



Brussel, 4.4.2014  
COM(2014) 215 final

**MEDEDELING VAN DE COMMISSIE**

**met betrekking tot doeltreffende, toegankelijke en veerkrachtige gezondheidsstelsels**

# 1. Inleiding

Gezondheidsstelsels<sup>1</sup> die mensen helpen hun gezondheid in stand te houden en te verbeteren, spelen een centrale rol in moderne samenlevingen. Gezondheidsstelsels moeten niet alleen kunnen zorgen voor meer jaren in een leven, maar ook voor meer leven in die jaren.

De gezondheidsstelsels in de lidstaten van de EU zijn uiteenlopend van aard en weerspiegelen verschillende maatschappelijke keuzes. Ondanks organisatorische en financiële verschillen zijn zij gestoeld op de gemeenschappelijke waarden die in 2006 door de Raad van ministers van Volksgezondheid zijn erkend<sup>2</sup>, met name universaliteit, toegang tot hoogwaardige zorg, rechtvaardigheid en solidariteit.

Er is steeds meer interactie tussen de gezondheidsstelsels in de EU. De inwerkingtreding van Richtlijn 2011/24<sup>3</sup> was een cruciale stap voor het versterken van deze interactie. De versterking van de samenwerking tussen gezondheidsstelsels moet ertoe bijdragen dat zij beter functioneren wanneer zij worden geconfronteerd met de toenemende mobiliteit van patiënten en gezondheidswerkers.

Sinds de afgelopen tien jaren hebben de Europese gezondheidsstelsels te kampen met toenemende gemeenschappelijke uitdagingen: de stijgende kosten van gezondheidszorg, de vergrijzing van de bevolking en de daarmee gepaard gaande toename van het aantal chronische ziekten en multimorbiditeit die de vraag naar gezondheidszorg doet toenemen, onvoldoende en ongelijke beschikbaarheid van gezondheidswerkers, ongelijkheden op gezondheidsgebied en ongelijke toegang tot gezondheidszorg.

De afgelopen jaren heeft de economische crisis bovendien de beschikbare financiële middelen beperkt en zo de moeilijkheden verergerd die de lidstaten hebben om de duurzaamheid van de gezondheidsstelsels te waarborgen.<sup>4</sup> En dit beperkt dan weer de mogelijkheid van lidstaten om te zorgen voor universele toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg. Gezondheidsstelsels moeten veerkrachtig zijn: zij moeten zich snel kunnen aanpassen aan veranderende omstandigheden en met beperkte middelen het hoofd kunnen bieden aan belangrijke uitdagingen.

De toenemende onderlinge afhankelijkheid en de gemeenschappelijke uitdagingen vragen om nauwere samenwerking. In 2006 hebben de lidstaten overeenstemming bereikt over de gemeenschappelijke doelstellingen inzake toegankelijkheid, kwaliteit en financiële duurzaamheid van de gezondheidszorg in het kader van de open coördinatiemethode voor sociale bescherming en

---

<sup>1</sup> In deze mededeling worden de gezondheidsstelsels gedefinieerd als stelsels die gericht zijn op het verlenen van diensten van gezondheidszorg aan patiënten – preventief, diagnostisch, curatief en palliatief – die in de eerste plaats tot doel hebben de gezondheid te verbeteren.

<sup>2</sup> Conclusies van de Raad betreffende de gemeenschappelijke waarden en beginselen van de gezondheidsstelsels van de Europese Unie, PB C 146 van 22.6.2006).

<sup>3</sup> Richtlijn 2011/24/EU, PB L 88 van 4.4.2011.

<sup>4</sup> Dit wordt tevens benadrukt in de conclusies van de Raad over het gemeenschappelijk verslag van het Comité voor de economische politiek (CEP) en de Europese Commissie met betrekking tot de gezondheidsstelsels in de EU (*Joint Report on health systems*) (7 december 2010).

sociale integratie<sup>5</sup>. In 2011 heeft de Raad van ministers van Volksgezondheid op EU-niveau een denkproces opgezet om de lidstaten te helpen bij het voorzien in moderne, responsieve en houdbare gezondheidsstelsels.<sup>6</sup> De Raad heeft erkend dat een rechtvaardige toegang tot hoogwaardige diensten van gezondheidszorg in omstandigheden waarin economische en andere middelen schaars zijn altijd een belangrijke aangelegenheid is geweest, maar dat op dit ogenblik de omvang en de urgentie van de situatie aan het veranderen is en dat, als er niet wordt ingegrepen, dit wel een cruciale factor voor het toekomstige economische en sociale landschap van de EU kan worden.

In december 2013 heeft de Raad van ministers van Volksgezondheid in zijn conclusies met betrekking tot de "reflectie over moderne, responsieve en houdbare gezondheidszorgstelsels" de geboekte vooruitgang goedgekeurd en opgeroepen de inspanningen op dit gebied voor te zetten.<sup>7</sup>

In de jaarlijkse groeianalyse 2014<sup>8</sup> "heeft het opbouwen van groei en concurrentievermogen nu de hoogste prioriteit" om een duurzaam herstel tot stand te brengen. Met dit doel voor ogen benadrukt de jaarlijkse groeianalyse dat het noodzakelijk is niet alleen de doeltreffendheid en financiële houdbaarheid van de gezondheidsstelsels te verbeteren, maar ook de doeltreffendheid en het vermogen om tegemoet te komen aan de sociale behoeften en te voorzien in essentiële sociale vangnetten. Voorts erkent de jaarlijkse groeianalyse het belang van de gezondheidszorgbranche bij de aanpak van de sociale gevolgen van de economische crisis en benadrukt de analyse dat diensten van gezondheidszorg een in de komende jaren een aanzienlijk banenaanbod zullen opleveren. De jaarlijkse groeianalyse bevatte de aanbeveling actieve inclusiestrategieën te ontwikkelen met inbegrip van een brede toegang tot betaalbare en kwaliteitsvolle diensten.

Dit was eerder al beklemtoond in 2013, toen elf lidstaten<sup>9</sup> een aanbeveling ontvingen voor hervormingen in hun gezondheidsstelsels als onderdeel van het Europees semester. In de meeste van deze aanbevelingen lag de klemtoon op de duurzaamheid en kosteneffectiviteit van de gezondheidsstelsels, en werd aangedrongen op hervormingen in de ziekenhuissector, bij de prijszetting van gezondheidsdiensten, extramurale zorg en eerstelijnszorg. In drie aanbevelingen werd tevens een oproep gedaan om de toegang tot de gezondheidszorg te behouden of te verbeteren.

Gezondheid is niet alleen op zichzelf waardevol, maar zij is ook een voorwaarde voor economische voorspoed, zoals wordt erkend in het werkdocument van de diensten van de Commissie met de titel "Investeren in gezondheid", dat deel uitmaakt van het pakket sociale investeringen.<sup>10</sup> De

---

<sup>5</sup> Gezamenlijk advies van het Comité voor sociale bescherming en het Comité voor de economische politiek met betrekking tot de mededeling van de Commissie "Samenwerken, beter werken: voorstellen voor een nieuw kader voor de open coördinatie voor sociale bescherming en sociale integratie" dat op 10 maart 2006 door EPSCO is goedgekeurd.

<sup>6</sup> Conclusies van de Raad: Naar moderne, responsieve en houdbare gezondheidszorgstelsels (6 juni 2011).

<sup>7</sup> Conclusies van de Raad met betrekking tot de reflectie over moderne, responsieve en houdbare gezondheidszorgstelsels (10 december 2013).

<sup>8</sup> COM(2013) 800.

<sup>9</sup> Bulgarije, Duitsland, Finland, Frankrijk, Malta, Oostenrijk, Polen, Roemenië, Slowakije, Spanje en Tsjechië.

<sup>10</sup> COM(2013) 83.

volksgezondheid beïnvloedt de economische resultaten op het gebied van de productiviteit, het arbeidsaanbod, het menselijk kapitaal en de overheidsuitgaven. De gezondheidszorgbranche wordt in grote mate gestimuleerd door innovatie en vertegenwoordigt een aanzienlijk economisch belang: zij vertegenwoordigt 10 % van het bbp van de EU. Zij omvat bovendien bijzonder arbeidsintensieve activiteiten en is een van de grootste sectoren in de EU: de werknemers in de gezondheidszorg waren in 2010 goed voor 8 % van de Europese beroepsbevolking.<sup>11</sup>

Voortbouwend op de ervaringen en werkzaamheden van de afgelopen jaren, en met het oog op de verdere ontwikkeling van benaderingen op EU-niveau, ligt de klemtoon in deze mededeling op de acties voor:

1. de versterking van de doeltreffendheid van de gezondheidsstelsels;
2. de verbetering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg;
3. de verbetering van de veerkracht van de gezondheidsstelsels.

## **2. De versterking van de doeltreffendheid van de gezondheidsstelsel**

De doeltreffendheid, de veiligheid en de ervaringen van patiënten zijn belangrijke componenten van de kwaliteit van de gezondheidszorg, en vormen een belangrijk aspect van de prestaties van de gezondheidsstelsels. Momenteel wordt van patiëntveiligheid werk gemaakt op EU-niveau<sup>12</sup>, en zijn ervaringen van patiënten een belangrijk terrein waaraan in de toekomst nadere aandacht moet worden besteed.

In deze mededeling ligt de nadruk op doeltreffendheid: het vermogen van gezondheidsstelsels om positieve gezondheidsresultaten te boeken, d.w.z. om de gezondheid van de bevolking te verbeteren.

Het meten van de doeltreffendheid van de gezondheidsstelsels wordt steeds belangrijker, vooral omdat de gezondheidsstelsels niet de enige factor zijn voor het verbeteren van onze gezondheid. Hoewel er nog steeds grote verschillen in levensverwachting bestaan tussen de lidstaten, leven we over het algemeen langer en gezonder dan de vorige generaties. Dit is niet in de laatste plaats te danken aan de aanzienlijke verwezenlijkingen in de volksgezondheid en buiten het gezondheidsstelsel. Er worden ook in de toekomst verbeteringen verwacht, bijvoorbeeld omdat minder en minder mensen roken, het alcoholgebruik gedaald is en er steeds meer aan lichaamsbeweging wordt gedaan. Er heerst een algemene consensus dat de bijdrage van de gezondheidszorgbranche aan een gezonde bevolking in de afgelopen vijftig tot zestig jaar spectaculair gestegen is.

Het verzamelen van informatie over de doeltreffendheid van de gezondheidsstelsels ten opzichte van elkaar verkeert echter nog in een vroeg stadium. De voorbeelden hieronder tonen gebieden waar de

---

<sup>11</sup> SWD(2012) 93, begeleidend document bij COM(2012) 173.

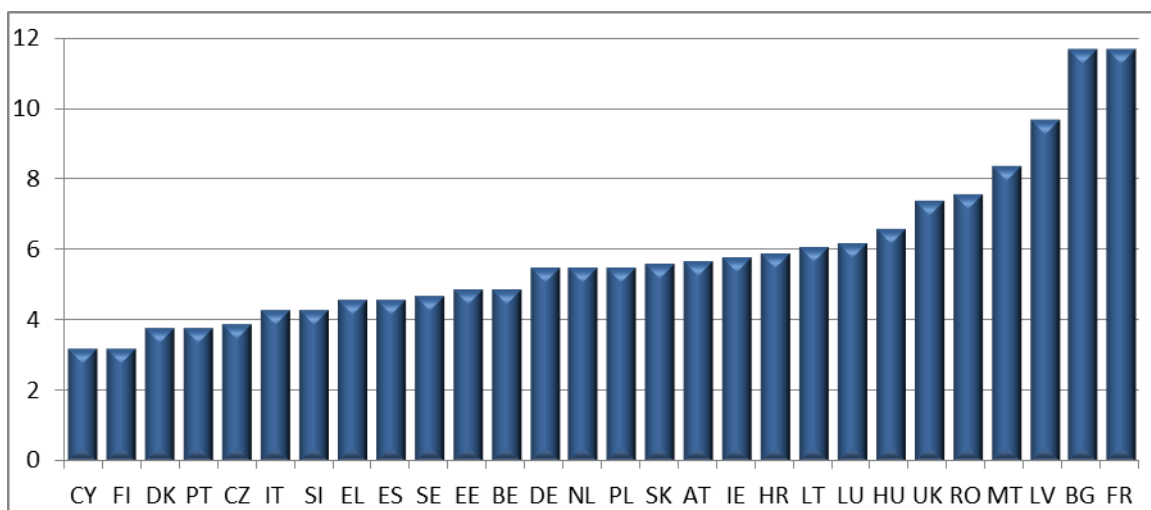
<sup>12</sup> Aanbeveling van de Raad van 9 juni 2009 betreffende patiëntveiligheid, met inbegrip van de preventie en bestrijding van zorginfecties, PB C 151 van 3.7.2009.

bijdrage van de gezondheidsstelsels aan de verbetering van de gezondheid het grootst is en worden ondersteund door indicatoren die in de gehele EU beschikbaar zijn (d.w.z. perinatale sterfte, vermijdbare sterfte, incidentie van ziekten die door vaccinatie kunnen worden voorkomen en kankerscreening). Uit deze vergelijking blijkt dat er grote verschillen bestaan tussen de lidstaten van de EU.

### *Perinatale sterfte*

Perinatale sterfte wordt berekend als de som van de late foetale sterfte (na 28 weken van de zwangerschap) en sterfte van pasgeboren (binnen zeven dagen na de geboorte). In vergelijking met kindersterfte<sup>13</sup> houdt dit minder sterk verband met de sociaal-economische factoren en is dit dus een betrouwbaardere indicator voor de doeltreffendheid van het gezondheidszorgsysteem.

**Abbeelding 1: perinatale sterfte per 1 000 geboren (2011 of meest recente gegevens)**



Bron: Eurostat-databank, Europeristat-project (ontwikkeld door personeel van de Commissie)

De perinatale sterfte is in de afgelopen vijf jaar in de meeste lidstaten gedaald, hoewel in sommige landen tijdens deze periode een stijging werd opgetekend.

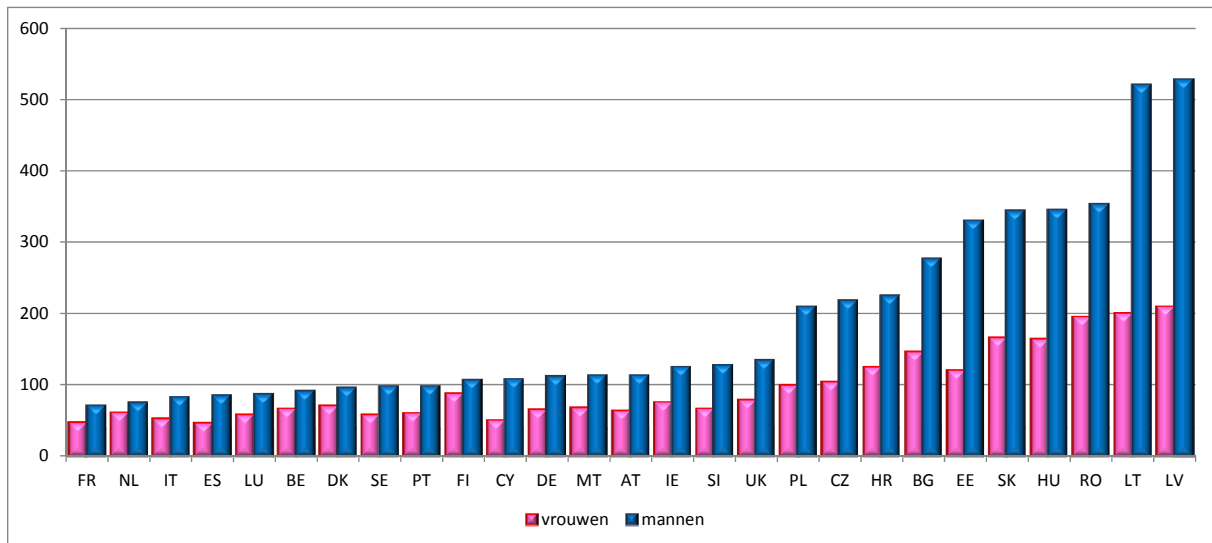
### *Vermijdbare sterfte*

Vermijdbare sterfte wordt gedefinieerd als voortijdige sterfgevallen die zouden kunnen worden voorkomen indien tijdige en efficiënte gezondheidszorg wordt verleend. Het is een fundamentele indicator die wordt gebruikt om te onderzoeken wat de bijdrage van gezondheidsstelsels aan de gezondheidsresultaten is.<sup>14</sup> Vermijdbare sterfte combineert de gestandaardiseerde sterftecijfers voor een geselecteerd aantal ziekten waarop gezondheidszorg wordt geacht een rechtstreekse invloed te hebben.

<sup>13</sup> Kindersterfte is het aantal sterfgevallen bij kinderen in het eerste levensjaar per 1 000 levend geboren.

<sup>14</sup> Vergelijkingen van vermijdbare sterfte moeten dus eigenlijk rekening houden met de incidentie van ziekten en niet alleen het aantal sterfgevallen in verband met deze ziekten in aanmerking nemen. De beschikbaarheid van vergelijkbare gegevens kan echter niet worden gewaarborgd.

**Afbeelding 2: vermijdbare sterfte, gestandaardiseerd sterftecijfer per 100 000 inwoners— 2010**



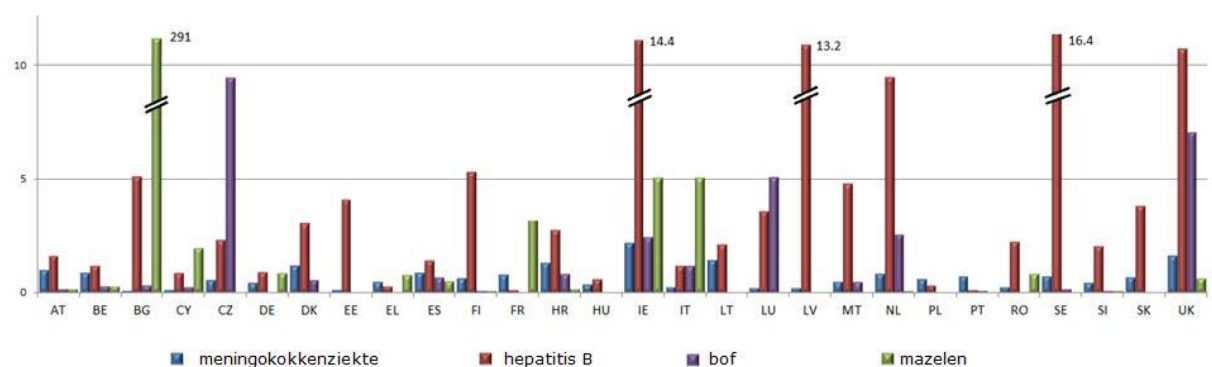
Bron: Eurostat (voor Griekenland geen gegevens beschikbaar)

Vrijwel alle lidstaten hebben tussen 2000 en 2010 de vermijdbare sterfte kunnen beperken, hoewel de mate van de daling van land tot land sterk varieert.

### Overdraagbare ziekten

De incidentie van specifieke overdraagbare ziekten houdt rechtstreeks verband met de verstrekking van geschikte diensten van gezondheidszorg: door vaccinatiecampagnes is er een aanzienlijke daling van de incidentie van ziekten die door vaccinatie kunnen worden voorkomen (zelfs al zijn er in sommige landen zorgwekkende aanwijzingen dat het vaccinatiepercentage daalt).

**Afbeelding 3: incidentie van ziekten die door vaccinatie kunnen worden voorkomen — bevestigde gevallen per 100 000 inwoners — 2011**



Bron: Epidemiologisch jaarverslag van het ECDC 2012

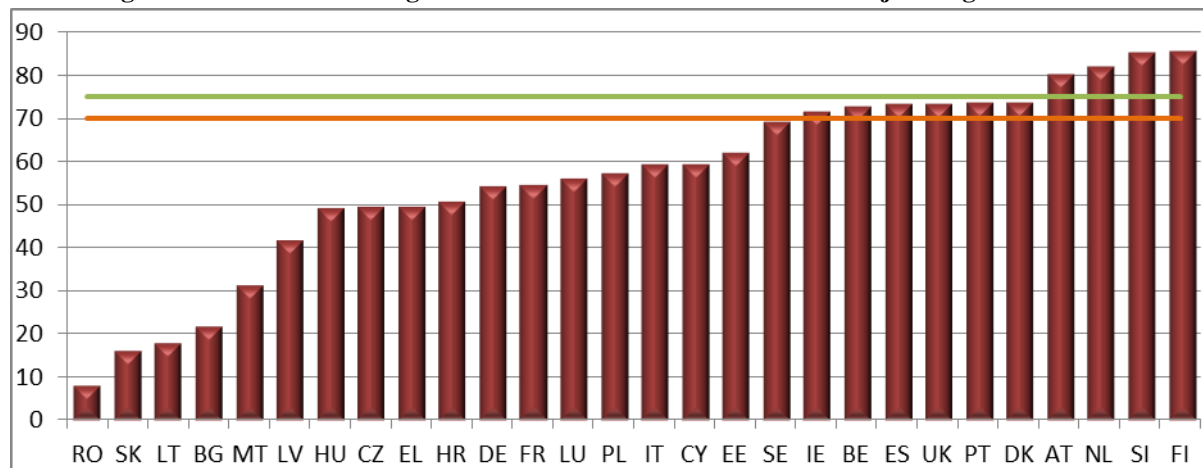
Zelfs voor een beperkt aantal ziekten die door vaccinatie kunnen worden voorkomen (meningokokkenziekte, hepatitis B, bof en mazelen), vertonen de incidentiecijfers in de lidstaten een significant verschil.

## Kankerscreening

Vroegtijdige diagnose van colorectale kanker, baarmoederhalskanker en borstkanker via georganiseerde screeningprogramma's op bevolkingsniveau is een nuttige graadmeter voor de effectiviteit van het gezondheidsstelsel in risicosectoren. De Raad deed de aanbeveling om dergelijke programma's uit te voeren in overeenstemming met de Europese richtsnoeren voor kwaliteitsborging.<sup>15</sup>

Borstkanker is het gebied waar de meeste vooruitgang is geboekt. Nationale screeningprogramma's voldoen over het algemeen aan de richtsnoeren van de EU voor het vaststellen van de leeftijdsklasse van de doelgroepen (vrouwen van 50 tot en met 69 jaar) en de aanbevolen tussenpozen tussen mammografische screenings. Terwijl de Europese richtsnoeren als wenselijke doelstelling een screeningpercentage hanteren van ten minste 75 % van de in aanmerking komende vrouwen (en een aanvaardbaar niveau van 70 %), hebben slechts een paar lidstaten dit percentage in 2010 bereikt.

**Afbeelding 4: borstkankerscreening — % onderzochte vrouwen van de leeftijdscategorie 50-69**



Bron: OESO Health at a Glance Europe 2012, nationale statistieken

## Belangrijkste bevindingen

Deze specifieke indicatoren volstaan voor enkele initiële vaststellingen, maar zij zijn niet representatief genoeg om een omvattende beoordeling van de gezondheidsstelsels te ondersteunen. Zij illustreren grote verschillen tussen de lidstaten van de EU. Ook bleek dat de gezondheidsresultaten multidimensionaal en moeilijk te definiëren waren. Over het algemeen is de beoordeling van gezondheidsstelsels een complex proces: het effect van maatregelen op het gebied van gezondheidszorg kan soms pas na verloop van langere tijd zichtbaar worden, en de vergelijkbaarheid en betrouwbaarheid van gegevens vormt een uitdaging. Er worden echter inspanningen geleverd om hier verbetering in te brengen.

De Commissie heeft steun verleend aan de ontwikkeling van Europese gezondheidsindicatoren (ECH), een reeks indicatoren om toezicht te houden op de gezondheid van de bevolking en de

<sup>15</sup> Aanbeveling van de Raad van 2 december 2003 over kankerscreening; PB L 327 van 16.12.2003. Zie ook Europese richtsnoeren voor kwaliteitsborging op het gebied van screening en diagnose van colorectale kanker en baarmoederhalskanker, en de opsporing en diagnose van borstkanker.

populatie van de gezondheidsstelsels. Voorts zijn er diverse verslagen met beoordelingen van de Europese gezondheidsstelsels uitgebracht. Bijzonder waardevolle voorbeelden zijn het gezamenlijke verslag van het CEP en de Europese Commissie over de gezondheidsstelsels dat in 2010 werd gepubliceerd en de reeks "Health at a glance Europe", gepubliceerd door de OESO en de Commissie.

In 2013 is nog een andere belangrijke stap gezet: het Comité voor sociale bescherming heeft een gezamenlijk evaluatiekader voor gezondheid ontwikkeld, dat moet dienen als eerste screeningsinstrument om mogelijke problemen in de gezondheidsstelsels van de lidstaten op te sporen. Het vormt een essentiële bijdrage aan de vergelijkende evaluatie van de prestaties van gezondheidsstelsels, rekening houdend met de beschikbaarheid van gegevens op EU-niveau. Ten slotte zijn via de kaderprogramma's voor onderzoek en technologische ontwikkeling verscheidene projecten gefinancierd om indicatoren en methodologieën te ontwikkelen voor de beoordeling van de prestaties van de gezondheidsstelsels.<sup>16</sup>

### **3. De verbetering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg**

Gezondheidsstelsels moeten toegankelijk zijn. Dit is een van de beginselen die zijn neergelegd in het Europees Sociaal Handvest<sup>17</sup>, waarbij de nadruk ligt op het belang van transparante criteria voor toegang tot medische behandeling, en de verplichting voor de lidstaten om te beschikken over een adequaat gezondheidsstelsel dat geen delen van de bevolking uitsluit van het ontvangen van diensten van gezondheidszorg.

Toegang tot gezondheidszorg is echter moeilijk te meten. Er bestaat geen gedetailleerde methodiek op EU-niveau om dit op te volgen en beste praktijken te bevorderen. Dit zou een belangrijke stap vormen om ongelijkheden op gezondheidsgebied te verminderen.<sup>18</sup>

Een veel gebruikte indicator is de variatie in het percentage ingezetenen dat melding maakt van problemen om toegang te krijgen tot medische zorg om redenen<sup>19</sup> in verband met de toegang tot gezondheidsstelsels: wachttijden, reisafstand en gedeelde kosten. Deze bevindingen vloeien echter voort uit de behoeften die de ingezetenen zelf aangeven en kunnen daardoor gekleurd zijn door culturele vooroordelen in vergelijking met verschillende landen.

**Afbeelding 5: zelf opgegeven onbevredigde behoeften aan medisch onderzoek per reden, aandeel van de bevolking (%)**

---

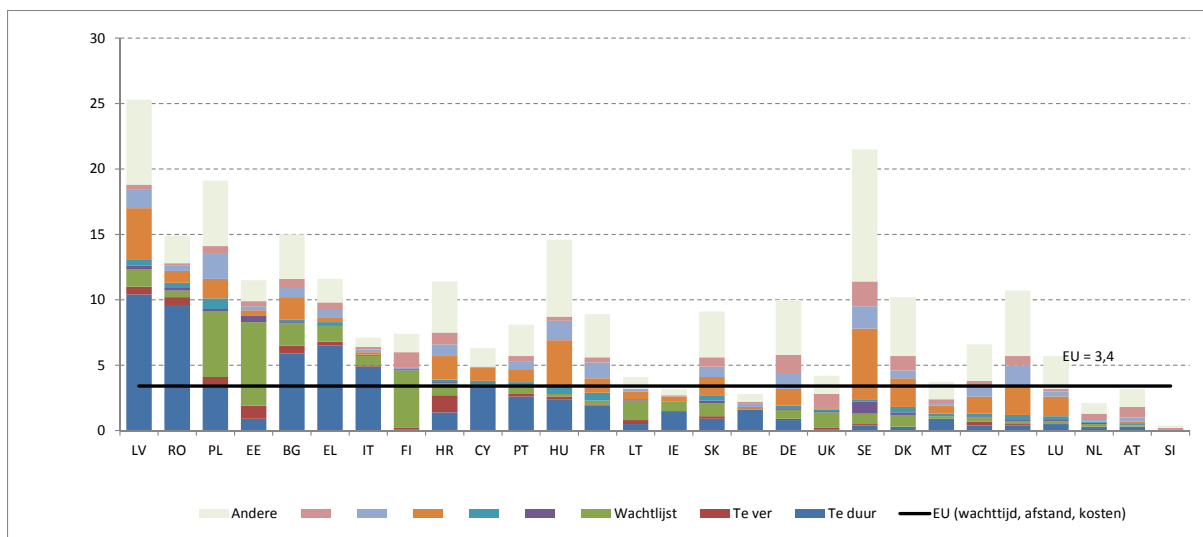
<sup>16</sup> Zie bijvoorbeeld de projecten ECHO (<http://www.echo-health.eu>), Eurohope (<http://www.eurohope.info>), en EuroREACH (<http://www.euroreach.net>).

<sup>17</sup> Herzien Europees Sociaal Handvest, Straatsburg 3 mei 1996.

<sup>18</sup> COM(2009) 567.

<sup>19</sup> NB: de categorie "andere redenen" in deze enquête slaat op redenen die geen verband houden met de lokale gezondheidsstelsels, bijvoorbeeld "geen tijd", "angst voor arts", enz.





Bron: Eurostat, statistieken over inkomens en levensomstandigheden 2012 (gegevens 2011 voor TEN en IE)

Toegang tot gezondheidszorg is het resultaat van interactie tussen verschillende factoren, waaronder de dekking van de gezondheidszorg (welke personen hebben recht op gezondheidszorg), de diepte van de dekking (waarop hebben de burgers recht), de betaalbaarheid en beschikbaarheid van diensten van gezondheidszorg. Toegang tot gezondheidszorg wordt ook rechtstreeks beïnvloed door de organisatie- en beheersmodellen die in de gezondheidsstelsels worden gebruikt. Patiënten kunnen problemen ondervinden om toegang te krijgen tot gezondheidszorg als de gezondheidsstelsels complex en onvoldoende transparant zijn.



### Dekking van de populatie

In vrijwel alle lidstaten van de EU worden gezondheidsdiensten hoofdzakelijk gefinancierd uit openbare bronnen. De dekking van de gezondheidszorg is in alle lidstaten universeel of bijna universeel. Toch worden sommige mensen uit achterstandssituaties nog steeds uitgesloten van adequate dekking van gezondheidszorg.

### Diepte van de dekking

De behandelingen in de gezondheidszorg die door de overheid wordt gefinancierd verschillen naargelang van de nationale gezondheidsstelsels. Zo zijn bijvoorbeeld diensten voor oogzorg en tandheelkundige zorg en sommige geavanceerde behandelingen slechts in enkele lidstaten gedekt. In verschillende lidstaten bestaat geen expliciete definitie van de door de overheid gefinancierde

behandelingen. Dit bemoeilijkt de vergelijking en de analyse die zouden kunnen bijdragen tot een consensus over minimale of optimale niveaus van zorgverlening.

### *Betaalbaarheid*

Er wordt van de mensen vaak een financiële bijdrage gevraagd voor de dienst die zij vereisen, in de vorm van bijbetaling of eigen bijdrage. Dit kan bijdragen tot een verantwoord gebruik van de gezondheidsdiensten. Tegelijkertijd mag deze eigen bijdrage voor die mensen geen belemmering vormen of een afschrikkende werking hebben om de zorg krijgen die zij nodig hebben. Kostenbeheersingsmaatregelen in de gezondheidsstelsels om een rationeler gebruik van gezondheidszorg te bevorderen, mogen niet nodeloos de toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg beperken.

### *Beschikbaarheid (gezondheidswerkers, afstand tot plaats van verzorging, wachttijden)*

Patiënten moeten een redelijke toegang krijgen tot diensten van gezondheidszorg: het is niet de bedoeling dat zij al te ver moeten reizen of al te lang moeten wachten om toegang te krijgen tot de dienstverlening die zij nodig hebben. Dit is een bijzonder grote uitdaging in landelijke en afgelegen gebieden.

Problemen in verband met afstand kunnen worden opgelost door meer geïntegreerde zorgmodellen, die het contact tussen patiënten en het gezondheidsstelsel verbeteren en door meer gebruik te maken van e-gezondheidsoplossingen.

Er is geen algemene definitie voor de manier waarop de wachttijden worden gemeten, hoewel dit is een belangrijk concept van Verordening nr. 883/04<sup>20</sup> en Richtlijn 2011/24 is. Dit zou kunnen veranderen aangezien Richtlijn 2011/24 de verantwoordingsplicht van het gezondheidsstelsel met betrekking tot de toegang tot zorg verbetert door middel van een grotere transparantie van het concept "onnodige vertraging" in afwachting van de behandeling.

De vergrijzing van de bevolking en de toename van meervoudige chronische ziekte vereisen andere combinaties van vaardigheden, met gevolgen voor de inhoud van de medische opleidingsprogramma's. De scheiding tussen beroepen zal door de oprichting van multidisciplinaire teams waarschijnlijk minder rigide worden. De vraag naar vaardigheden en competenties in de gezondheidszorg verandert voortdurend; rollen en beroepen zullen wellicht evolueren om te voldoen aan de behoeften van de bevolking. Zo spelen bijvoorbeeld de gezondheidswerkers – gezien de hoge percentages fysieke inactiviteit in de EU en de daarmee samenhangende risicofactoren voor de gezondheid – een belangrijke rol om patiënten te adviseren over het belang van lichaamsbeweging en werken zij hiervoor samen met andere sectoren zoals de sportsector.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Verordening 883/2004 van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, PB L 166 van 30.4.2004.

<sup>21</sup> Aanbeveling van de Raad van 26 november 2013 over de stimulering van gezondheidsbevorderende lichaamsbeweging in de verschillende sectoren, PB L 354 van 4.12.2013.

Om deze ontwikkelingen voor te blijven, moeten de planningsystemen voor medische opleiding slimmer worden, sneller reageren en beter toegerust te zijn om studenten aan te trekken voor de specialismen die het hardst nodig zijn.

Bovendien blijkt dat aandacht moet worden besteed aan geneesmiddelen, aangezien het aandeel van particuliere uitgaven voor geneesmiddelen aanzienlijk hoger ligt dan voor andere soorten door de overheid gedekte gezondheidszorg.

Nationale beslissingen inzake prijszetting en vergoeding hebben directe en indirecte gevolgen voor de toegang tot geneesmiddelen in de hele EU: innovatieve producten worden niet altijd op hetzelfde ogenblik in alle lidstaten beschikbaar gesteld, en in sommige landen zijn zij misschien helemaal niet verkrijgbaar.

Een eerste stap om hier verbetering in te brengen was het proces inzake maatschappelijk verantwoord ondernemen in de farmaceutische industrie: dit moedigde discussie aan tussen de bevoegde autoriteiten die verantwoordelijk zijn voor de prijsstelling en de vergoeding en andere belanghebbenden, en ondersteunde de transparante uitwisseling van informatie over de manier waarop een betere toegang tot geneesmiddelen kan worden bereikt.

#### **4. De verbetering van de veerkracht van de gezondheidsstelsels**

Moderne gezondheidsstelsels moeten toegankelijk en doeltreffend blijven en tegelijkertijd streven naar houdbaarheid op lange termijn. Daarom moeten zij ook vanuit begrotingsopzicht houdbaar blijven. De Commissie ondersteunt de lidstaten bij deze inspanningen, door het verstrekken van analyses en prognoses, en door aanbevelingen te doen voor hervormingen in het kader van het Europees-semesterproces.

Gezondheidsstelsels moeten ook oog hebben voor factoren buiten de begroting. Zij moeten zich op doeltreffende wijze kunnen aanpassen aan veranderende omstandigheden en met beperkte middelen innovatieve oplossingen kunnen herkennen en toepassen voor aanzienlijke uitdagingen zoals ontoereikende deskundigheid en middelen in specifieke domeinen, onverwachte pieken in de vraag (bijv. door epidemieën) enz. Kortom, zij moeten veerkracht opbouwen en bewaren.

De gezondheidsstelsels in de EU wisten niet allemaal even goed om te gaan met de economische crisis en sommige hebben op zeer korte termijn belangrijke en soms pijnlijke hervormingen moeten doorvoeren. Voortbouwend op de ervaringen van de recente hervormingen heeft de Commissie gewezen op de volgende factoren van veerkracht, die sommige gezondheidsstelsel in staat hebben gesteld de toegankelijkheid en de doeltreffendheid van hun diensten van gezondheidszorg voor hun bevolking te bewaren.



#### *Stabiele financieringsmechanismen*

Stabiele financiering maakt het mogelijk om tot een efficiënte planning van investeringen en de goede continuïteit van de diensten komen bij de organisatie en het beheer van de zorgverlening. Gezondheidsstelsels met een financiering op basis van minder stabiele inkomstenbronnen lopen een groter risico door externe schokken te worden getroffen: bijv. stelsels die voor hun financiering voornamelijk aangewezen zijn op aan het inkomen gekoppelde bijdragen zijn in hogere mate blootgesteld aan de gevolgen van een stijging van de werkloosheid. Reserves of andere anticyclische formules voor overdrachten in de overheidsbegroting kunnen bijdragen tot het waarborgen van de stabiliteit van de middelen.

#### *Goede methoden voor risicocorrectie*

Een samenhangend systeem van risicocorrectie en risicobundeling is een belangrijk instrument om ervoor te zorgen dat de middelen worden besteed in overeenstemming met de behoeften. Bijvoorbeeld wanneer verscheidene sociale ziektekostenverzekeraars sociale bijdragen of verzekeringspremies innen, wordt gebruik gemaakt van een mechanisme voor risicocorrectie/risicoverevening om rekening te houden met de omvang, de leeftijd-geslachtstructuur en een indicatie van de morbiditeitspatronen van de verzekerden in elk fonds. Dit moet voorkomen dat patiënten geselecteerd en gediscrimineerd worden en moet ervoor zorgen dat de financiering wordt aangepast aan de behoeften.

#### *Goed beheer*

Goed beheer heeft te maken met duidelijk omschreven verantwoordelijkheden bij het beheer van het gezondheidsstelsel en de hoofdbestanddelen ervan, in combinatie met krachtig leiderschap, degelijke verantwoordingsmechanismen en een duidelijke organisatiestructuur. Zo kunnen systemen snel inspelen op nieuwe doelstellingen en prioriteiten, beter op belangrijke uitdagingen reageren, en maatregelen identificeren en opzetten die nodig zijn ter ondersteuning van slimme investeringsbeslissingen.

#### *Informatiestromen in het stelsel*

Een grondige kennis van de sterke en de zwakke punten en het vermogen om informatie op te volgen, ook op het niveau van individuele patiënten of zorgverstrekkers, stellen de beheerders van de gezondheidsstelsels in staat op specifieke subsectoren toegesneden en op feiten gebaseerde beslissingen te nemen.

Informatiesystemen van e-gezondheidszorgtoepassingen vereenvoudigen en bevorderen de versterking van de kennis- en informatiesystemen. Bovendien kan e-gezondheidszorg een meer gepersonaliseerde gezondheidszorg bieden, die gericht, doeltreffender en efficiënter is en nuttig kan zijn om minder fouten te maken en om de duur van ziekenhuisopnames tot een minimum te beperken.

#### *Adequate kosten van gezondheidsdiensten*

Het is essentieel om te begrijpen hoe complex de processen zijn om van kosten tot resultaten te komen: hoe kosten overeenkomen met menselijke en fysieke hulpbronnen, hoe hulpbronnen bijdragen tot activiteiten (bijv. chirurgische ingrepen, diagnostische tests), hoe activiteiten worden gebundeld tot zorgverstrekking en tot slot welk effect dit heeft op de gezondheid.

De beoordeling van gezondheidstechnologie is cruciaal om een gemeenschappelijke beoordelingsmethode te waarborgen voor de doeltreffendheid van die zorgverstrekking en voor de correcte prijszetting van diensten en dus om besluitvormers in staat te stellen de middelen op de meest efficiënte manier te verdelen.

Het vermogen om kosten van diensten van gezondheidszorg nauwkeurig te bepalen is niet alleen noodzakelijk om de uitgaven te controleren, maar het is tevens een voorwaarde voor doeltreffende beslissingen over investeringen en de bepaling van de prioriteiten.

#### *Voldoende vaardige gezondheidswerkers*

Een hooggekwalificeerd en gemotiveerd korps gezondheidswerkers dat voldoende groot is en over de juiste vaardigheden beschikt, is van essentieel belang om via organisatorische en technologische veranderingen tot innovatieve oplossingen te komen. Een doeltreffende structuur van stimulansen is essentieel voor het verbeteren van de prestaties van gezondheidswerkers en om ervoor te zorgen dat de nadruk op de directe verlening van gezondheidszorg ligt.

## 5. Een EU-agenda voor doeltreffende, toegankelijke en veerkrachtige gezondheidsstelsels

De verantwoordelijkheid voor de gezondheidsstelsels ligt in de eerste plaats bij de lidstaten. De EU heeft een aantal maatregelen genomen ter ondersteuning van de lidstaten, met name door het verstrekken van richtsnoeren en instrumenten voor toezicht en evaluatie.

De Commissie heeft een onafhankelijk panel van deskundigen opgericht dat advies verstrekt met betrekking tot investeringen in gezondheid.<sup>22</sup> Dit panel zal de Commissie analyses en aanbevelingen leveren betreffende een aantal van die besproken onderwerpen.

### ***De versterking van de doeltreffendheid van gezondheidsstelsels ondersteunen***

#### *Prestatiebeoordeling van de gezondheidsstelsels (Health systems performance assessment - HSPA)*

De Raad van ministers van Volksgezondheid heeft de lidstaten uitgenodigd HSPA te gebruiken voor de beleidsvorming, verantwoordingsplicht en transparantie, en heeft de Commissie uitgenodigd de lidstaten te steunen bij het gebruik van HSPA.

Naar aanleiding van deze uitnodiging zal de samenwerking rond HSPA de lidstaten instrumenten en methodologieën verschaffen, waaronder:

- het voortbouwen op door de EU gefinancierd onderzoek naar prestatiebeoordelingsmaatregelen en -indicatoren;
- het vaststellen van criteria en procedures voor de selectie van prioritaire gebieden voor HSPA op het niveau van de lidstaten en de EU;
- het ontwikkelen van een op maat gemaakt rapportagesysteem; en
- het intensiveren van de samenwerking met internationale organisaties, in het bijzonder met de OESO en de Wereldgezondheidsorganisatie.

Door deze samenwerking zijn eveneens meer gerichte inspanningen op EU-niveau mogelijk om ongelijkheden te verminderen door ondersteuning te bieden aan de lidstaten die lager presteren dan het EU-gemiddelde zodat zij hun situatie kunnen verbeteren. De samenwerking kan ook nuttig zijn om de lidstaten te helpen om te voldoen aan de vereisten van Richtlijn 2011/24 met betrekking tot informatie over veiligheid en kwaliteit.

#### *Kwaliteit van de zorg, met inbegrip van patiëntveiligheid*

In het voorjaar van 2014 zal de Commissie haar tweede verslag voorstellen over de uitvoering van de aanbeveling van de Raad betreffende patiëntveiligheid.<sup>23</sup> Op basis van de bevindingen van dit verslag

---

<sup>22</sup> Besluit van de Commissie van 5 juli 2012 tot oprichting van een multisectoraal en onafhankelijk panel van deskundigen voor het verstrekken van advies over doeltreffende manieren om te investeren in gezondheid, PB C 198 van 6.7.2012.

<sup>23</sup> Het eerste verslag is gepubliceerd in 2012: COM(2012) 658.

zal de Commissie bespreken welke actie nodig is om de veiligheid van patiënten verder te verbeteren en ongerechtvaardigde verschillen tussen de lidstaten en in de lidstaten te verminderen.

De conclusies van de recente openbare raadpleging over patiëntveiligheid en kwaliteit van de zorg blijkt dat er veel belangstelling is voor de ontwikkeling van een uitgebreidere Europese agenda om de aangelegenheden die invloed hebben op de kwaliteit in de gezondheidszorg aan te pakken. De Commissie is voornemens hierop passend toezicht te houden.

#### *Integratie van de zorg*

De integratie van de zorg moet plaatsvinden tussen de verschillende niveaus van gezondheidszorg (eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg, enz.) en tussen gezondheidszorg en sociale zorg, met name voor ouderen en mensen met een chronische ziekte.

De hervormingen van de lidstaten om hun gezondheidsstelsels minder afhankelijk te maken van op ziekenhuizen gebaseerde zorg door een betere integratie van de zorg, bieden de kans om leerervaringen in belangrijke gebieden uit te wisselen en de volgende vragen te beantwoorden:

- Welke patiënten kunnen beter of even goed worden behandeld buiten het ziekenhuis?
- Hoe kunnen vermijdbare ziekenhuisopnames met succes worden verminderd?

Het panel van deskundigen voor investeringen in gezondheid heeft een verslag gepubliceerd over eerstelijnszorg en integratie van zorg; naar aanleiding daarvan heeft de Commissie een openbare raadpleging georganiseerd om nieuwe gebieden voor reflectie te bepalen.

#### ***De toegankelijkheid van de gezondheidszorg verruimen***

##### *De gezondheidswerkers in de EU*

Bij het vermogen van de lidstaten om de behoefte met betrekking tot gezondheidswerkers voor de toekomst te plannen, zijn aanzienlijke leemten vastgesteld, zowel met betrekking tot de totale omvang als tot de vereiste combinaties van vaardigheden die nodig zijn om efficiënt te kunnen voldoen aan de verwachte noden in de gezondheidszorg.

De resultaten van het actieplan voor de gezondheidswerkers<sup>24</sup> zal bijdragen tot een betere voorspelling van toekomstige vaardigheidsbehoeften en zal belangrijke inzichten opleveren voor de opleiding van toekomstige generaties gezondheidswerkers met de juiste vaardigheden. Het verbeteren van de beschikbare gegevens om de nationale planningssystemen te versterken kan ook bijdragen tot de aanpak van de uitdagingen van de mobiliteit van arbeidskrachten en tot het vinden van oplossingen die rekening houden met het recht op vrij verkeer in de EU.

Via inspanningen op het gebied van personeelsplanning in de gezondheidszorg moeten duurzame oplossingen op EU-niveau ontwikkeld worden om te zorgen voor een voldoende aantal goed opgeleide gezondheidswerkers die over de juiste vaardigheden beschikken om zorg te verlenen aan al degenen die dat nodig hebben. Om in de toekomst bij vaardigheden tekorten en een slechte

---

<sup>24</sup> SWD(2012) 93, begeleidend document bij COM(2012) 173.

onderlinge afstemming te voorkomen, is de Commissie voornemens met de lidstaten voort te werken aan de ontwikkeling van aanbevelingen, gemeenschappelijke instrumenten, indicatoren en richtsnoeren om de EU-steun aan de planning van de lidstaten te versterken.

#### *Kosteneffectief gebruik van geneesmiddelen*

De EU heeft een farmaceutische industrie met een sterke concurrentiepositie nodig. Vanuit deze achtergrond moeten de lidstaten en de Commissie het denkproces voortzetten over de manier waarop de beleidsdoelstellingen om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor alle EU-burgers te waarborgen te rijmen zijn met de noodzaak om de kosten te beheersen. Daarbij moet aandacht worden besteed aan een betere samenwerking bij het opzetten van mechanismen voor meer transparantie en een betere coördinatie opdat alle eventuele onbedoelde gevolgen voor de toegankelijkheid bij de huidige nationale prijsstelsels in de gehele EU tot een minimum beperkt zouden worden.

#### *Optimale uitvoering van Richtlijn 2011/24*

Richtlijn 2011/24 breidt de keuzemogelijkheden voor de patiënt in de gezondheidszorg uit en helpt hen onnodige vertraging te voorkomen om de behandelingen te ontvangen die zij nodig hebben. De richtlijn zal de transparantie verbeteren door de lidstaten te verplichten nationale contactpunten op te zetten om aan de burgers informatie te verstrekken, onder andere over hun rechten en aanspraken, patiëntveiligheid en de normen voor de kwaliteitszorg. In de richtlijn wordt tevens aangedrongen op een beter inzicht in gezondheidszorgkorven. De lidstaten dienen ervoor te zorgen dat alle bepalingen van de richtlijn correct worden toegepast. De Commissie zal nauw toezien op de wijze waarop het concept van onnodige vertraging in de lidstaten wordt toegepast.

Referentienetwerken zullen de samenwerking tussen zeer gespecialiseerde aanbieders uit verschillende lidstaten bevorderen, zodat patiënten met een complexe of zeldzame ziekte, of bij lage prevalentie, toegang tot kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg kunnen krijgen. De Commissie wil oproepen doen tot het indienen van blijken van belangstelling om lid te worden van het Europees referentienetwerk, en om te zorgen voor opleidingen voor gezondheidswerkers en ondersteuning bij het bepalen van gemeenschappelijke voorschriften inzake kwaliteitsborging.

#### ***De veerkracht van de gezondheidsstelsels verbeteren***

Er is dringend behoefte aan verder onderzoek naar de factoren voor veerkracht van gezondheidsstelsels en naar manieren om deze op te bouwen. De lidstaten moeten op basis van hun ervaring in eigen land een betere analyse van deze factoren ontwikkelen. Daarnaast moet op EU-niveau werk gemaakt worden van de uitwisseling van beste praktijken en het opstellen van beleidsmaatregelen. De volgende benaderingen zullen een gunstig effect hebben om de veerkracht van de gezondheidsstelsels in de Europese Unie te verbeteren.

#### *Beoordeling van gezondheidstechnologie -health technology assessment (HTA)*

HTA is een wetenschappelijke aanpak om het relatieve effect te beoordelen van een bepaalde gezondheidstechnologie op een medische aandoening door te antwoorden op de volgende vragen:



- Is de technologie doeltreffend?
- Voor wie werkt het?
- Welke kosten zijn eraan verbonden?
- Hoe goed werkt het in vergelijking met alternatieve technologieën?

HTA is een efficiënt instrument gebleken om de toegang tot innovatieve technologieën voor Europese patiënten te verbeteren en om een efficiëntere toewijzing van middelen te ondersteunen.

De lidstaten werken samen op het gebied van HTA binnen een netwerk dat in Richtlijn 2011/24 is opgericht. De Commissie ondersteunt een ambitieuze doelstelling van het HTA-netwerk, namelijk dat gezamenlijk geproduceerde HTA-informatie op nationaal niveau opnieuw moet worden gebruikt. Dit leidt tot minder dubbel werk door regelgevers, HTA-instellingen en de HTA-industrie, en moet leiden tot een gezamenlijk begrip van de klinische aspecten van gezondheidstechnologieën (d.w.z. hun relatieve veiligheid en efficiëntie/doeltreffendheid).

In de komende jaren zal een ambitieuzere en stabielere structuur worden ontwikkeld ter ondersteuning van de wetenschappelijke samenwerking op het gebied van HTA. In samenwerking met het HTA-netwerk ontwikkelt de Commissie mogelijke voorstellen ter zake.

#### *Systeem voor gezondheidsinformatie*

Bij elke actie om de veerkracht van het gezondheidsstelsel te vergroten moet rekening worden gehouden met het stelsel zelf. Beslissingen om meer of minder te investeren in specifieke sectoren moeten gebaseerd zijn op een begrip van de processen waardoor deze sectoren beheerst worden en van het effect van de acties op de gezondheidsgerelateerde en economische parameters.

De lidstaten moeten daarom investeren in de ontwikkeling van hun informatiestromen om bijvoorbeeld te waarborgen dat de informatiestromen op patiëntniveau op passende wijze naar alle noodzakelijke zorgaanbieders worden geleid, of dat een doeltreffendere en duurzamere reorganisatie van de gezondheidsstelsels en -diensten wordt ondersteund.<sup>25</sup>

De Commissie overweegt de lidstaten te ondersteunen voor de invoering van een duurzaam en geïntegreerd Europees systeem voor gezondheidsinformatie, waarbij met name wordt ingegaan op het potentieel van een uitgebreid Europees consortium voor een onderzoeksinfrastructuur (ERIC) inzake gezondheidsinformatie.

#### *E-gezondheidszorg*

De Commissie moedigt samenwerking tussen de lidstaten op het gebied van e-gezondheidszorg sterk aan en steunt de lidstaten bij de ontwikkeling en de uitvoering van kosteneffectieve en

---

<sup>25</sup> Zie de conclusies van het verslag van de taskforce e-gezondheidszorg getiteld "Redesigning health in Europe for 2020" waarin er bij de beleidsmakers op wordt aangedrongen om gebruik te maken van de kracht van gegevens: <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020>

interoperabele oplossingen in de e-gezondheidszorg om de gezondheidssystemen te verbeteren.<sup>26</sup> Zoals voorgeschreven door Richtlijn 2011/24 steunt de Commissie het e-gezondheidsnetwerk, dat zorgt voor duurzame voordelen afkomstig van Europese systemen, diensten en interoperabele toepassingen voor e-gezondheidszorg. In het actieplan e-gezondheidszorg 2012-2020 wordt ook de nadruk gelegd op de voordelen van diensten in de e-gezondheidszorg voor burgers, patiënten en zorgaanbieders, en worden er specifieke maatregelen voorgesteld om de belemmeringen voor de ontplooiing van deze diensten te beperken.

Er zijn verdere inspanningen nodig om doeltreffende en interoperabele diensten op het gebied van de telegeneeskunde te ontwikkelen. Europese referentienetwerken zullen een ideale gelegenheid bieden om telegeneeskunde in de EU in te voeren en te testen.

## 6. Conclusies

"...tegen de achtergrond van de demografische uitdagingen en de druk op de uitgaven in verband met de vergrijzing, moeten de gezondheidssystemen worden hervormd om de kosteneffectiviteit en de houdbaarheid te waarborgen, waarbij de prestaties van de systemen moeten worden beoordeeld vanuit het tweeledige perspectief van een efficiëntere aanwending van overheidsmiddelen en toegang tot een kwaliteitsvolle gezondheidszorg," zo werd in de jaarlijkse groeianalyse 2013 erkend.

Het vermogen van de lidstaten om in de toekomst iedereen hoogwaardige zorg te verstrekken zal afhangen van het veerkrachtiger maken van de gezondheidssystemen, waardoor zij beter in staat zijn het hoofd te bieden aan de uitdagingen die ons nog wachten. Zij moeten niet alleen dit doel bereiken, maar bovendien ook nog kosteneffectief en vanuit begrotingsoogpunt houdbaar blijven.

Dit is in de eerste plaats de taak van de lidstaten, maar in deze mededeling is gewezen op enkele initiatieven waarmee de EU de beleidsmakers in de lidstaten steun kan bieden. De EU zal deze initiatieven moeten opzetten en verder ontwikkelen om ervoor te zorgen dat aan de vraag van de burgers naar hoogwaardige zorg kan worden voldaan. De klemtoon zal moeten liggen op de methoden en instrumenten die de lidstaten in staat stellen de doeltreffendheid, toegankelijkheid en veerkracht van hun gezondheidssystemen te verbeteren, in overeenstemming met de hervormingsaanbevelingen aan de lidstaten in het kader van het Europees semester. De lidstaten worden tevens aangemoedigd om gebruik te maken van de Europese financieringsinstrumenten om de aanbevolen hervormingen uit te voeren.

---

<sup>26</sup> COM(2012) 736.

EU-agenda voor doeltreffende, toegankelijke en veerkrachtige  
gezondheidsstelsels

Versterking  
doeltreffendheid

Prestatiebeoordeling  
gezondheidsstelsels

Patiëntveiligheid en  
kwaliteit van de zorg

Integratie van de zorg

Verruiming toegankelijkheid

Planning van gezondheids-  
werkers in de EU

Kosteneffectief gebruik van  
geneesmiddelen

Optimale uitvoering van  
Richtlijn 2011/24

Verbetering veerkracht

HTA

Systeem voor  
gezondheidsinformatie

E-gezondheidszorg