie te monitoren. Dit kader wordt ook toegepast op het gebied van de werkgelegenheid, de sociale inclusie en het onderwijs. Nadere informatie is te vinden op: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=972&furtherNews=yes>

Afbeelding 1: Voorgesteld model van het gezamenlijk beoordelingskader voor de gezondheidszorg



De Commissie zal samen met de OESO een project uitvoeren waarvan het doel is een methode te ontwikkelen voor de beoordeling van de efficiëntie van gezondheidsstelsels. Dit project vormt een aanvulling op de lopende studie “A Life Table Analysis: health system cost-effectiveness assessments across Europe”⁴, die wordt gefinancierd door de Commissie en wordt uitgevoerd door het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

⁴ De studie wordt naar verwachting tegen het einde van 2014 voltooid. Voor meer informatie, zie: http://ec.europa.eu/eahc/documents/health/tenders/2013/EN/EAHC_2013_05_Specifications.pdf

B. Toetsing van de Belgische goede praktijken

De aanneming van het Handvest van Tallinn door alle landen van de Europese regio van de WHO in 2008 was een belangrijke mijlpaal op weg naar HSPA in België. Het handvest onderstreept het belang van gezondheid als investering in economische ontwikkeling en solidariteit. De ondertekenaars ervan hebben zich verbonden tot de invoering van een prestatiebeoordeling van hun gezondheidssystemen. Op 18 maart 2008 werd, in aansluiting op een aanbeveling van het Handvest van Tallinn van de WHO, in het Belgische federaal regeerakkoord het volgende overeengekomen met betrekking tot de volksgezondheid: “De performantie van ons gezondheidssysteem, met inbegrip van de kwaliteit, zal worden gemonitord op basis van meetbare doelstellingen”.

De Belgische gezondheidsautoriteiten hebben de Belgische gezondheidsdiensten verzocht om de haalbaarheid van HSPA in België te onderzoeken. Daarbij werd wetenschappelijke ondersteuning geboden door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (ISP) en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Sindsdien zijn de volgende rapporten gepubliceerd:

- twee volledige HSPA-rapporten (in 2009 en 2012);
- een tussentijds rapport waarin de ontwikkeling van HSPA in België wordt beoordeeld (2014), en
- een thematisch verslag over huisartsgeneeskunde (2010).

In de toekomst zal België om de vier jaar een HSPA publiceren en om de twee jaar een tussentijds rapport. Het volgende rapport wordt naar verwachting in december 2015 gepubliceerd.

Het Belgische HSPA-rapport streeft uitdrukkelijk twee strategische doelen na (Gerkens 2010):

1. een transparant en controleerbaar beeld schetsen van de prestaties van het Belgisch gezondheidssysteem, overeenkomstig de met het Handvest van Tallinn aangegane verbintenis;
2. de gezondheidsautoriteiten informeren over de prestaties van het gezondheidssysteem en te steunen bij de beleidsplanning, en op lange termijn de prestaties van het gezondheidssysteem in de tijd volgen.

Een andere impliciete, maar niettemin concrete reden om een HSPA-rapport op te stellen was om een antwoord te geven op de vraag van het RIZIV of we objectief kunnen stellen dat de middelen van het Belgisch gezondheidssysteem correct worden besteed (waarde voor geld). Bovendien bestond de wens om gegevens over de zorgkwaliteit, de ongelijkheden en de onvervulde behoeften te verzamelen en te vergelijken. Beleidsondersteuning was in eerste instantie geen HSPA-doel, maar sinds de publicatie van een aantal rapporten is het belang ervan geleidelijk toegenomen.

Behalve in HSPA raakt men in België in toenemende mate geïnteresseerd in de ontwikkeling van prestatiemetingen op basis van meer thematische onderwerpen (zoals



huisartsgeneeskunde). Een dergelijk, in samenwerking met velddeskundigen ontworpen initiatief is gebruikt om prioriteiten vast te stellen voor zowel huisartsen als autoriteiten, organisaties met elkaar te vergelijken (benchmarking), de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren, permanente bijscholing en innovatie te stimuleren en stimuleringsmaatregelen te onderbouwen.

Op internationaal niveau worden door verschillende organisaties hulpbronnen geboden aan de hand waarvan een vergelijking kan worden gemaakt tussen België en andere Europese landen wat betreft de indicatoren voor gezondheidstoestand en gezondheidszorg. Hiertoe behoren het “World Health Report 2000” van de WHO, het tweejaarlijks rapport “Health at a glance Europe” dat voortvloeit uit een samenwerking tussen de OESO en de Europese Unie, de EU-website van de ECHI-indicatoren en de Euro Health Consumer Index. Een aspect van het Belgische HSPA-initiatief is dat hiermee kan worden geprobeerd deze rapporten te interpreteren en België aldus te helpen leemten op te vullen en minder vertraging te doen ontstaan bij het verzamelen van de gegevens voor internationale vergelijkingen. België is voorts geïnteresseerd in het opzetten van een internationaal netwerk om beste praktijken te delen met landen met vergelijkbare gezondheidsstelsels.

België volgt een holistische benadering bij de beoordeling van de prestaties van het gezondheidsstelsel. Zijn benadering is vergelijkbaar met de voorgestelde JAF-aanpak en gebaseerd op een conceptueel kader bestaande uit vijf prestatiedimensies: kwaliteit, toegankelijkheid, efficiëntie, houdbaarheid en billijkheid. In het verslag 2012 wordt gebruik gemaakt van in totaal 74 indicatoren voor de beoordeling van de prestaties op nationaal niveau. Er wordt veel aandacht besteed aan een toegankelijke presentatie van de resultaten, waarbij de Belgische prestaties worden afgezet tegen die van de andere EU15-lidstaten. Vele indicatoren zijn uitgesplitst op basis van factoren als gender, regio en sociaal-economische toestand. Er wordt nota genomen van leemten en zwakke punten in de gegevens, voor zover deze bestaan. De presentatie van de gegevens wordt afgesloten met een totaalbeoordeling van de sterke en zwakke punten van het Belgisch gezondheidsstelsel aan de hand van de met de indicatoren verkregen gegevens.

Het rapport 2012 had de volgende specifieke operationele doelstellingen:

- de herziening van de kernset van 55 indicatoren van het vorige rapport, met een speciale focus op de 11 indicatoren waarvoor er in 2010 geen gegevens beschikbaar waren;
- de uitbreiding van de kernset met indicatoren uit de volgende domeinen: gezondheidsbevordering, huisartsgeneeskunde, geestelijke gezondheidszorg, zorg op lange termijn en zorg rondom het levenseinde, de toevoeging van indicatoren inzake patiëntgerichtheid en zorgcontinuïteit (twee subdimensies van kwaliteit) en het voorstellen van indicatoren inzake billijkheid in het gezondheidsstelsel;
- het meten waar mogelijk van de geselecteerde indicatoren, of het opsporen van eventuele leemten in de beschikbaarheid van gegevens, en
- het interpreteren van de resultaten met het oog op een alomvattende beoordeling van de prestaties van het Belgische gezondheidsstelsel aan de hand van verschillende criteria, waaronder in voorkomend geval een internationale benchmarking.



De Belgische ervaringen met HSPA hebben een aantal belangrijke debatten op gang gebracht die van algemeen belang zijn voor de ontwikkeling van nationale HSPA's. Een eerste punt van discussie in België was de vraag of de gezondheidstoestand in aanmerking moet worden genomen bij het meten van de resultaten van het stelsel, in tegenstelling tot de fysieke resultaten van het gezondheidsstelsel. Geacht werd evenwel dat er nog geen duidelijk verband kan worden gelegd tussen de gezondheidstoestand als resultaat en de prestaties van het gezondheidsstelsel als dusdanig, en dat er meer bewijsmateriaal nodig is voordat hier op betrouwbare wijze gebruik van kan worden gemaakt.

Een ander punt van discussie was de omgang met “niet-medische gezondheidsdeterminanten”. België heeft ervoor gekozen deze niet in het kader opnemen, aangezien het HSPA-toepassingsgebied heel het gezondheidsstelsel omvat. Het blijft evenwel onduidelijk waar de grens ligt. Zo is gezondheidsbevordering iets dat een vast onderdeel is van de gezondheidsstelsels. Dit houdt namelijk verband met gezondheidsgedrag en levensstijl. De discussie is nog gaande en is gerelateerd aan het debat over “gezondheid in al het beleid”, dat impliceert dat ook buiten de zorgsector gezocht moet worden naar kosteneffectief beleid dat de gezondheid kan verbeteren en de vraag naar gezondheidsdiensten kan verminderen.

België is een stap verder gegaan dan de aanbevelingen van het Comité voor sociale bescherming en heeft gekozen voor een specifieke aanpak die verschillende aspecten van het gezondheidsstelsel omvat (en niet alleen acute zorg), te weten: gezondheidsbevordering, preventieve zorg, curatieve zorg, zorg op lange termijn en zorg rondom het levenseinde. Dit werd nuttig geacht, ofschoon de details van de aanpak waarschijnlijk per land zullen verschillen naargelang van de opzet van het gezondheidsstelsel (de mate van specialisering van gezondheidsdiensten), de landelijke organisatie (centraal of regionaal) en het beheer (het ministerie van Volksgezondheid en eventueel het ministerie van Sociale Zaken). Niettemin werd geconstateerd dat de bestaande gegevens absoluut geen uitgangspunt kunnen zijn voor de opzet van het kader (internationale gegevens zijn immers voornamelijk gebaseerd op acute ziekenhuiszorg), en dat een bredere aanpak nodig is – die in België ook sociale zaken en verzekeringsgegevens omvat – omdat daarmee een beter inzicht kan worden verkregen in de ongelijkheidsvraagstukken.

Het laatste hoofdstuk van het rapport 2012 gaat in op de bijdrage van het rapport 2012 zelf. De conclusie is dat ten opzichte van 2010 de volgende belangrijke stappen zijn gezet: een betere beschikbaarheid van gegevens, een uitgebreidere set indicatoren voor een alomvattender beeld van het stelsel, een eenvoudigere structuur van de set indicatoren met als doel het begrip te vergemakkelijken, een meer systeemgerichte analyse van de gegevens, een betere benutting van de bestaande informatie en een betere communicatie van de resultaten. De geconstateerde zwakke punten houden voornamelijk verband met de tekortkomingen in de gegevens. Deze betreffen onder meer het door de gegevens gedekte terrein, de tijdigheid en de betrouwbaarheid ervan.

Zoals alle andere landen ging ook België gebukt onder het gebrek aan goede definities en aan een goed kader voor de beoordeling van efficiëntie en billijkheid. Daarnaast moet ook het onderlinge verband tussen doeltreffendheid, geschiktheid en efficiëntie worden opgehelderd. Voorts moet in het kader van HSPA de rol van gezondheidsbevordering en niet-medische determinanten verder worden onderzocht.

Een vergelijking met internationale ervaringen laat zien dat verschillende aspecten van de Belgische HSPA voor verbetering vatbaar zijn:

- dekking door een ziektekostenverzekering alleen volstaat niet om de financiële toegankelijkheid te kunnen analyseren. Er zijn aspecten in verband met de dekkingsgraad die ook moeten worden opgenomen. Tevens is het van groot belang zowel billijkheid als ongelijkheden te analyseren.
- Efficiëntie moet diepgaand worden geanalyseerd met name wanneer de economische situatie problematisch is.
- Vanuit het oogpunt van de veerkracht⁵ zijn ook goed bestuur en adequate kostencalculaties vraagstukken die in de Belgische HSPA sterker de aandacht moeten krijgen.
- Een ander punt van discussie betreft de passende kwaliteitsanalyse, aangezien men bij sommige aspecten soms te zeer in detail gaat.

De Belgische HSPA is tot nu toe hoofdzakelijk gebruikt voor het afleggen van verantwoording. Geacht wordt echter dat HSPA ook kan bijdragen tot een snelle verbetering van het gezondheidsstelsel. Degenen die verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van het Belgische initiatief bieden uitgaande van hun ervaringen de volgende opmerkingen aan:

1. HSPA moet een alomvattend en evenwichtig beeld geven dat afstemming mogelijk maakt tussen:
 - gezondheid, sociale zaken en economische zaken enerzijds en
 - de veldwerkers en de beleidsmakers anderzijds.
2. Het is belangrijk dat de belanghebbenden waarden delen, zoals kwaliteit, toegang en billijkheid enerzijds en houdbaarheid en efficiëntie anderzijds.
3. Daarnaast is het essentieel om het gezondheidsstelsel als geheel te analyseren, inclusief:
 - acute, chronische en geestelijke zorg;
 - ziekenhuiszorg (thuiszorg) en primaire zorg, en
 - het gezondheidsstelsel, de gezondheidsbevordering en “gezondheid in al het beleid”.
4. De indicatorenset moet alomvattend blijven en voldoende gedetailleerd zijn om het systeem in zijn geheel te kunnen beoordelen.
5. Het rapport moet leiden tot concrete aanbevelingen die dienen te worden omgezet in actie(s).
6. Veel aspecten moeten nog verder worden ontwikkeld, zoals:
 - dimensieanalyse (resultaten van het gezondheidsstelsel, efficiëntie, ongelijkheden, ...),

⁵ Overeenkomstig de factoren voor veerkracht als genoemd in de mededeling van de Commissie met betrekking tot doeltreffende, toegankelijke en veerkrachtige gezondheidsstelsels (COM(2014) 215).



- manieren om de gegevensverzameling te verbeteren (unieke productidentificatienummers, elektronische gegevens, gegevenskoppeling),
 - de uitwerking van goede indicatoren voor primaire, geestelijke en chronische zorg en zorg rondom het levenseinde,
 - betere internationale benchmarking,
 - betere gegevensrapportage en
 - manieren om gezondheidsstelsels te verbeteren (prioriteiten, streefcijfers en prikkels).
7. Er moet een Europees HSPA-netwerk worden ontwikkeld.

C. Beleid en ervaringen in getoetste landen

Als onderdeel van de collegiale toetsing is een vragenlijst toegestuurd aan de deelnemende lidstaten waarmee werd gevraagd om informatie over de volgende punten:

1. Een korte beschrijving van de nationale HSPA-aanpak.
2. De geselecteerde thematische prioriteiten.
3. De manier waarop de benchmarks worden gekozen (voor de beoordeling van de sterke punten en de punten die voor verbetering vatbaar zijn) en de manier waarop de hoofdindicatoren voor de belangrijkste conclusies worden geselecteerd.
4. De streefcijfers die worden gebruikt voor het meten van de verbetering, en de vraag of de vooruitgang gekwantificeerd wordt aan de hand van betrouwbare gegevens en de daarmee verbonden analysemethoden.
5. De vraag of HSPA de nationale beleidsvorming beïnvloedt, en zo ja hoe. Hoe de belangrijkste resultaten van het rapport worden gecommuniceerd aan het algemene publiek en hoe HSPA wordt gebruikt voor beleidsveranderingen.
6. Een beoordeling van de sterke en zwakke punten van de nationale HSPA (de uitdagingen waaraan het hoofd moet worden geboden en de prioriteiten voor de verbetering van het HSPA-systeem).
7. Welk soort EU-steun is nodig om nationale HSPA's te ondersteunen.

Zes lidstaten hebben de vragenlijsten volledig ingevuld en opgestuurd: Oostenrijk, Malta, Nederland, Portugal, Zweden en het Verenigd Koninkrijk (Engeland). Daarnaast stuurde Duitsland een beschrijving van de HSPA-activiteiten in het land, hoewel daar geen formele nationale HSPA wordt verricht.

In voorkomend geval zijn de antwoorden voor bepaalde rubrieken samengevat in de tabel van bijlage 1. De algemene conclusies op basis van de ingevulde vragenlijsten kunnen als volgt worden samengevat:

1. Alle responderende landen zetten zich in het algemeen in voor HSPA.
2. De landen bevinden zich in verschillende ontwikkelingsfasen wat hun HSPA-systemen betreft.
3. De HSPA-doelstellingen verschillen per land: de nadruk ligt ofwel op a) het bevorderen van het afleggen van verantwoording door nationale instellingen, b) het onderbouwen van beleid, c) het vergroten van transparantie en begrip, of d) het ter verantwoording roepen van gedecentraliseerde instanties.
4. De HSPA-processen verschillen van land tot land ten aanzien van bijvoorbeeld de volgende vragen:



- Wie geeft de aanzet tot en stuurt de vraag naar HSPA?
 - Hoe wordt het probleem van de uiteenlopende prioriteiten van belanghebbenden opgelost?
 - Wie financiert HSPA?
 - Wie voert HSPA uit?
 - Wat is de vorm en de inhoud van de HSPA?
 - Is HSPA een permanent en duurzaam proces?
5. Alle stelsels hebben een soort van analytisch kader vastgesteld voor HSPA. Die kaders verschillen onderling enigszins, met name als het gaat om de details. De grootste verschillen houden verband met de veronderstelde reikwijdte van het gezondheidsstelsel, met name met de vraag of HSPA uitsluitend op gezondheidsdiensten is gericht of een breder maatschappelijk perspectief heeft.
 6. De vergelijkingsgrondslag verschilt weliswaar van land tot land, maar overal wordt in sterke mate gebruik gemaakt van internationale vergelijkingen. Daarnaast wordt echter ook in zekere mate rekening gehouden met nationale tendensen in de tijd en worden vergelijkingen gemaakt tussen regio 's binnen het betrokken land.
 7. De mate waarin en de manier waarop HSPA het gezondheidsbeleid beïnvloedt, verschillen van land tot land. In een aantal landen heeft HSPA rechtstreekse invloed op de besluitvorming van de regering. In andere landen is deze invloed minder rechtstreeks en heeft HSPA voornamelijk tot doel het politieke debat te onderbouwen.
 8. De meeste HSPA-projecten bevinden zich in een vroeg stadium van ontwikkeling. Bereikt werd onder meer dat HSPA als kader dient voor de verslaglegging over vorderingen, voor de opsporing van belangrijke zwakke punten in de gegevens en de vaststelling van prioriteiten voor gezondheidsacties. De belangrijkste uitdagingen houden verband met het feit dat er zwakke punten zijn in de gegevens en dat moet worden vastgesteld hoe de resultaten het best kunnen worden overgebracht aan de belanghebbenden en het publiek in het algemeen.
 9. Op Europees niveau is er een belangrijke rol weggelegd voor de bevordering van ideeënuitswisseling en de beschikbaarheid en vergelijkbaarheid van relevante gegevens.

D. Belangrijkste onderwerpen die tijdens de vergadering zijn besproken

Tijdens de aan de collegiale toetsing gewijde vergadering hebben de vertegenwoordigers van de diverse landen en andere belanghebbenden onder meer de volgende onderwerpen behandeld. In sommige bijdragen werd de internationale HSPA-context onderzocht en werden details verschaft over het specifieke Belgische initiatief. Hierna volgde een algemene discussie met alle deelnemers over de doelstellingen van HSPA, de methodologie, de impact en monitoring, het HSPA-beheer en de ondersteunende rol op Europees niveau.

Vertegenwoordigers van DG EMPL, DG SANCO en DG ECFIN van de Europese Commissie gaven uiteenzettingen over de voor HSPA relevante activiteiten en beleidsbehoeften, waarin het belang van HSPA voor de verschillende beleidsdomeinen duidelijk naar voren kwam. Vertegenwoordigers van de OESO en het Europees Waarnemingscentrum voor gezondheidszorgstelsels en -beleid gaven een beschrijving van hun relevante activiteiten op Europees niveau en van hun gezamenlijke werkzaamheden met de Commissie.

Tijdens de vergadering werd niet gestreefd naar een consensus. Er was ook geen unanimititeit over alle onderwerpen. Hierna volgt evenwel een samenvatting van een aantal besproken onderwerpen.

1. De HSPA kan een kader vormen voor ons nadenken over de gezondheidsstelsels, die zeer complexe structuren zijn. Internationaal samenhangende gegevensbronnen zijn een cruciale hulpbron voor alle HSPA's.
2. Welke vorm HSPA moet krijgen, is in wezen een beslissing die de afzonderlijke landen toekomt, aangezien er terecht verschillende invalshoeken en uiteenlopende HSPA-doelstellingen zijn.
3. De vraag naar HSPA komt uit verschillende hoeken. De overheid is misschien de belangrijkste motor, maar hierbij kunnen ook andere spelers met een brede reeks belangen betrokken zijn. In het ene land is het gemakkelijker een consensus te bereiken over de doelstellingen van HSPA dan in het andere land.
4. De financiering van de HSPA werpt echter vragen op in verband met onafhankelijkheid.
5. HSPA moet van beschrijvende, en niet van voorschrijvende aard zijn. Hoewel de bevindingen kunnen uitmonden in aanbevelingen voor de verbetering van een gezondheidsstelsel, moeten deze buiten het rechtstreekse HSPA-proces worden geformuleerd.
6. Voor alle HSPA's zijn vergelijkingen van fundamenteel belang. Hierin kunnen internationale of regionale verschillen in ogenschouw worden genomen. Dergelijke vergelijkingen kunnen helpen om problemen en inefficiënte praktijken binnen de nationale of lokale gezondheidszorg aan het daglicht te brengen. Om erachter te komen wat de impact van de hervormingen is, is het ook nuttig om trends in de tijd met elkaar te vergelijken.



7. De keuze van de indicatoren die zullen worden gebruikt bij de HSPA, zal invloed uitoefenen op de uitkomsten. Een zekere keuze is weliswaar onvermijdelijk maar er zijn zorgen geuit over bepaalde benaderingen, die het aantal indicatoren sterk beperken.
8. Zwakke punten in de gegevens zijn een veelvoorkomend struikelblok. Over bepaalde terreinen van activiteiten is er ofwel helemaal geen informatie ofwel is de informatie zwak, onbetrouwbaar of achterhaald. Op bepaalde thematische gebieden, zoals geestesziekten, doen zich specifieke moeilijkheden voor.
9. Het verrichten van een HSPA is op zich al een middel om de kwaliteit en het toepassingsgebied van de gegevens te verbeteren. In een aantal landen was de HSPA een stimulans voor het verzamelen van nieuwe gegevens. Met name het gebruik van internationale gegevensreeksen kan ervoor zorgen dat leemten in nationale gegevens onder de aandacht worden gebracht.
10. Een bijzonder punt van zorg is het ontbreken van bruikbare indicatoren voor stelsefficiëntie.
11. Voorts werd gewezen op de technische moeilijkheid om geschikte indicatoren te ontwikkelen voor het vergelijken van de billijkheid van en toegang tot gezondheidszorg tussen verschillende sociale groepen.
12. “Patiëntvignettes” (waarmee wordt beschreven hoe een bepaald geval wordt behandeld binnen de verschillende systemen) zijn een ander middel om vergelijkingen te maken, alhoewel hier momenteel weinig gebruik van wordt gemaakt.
13. Er zijn enkele beperkingen wat betreft de toegang tot gegevens. Echte of vermeende bedreigingen van de privacy zijn in bepaalde landen een belangrijk vraagstuk geworden, en gezondheidsgegevens zijn bijzonder privacygevoelig. De toepassing van diverse anonimiseringstechnieken kan het verzet tegen het verzamelen van gegevens voor rechtmatige onderzoeksdoelstellingen helpen overwinnen.
14. Er zijn echter nog steeds enkele technische uitdagingen. Het concept van billijkheid in de gezondheidszorg is moeilijk uit te drukken in cijfers. De toegang tot zorg is hierbij een belangrijk vraagstuk, met name als het gaat om de dekking van zorgverzekeringen en om de vraag of patiënten eigen bijdragen moeten betalen. Ook bij het meten van de efficiëntie rijzen enkele vragen. Moeten inefficiënte praktijken gewoon worden behandeld als slecht uitgegeven geld, of moet worden geprobeerd de slechte uitkomsten te meten? Ook is het niet altijd gemakkelijk vast te stellen of bepaalde gezondheidsresultaten, zoals levensverwachting, het gevolg zijn van het gezondheidsstelsel ofwel andere oorzaken hebben. Er is echter vooruitgang gemaakt dankzij de ontwikkeling van concepten als “vermijdbare sterfte” en “vermijdbare

opname [in het ziekenhuis]”. Door de patiënt gerapporteerde resultaten⁶ (PROM)

⁶ Door de patiënt gerapporteerde uitkomsten zijn gestandaardiseerde vragenlijsten waarin patiënten worden gevraagd naar de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven voor, tijdens en na een behandeling (Smith 2013). Ze kunnen ziektespecifiek of algemeen van aard zijn (van toepassing op uiteenlopende ziektedomeinen). De EQ5D is een algemeen PROM-instrument dat door de EuroQol-groep is ontwikkeld en wordt toegepast in uiteenlopende situaties. Deze vragenlijst kan



kunnen helpen bij het melden van andere resultaten dan sterfte. De algemene EQ-5D-meting, die met EU-financiering werd ontwikkeld, kan worden gebruikt om na te gaan of de levenskwaliteit van mensen met chronische aandoeningen zoals diabetes, verschillen vertoont al naar gelang het land.

15. Verantwoording is een cruciale factor voor het welslagen van HSPA. Maar wie moet verantwoording afleggen aan wie? En hoe? Moeten regeringen verantwoording afleggen aan parlementen? Of moeten regeringen verantwoording afleggen aan de burgers? Of moeten zorgverstrekkers verantwoording afleggen aan patiënten? Hier moet verder over worden nagedacht, daar de aard en de inhoud van HSPA hiervan afhangen.
16. Zijn streefdoelen en classificaties legitieme doelstellingen van de HSPA? Deze zullen dan waarschijnlijk meer aandacht krijgen, maar zal dit productieve aandacht zijn? Afgesproken was dat elke grensoverschrijdende benchmarking een zo groot mogelijke flexibiliteit moest behouden.
17. De verspreiding van HSPA-bevindingen is erg belangrijk, maar er is misschien onderzoek nodig om vast te kunnen stellen wat de beste methoden hiervoor zijn. Volledige HSPA-rapporten zullen waarschijnlijk bij een niet-gespecialiseerd publiek op weinig belangstelling stuiten. Degenen die met de collegiale toetsing belast waren, maakten melding van het feit dat het in België goede praktijk is om voor het brede publiek bestemde samenvattende verslagen te publiceren. Zij prezen vooral het feit dat België tabellen met “smileys” gebruikt om de resultaten op een gemakkelijk te begrijpen manier te presenteren.
18. De vergadering besprak een aantal kerncriteria voor de beoordeling van een HSPA-initiatief:
 - Zijn er duidelijke doelstellingen die als richtsnoer kunnen dienen voor degenen die belast zijn met het maken van de analyse en het organiseren van de verspreiding?
 - Is er een duidelijke procedure voor het bestellen van een HSPA, en wordt aangegeven wie verantwoordelijk is de verschillende fasen van de voorbereiding?
 - Is er een duidelijk conceptueel kader voor HSPA?
 - Is HSPA gericht op het gezondheidstelsel in zijn geheel, met inbegrip van gezondheidsbevordering en volksgezondheid, alsmede op gezondheidsdiensten?
 - Worden de doelstellingen van het systeem uitgedrukt in termen van resultaten (zoals betere gezondheid en mindere blootstelling aan financiële risico's), of veeleer in termen van processen (zoals omvang van het personeelsbestand of het aantal behandelingen)?
 - Is de vooruitgang gekwantificeerd aan de hand van betrouwbare gegevens en de daarmee verbonden analysemethoden? Zijn de gekozen internationale benchmarks geschikt?
 - Wordt de HSPA op adequate wijze verspreid en bevorderd?
 - Is dit een regelmatig, duurzaam proces dat geschikte regelingen voor herziening en actualisering omvat?
 - Is de HSPA volledig opgenomen in de beleidsvorming op gezondheidsgebied?

worden gebruikt om de verbetering van de levenskwaliteit na een behandeling te beoordelen of om de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven voortdurend te monitoren. www.euroqol.org/



19. Het is zinvol om met het oog op de bevordering van HSPA Europese en internationale activiteiten te ontplooiën. Sommige deelnemers waren echter van mening dat de totstandbrenging van een Europese HSPA een grote uitdaging zou zijn daar gezondheid onder de nationale bevoegdheid valt en het gezondheidstelsel van elk land anders gestructureerd is, waardoor vergelijking moeilijk is. Daarom zal de HSPA niet in alle lidstaten dezelfde focus hebben, ofschoon er op een bepaald moment in de toekomst misschien ruimte ontstaat voor de ontwikkeling van een meer gestandaardiseerd formaat. Ook kunnen met bilaterale en multilaterale samenwerking tussen de landen belangrijke HSPA-bronnen worden verkregen.
20. In 2014 zal het Comité voor sociale bescherming (SPC) van de EU de gezondheidsgerelateerde, landenspecifieke aanbevelingen herzien. Binnenkort zal een openbare raadpleging over de EU 2020-strategie van start gaan, die zal duren tot en met oktober. Dit is een gelegenheid om gedachten bijeen te brengen over de rol die de gezondheidstelsels in die strategie spelen.
21. De EU spoort alle lidstaten ertoe aan gegevens over gezondheidsuitgaven te verstrekken via het systeem van gezondheidsrekeningen (SHA), teneinde de gegevens te kunnen verbeteren en vergelijkbaar te maken. Inmiddels maakt een aantal landen gebruik van het SHA. De Commissie houdt ook toezicht op de financiële houdbaarheid van de diverse uitgavenposten in de gezondheidszorg.
22. De EU zorgt al voor fora voor het delen van ervaring op HSPA-gebied. Ook is er een aantal Europese en internationale bronnen, met indicatoren, gegevens en methoden beschikbaar of in voorbereiding, zoals aangegeven in deel A. De subgroep voor het denkproces die verantwoordelijk is voor HSPA, stelde voor om een deskundigengroep op te richten en deze te belasten met de vaststelling van HSPA-instrumenten en -methodologieën om nationale beleidsmakers te kunnen ondersteunen.

E. Conclusies en geleerde lessen

HSPA is een belangrijke inspanning die moet uitmonden in een kader voor de prestatiebeoordeling van gezondheidssystemen waarmee kan worden gezorgd voor meer transparantie, voor verantwoording ten aanzien van de bestede middelen en voor prioriteitenstelling binnen de activiteiten. Het is moeilijk in te zien waarom door de overheid gefinancierde gezondheidsstelsels hun uitgaven wel moeten kunnen rechtvaardigen ten overstaan van ministeries van Financiën, parlementen en het algemene publiek, maar niet hoeven aan te tonen dat het geld waarvoor ze verantwoordelijk zijn, ook daadwerkelijk goed is besteed. Dit beginsel is tot uitdrukking gebracht in het door alle EU-landen ondertekende Handvest van Tallinn (2008) en is in het licht van de huidige financiële problemen in veel landen nog belangrijker is geworden.

HSPA is evenwel een ingewikkelde onderneming. Een modern gezondheidsstelsel is een van de meest ingewikkelde sectoren van de economie. Daarmee wordt met verschillende soorten van maatregelen ingespeeld op sterk uiteenlopende gezondheidsbehoeften. Bovendien is de discussie over de mate waarin bepaalde gezondheidsresultaten zijn toe te schrijven aan maatregelen op gezondheidsgebied nog steeds volop gaande, ofschoon meer gezondheid en minder ongelijkheden hoofddoelen zijn van alle gezondheidsstelsels. Door deze onzekerheid is een debat ontstaan over de correcte opzet van het gezondheidsstelsel en over de mate waarin algemene sociale gezondheidsdeterminanten, zoals voeding en ander gezondheidsgerelateerd gedrag, daarbij in aanmerking moeten worden genomen.

24

Voor vele deelnemers was de vorm van HSPA vooral een zaak van de nationale regeringen (zoals de Wereldgezondheidsorganisatie eerder ook al aangaf). Daar zijn praktische redenen voor (de institutionele regelingen verschillen sterk per land), maar daarbij speelt ook de noodzaak de plaatselijke autonomie te eerbiedigen een rol. Op binnenlands niveau gelden vergelijkbare argumenten, waarbij een nationale HSPA vaak lastiger uitvoerbaar is in een federale staat dan in een eenheidsstaat.

De deelnemers aan de collegiale toetsing prezen het Belgische HSPA-initiatief evenwel als een goed voorbeeld voor andere landen die een HSPA-proces willen introduceren of verbeteren. Bijzonder vermeldenswaard zijn de helderheid van de doelstellingen, het heldere conceptuele kader, de onafhankelijke, nauwkeurige analyse, de nadruk op billijkheid en het engagement voor een doorlopend HSPA-proces. Er wordt nog gezocht naar een juiste manier om de Belgische HSPA aan beleidsprocessen te koppelen. Dit HSPA-aspect is in de meeste landen onderontwikkeld en kan variëren naargelang de institutionele regeling.

De deelnemers aan de collegiale toetsing pleitten met sterke argumenten voor optreden op Europees niveau ter bevordering en ondersteuning van HSPA. De haalbaarheid en doeltreffendheid van HSPA hangen in sterke mate af van de vraag of alomvattende, vergelijkbare en betrouwbare gegevens beschikbaar zijn en deze consequent worden verzameld in zoveel mogelijk landen. Zeer belangrijk is dat er een internationale overeenkomst wordt gesloten inzake het toepassingsgebied van de gegevensverzameling, de specificatie van gegevensdefinities en -normen, de bevordering van gegevensverzameling en -verspreiding door internationale agentschappen en het delen van beste praktijken met betrekking tot informatiegebruik.



De technische werkzaamheden die het Comité voor sociale bescherming verricht voor de ontwikkeling van een beleidsdomein “gezondheid” binnen het gezamenlijk beoordelingskader lijken te zijn afgestemd op de HSPA-initiatieven die momenteel door de afzonderlijke lidstaten worden ontplooid. Het voorgestelde kader strookt met talrijke, reeds door de lidstaten vastgestelde kaders en legt sterk de nadruk op billijkheid, een aspect dat in veel HSPA-initiatieven aan bod komt. Zoals het geval is voor alle tot nu toe ondernomen HSPA-inspanningen, heeft het Comité voor sociale bescherming het efficiëntie-aspect van het kader niet in detail uitgewerkt, terwijl dat wel een prioriteit lijkt te zijn. Hierbij dient te worden onderstreept dat inefficiënties niet alleen moeten worden opgespoord omdat er sprake kan zijn van slecht gebruik van middelen: door een ondoeltreffend gebruik van middelen wordt bepaalde patiënten vaak een behandeling ontzegd omdat de benodigde middelen elders worden verspild. Door dergelijke inefficiëntie ontstaat dan een rechtstreeks gezondheidsverlies.

Tijdens de collegiale toetsing werden evenwel zorgen geuit over het feit dat HSPA een nationale, op lokale behoeften toegesneden inspanning moet zijn. Daarom moet de context waarbinnen het gezamenlijk beoordelingskader voor gezondheid moet worden gebruikt, duidelijk worden geformuleerd en zorgvuldig worden uitgelegd. Er zijn coherente argumenten voor de invoering van consistente rapportagepraktijken in de verschillende landen (met name wanneer deze landen actief instemmen met deelname). De geschiedenis van HSPA (met name het World Health Report 2000) laat echter zien welke risico's ontstaan wanneer geprobeerd wordt om de gezondheidsstelsels volgens één sjabloon te beoordelen en hoe de inzet voor HSPA hierdoor kan worden ondermijnd.

Uiteindelijk zullen de overheid en de burgers misschien geen zin meer hebben om de door de overheid gefinancierde gezondheidsdiensten te ondersteunen, als ze zien dat de gezondheidsstelsels niet naar behoren verantwoording afleggen over het gebruik van hun middelen. De afbraak van de solidariteit op gezondheidsgebied kan veel schadelijke gevolgen hebben, in de vorm van slechtere gezondheid, toenemende blootstelling aan financiële risico's en afnemende billijkheid. Doeltreffend uitgevoerde HSPA's kunnen er in aanzienlijk mate toe bijdragen dat tegemoet wordt gekomen aan de noodzaak van verantwoording. Er zijn ook goede argumenten die pleiten voor de bevordering van HSPA-beginselen en de ondersteuning van beste praktijken.

Bronnen

Europese Commissie. European Core Health Indicators (ECHI). 2014 4 maart 2014]; Beschikbaar op: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm.

European Observatory on Health Systems and Policies. European Observatory on Health Systems and Policies. 2014 4 maart 2014]; Beschikbaar op: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>.

EXPH (EXpert Panel on effective ways of investing in Health), Definition and Endorsement of Criteria to Identify Priority Areas When Assessing the Performance of Health Systems, 2014, Brussels Europese Unie.

Gerken, S. en S. Merkur, Belgium: Health system review, 2010, Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Hofmarcher, M.M. en P. Smith, eds. The Health Data Navigator. A toolkit for comparative performance analysis. A EuroREACH product. 2013, European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna.

Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD), Health at a Glance: Europe 2012, 2012, OECD: Parijs.

26

Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD), OECD Health Data 2013, 2013a, Parijs: OECD.

Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD), Health at a glance 2013b: OECD indicators, 2013, OECD: Parijs.

Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD). OECD Health Care Quality Indicators. 2014 4 maart 2014]; Beschikbaar op: <http://www.oecd.org/health/health-systems/healthcarequalityindicators.htm>.

Papanicolas, I. en P. Smith, eds. Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. 2013, Open University Press: Maidenhead.

Smith, P., et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. 2010, Cambridge University Press: Cambridge.

Smith, P. en A. Street, On the uses of routine patient reported health outcome data. Health Economics, 2013. 22(2): p. 119-131.

Social Protection Committee Indicators Sub-group, Developing an assessment framework in the area of health based on the Joint Assessment Framework methodology: final report to the SPC on the first stage of implementation, 2013, Brussel: European Commission Social Protection Committee.



Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), The World Health Report 2000. Health systems: improving performance, 2000, Genève: World Health Organization.

Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes 2007, Genève: World Health Organization.

Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), The European health report 2009. Health and health systems, 2009, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), Pathways to health system performance assessment: a manual to conducting health system performance assessment at national or sub-national level, 2012, Kopenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.





Land	Brede doelstellingen	Vergelijkingsgrondslag	Opneming in beleid	Verwezenlijkte doelstellingen en uitdagingen	EU-prioriteiten
Oostenrijk	<p>De prestaties inzichtelijker maken voor politici en vertegenwoordigers.</p> <p>Tijdige publicatie van prestatiegegevens.</p>	Vergelijking met het EU15-gemiddelde.	<p>Het vaststellen van terreinen waarop beleidsmakers in actie moeten komen.</p> <p>Onderdeel van een breder (toekomstig) evaluatiekader.</p>	<p>Integratie van het huidige kader in een breder beoordelingskader dat eveneens volksgezondheid omvat.</p> <p>HSPA nog sterker verankeren in het beleidsvormingsproces.</p>	Een reeks actuele, homogene prestatieindicatoren, die ook op regionaal niveau worden verstrekt, kan de nationale inspanningen ondersteunen.
Malta	<p>Een voortdurende beoordeling van de nationale gezondheidsbehoeften en het bijbehorende gezondheidsbeleid.</p> <p>De verantwoording, transparantie en houdbaarheid van het gezondheidsstelsel verbeteren.</p>	<p>De Europese regio van de WHO en de EU-lidstaten.</p> <p>Het EU15-gemiddelde.</p>	<p>Nog vast te stellen, maar waarschijnlijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • het monitoren van het vermogen van het gezondheidsstelsel om in de nationale gezondheidsbehoeften te voorzien; • de verantwoording, transparantie en houdbaarheid van het gezondheidsstelsel verbeteren, en • toekomstige beleidsrichtingen inschatten. 	<p>De ontwikkeling van een reeks HSPA-indicatoren die de prestaties van het gezondheidsstelsel in zijn geheel weerspiegelen, en niet alleen de prestaties van de onderdelen ervan.</p> <p>De ontwikkeling van een geschikte IT-infrastructuur.</p>	<p>Het leveren van expertise en know-how voor specifieke ontwikkelingsterreinen en met name voor de meest veeleisende terreinen, zoals IT-systemen en netwerken.</p> <p>Het standaardiseren van de wijze waarop gegevens worden verzameld en lidstaten onderling worden vergeleken.</p> <p>Het bevorderen van beste praktijken, het delen van nationale ervaringen en het mogelijk maken van benchmarking.</p>



Nederland	<p>Een tussenweg tussen beoordeling (verantwoording) en het bepalen van de agenda (voor de strategische besluitvorming).</p>	<p>Tendensen in de tijd.</p> <p>Geselecteerde OESO-lidstaten.</p> <p>Het EU15-gemiddelde.</p>	<p>Het rapport wordt bij de beleidsvorming gebruikt voor het bepalen van de agenda en voor de verantwoording door het ministerie aan het parlement.</p> <p>De resultaten worden actief verspreid onder beleidsmakers en zorgprofessionals. In de afgelopen jaren zijn geselecteerde resultaten verspreid op een speciale website via zeer toegankelijke informatieproducten.</p>	<p>Het DHCP-rapport is goed verankerd in een netwerk van deskundige onderzoekers en zorgprofessionals.</p> <p>De belangrijkste uitdaging is om de impact van het beleid en de bruikbaarheid te vergroten.</p>	<p>Het ondersteunen van Europese netwerken van nationale deskundigen op dit terrein om de uitwisseling van methoden en goede praktijken te vergemakkelijken.</p> <p>Het ondersteunen van de werkzaamheden van internationale organisaties, zoals de WHO en de OESO, met name voor 'armere' EU-lidstaten.</p> <p>Het ondersteunen van sectorspecifieke capaciteitsopbouw (zoals zorg op lange termijn, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, primaire zorg en volksgezondheid).</p>
Portugal	<p>Het ministerie van Volksgezondheid ondersteunen bij het verbeteren van de prestaties van het gezondheidsstelsel</p> <p>Bijdragen tot de kritische empirische basis die nodig is voor de ontwikkeling van het nationaal gezondheidsplan</p>	<p>De afzonderlijke EU15-lidstaten</p>	<p>Het ministerie van Volksgezondheid ondersteunen bij het verbeteren van de prestaties van het Portugese gezondheidsstelsel.</p> <p>De belangrijkste resultaten van het rapport werden via een persconferentie en persberichten aan het algemene publiek voorgelegd</p>	<p>HSPA zorgde ervoor dat het gezondheidsstelsel bij de nationale planning in aanmerking wordt genomen</p> <p>Kritieke leemten in de gezondheidsinformatie (zoals veiligheid en gezondheid en sociaal-economische ongelijkheden op gezondheidsgebied).</p> <p>Deze leemten beperken de capaciteit om transparantie en verantwoording te ondersteunen via verslaglegging aan het publiek.</p> <p>Er is nog geen besluit genomen over de toekomstige institutionalisering van HSPA.</p>	



Zweden	<p>Het door de overheid gefinancierde gezondheidsstelsel transparanter maken.</p> <p>Het zorgbeheer en de zorgcontrole bevorderen.</p> <p>De kwaliteit en beschikbaarheid van gegevens over zorgprestaties en -resultaten bevorderen</p>	<p>Voornamelijk binnenlands.</p> <p>Enige internationale vergelijkingen</p>	<p>Wordt zowel gebruikt bij de besluitvorming als bij de ontwikkeling in de graafschapsraden.</p> <p>Als basis dienen voor beslissingen over nationale beleidsinitiatieven.</p> <p>Bijdragen aan lokaal verbeteringswerk.</p> <p>De resultaten worden voorgelegd aan het algemene publiek</p>	<p>Er is een groot aantal indicatoren ontwikkeld en er is goede toegang tot verschillende gegevensbronnen.</p> <p>Hoe breng je prioriteiten aan in de maatregelen – wat zijn de belangrijkste indicatoren?</p> <p>Hoe kan de informatie worden benut om de gezondheidszorg te verbeteren?</p> <p>Er is een actieplan opgesteld om de beschikbaarheid en het gebruik van gegevens en indicatoren onder alle actoren te verbeteren</p>	<p>Er zijn meer gegevens beschikbaar voor internationale vergelijkingen en voor een meer thematische, op de EU-lidstaten gerichte HSPA-benadering</p>
VK (Engeland)	<p>Een nationaal overzicht van de stelselprestaties verschaffen.</p> <p>Het is de voornaamste methode aan de hand waarvan NHS England verantwoording aflegt.</p> <p>Verbeteringen in de gezondheidsresultaten en in de kwaliteit van de gezondheidszorg bevorderen</p>	<p>Voornamelijk binnenlands.</p> <p>Tendensen in de tijd</p> <p>Enige internationale vergelijkingen</p>	<p>Wordt gebruikt om NHS England verantwoordelijk te maken voor de verbetering van de gezondheidsresultaten en de vermindering van de ongelijkheden op gezondheidsgebied.</p> <p>De gegevens worden jaarlijks bijgewerkt door middel van webgebaseerde instrumenten</p>	<p>De nadruk is verschoven van processen naar de resultaten die voor de mensen belangrijk zijn.</p> <p>Het is soms moeilijk vast te stellen hoe de verbeteringen zijn bewerkstelligd.</p> <p>De tijdigheid van de gegevens kan een probleem zijn (zowel qua beschikbaarheid als qua betaalbaarheid).</p> <p>De gegevens zijn op een aantal gebieden beperkt.</p>	

Europese Commissie

Prestatiebeoordeling van gezondheidsstelsels

Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie
2014 — 30 blz. — 17,6×25 cm

ISBN 978-92-79-39638-0

doi: 10.2767/39633

Deze publicatie is beschikbaar in een elektronische versie in het Engels, Frans, Duits en Nederlands.

HOE KOM IK AAN EU-PUBLICATIES?

Gratis publicaties:

- bij de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- bij de vertegenwoordigingen en delegaties van de Europese Unie.
Ga voor de contactgegevens naar <http://ec.europa.eu> of stuur een fax naar +352 2929-42758.

Betaalde publicaties:

- bij de EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Betaalde abonnementen (bv. jaarreeksen van het Publicatieblad van de Europese Unie en de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Unie):

- via een van de verkoopkantoren van het Bureau voor publicaties van de Europese Unie (http://publications.europa.eu/others/agents/index_nl.htm).

Prestatiebeoordeling van gezondheidsstelsels

Gastland: **België**

Deelnemende landen: **Oostenrijk - Estland - Duitsland - Luxemburg - Malta - Nederland - Portugal - Zweden - Verenigd Koninkrijk**

De beoordeling van de performantie van gezondheidsstelsels (HSPA) biedt besluitvormers de mogelijkheid om de prestaties van de gezondheidsstelsels in hun geheel te meten en daarover geregeld verslag uit te brengen aan het publiek en de betrokken belanghebbenden, maar toch wordt hier in betrekkelijk weinig Europese landen gebruik van gemaakt. In 2008 voerde België zijn eerste HSPA uit en organiseerde het een collegiale toetsing waarin de aandacht voornamelijk uit ging naar de methoden en instrumenten die noodzakelijk zijn om de HSPA verder te ontwikkelen binnen de EU. Dit rapport biedt een samenvatting van zowel de belangrijkste kwesties die tijdens de bijeenkomst besproken werden als de geleerde lessen.

