



### 5.3 Gezondheidstechnologieën en infrastructuur

Gezondheidstechnologieën en infrastructuur kunnen worden gezien als het vermogen van het systeem om (in de toekomst) voldoende infrastructuur en (innovatieve) gezondheidstechnologieën te leveren en te behouden, waaronder gezondheidsproducten, medische apparatuur en informatietechnologie (eHealth). Dit omvat indicatoren voor:

- Informatietechnologie: huisartsen die voldoen aan de activiteitsdrempels voor een selectie van 6 **eHealth-diensten** (% actieve huisartsen) (S-27)
- Gezondheidsproducten: het aantal meldingen van **tijdelijk niet beschikbare** geneesmiddelen voor menselijk gebruik met een **kritieke impact** (S-28)
- Infrastructuur: het aantal **bed-dagen acute zorg per hoofd van de bevolking** (S-11). Er is ook een link naar informatie over het aantal bedden.

#### Informatietechnologie (eGezondheid)

Er werd een geïntegreerde praktijkpremie gecreëerd voor actieve huisartsen<sup>9</sup> om hen te ondersteunen in hun praktijk en hun gebruik van eHealth-diensten te bevorderen. Het bedrag van de premie is afhankelijk van het bereiken van activiteitsdrempels voor een selectie van eHealth-diensten (online voorschrijven van geneesmiddelen, online facturering enz.). Het aandeel huisartsen dat voldoet aan de drempels voor een selectie van 6 eHealth-diensten die in aanmerking komen voor de premie is gestegen van 51,2% in 2019 naar 71,4% in 2021 (+20,2 procentpunten). Dit aandeel was hoger voor geaccrediteerde artsen (74,7% in vergelijking met 24,1% voor niet-geaccrediteerde artsen) en lagere resultaten werden waargenomen in Brussel (45,8%) in vergelijking met Vlaanderen (78,0%) en Wallonië (66,6%). De eHealth-diensten waarvoor de activiteitsdrempels het

meest werden bereikt, waren online registratie van geïnformeerde toestemming voor patiënten die een globaal medisch dossier (GMD) hebben geopend bij de huisarts (95,1% in 2021), het gebruik van MyCareNet om het elektronische globaal medisch dossier (GMD) te beheren (93,4% in 2021) en online voorschrijven van geneesmiddelen (91,8% in 2021). Er werd een stijging van de percentages waargenomen voor alle eHealth-diensten, behalve voor het gebruik van de CEBAM Evidence Linker (het verstrekken van online relevante klinische richtlijnen tijdens de raadpleging; -2,2 procentpunten tussen 2019 en 2021).

#### Gezondheidsproducten

Het aantal meldingen van tijdelijk niet beschikbare geneesmiddelen voor menselijk gebruik met een kritieke impact (S-28) steeg van 21 in 2020 naar 36 in 2022. Meldingen met kritieke impact waren goed voor 1% van alle meldingen van tijdelijk niet-beschikbare geneesmiddelen voor menselijk gebruik in 2022. De gemiddelde duur van de meldingen met kritieke impact was 155 dagen. Immunoglobulinen waren goed voor 56% van de meldingen voor geneesmiddelen met kritieke impact.

#### Infrastructuur

Het aantal ziekenhuisbedden en hun geografische spreiding zijn te vinden op de website [gezondbelgie.be](https://www.gezondbelgie.be) (Blikvanger Gezondheidszorg<sup>10</sup>). In België is het aantal toegestane bedden voor alle algemene ziekenhuizen sinds 1982 bevroren. Het creëren van een nieuw bed moet daarom noodzakelijkerwijs gepaard gaan met het sluiten van een ander bed. Een opvolging van de ziekenhuisactiviteit is dus nodig, omdat een toename van de activiteit tot druk zou leiden. Om de ziekenhuisactiviteit te monitoren, werd het aantal **bed-dagen acute zorg per hoofd van de bevolking** (S-11) geselecteerd. In 2021 werden 10,6 miljoen dagen doorgebracht in ziekenhuizen voor acute zorg (alleen klassieke ziekenhuisopname, exclusief voor één dag). Per hoofd van de bevolking vertegenwoordigde dit 0,90 bed-dagen acute zorg, wat dicht bij de Europese gemiddelden van 0,88 (EU-27) en 0,87 (EU-14)

<sup>9</sup> Personeelsbezetting; exclusief huisartsen die werken in medische huizen met een capitatiegebaseerd vergoedingssysteem (waarvoor geen gegevens beschikbaar zijn).

<sup>10</sup> <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/organisatie/ziekenhuisactiviteiten>



lag. Dit aantal is echter vrij hoog in vergelijking met buurlanden zoals Nederland (met 0,4 bed-dagen acute zorg per hoofd van de bevolking in 2021). Dit cijfer nam licht af in België tussen 2010 (1,14) en 2019 (1,05), terwijl in dezelfde periode de gemiddelde verblijfsduur voor de meeste APR-DRG daalde en het aantal klassieke opnames<sup>s</sup> steeg. Als de toename van het aantal klassieke opnames te wijten is aan bv. een vergrijzende bevolking en de kortere verblijfsduur geen nadelige gevolgen heeft voor de gezondheidsresultaten, kan het gecombineerde effect worden geïnterpreteerd als een verbeterde efficiëntie van de ziekenhuissector op macroniveau.

In België werd vervolgens een ongekende daling waargenomen tussen 2019 en 2020 (-18,2%) en deze daling was hoger dan de gemiddelden van de EU-14 (-11,4%) en de EU-27 (-15,2%). Dit was te wijten aan de afname van de ziekenhuisactiviteit tijdens de COVID-19-pandemie (uitstel van zorg). De totale capaciteit van de ziekenhuisbeddeninfrastructuur werd tijdens de COVID-19-pandemie dan ook niet bedreigd (zie niettemin R-6 voor bedden op intensieve zorgafdelingen en bedden voor COVID-19-patiënten).

Het aantal bed-dagen per hoofd van de bevolking was in Brussel hoger dan in Vlaanderen en Wallonië (met respectievelijk 1,30, 0,87 en 0,88 bed-dagen acute zorg per hoofd van de bevolking in 2021), wat werd verklaard door het

feit dat de mensen die in provincies rond Brussel wonen in Brussel werden gehospitaliseerd. Hetzelfde fenomeen kan ook gebeuren in de provincie Luxemburg en buurlanden ervan. Zonder grensoverschrijdende samenwerking zou de infrastructuur in de provincie Luxemburg dus ontoereikend kunnen worden.

### **Besluit**

Dankzij de inspanningen om eHealth in België te ontwikkelen, kunnen positieve resultaten worden waargenomen in het gebruik van eHealth-technologieën.

Wat gezondheidsproducten betreft, werd echter een aantal meldingen van tijdelijke onbeschikbaarheid van geneesmiddelen beoordeeld als een kritieke impact hebbend op patiënten, en zelfs als dit aantal beperkt was (36 in 2022, voornamelijk met betrekking tot immunoglobulinen), bleef het te groot.

Tot slot nam, in termen van infrastructuur, de activiteit beoordeeld door het aantal acute zorg bed-dagen per hoofd van de bevolking af, er was geen druk op het aantal beschikbare bedden (bevroren sinds 1982).

---

<sup>s</sup> d.w.z. opname met minstens één overnachting.



Tabel 13 – Duurzaamheid: indicatoren voor gezondheidstechnologieën en infrastructuur

(ID) Indicator	Score	België	Periode	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Bron	EU-14	EU-27
<b>Gezondheidstechnologieën: eGezondheid</b>									
<b>S-27</b> <b>NEW</b>	Huisartsen die de gebruiksdrempels voor een selectie van 6 eGezondheidsdiensten bereiken, waardoor ze in aanmerking komen voor de geïntegreerde praktijkpremie (% van actieve huisartsen)	+	71,4%	2021	78,0%	66,6%	<b>45,8%</b>	RIZIV	
<b>Gezondheidstechnologieën: Gezondheidsproducten</b>									
<b>S-28</b> <b>NEW</b>	Meldingen dat geneesmiddelen voor menselijk gebruik tijdelijk niet beschikbaar zijn, met een kritieke impact (aantal)	●	36	2022	-	-	-	FAGG	-
<b>Infrastructuur</b>									
<b>S-11</b>	Aantal ligdagen in acute ziekenhuizen (per capita)	↘	0,92	2021	<b>0,87</b>	<b>0,88</b>	1,30	FOD Volksgezondheid	
			0,90	2021	-	-	-	OESO	0,87

Goede (●), gemiddelde (●) of slechte (●) resultaten, met een trend die stabiel blijft (ST), verbetert (+), verslechtert (-) of niet is geëvalueerd (leeg). Voor contextuele indicatoren (geen evaluatie): evolutie door de tijd die stijgt (↗), stabiel blijft (→), daalt (↘), of geen duidelijke evolutie toont (C).

## 5.4 Bestuur

Sinds de COVID-19-pandemie is goed bestuur nog belangrijker geworden, omdat de instellingen van de centrale overheid gedwongen waren om de besluitvormingsprocessen en de beleidscoördinatie tussen de regeringen snel aan te passen, terwijl de bestaande structuren niet altijd waren aangepast om te reageren op de multidimensionale gevolgen van de COVID-19-pandemie.<sup>67</sup>

In het nieuwe Belgische HSPA-kader werd bestuur daarom gedefinieerd als het vermogen van de besluitvormers in de gezondheidszorg om verantwoordelijkheid en vertegenwoordiging, transparantie, geschikte instellingen en een antwoord op de behoeften van de bevolking te verzekeren (aangepast uit Papanicolas et al. 2022<sup>11</sup>).

Dit rapport bevat vier indicatoren die specifieke informatie geven over het bestuur van het gezondheidszorgsysteem. De resultaten geven slechts een gedeeltelijk beeld van de performantie van het bestuur van het Belgische gezondheidssysteem en twee van de indicatoren zijn gebaseerd op

zelfgerapporteerde gegevens van belangrijke informatieverschaffers. Desalniettemin kunnen enkele belangrijke conclusies worden getrokken.

### Inspelen op de behoeften van de bevolking en verantwoordelijkheid en vertegenwoordiging

In 2022 was 90% van de Belgische bevolking tevreden over het gezondheidszorgsysteem, wat het hoogste niveau was van de EU-27-landen. Deze indicator (S-29) kan worden beschouwd als een algemene indicator van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem, aangezien het ook betrekking heeft op (sub)dimensies buiten het bestuur.

Het gemiddelde niveau van vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem in België steeg van 6,7 naar 7,0 tussen april/mei 2020 en juni/juli 2020 en daalde vervolgens tot 6,3 in februari/maart 2021. Het gemiddelde niveau van vertrouwen in België was lager of gelijk aan het EU-14 gemiddelde tussen juni/juli 2020 en februari/maart 2021, maar bleef hoger dan het EU-27 gemiddelde. De discrepantie tussen de hoge tevredenheid over het gezondheidszorgsysteem en het gemiddelde vertrouwensniveau in het