



8 VEERKRACHT VAN HET GEZONDHEIDSSYSTEEM IN DE CONTEXT VAN DE COVID-19-CRISIS

8.1 Wat is veerkracht van het gezondheidssysteem?

De veerkracht van een gezondheidssysteem wordt gedefinieerd als "het vermogen van een gezondheidssysteem om (a) te anticiperen op schokken, (b) deze te absorberen en (c) zich hieraan aan te passen (...) op een manier die het mogelijk maakt om (i) de vereiste activiteiten te blijven leveren, (ii) zo snel mogelijk terug te keren naar een optimaal performantieniveau, (iii) de structuur en functies aan te passen om het systeem te versterken, en (iv) (eventueel) de kwetsbaarheid voor toekomstige soortgelijke schokken en structurele veranderingen te beperken".^{10, 16, 87}

De bovenstaande definitie omvat vier hoofdcomponenten van veerkracht:^{16, 88}

- a) Preventief vermogen: het vermogen van het gezondheidssysteem om te anticiperen op de komst van een schok en de potentiële toekomstige impact ervan te minimaliseren.
- b) Absorptievermogen: het vermogen van het gezondheidssysteem om de impact van schokken op te vangen.
- c) Aanpassingsvermogen: het vermogen van het gezondheidssysteem om de vereiste activiteiten te blijven leveren.
- d) Transformatief vermogen: het vermogen van het gezondheidssysteem om zijn structuur en werking te transformeren, waardoor het systeem minder kwetsbaar wordt voor toekomstige schokken.

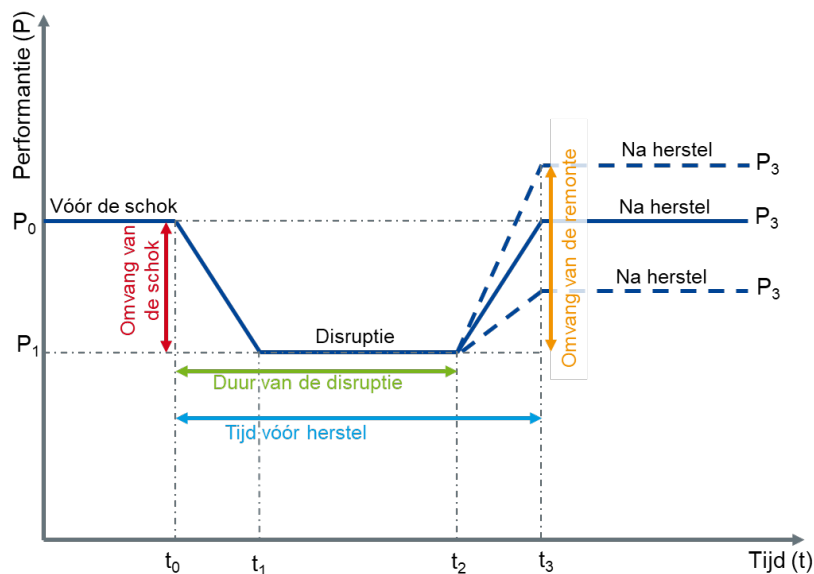
Hoewel veel verschillende soorten schokken het gezondheidssysteem op verschillende manieren kunnen beïnvloeden, is de analyse in dit rapport beperkt tot de veerkracht van het gezondheidssysteem in de context van de COVID-19-crisis.

Het concept van veerkracht van het gezondheidssysteem kan grafisch worden geïllustreerd, zoals weergegeven in Figuur 4 waarbij P_t staat voor een bepaalde kwantificeerbare tijdsafhankelijke indicator van de performantie van het gezondheidssysteem. Wanneer het gezondheidssysteem een schok ervaart die het negatief beïnvloedt, is het waarschijnlijk dat de waarde van P_t zal dalen. Vervolgens blijft de waarde van P_t gedurende een korte of lange periode onder de toestand van vóór de schok. Uiteindelijk zal P_t weer toenemen, om de toestand na herstel te bereiken. In deze laatste toestand kan de waarde van P_t dezelfde zijn als in de toestand vóór de schok, maar in sommige gevallen kan deze onder de toestand vóór de schok blijven of, als het systeem de mogelijkheid heeft om zichzelf te transformeren als reactie op de schok, kan de waarde van P_t in de toestand na het herstel zelfs boven de beginwaarde liggen.

Op basis hiervan kan veerkracht worden gedefinieerd als het vermogen om de impact van de schok (gemeten aan de hand van de afstand tussen P_0 en P_1) te beperken, om de duur van de disruptie (gemeten aan de hand van de afstand tussen t_0 en t_2) en de tijd vóór herstel (gemeten aan de hand van de afstand tussen t_0 en t_3) te beperken, en om de structuur ervan zodanig te transformeren dat P_3 gelijk is aan of hoger is dan P_0 . De preventieve component van veerkracht wordt enkel bestudeerd in complementaire analyses (zie punt 8.5), maar vormt niet de focus van dit hoofdstuk.



Figuur 4 – Variatie van de performantie van het gezondheidssysteem na een schok



Bron: geïnspireerd door de EU Expert Group on Health System Performance Assessment (2020)¹⁶

8.2 De COVID-19-crisis in België

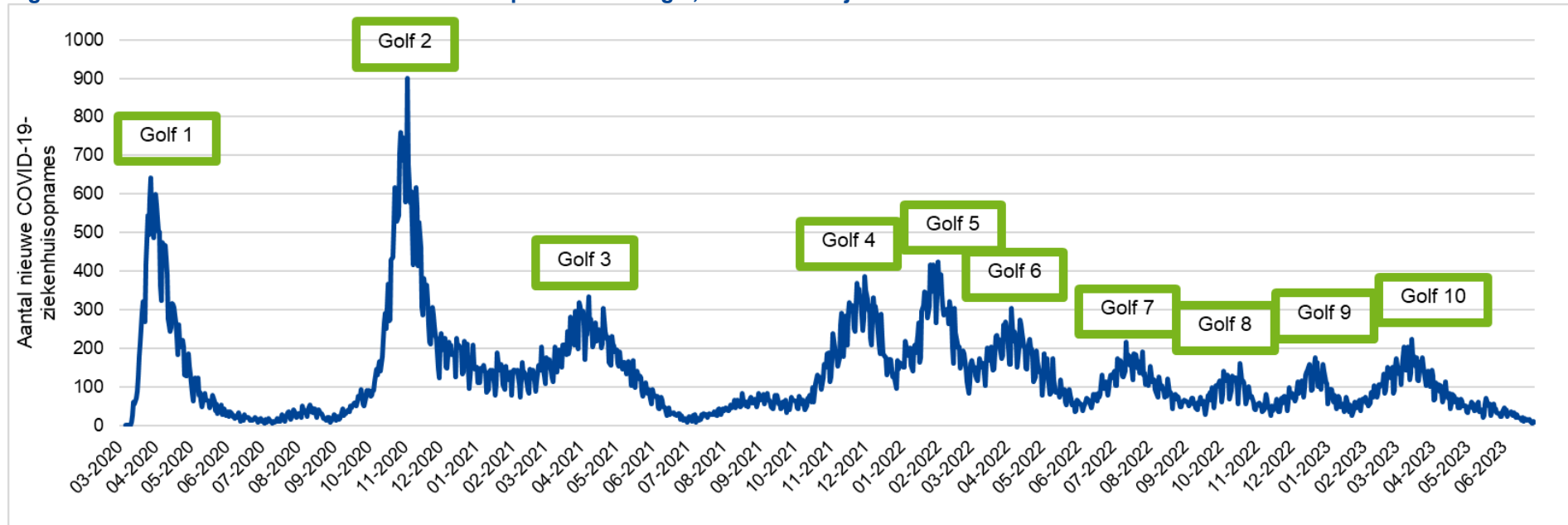
De veerkracht van het gezondheidssysteem in de context van de COVID-19-crisis moet worden geanalyseerd volgens de opeenvolgende golven van de pandemie. Tussen maart 2020 en juni 2023 werden in België tien golven geïdentificeerd zoals weergegeven in Tabel 18. Er werd duidelijk een "tussengolfperiode" waargenomen tussen de eerste en de tweede golf, alsook tussen de derde en de vierde golf. Voor de andere golven was dit

niet het geval. Het is belangrijk op te merken dat de aanwijzing van deze golven niet noodzakelijkerwijs de ernst van de epidemiologische situatie of de belasting van de volksgezondheid tijdens deze perioden weergeeft. Zoals te zien is in Figuur 5, was het aantal COVID-19-ziekenhuisopnames bijvoorbeeld erg verschillend van de ene golf tot de andere. Voor meer informatie over de evolutie van de COVID-19-crisis in België, wordt de geïnteresseerde lezer doorverwezen naar epidemiologische gegevens die beschikbaar zijn op het [Sciensano-dashboard](#) en naar de kerngegevens over de gezondheidszorg (organisatie, zorgactiviteit, financiering en kwaliteit) die door de FOD Volksgezondheid worden vrijgegeven op de website [gezondbelgie.be](#).

Tabel 18 – Golven van de COVID-19-epidemie in België

COVID-19-epidiegolf	Startdatum
Eerste golf	1 maart 2020
Tussengolf	22 juni 2020
Tweede golf	31 augustus 2020
Derde golf	15 februari 2021
Tussengolf	27 juni 2021
Vierde golf	4 oktober 2021
Vijfde golf	27 december 2021
Zesde golf	28 februari 2022
Zevende golf	30 mei 2022
Achtste golf	12 september 2022
Negende golf	21 november 2022
Tiende golf	23 januari 2023

Bron: Sciensano (2023)⁸⁹

**Figuur 5 – Aantal nieuwe COVID-19-ziekenhuisopnames in België, maart 2020 – juni 2023**

Bron: Sciensano (<https://epistat.wiv-isp.be/covid>).

8.3 Veerkracht van het gezondheidssysteem in de context van de COVID-19-crisis in België

In wat volgt, worden HSPA-indicatoren gebruikt om, in de context van de COVID-19-crisis in België, het volgende te meten:

- De waarde **vóór de schok** van de indicator (P_0)
- De **slechtste** waarde van de indicator tijdens de COVID-19-crisis (P_1). In Figuur 4 is P_1 kleiner dan P_0 , maar het tegenovergestelde kan waar zijn, afhankelijk van de indicator. Daarom wordt de term 'slechtste' gebruikt in plaats van minimum of maximum.
- De waarde na herstel van de indicator (P_3). In de meeste gevallen komt de meest recente waarde van de indicator niet overeen met de beste waarde van de indicator. Daarom worden voor P_3 twee waarden berekend: "**meest recente**" en "**beste**" (dat kan een maximum of een minimum zijn, afhankelijk van de indicator).
- De omvang van de schok (weergegeven door de rode pijl in Figuur 4). Het meten van de afstand tussen P_0 en P_1 maakt het mogelijk om het absorptievermogen te beoordelen, d.w.z. het vermogen om de impact van de schok op te vangen. Hoe kleiner het verschil tussen P_0 en P_1 is, hoe veerkrachtiger het systeem is. Concreet wordt de omvang van de schok berekend als **het verschil tussen de waarde vóór de schok en**



de slechtste waarde voor de indicator gemeten tijdens de COVID-19-crisis.

- De duur van de disruptie (weergegeven door de groene pijl in Figuur 4). Door te meten hoelang het duurt voordat de indicator terugveert, kan het aanpassingsvermogen van het systeem worden beoordeeld. Een veerkrachtiger systeem begint sneller terug te veren. Concreet meet de duur van de disruptie **de tijd tussen het moment waarop een negatieve verandering wordt waargenomen en het moment waarop het hersteleffect wordt waargenomen** (d.w.z. er wordt een significante positieve verandering waargenomen).
- De omvang van de remonte (weergegeven door de oranje pijl in Figuur 4). Door de waarde van de indicator na de crisis te vergelijken met het niveau tijdens de disruptie (P_1), kan het vermogen van het systeem om zichzelf te herstellen en zelfs de structuur en werking ervan te transformeren, worden beoordeeld. Concreet wordt de omvang van de remonte berekend als **het verschil tussen de beste waarde (na de schok) en de slechtste waarde voor de indicator**.
- De tijd vóór herstel (weergegeven door de blauwe pijl in Figuur 4). Deze wordt berekend als de **tijd tussen het moment waarop een negatieve verandering wordt waargenomen en het moment waarop de beste waarde wordt waargenomen**.

Gemakshalve zijn de indicatoren gegroepeerd in drie categorieën: (1) zorgen voor voldoende personeel (R-1, R-2 en R-3), (2) essentiële gezondheidsdiensten en routinematige publieke gezondheidsdiensten in stand houden (R-4 en R-5) en (3) de bestaande capaciteit opschalen en nieuwe gezondheidsdiensten implementeren (R-6, R-7, R-8, R-9, R-10 en R-11).

Voor velen daarvan is een definitieve beoordeling voorbarig. Het is met name zeker nog te vroeg om de omvang van de remonte volledig te kunnen overzien. Ook kan in sommige gevallen het niveau na herstel tijdelijk hoger zijn dan het niveau vóór de schok door een inhaaleffect (omdat het systeem een tijdje werd verstoord, overcompenseert het gedurende enige tijd, maar dit effect duurt niet noodzakelijkerwijs lang). Voor andere indicatoren is het moeilijk om de omvang van de schok te beoordelen, bijvoorbeeld omdat er

vóór de schok geen gegevens werden verzameld. Daarom wordt in veel gevallen slechts een gedeeltelijke analyse uitgevoerd die enkele van de bovenstaande elementen meet.

Om de omvang van de schok, de duur van de disruptie, de omvang van de remonte en de tijd vóór herstel te achterhalen, geeft een afbeelding voor elke indicator de evolutie van de waarde in de tijd weer (samen met het stadium van de pandemie zoals gedefinieerd in Tabel 18) voor België en de drie gewesten (Figuur 6 tot Figuur 16). Indien mogelijk worden de waarde vóór de schok, de slechtste waarde, de beste waarde en de meest recente waarde weergegeven voor België en de drie gewesten in Tabel 19.

Zorgen voor voldoende personeel

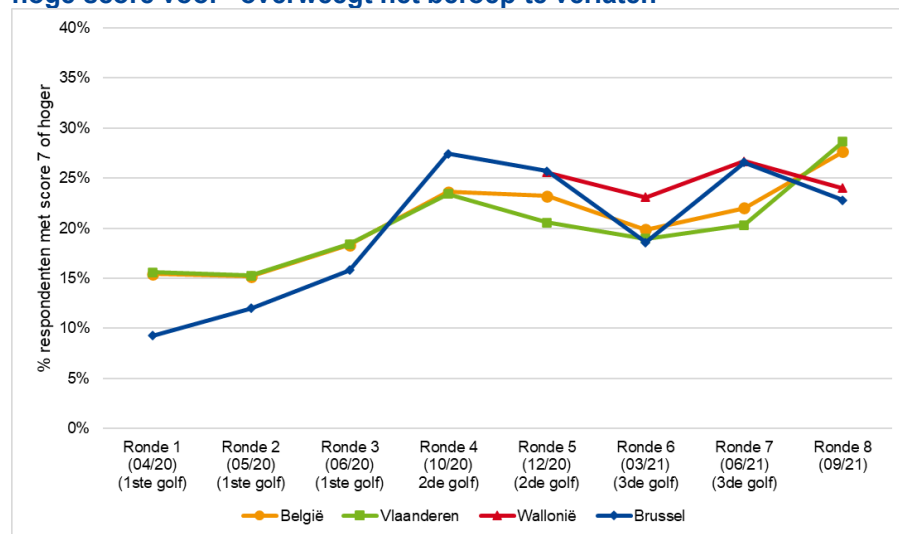
Het wordt algemeen erkend dat de COVID-19-periode een aanzienlijke druk heeft uitgeoefend op zorgprofessionals, in termen van toegenomen werkdruk, maar ook in termen van fysieke en psychologische symptomen.⁹⁰⁻⁹³ Om dat tegen te gaan, hebben landen verschillende regelingen geïmplementeerd om de geestelijke gezondheid van zorgprofessionals te ondersteunen en financiële en praktische ondersteuning te bieden.⁹⁴ Om de veerkracht van het Belgische gezondheidssysteem met betrekking tot het welzijn van zorgprofessionals te meten, gebruiken we gegevens uit de Power to Care-enquête uitgevoerd door Sciensano en LIGB – KU Leuven. Deze enquête telt acht rondes (waarvan de eerste vier geen professionals uit Wallonië omvatten) tussen april 2020 en september 2021. De enquête is geen longitudinaal onderzoek en het aantal respondenten varieert van ronde tot ronde en van gewest tot gewest. De evolutie in de loop van de tijd moet daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd.

Het **aandeel zorgprofessionals met een hoge score voor het item “overweegt het beroep te verlaten”** (R-1, zie) steeg van 15,4% in april 2020 naar 23,6% in oktober 2020. Dit aandeel bedroeg in december 2020 nog 23,2%, daalde daarna licht, maar steeg in september 2021 weer tot 27,6%. Dit aandeel was constant hoger in Wallonië en lager in Vlaanderen, vergeleken met de nationale resultaten, behalve in de laatste ronde. Tussen de eerste en de laatste ronde van het onderzoek steeg het aandeel zorgprofessionals dat overwoog het beroep te verlaten met 12,2 procentpunten. Deze toename kan worden gekwalificeerd als de omvang



van de schok. Er moet echter rekening mee worden gehouden dat er geen gegevens beschikbaar zijn voor de pre-COVID-periode en dat de eerste vier rondes geen respondenten uit Wallonië omvatten. Een remonte (d.w.z. een permanente verbetering van de indicator) kon niet worden waargenomen in de gegevens, maar er zijn geen gegevens beschikbaar na september 2021. In een ander onderzoek dat tussen december 2021 en februari 2022 werd uitgevoerd onder 2.183 verpleegkundigen die op de intensieve zorgafdeling werkten, had 43,9% van hen de intentie om hun baan op te zeggen en 26,5% had de intentie om het beroep van verpleegkundige op te geven.⁹⁵ Dit percentage was hoger in Wallonië (37,5%) en Brussel (34,9%) dan in Vlaanderen (17,4%).

Figuur 6 – Power to Care-enquête: aandeel zorgprofessionals met een hoge score voor “overweegt het beroep te verlaten”



Bron: Sciensano, berekeningen: KCE.

Het is bekend dat een tekort aan personeel als gevolg van afwezigheid van zorgprofessionals, met name verpleegkundigen die in ziekenhuisdiensten werken, zowel een gevolg is van de COVID-19-crisis als een belemmering voor de zorgkwaliteit in COVID-19-tijden.^{96, 97} Hoewel er vóór de crisis in de meeste geïndustrialiseerde landen een tekort aan verpleegkundigen werd gemeld, versterkte de COVID-19-pandemie het probleem. In België werden afwezigheden van zorgprofessionals in beperkte contexten gekwantificeerd⁹⁸, maar er bestaan geen uitgebreide administratieve gegevens op nationaal niveau. Om het ziekteverzuim van het ziekenhuispersoneel en de evolutie ervan tijdens de COVID-19-pandemie te kwantificeren, vertrouwen we daarom op proxy's.

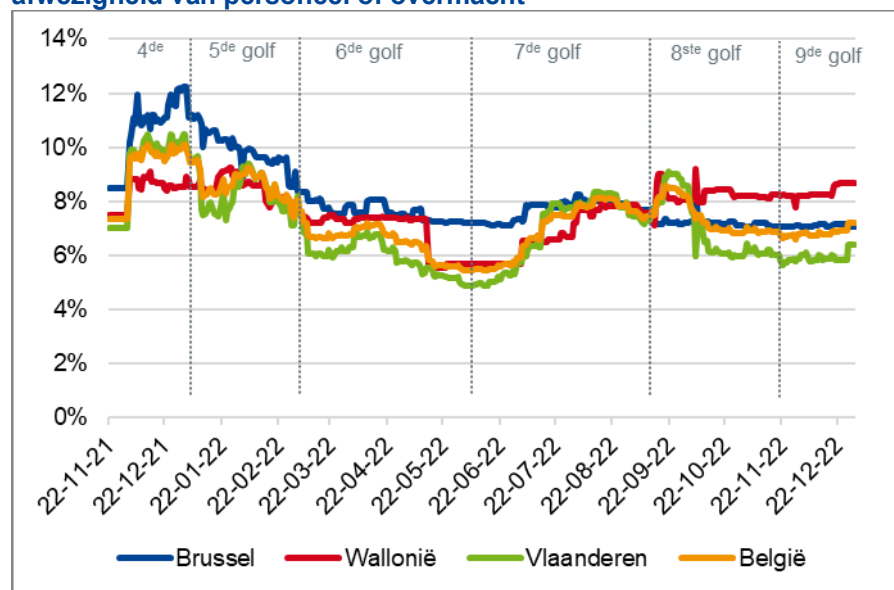
Als onderdeel van de dagelijkse gegevens die worden geregistreerd in het kader van piekcapaciteitsplannen, moeten ziekenhuizen het aantal sluitingen van ziekenhuisbedden registreren als gevolg van afwezigheid van personeel of overmacht (R-2, zie Figuur 7. Deze gegevens werden geanalyseerd voor de periode tussen 22 november 2021 en 31 december 2022. Het aandeel ziekenhuisbedden dat werd gesloten als gevolg van afwezigheid van personeel of overmacht varieerde tussen 5,4% en 10,1% over de bestudeerde periode. Het daalde tussen januari en augustus 2022, steeg vervolgens in september, daalde opnieuw en stabiliseerde zich aan het einde van het jaar. Relatief gezien werden er meer IZ-bedden gesloten dan andere bedden en lijken er sterke provinciale verschillen te bestaan, zowel voor het aandeel gesloten ziekenhuisbedden als voor het aandeel gesloten IZ-bedden. Aangezien de gegevens pas vanaf oktober-november 2021 werden verzameld, is het niet mogelijk om de omvang van de schok te beoordelen.

De jaarlijkse enquête van ziekenhuisstatistiek bevat sinds 2013 een vraag over het aantal vacatures voor verpleegkundigen (R-3, zie Figuur 8). Het aantal vacatures wordt gedefinieerd als "het aantal vacatures waarvoor een oproep (intern/extern) wordt gelanceerd". Aan de ziekenhuizen wordt gevraagd om deze vraag elk jaar op vier momenten in te vullen: 31 maart, 30 juni, 30 september en 31 december. Op 31 december 2021 werden in de Belgische ziekenhuizen 2.572 vacatures voor verpleegkundigen in VTE gemeld. Het aantal vacatures voor verpleegkundigen in ziekenhuizen, dat de capaciteit van ziekenhuizen om verpleegkundigen aan te werven en te



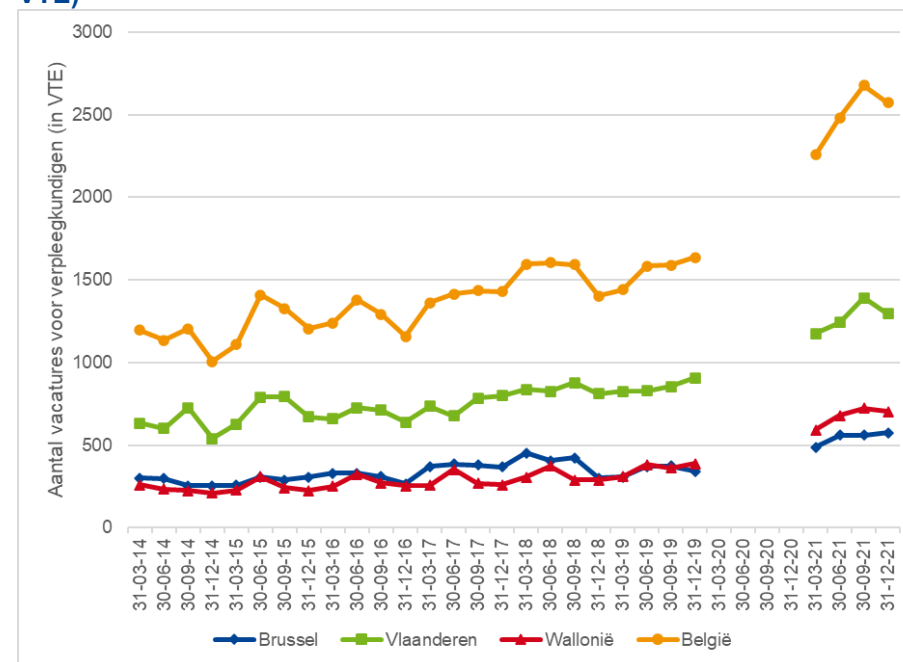
behouden weerspiegelt, werd beïnvloed door de COVID-19-pandemie. De grootste schok werd waargenomen in Wallonië in september 2021 (+100,3% ten opzichte van september 2019), gevolgd door Vlaanderen (+62,4% ten opzichte van september 2019). In Brussel werd de piek waargenomen in december 2021 (+68,3% ten opzichte van december 2019). Het is echter niet mogelijk om de exacte omvang van de schok te bepalen vanwege het gebrek aan gegevens voor 2020.

Figuur 7 – Aandeel ziekenhuisbedden dat gesloten is als gevolg van afwezigheid van personeel of overmacht



Bron: FOD Volksgezondheid, berekeningen: KCE.

Figuur 8 – Aantal vacatures voor verpleegkundigen in ziekenhuizen (in VTE)



Gegevens voor 2020 niet beschikbaar. Bron: FOD Volksgezondheid; KCE-berekeningen.



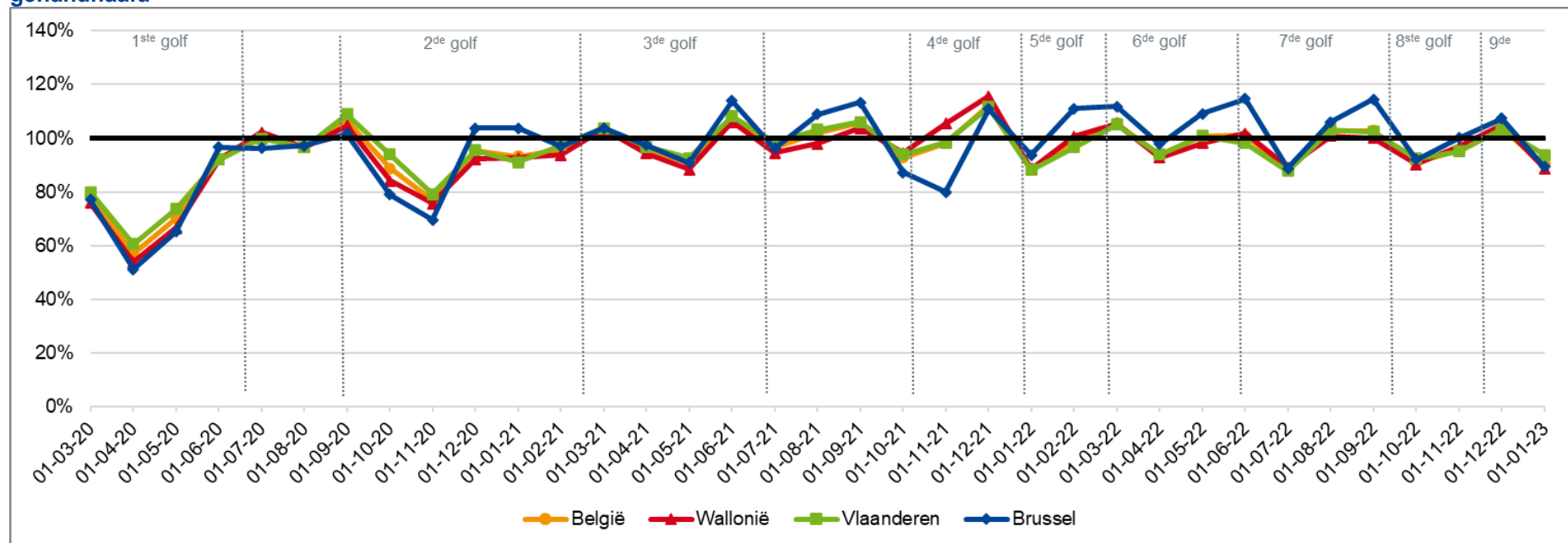
Essentiële gezondheidsdiensten en routinematige publieke gezondheidsdiensten in stand houden

Vanaf midden maart 2020 werden ziekenhuizen in België en in andere landen gevraagd om niet-essentiële activiteiten stop te zetten om apparatuur, verpleegkundigen en artsen vrij te maken voor de behandeling van COVID-19-patiënten.⁹⁹ Belgische ziekenhuizen moesten alle electieve consultaties, onderzoeken en procedures stopzetten. Wel werd gepreciseerd dat essentiële zorg kon doorgaan. Toch werd er geen concrete formele definitie gegeven van essentiële en niet-essentiële zorg. Ziekenhuizen mochten vanaf 4 mei 2020 stapsgewijs de reguliere ziekenhuiszorg hervatten. Tijdens de eerste golf van de COVID-19-pandemie toonden verschillende analyses aanwijzingen voor een afname van niet-essentiële zorg in de Belgische ziekenhuizen, maar ook enige afname van essentiële reguliere zorg.⁹⁹⁻¹⁰¹ Tijdens de daaropvolgende COVID-19-golven werd er aan ziekenhuizen gevraagd om niet-essentiële activiteiten te staken wanneer dit van invloed kon zijn op de IZ-capaciteit die was gereserveerd voor COVID-19-patiënten.

Om het vermogen van de ziekenhuizen om essentiële activiteiten te behouden te beoordelen, gebruiken we het aantal reguliere essentiële chirurgische ziekenhuisactiviteiten dat werd behouden ten opzichte van wat werd verwacht op basis van de gegevens van 2018-2019 (R-4, zie Figuur 9) volgens de methodologie van de afdeling Audit Ziekenhuizen binnen RIZIV, FOD Volksgezondheid en FAGG.^{102, 103} In april 2020 werd 5,7% van de niet-essentiële chirurgische activiteiten in het ziekenhuis gehandhaafd, 29,8% van de gemengde activiteiten (die al dan niet essentieel kunnen zijn, afhankelijk van de context) en 56,9% van de essentiële activiteiten. Dit betekent dat, hoewel essentieel geacht, 43,1% van deze chirurgische activiteiten in april 2020 werd opgeschort (d.w.z. een omvang van de schok van -43,1%). Deze dalingen waren in Vlaanderen iets minder uitgesproken dan in de andere gewesten. Een tweede daling werd waargenomen in november 2020, maar was minder opvallend. Tijdens deze tweede golf werd 76,8% van de essentiële activiteiten gehandhaafd. Vanaf november 2020 werd een remonte waargenomen (duur van de disruptie = 9 maanden). In 2021 en 2022 waren de variaties veel minder uitgesproken. Minimaal 88,0% van de essentiële activiteiten werd gehandhaafd. Het percentage behouden essentiële activiteiten bereikte in maart 2021 voor het eerst 100% (tijd vóór herstel = 13 maanden).



Figuur 9 – Aandeel verwachte (op basis van gegevens over 2018 en 2019) reguliere essentiële chirurgische ziekenhuisactiviteiten dat werd gehandhaafd



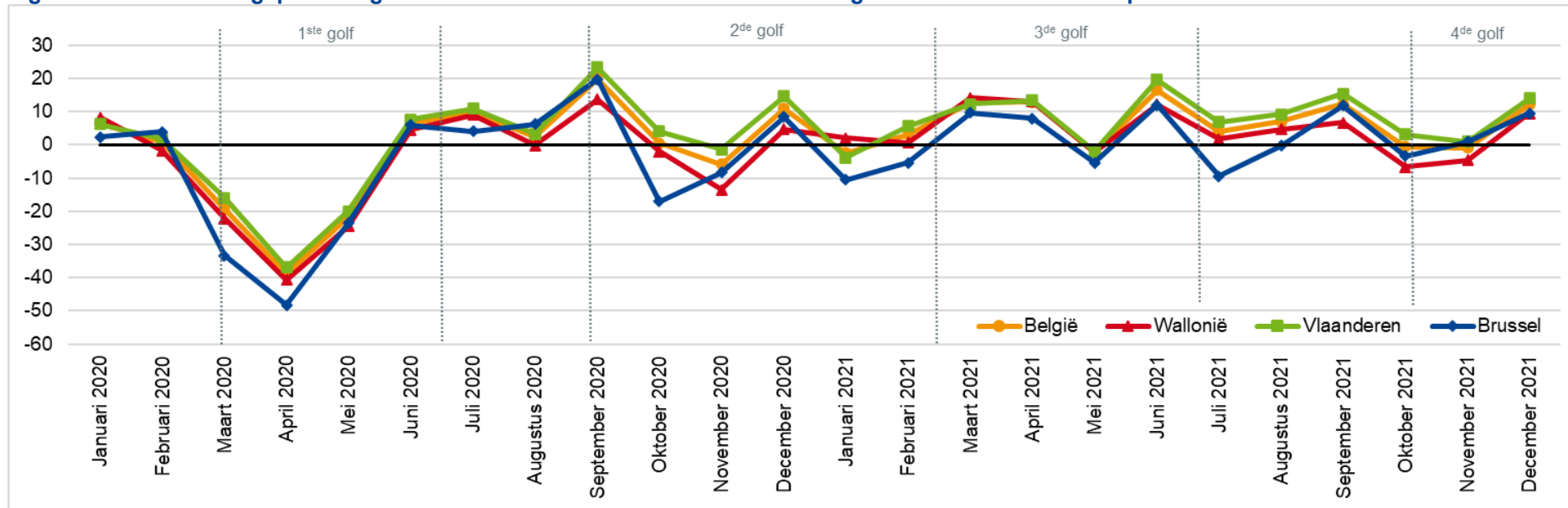
Bron: Audit Ziekenhuizen RIZIV – FOD Volksgezondheid – FAGG

In de week van 16 maart 2020 werden de georganiseerde bevolkingsonderzoeken naar vrouwelijke borstkanker, baarmoederhalskanker en colorectale kanker opgeschort. Ze werden midden mei 2020 hervat. Figuur 10 toont de procentuele verandering in nieuwe invasieve kankerdiagnoses per maand ten opzichte van dezelfde maand in 2017-2019 (R-5) op basis van de incidentiedatabase van het Belgische Kankerregister. In maart 2020 was het aantal nieuwe invasieve kankerdiagnoses 19,3% lager dan het gemiddelde van maart 2017-2019. Dit komt overeen met een aantal van 1.222 "ontbrekende" kankerdiagnoses in maart 2020. In april 2020 was het aantal nieuwe invasieve kankerdiagnoses 39,0% lager dan het gemiddelde van april 2017-2019, wat overeenkomt met 2.181 "ontbrekende" kankerdiagnoses (omvang van de

schok = -39,0%). In mei 2020 werd de start van de remonte waargenomen (duur van de disruptie = 2 maanden). Het aantal nieuwe kankerdiagnoses was nog steeds lager (met 21,7%) dan in mei 2017-2019, wat overeenkomt met 1.366 "ontbrekende" kankerdiagnoses. In juni 2020 bereikte het aantal nieuwe invasieve kankerdiagnoses opnieuw het niveau van 2017-2019 (tijd vóór herstel = 4 maanden). In september 2020 was het hoger (met 19,9%) dan het niveau van 2017-2019. Daarna bleef het binnen het bereik van -5,8%; +16,6% ten opzichte van het niveau van 2017-2019. Het veranderingspercentage in het aantal nieuwe invasieve kankerdiagnoses volgde een vergelijkbare tendens in de drie gewesten van het land. De dalingen waren echter sterker in Brussel dan in de andere gewesten. Dit werd niet gecompenseerd door grotere latere stijgingen.



Figuur 10 – Veranderingspercentage van het aantal nieuwe invasieve kankerdiagnoses in 2020-2021 ten opzichte van 2017-2019



Bron: Belgisch Kankerregister

De bestaande capaciteit opschalen en nieuwe gezondheidsdiensten implementeren

De middelen voor intensieve zorg kwamen tijdens de pandemie onder enorme druk te staan, waardoor op sommige plaatsen de vraag naar intensieve zorg groter was dan het beschikbare aanbod.¹⁷ Toenemende bezettingsgraden op intensieve zorgafdelingen werden in verband gebracht met toenemende mortaliteit.¹⁰⁴ In reactie hierop verhoogden veel landen hun IZ-capaciteit, waardoor “piekcapaciteit” werd gecreëerd. Vanaf midden maart 2020 werden alle Belgische ziekenhuizen aangespoord om extra beddencapaciteit (“piekcapaciteit”) te creëren, met name op intensieve zorgafdelingen. In het bijzonder moesten ziekenhuizen op 17 maart 2020 “al het mogelijke doen om extra capaciteit te creëren op de intensieve

zorgafdeling”.¹⁰⁵ Op 1 april 2020 registreerden ziekenhuizen maximaal 1.182 extra IZ-bedden, bovenop de 1.993 erkende IZ-bedden, waardoor de totale capaciteit met bijna 60% toenam. Later werden meer concrete instructies gegeven met betrekking tot het vereiste aantal piekbedden, afhankelijk van het stadium van de pandemie. België werd geprezen om zijn vermogen om zijn beddencapaciteit snel te vergroten.^{94, 106}

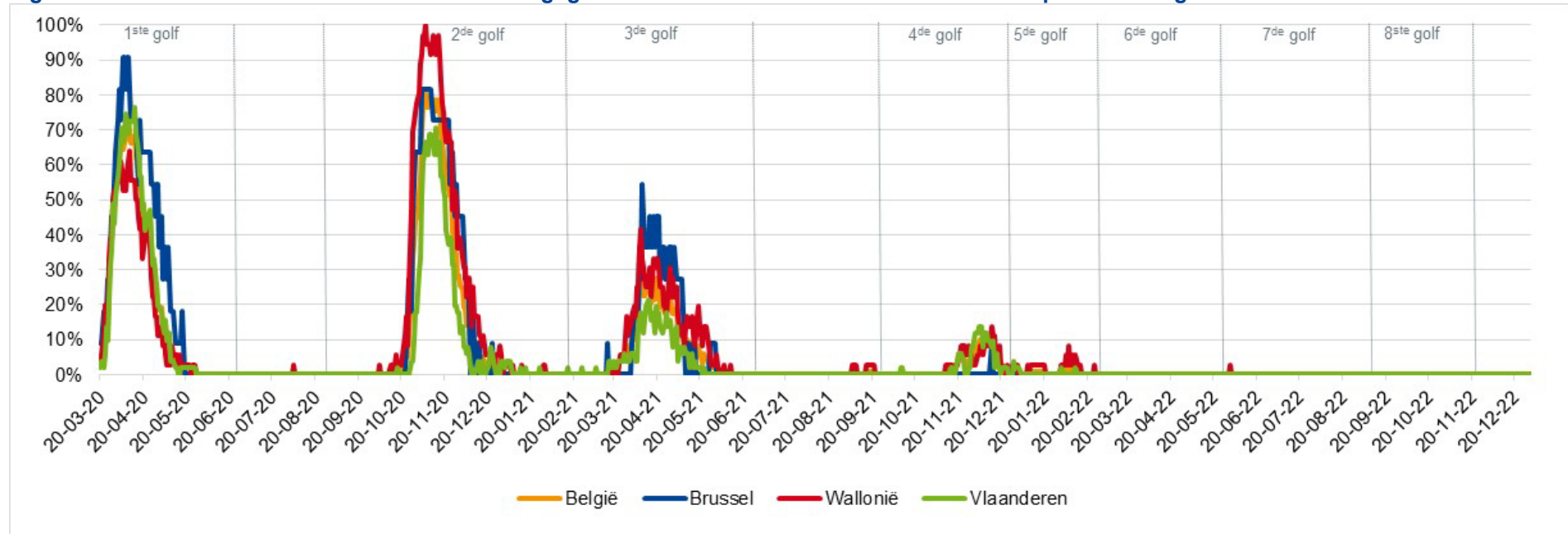
Er werd echter snel opgemerkt dat de toename van de IZ-beddencapaciteit moeilijk te beheren was vanwege een gebrek aan verpleegkundigen met IZ-expertise.^{99, 107, 108} Een analyse van de sterfte in het ziekenhuis van COVID-19-patiënten die tijdens de eerste golf op intensieve zorg in België werden behandeld, heeft aangetoond dat de “IZ-overflow” (wanneer het aantal IZ-bedden dat door COVID-19-patiënten wordt bezet het aantal erkende IZ-



bedden dat voor COVID-19-patiënten is gereserveerd, overschrijdt) een verklarende variabele was van de sterfte in het ziekenhuis van COVID-19-patiënten.¹⁰⁹ Vanaf 30 september 2020 worden ziekenhuizen aangemoedigd om te zoeken naar een betere spreiding van COVID-19-patiënten over ziekenhuizen, in plaats van extra IZ-bedcapaciteit te gebruiken.⁹⁹ Het Patient Evacuation Coordination Center kreeg ook de opdracht om ziekenhuizen te helpen bij de spreiding van COVID-19-patiënten.¹¹⁰

We analyseren de bezettingsgraad op ziekenhuisniveau om de variatie tussen ziekenhuizen vast te leggen en inzicht te geven in de vraag of patiënten zodanig werden verspreid dat het overlijdensrisico als gevolg van overflow verminderde. Hoewel de nationale bezettingsgraad hoog zou kunnen blijven, zou een betere spreiding van patiënten over ziekenhuizen moeten leiden tot een vermindering van het aandeel “overvolle” ziekenhuizen. Als maatstaf voor overflow volgen we Taccone et al. (2021)¹⁰⁹ en delen we het aantal COVID-19-patiënten door het aantal erkende IZ-bedden dat voor COVID-19-patiënten is gereserveerd en dat in maart 2020 was vastgelegd op 60% van het totale aantal erkende IZ-bedden.

Figuur 11 toont het **aandeel ziekenhuizen waar de bezettingsgraad van erkende IZ-bedden voor COVID-19-patiënten hoger is dan 60% (R-6)**. Tijdens de eerste COVID-19-golf kreeg maximaal 70,4% van de ziekenhuizen in België te maken met een overflow op de intensieve zorgafdeling (d.w.z. een bezettingsgraad van meer dan 60% van de erkende IZ-bedden). Dit aandeel bereikte 80,6% tijdens de tweede golf. Gezien het feit dat het aandeel van overvolle ziekenhuizen nul was vóór de pandemie, is de omvang van de schok gelijk aan 80,6%. In april 2021, terwijl de bezettingsgraad van erkende IZ-bedden voor COVID-19-patiënten nog steeds bijna 50% bedroeg, vertoonde slechts 30% van de ziekenhuizen een IZ-overflow, waaruit blijkt dat het systeem zich heeft aangepast. In december 2021, toen de bezettingsgraad van erkende IZ-bedden voor COVID-19-patiënten opnieuw hoger was dan 40% op nationaal niveau, vertoonde slechts 10% van de ziekenhuizen een IZ-overflow.

**Figuur 11 – Aandeel ziekenhuizen waar de bezettingsgraad van erkende IZ-bedden voor COVID-19-patiënten hoger is dan 60%**

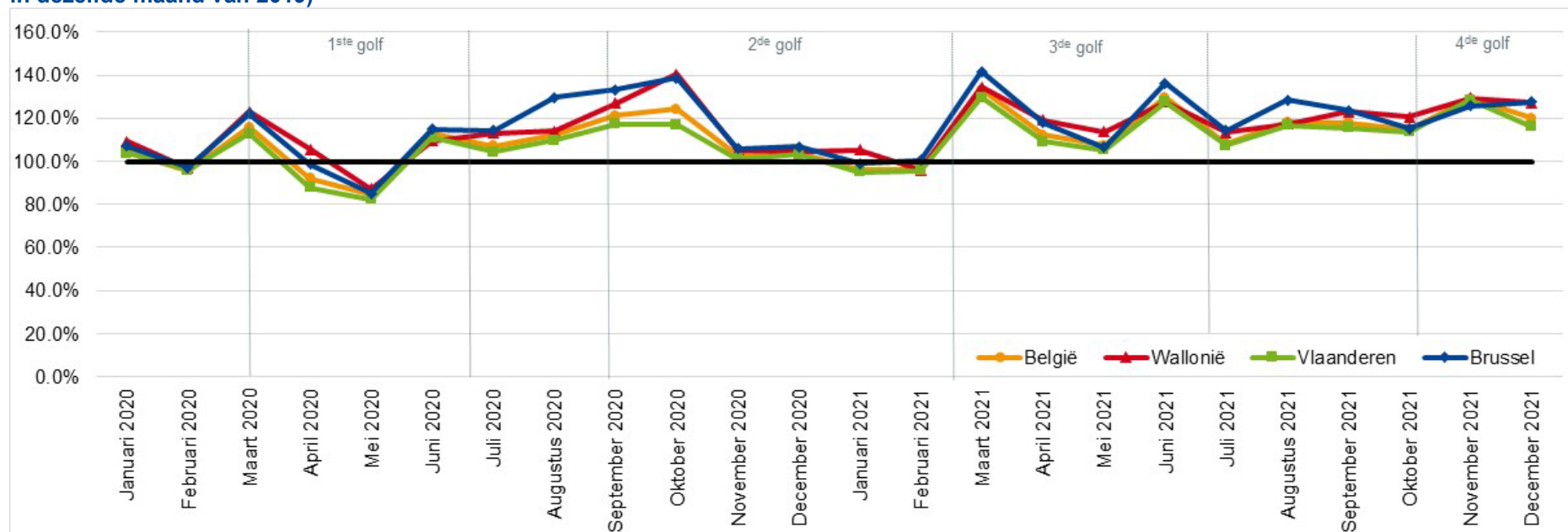
Bron: FOD Volksgezondheid, berekeningen: KCE

De COVID-19-pandemie dwong overheden om innovatieve manieren van gezondheidszorg aan te moedigen. Een voorbeeld hiervan zijn teleconsultaties (als alternatief voor persoonlijk contact met artsen), die in veel landen sterk werden gestimuleerd.¹⁷ In België werden teleconsultaties in de eerstelijnszorg opgestart in maart 2020 (door de creatie van drie factureringcodes) om de zorgcontinuïteit te waarborgen en tegelijkertijd de verspreiding van het virus te voorkomen door rechtstreeks contact tussen patiënten en zorgprofessionals te vermijden. Deze teleconsultaties waren gratis voor de patiënt. Sinds augustus 2022 is dit tijdelijke systeem vervangen door een permanent systeem dat een kleine remgeldbijdrage voor de patiënt inhoudt.¹¹¹

Figuur 12 toont het **aantal contacten met een huisarts (teleconsultaties inbegrepen)**, als percentage van het totale aantal contacten met een huisarts in dezelfde maand van 2019 (R-7). Tijdens de eerste golf van COVID-19 was er een grote daling van face-to-face contacten met huisartsen in de drie gewesten van het land, maar dit werd grotendeels gecompenseerd door de ontwikkeling van teleconsultaties. Een kleine schok werd waargenomen in april en mei 2020, waarbij het aantal contacten inclusief teleconsultaties respectievelijk 92,0% en 84,5% van het aantal contacten in dezelfde maand van 2019 bedroeg (omvang van de schok = -15,5%). Vanaf juni 2020 werd al een remonte waargenomen (duur van de disruptie = 2 maanden). Daarna lag het aantal contacten met huisartsen inclusief teleconsultaties constant boven of dicht bij het niveau voor dezelfde maand in 2019 (tijd vóór herstel = 3 maanden).



Figuur 12 – Totaal aantal contacten met een huisarts (teleconsultaties inbegrepen) (als percentage van het totale aantal contacten met een huisarts in dezelfde maand van 2019)



Bron: RIZIV, berekeningen: KCE

Het op grote schaal testen van de bevolking was ook een van de essentiële middelen om de uitbraak onder controle te krijgen.¹¹² Om een efficiënte isolatie en een goed contactonderzoek te garanderen, was het ook van cruciaal belang om de tijd tussen de monsternamen en de resultaten te verkorten. In het EU-gezondheidsparaatheidsplan werd aanbevolen dat landen zouden streven naar een doorlooptijd (Turn-Around-Time of TAT) van 24 uur (van het verzoek om getest te worden tot de mededeling van het testresultaat).¹¹³ De TAT kan worden opgesplitst in twee verschillende fasen: de tijd die nodig is vanaf het voorschrijven van een test tot het moment waarop het monster wordt genomen, en de tijd tussen het nemen van het monster en de mededeling van het testresultaat. De eerste fase is

een indicator van de bemonsteringscapaciteit, terwijl de tweede meer representatief is voor de testcapaciteit.

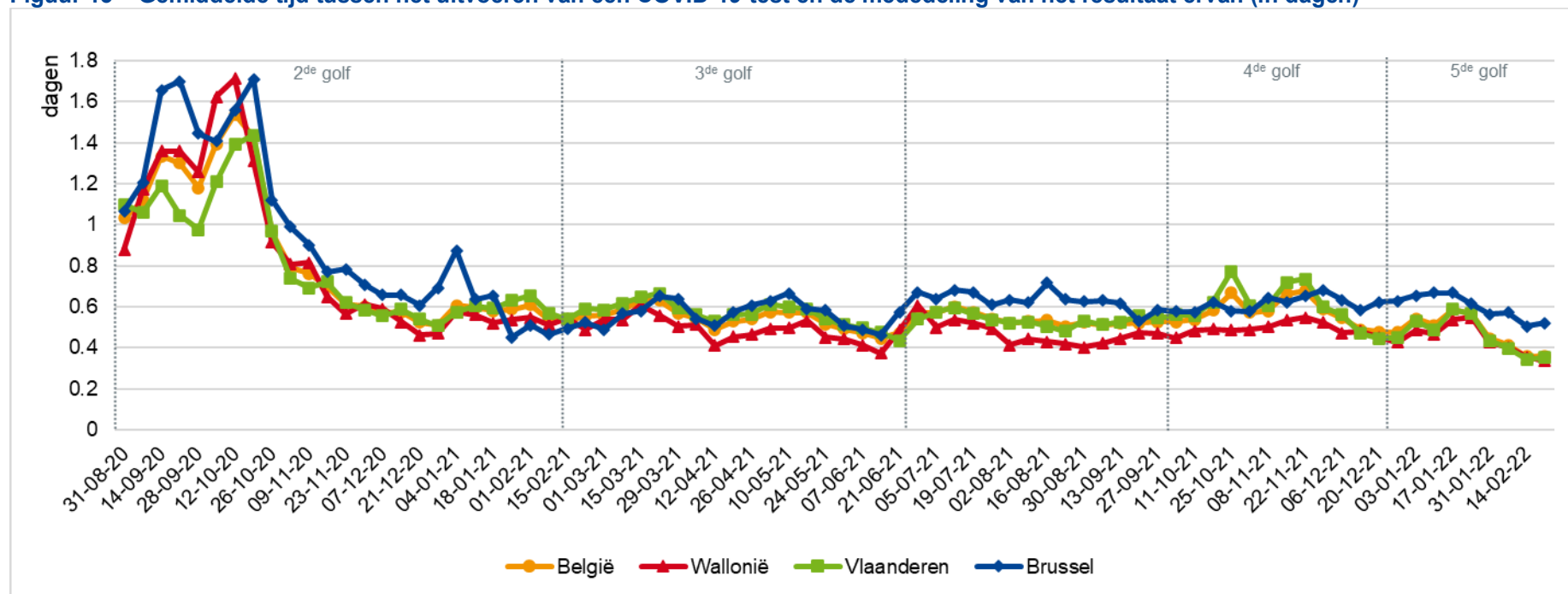
Figuur 13 toont het laatste, d.w.z. de **gemiddelde tijd tussen het uitvoeren van een COVID-19-test en de mededeling van het resultaat ervan (R-8)**. Helaas zijn er vóór september 2020 geen gegevens beschikbaar, zodat de gemiddelde duur tijdens de eerste golf van de COVID-19-pandemie niet kan worden ingeschat. Tijdens de tweede golf (september-oktober 2020) bedroeg de gemiddelde duur tussen de staalafname en het testresultaat 1,54 dagen. Vanaf november 2020 bleef de gemiddelde duur tussen de staalafname en het testresultaat in alle drie de gewesten onder één dag, zelfs wanneer een zeer groot aantal tests werd uitgevoerd. Een deel hiervan kan worden verklaard door de ontwikkeling van snelle diagnostische



hulpmiddelen zoals antigene tests die aan het begin van de pandemie niet bestonden, maar later in toenemende mate werden gebruikt. Aangezien deze manier van staalafname werd gekenmerkt door een bijna onmiddellijke communicatie van het resultaat, verminderde het gebruik ervan de gemiddelde duur tussen de staalafname en het resultaat. Toch vertegenwoordigden deze instrumenten, zelfs in de latere stadia van de pandemie, geen groot deel van de uitgevoerde staalafnamen. Daarom werd de waargenomen vermindering van de gemiddelde duur tussen de staalafname en het testresultaat ook veroorzaakt door een vermindering van de vertragingen bij moleculaire tests.

Wat betreft de vertraging tussen het voorschrijven en de staalafname (secundaire indicator, hier niet weergegeven), bedroeg de gemiddelde duur ongeveer één dag gedurende het grootste deel van het jaar 2021, zodat de gemiddelde TAT hoger bleef dan één dag. Eind 2021 werd de gemiddelde duur tussen voorschrijven en staalafname korter, tot een halve dag in februari 2022. Gedurende die periode was de gemiddelde TAT lager dan één dag.

Figuur 13 – Gemiddelde tijd tussen het uitvoeren van een COVID-19-test en de mededeling van het resultaat ervan (in dagen)



Bron: Sciensano



Contactopvolging is ook een belangrijk hulpmiddel voor de volksgezondheid dat werd ontwikkeld om de verspreiding van COVID-19 onder controle te houden. Veel landen slaagden er echter niet in om het effectief te implementeren.¹¹⁴ Er kunnen in elke fase van het proces vertragingen optreden: tussen het begin van de symptomen en het testen, tussen het testen en de resultaten, en tussen een positief testresultaat en het begin van de contactopvolging. Om de overdracht van COVID-19 te onderbreken, raadde het ECDC aan om “contactonderzoek voor zoveel mogelijk gevallen zo snel mogelijk uit te voeren”.¹¹⁵

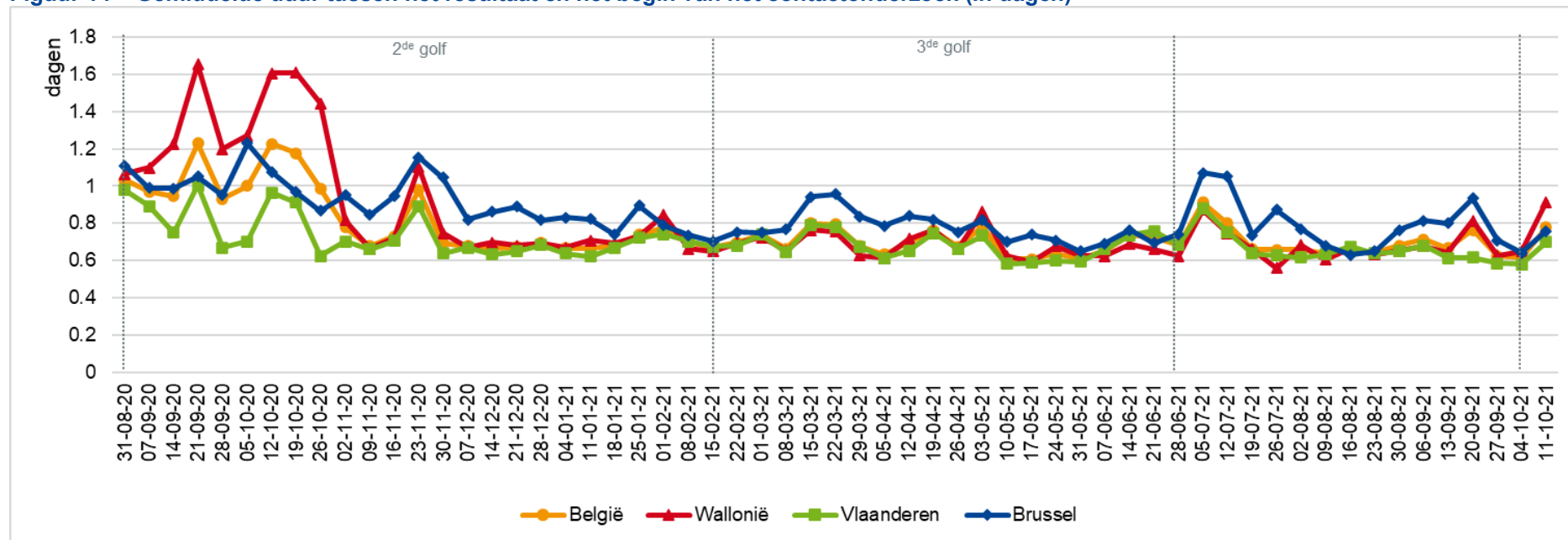
Om dit in België op te volgen, meten we de gemiddelde duur tussen het positieve COVID-19-testresultaat en het begin van de contactopvolging (R-9, zie Figuur 14). De Sciensano-testdatabase werd gekoppeld aan de contactopvolgingsdatabase via het unieke gepseudonimiseerde rijksregisternummer. Helaas zijn er vóór september 2020 geen gegevens beschikbaar, zodat de indicator niet kan worden berekend voor de periode die overeenkomt met de eerste COVID-19-golf. Bovendien wordt de duur tussen een positief testresultaat en het begin van het contactonderzoek alleen berekend voor indexpatiënten (d.w.z. personen met een positieve diagnostische test) die effectief werden gecontacteerd. Aangezien het percentage indexpatiënten dat niet kon worden bereikt in de loop van de tijd varieert en afhankelijk is van het aantal gevallen waarmee contact moet worden opgenomen, zijn de resultaten niet in alle perioden vergelijkbaar. Het percentage indexpatiënten dat niet kon worden bereikt, bleef relatief constant (rond 8%-9%) tussen september 2020 (daarvoor waren geen

gegevens beschikbaar) en medio oktober 2021. Dit percentage was echter hoger eind 2021 en begin 2022 (delta- en omicronvariant) vanwege een zeer hoog aantal indexpatiënten. Het was bijvoorbeeld 17,2% in de week van 18 oktober 2021, 45,8% in de week van 29 november 2021, en bereikte 67,0% in de week van 15 november 2022.¹¹⁶⁻¹¹⁸ Gedurende deze periode werden er verschillende strategieën gebruikt om prioriteit te geven aan de indexpatiënten waarmee contact moet worden opgenomen (bijvoorbeeld op basis van de leeftijd, de virusbelasting, de datum van bemonstering of de COVID-19-incidentie in het gebied) en werden er alternatieve methoden ingezet om contact op te nemen met indexpatiënten via sms en een onlinetool. Als gevolg hiervan is het meten van de gemiddelde duur tussen een positief testresultaat en het begin van het contactonderzoek minder relevant voor deze periode en konden de resultaten niet worden vergeleken met de resultaten verkregen vóór oktober 2021. Om die reden wordt de indicator alleen berekend vanaf week 36 van 2020 (week van 31 augustus 2020) tot en met week 41 van 2021 (week van 11 oktober 2021).

Gedurende het grootste deel van de onderzoeksperiode was de gemiddelde duur tussen het resultaat en het begin van het contactonderzoek korter dan één dag in alle drie de gewesten van België. Hij was het hoogst, met een maximum van 1,23 dagen, aan het begin van de contactopvolgingsperiode (september-oktober 2020), toen een groot aantal personen gecontacteerd moest worden. Het is niet mogelijk om te evalueren of deze hoger was of niet vóór september 2020.



Figuur 14 – Gemiddelde duur tussen het resultaat en het begin van het contactonderzoek (in dagen)



Bron: Sciensano

De snelle ontwikkeling en inzet van vaccins waren ook belangrijke elementen die bijdroegen aan het beheer van de pandemie.¹⁷ De dekking van COVID-19-vaccinatie bij de volwassen bevolking en bij specifieke groepen (65+, 85+ enz.) werd op grote schaal gemonitord met behulp van indicatoren zoals het percentage van de bevolking dat de primaire vaccinatie heeft gekregen, of de primaire en boostervaccinaties.¹¹⁹ Naarmate de tijd verstrijkt en een groot deel van de bevolking is gevaccineerd, lijkt het echter minder relevant om deze indicatoren te blijven monitoren. Om de evolutie van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem met betrekking tot COVID-19-vaccinatie te beoordelen, gebruiken we het percentage van de bevolking dat in de laatste zes maanden ten minste één vaccindosis heeft

ontvangen (volwassen populatie: R-10, zie Figuur 15; bevolking 65 jaar of ouder: R-11, zie Figuur 16).

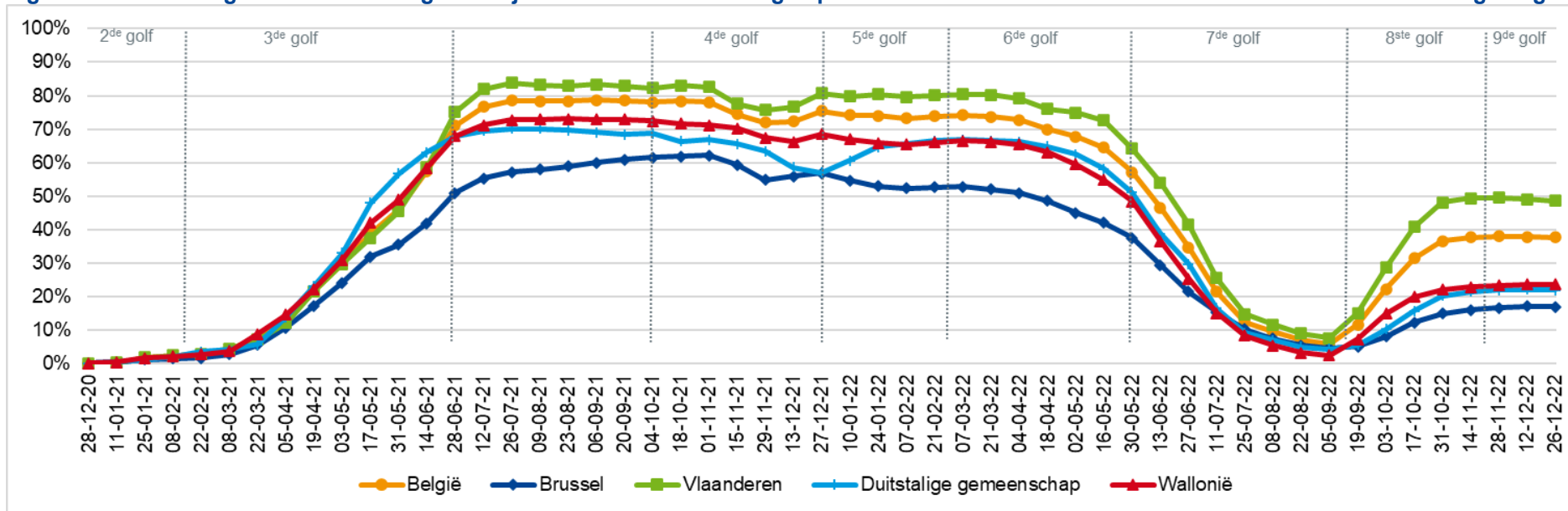
De relevantie van deze indicatoren is sterk afhankelijk van het stadium van de pandemie en het type variant dat overheerst. Met name aan het begin van de vaccinatiecampagne werd geadviseerd om een korte wachttijd tussen de dosissen in te lassen om een snelle bescherming van de bevolking te garanderen. De eerste booster werd geadviseerd voor de hele volwassen populatie en werd voornamelijk in de winter gegeven. Zodra de acute fase voorbij was, werd een jaarlijkse booster, vóór elke winter, geadviseerd voor risicogroepen. Daarom is het interval van zes maanden relevant om in de winter te analyseren, maar is het in de zomer minder



relevant. Integendeel, het aantal personen dat in de zomer een vaccindosis ontvangt, moet worden verminderd, omdat deze personen in de winter te maken zouden krijgen met een verminderde doeltreffendheid van het vaccin. Bovendien wordt vaccinatie vooral geadviseerd om bescherming te bieden tegen agressieve varianten en moet deze op het juiste moment worden uitgevoerd om ervoor te zorgen dat deze is aangepast aan de betreffende variant. Daarom moet de hoofdindicator genuanceerd worden geïnterpreteerd, rekening houdend met zowel de periode van het jaar als het dominante type variant.

In België werd de overgrote meerderheid (>97%) van de personen van 65 jaar of ouder gevaccineerd met de primaire vaccinatie. Het aandeel bereikte 89,3% voor de totale volwassen bevolking (18 jaar of ouder), wat boven het gemiddelde lag van de EU-27-landen (77,0%). Ook werd meer dan 90% van de personen van 65 jaar of ouder gevaccineerd met de primaire vaccinatie en de eerste booster. Het aandeel bereikte 76,3% voor de volwassen

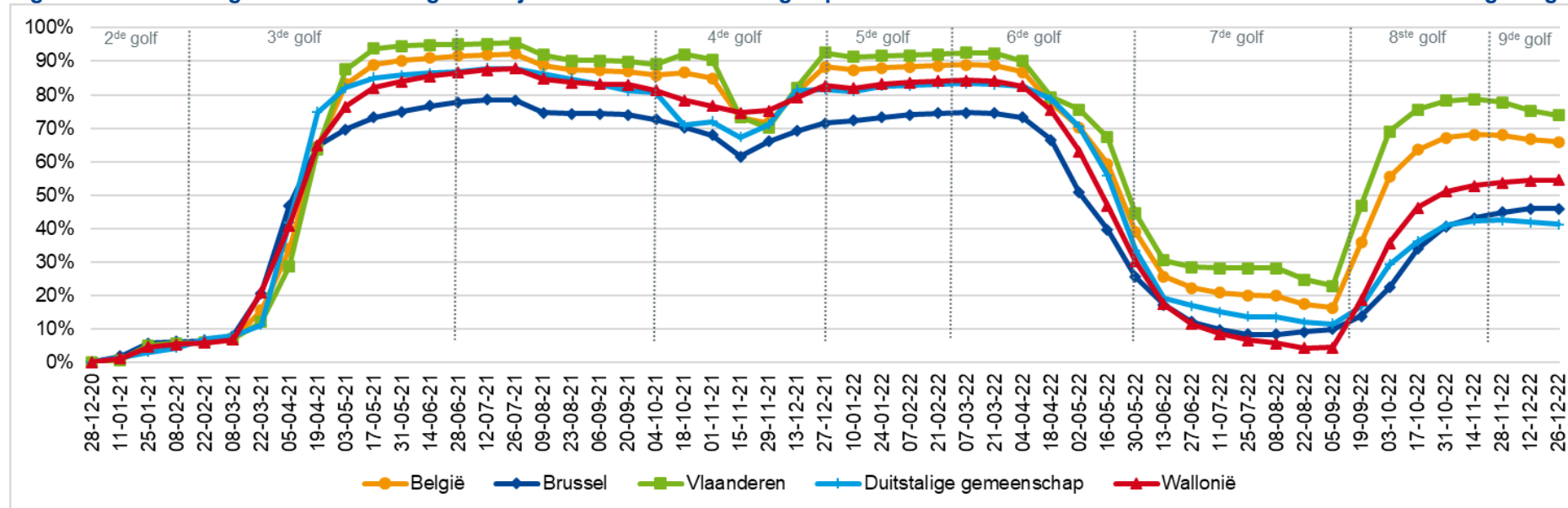
bevolking, wat boven het gemiddelde lag van de EU-27-landen (65,4%) en de EU-14-landen (73,1%). Na de eerste boostercampagne werd een daling waargenomen in het aandeel van de bevolking dat in de laatste zes maanden ten minste één dosis had gekregen. Als gevolg van de tweede en derde boostercampagnes nam dit aandeel later toe, maar bleef het grotendeels onder het vorige niveau (er werd een maximum van 68,1% bereikt voor de leeftijdsgroep 65+ jaar en 38,0% voor de volwassen bevolking). Eind 2022 had 65,8% van de personen van 65 jaar en 37,6% van de volwassenen van 18 jaar of ouder in de laatste zes maanden minstens één dosis gekregen. Deze verhoudingen waren 73,8% en 48,6% in Vlaanderen, 54,4% en 23,6% in Wallonië (exclusief Duitstalige Gemeenschap), 41,3% en 21,9% in de Duitstalige Gemeenschap en 45,9% en 17,0% in Brussel.

**Figuur 15 – Percentage van de bevolking van 18 jaar en ouder dat in de afgelopen zes maanden ten minste één dosis COVID-19-vaccin heeft gekregen**

Bron: Sciensano



Figuur 16 – Percentage van de bevolking van 65 jaar en ouder dat in de afgelopen zes maanden ten minste één dosis COVID-19-vaccin heeft gekregen



Bron: Sciensano



Tabel 19 – Veerkracht van het gezondheidssysteem

(ID) Indicator	Score	België	Vlaanderen	Wallonië*	Brussel	Periode	Bron
R-1 NEW Hulp- en zorgverleners die overwegen om het beroep te verlaten (% respondenten (score ≥ 7 op een schaal van 0 tot 10) Power to Care)		Vóór de schok? Slechtste 27,6% Beste 15,2% Recent 27,6%	Vóór de schok? Slechtste 28,6% Beste 15,3% Recent 28,6%	Vóór de schok? Slechtste 26,7% Beste 23,1%** Recent 24,0%	Vóór de schok? Slechtste 27,5% Beste 9,3% Recent 22,8%	04/20-09/21 (** Wallonië 12/20- 09/21)	Sciensano (Power to Care)
R-2 NEW Aantal gesloten ziekenhuisbedden (wegens arbeidsverzuim van het personeel of overmacht)		Vóór de schok? Slechtste 10,1% Beste 5,4% Recent 7,2%	Vóór de schok? Slechtste 10,5% Beste 4,9% Recent 6,4%	Vóór de schok? Slechtste 9,3% Beste 5,5% Recent 8,7%	Vóór de schok? Slechtste 12,2% Beste 7,1% Recent 7,1%	22/11/21- 31/12/22	FOD Volksgezondheid (ICMS)
R-3 Aantal vacatures voor verpleegkundigen in ziekenhuizen		Vóór de schok 1.636,9 Slechtste 2.675,7 Beste 2.258,3 Recent 2.572,1	Vóór de schok 908,3 Slechtste 1.390,2 Beste 1.176,7 Recent 1.293,6	Vóór de schok 387,5 Slechtste 724,9 Beste 593,9 Recent 704,6	Vóór de schok 341,1 Slechtste 560,5 Beste 487,8 Recent 573,9	31/12/19- 31/12/21	FOD Volksgezondheid
R-4 NEW Aantal chirurgische prestaties essentieel voor het ziekenhuis (basis 2019 = 100)		Vóór de schok 100 Slechtste 56,9 Beste 112,1 Recent 90,4	Vóór de schok 100 Slechtste 60,5 Beste 111,6 Recent 93,7	Vóór de schok 100 Slechtste 53,7 Beste 115,7 Recent 88,8	Vóór de schok 100 Slechtste 51,1 Beste 114,7 Recent 89,4	03/20-01/23	RIZIV (Audit Ziekenhuizen)
R-5 NEW Aantal nieuwe diagnoses van invasieve kankers (per maand) (als percentage van het aantal nieuwe diagnoses van invasieve kankers in de pre-COVID-periode)		Vóór de schok 100% Slechtste 61,0% Beste 119,9% Recent 112,2%	Vóór de schok 100% Slechtste 63,2% Beste 123,4% Recent 114,1%	Vóór de schok 100% Slechtste 59,4% Beste 114,2% Recent 109,5%	Vóór de schok 100% Slechtste 51,7% Beste 119,8 Recent 109,4%	01/20-12/21	Belgisch Kankerregister
R-6 NEW Ziekenhuizen waar de bezettingsgraad van erkende IZ-bedden voor COVID-19-patiënten hoger is dan 60% (% van de algemene ziekenhuizen met erkende IZ-bedden)		Vóór de schok? Slechtste 80,6% Beste 0% Recent 0%	Vóór de schok? Slechtste 76,5% Beste 0% Recent 0%	Vóór de schok? Slechtste 100% Beste 0% Recent 0%	Vóór de schok? Slechtste 90,9% Beste 0% Recent 0%	20/03/20- 31/12/22	FOD Volksgezondheid (ICMS- en SC-enquête)
R-7 NEW Aantal contacten met een huisarts (teleconsultaties inbegrepen) (als percentage van het totale aantal contacten met een huisarts in de pre-COVID-periode)		Vóór de schok 100% Slechtste 84,5% Beste 133,1% Recent 120,0%	Vóór de schok 100% Slechtste 82,5% Beste 129,7% Recent 116,0%	Vóór de schok 100% Slechtste 87,1% Beste 140,5% Recent 127,2%	Vóór de schok 100% Slechtste 85,2% Beste 141,8% Recent 127,6%	01/20-12/21	RIZIV



R-8 NEW	Gemiddelde tijd tussen het uitvoeren van een COVID-test en de mededeling van het resultaat ervan (dagen)	●	Slechtste 1,54 Beste 0,36 Recent 0,36	Slechtste 1,44 Beste 0,34 Recent 0,35	Slechtste 1,71 Beste 0,34 Recent 0,34	Slechtste 1,71 Beste 0,45 Recent 0,52	31/08/20- 21/02/22	Sciensano
R-9 NEW	Gemiddelde tijd tussen een positieve COVID-test en het begin van het contactonderzoek (dagen)	●	Slechtste 1,23 Beste 0,61 Recent 0,78	Slechtste 1,01 Beste 0,58 Recent 0,70	Slechtste 1,65 Beste 0,56 Recent 0,91	Slechtste 1,23 Beste 0,63 Recent 0,76	31/08/20- 11/10/21	Sciensano
R-10 NEW	COVID-19-vaccinatie in de laatste zes maanden (minstens één dosis, % van de bevolking)	●	Beste 78,7% Recent 37,6%	Beste 83,8% Recent 48,6%	Beste 73,0% Recent 23,6%	Beste 62,2% Recent 17,0%	28/12/20- 19/11/22	Sciensano
R-11 NEW	COVID-19-vaccinatie in de laatste zes maanden (minstens één dosis, % van de oudere bevolking (≥ 65 jaar))	●	Beste 92,3% Recent 65,8%	Beste 95,5% Recent 73,8%	Beste 87,8% Recent 54,5%	Beste 78,6% Recent 45,9%	28/12/20- 19/11/22	Sciensano

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). * Voor R-10 en R-11, exclusief Duitstalige Gemeenschap.

8.4 Impact van de COVID-19-crisis op andere HSPA-indicatoren

Naast de hierboven geïdentificeerde schokken had de COVID-19-crisis een impact op veel indicatoren en dimensies van de performantie van het gezondheidssysteem. Omdat herhaaldelijke data ontbreken, is het echter niet mogelijk om de omvang van de schok, de duur van de disruptie en de omvang van de reparatie voor alle indicatoren te meten. Desalniettemin toont Tabel 20 een vergelijking tussen de resultaten vóór en na/tijdens de COVID-19-pandemie voor een selectie van relevante indicatoren die in andere dimensies van het Belgische HSPA-kader zijn geïdentificeerd.

Kwaliteit

Tussen 2016 en 2020 werd een daling van het totale gebruik van antibiotica in de ambulante sector in België (QA-3) waargenomen, maar 2020 laat een scherpere daling zien (van 19,7 naar 15,2 DDD per 1.000 inwoners per dag). Deze daling kan worden verklaard door verschillende elementen, waaronder een vermindering van sociale contacten en dus van de overdracht van overdraagbare ziekten en een vermindering van het aantal contacten met huisartsen. De tendens herstelde zich echter in 2021 en in de komende

jaren zal de consumptie waarschijnlijk terugkeren naar het niveau van voor de crisis.

Beeldvormingstechnieken voor de wervelkolom (QA-6) daalden van 10.153 onderzoeken voor 100.000 inwoners in 2019 naar 8.004 in 2020, zoals waargenomen voor veel andere ziekenhuisdiensten tijdens de pandemie. In 2021 is het aantal onderzoeken gestegen tot een niveau tussen 2019 en 2020 (9.421 onderzoeken per 100.000 inwoners).

Het ziekenhuisopnamepercentage voor astma (QE-1) en voor COPD (QE-10) daalde voor beide sterk in 2020 in vergelijking met 2019, van 23,6 naar 13,5 per 100.000 inwoners voor astma en van 277,3 naar 180,5 per 100.000 inwoners voor COPD. Dit is in overeenstemming met de vermindering van de reguliere zorg in het ziekenhuis die werd waargenomen tijdens de COVID-19-golven (zie bijvoorbeeld R-4 hierboven). In 2021 bleef het ziekenhuisopnamepercentage voor astma dicht bij de waarde voor 2020 (13,7 per 100.000 inwoners), terwijl het ziekenhuisopnamepercentage voor COPD verder daalde (169,8 per 100.000 inwoners).



Efficiëntie

De gemiddelde verblijfsduur voor een normale bevalling (E-2) daalde van 2,99 dagen in 2019 naar 2,71 dagen in 2020. Dit kan ten minste gedeeltelijk worden verklaard door de maatregelen die tijdens de COVID-19-pandemie werden genomen, zoals vroegtijdig ontslag of beperkte bezoeken. Het is ook mogelijk dat dit leidde tot meer langdurige veranderingen in de houding ten opzichte van vroegtijdig ontslag. In 2021 was de gemiddelde verblijfsduur voor een normale bevalling stabiel (2,69 dagen) in vergelijking met 2020.

Toegankelijkheid

De eigen betalingen namen af als gevolg van de lockdowns en het uitstellen van niet-dringende zorg als reactie op COVID-19. In relatieve termen vertoonden de eigen betalingen als aandeel van de totale gezondheidsuitgaven (A-2) en de eigen betalingen voor gezondheid als aandeel van het totale huishoudbudget (A-3) een belangrijke dip in 2020 en een kleine remonte in 2021. Interessant is dat het EU-gemiddelde van de eigen betalingen voor gezondheid als aandeel van het totale huishoudbudget geen dip vertoonde zoals in België, maar eerder een lichte stijging.

COVID-19 had ook een diepgaande impact op de eigen betalingen voor ziekenhuiszorg (A-5), met vergelijkbare krimpprocentages voor remgelden en supplementen, voor intramurale zorg en dagziekenhuis. De remonte verschilde echter met lagere groeicijfers voor intramurale zorg en remgelden in vergelijking met dagziekenhuis en supplementen. Het gecombineerde effect was een daling van het aandeel eigen betalingen voor ziekenhuisuitgaven van 18,6% in 2019 tot 17,1% in 2020 en vervolgens een remonte tot 17,6% in 2021.

De COVID-19-crisis had een impact op het uitstel van zorg in het algemeen, maar niet op de neerwaartse tendens in zelfgerapporteerde onvervulde behoeften om financiële redenen (A-6 en A-7). De COVID-19-gerelateerde maatregelen zoals de lockdowns en een vermindering van niet-dringende zorg hadden een impact op de toegang tot medische en tandheelkundige zorg. De impact is bijzonder uitgesproken in de EU-SILC-golf van 2021, met een aanzienlijk hoger aandeel personen van 16 jaar en ouder die in de

afgelopen 12 maanden (d.w.z. in de loop van 2020 en begin 2021) om alle redenen samen medische zorg (resp. tandheelkundige zorg) nodig hadden, maar niet konden ontvangen: 2,2% in 2020, 3,0% in 2021 en 1,6% in 2022 (resp. 4,8% in 2020, 5,9% in 2021 en 3,9% in 2022). Bij het onderzoeken van de redenen van onvervulde behoeften werden echter niet financiële redenen, maar “andere redenen” en “wachlijsten” genoemd als belangrijkste reden voor ontoegankelijkheid van zorg. Het percentage respondenten met zelfgerapporteerde onvervulde medische behoeften vanwege wachlijsten (A-13B en A-14B) steeg van 0,0%-0,1% in de vier voorgaande jaren (2017-2020) naar 0,5%-0,6% in 2021. In 2022 keerden deze percentages terug naar hun pre-COVID-niveaus.

Duurzaamheid

Tijdens de COVID-19-pandemie werd een toename van de overheidsfinanciering van gezondheidszorg waargenomen. Als percentage van de totale gezondheidsuitgaven steeg de overheidsfinanciering van gezondheidszorg (S-3) tussen 2019 en 2020 met 2,67 procentpunten. Dit werd voornamelijk gefinancierd door een toename van de overdrachten van binnenlandse overheidsinkomsten.

Preventieve zorg

Er werd een aanzienlijke daling van de geschatte incidentie van mazelen (P-5) waargenomen (van 38,1 gevallen per miljoen tot 4,0 gevallen per miljoen), wat waarschijnlijk te wijten is aan de beperkingen die werden ingevoerd om de overdracht van COVID-19 te stoppen. Onderrapportering of vertragingen bij de melding van mazelen tijdens de COVID-19-epidemie kunnen echter niet worden uitgesloten. Deze daling zette zich door in 2021 (0,4 gevallen per miljoen). Anderzijds wordt een toename van de vermijdbare sterftecijfers (P-13) waargenomen als gevolg van de toevoeging van COVID-19 als vermijdbare doodsoorzaak.

Borstkankerscreening (P-6 en P-7) vertraagde ook als gevolg van de COVID-19-crisis (zie ook R-6 hierboven). Het percentage vrouwen tussen 50 en 69 jaar dat een borstkankerscreening onderging, daalde in 2020 ten opzichte van 2019. In 2021 wordt een hersteleffect waargenomen, hoewel de percentages nog steeds lager zijn dan in 2019. Op dezelfde manier



daalde het percentage van de bevolking van 3 jaar en ouder met regelmatige contacten met een tandarts (P-11) in 2020 ten opzichte van 2019 (van 55,7% naar 54,4%). Er werd echter geen direct hersteleffect waargenomen, omdat het in 2021 bleef dalen (53,8%).

Griepvaccinatie (P-4) profiteerde van een verhoogd bewustzijn tijdens de COVID-19-periode, zodat het percentage van de bevolking van 65 jaar en ouder dat werd gevaccineerd, steeg van 52,9% in 2019 tot 62,1% in 2020. In 2021 daalde het naar 57,3%, wat nog steeds hoger is dan in 2019.

Zorg voor ouderen

Het aandeel van de bevolking van 65 jaar en ouder dat langdurige zorg thuis (OLD-2) ontving, was in 2020 licht gedaald ten opzichte van 2019 (van 7,6% naar 7,3%), waarschijnlijk als gevolg van de COVID-19-pandemie. In 2021 steeg dit aandeel weer naar het niveau van 2019 (7,6%).

Zorg aan het levenseinde

In de periode 2008-2019 was het aandeel kankerpatiënten dat thuis overleed (EOL-4) min of meer stabiel. In 2020 was er echter een stijging tot 28,6% (van 22,6% in 2019), wellicht gelinkt aan de COVID-19-pandemie. Er zijn nog geen verdere gegevens beschikbaar.

Tabel 20 – Impact van de COVID-19-crisis op andere HSPA-indicatoren

ID	Indicator	Pre-COVID-waarde	Jaar	COVID-waarde	Jaar	Post-COVID-waarde	Jaar
Kwaliteit							
QA-3	Gebruik van antibiotica (totale DDD/1.000 inwoners/dag)	19,7	2019	15,2	2020	16,0	2021
QA-6	Beeldvorming lumbale wervelkolom (Rx, CT-scan, MRI per 100.000 inwoners)	10.153	2019	8.004	2020	9.421	2021
QE-1	Hospitalisaties voor astma bij volwassenen (opnamepercentage per 100.000 inwoners)	23,6	2019	13,5	2020	13,7	2021
QE-10	Hospitalisaties voor COPD bij volwassenen (opnamepercentage per 100.000 inwoners)	277,3	2019	180,5	2020	169,8	2021
Efficiëntie							
E-2	Gemiddelde verblijfsduur voor normale bevalling (dagen)	3,0	2019	2,7	2020	2,7	2021
Toegankelijkheid							



A-2	Eigen betalingen voor gezondheidszorg (% van de totale gezondheidsuitgaven)	19,8	2019	17,4	2020	17,9	2021
A-3	Eigen betalingen voor medische zorg (% van het totale huishoudbudget)	4,0	2019	3,6	2020	3,7	2021
A-5	Eigen bijdragen aan ziekenhuisverblijven (% van het totaal aan uitgaven voor ziekenhuiszorg (exclusief budgettaire twaalfden)	18,6	2019	17,1	2020	17,6	2021
A-13b NEW	Personen met zelfgerapporteerde onvervulde behoeften voor medische zorg met wachttijd als belangrijkste reden (% van de respondenten, EU-SILC)	0,0	2020	0,5	2021	0,0	2022
A-14b NEW	Personen met zelfgerapporteerde onvervulde behoeften voor tandheelkundige zorg met wachtlijst als belangrijkste reden (% van de respondenten, EU-SILC)	0,0	2020	0,6	2021	0,1	2022
Duurzaamheid							
S-3	Financiering van gezondheidsuitgaven door de publieke sector (% van de lopende gezondheidsuitgaven)	75,3	2019	77,9	2020	77,6	2021
Preventieve zorg							
P-4	Griepvaccinatie (% van de bevolking ≥ 65 jaar)	52,9	2019	62,1	2020	57,3	2021
P-5	Incidentie van mazelen (nieuwe gevallen/miljoen inwoners)	38,1	2019	4,0	2020	0,4	2021
P-6	Borstkankerscreening (% vrouwen van 50-69 jaar)	61,0	2019	57,7	2020	59,0	2021
P-7	Borstkankerscreening - georganiseerd programma (% vrouwen van 50-69 jaar)	32,3	2019	30,3	2020	31,5	2021
P-11	Regelmatig tandartsbezoek (% van de bevolking ≥ 3 jaar)	55,7	2019	54,4	2020	53,8	2021
P-13a	Vermijdbare sterfte, mannen (/100 000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd)	193,4	2019	243,1	2020	-	-
P-13b	Vermijdbare sterfte, vrouwen (/100 000 inwoners, gecorrigeerd voor leeftijd)	91,6	2019	113,8	2020	-	-
Zorg voor ouderen							
OLD-2	Thuiszorg (% van de bevolking ≥ 65 jaar)	7,6	2019	7,3	2020	7,6	2021
Zorg aan het levenseinde							
EOL-4	Overlijden in de vertrouwde omgeving (thuis of in woonzorgcentrum) (% van kankerpatiënten met slechte prognose die stierven)	22,6	2019	28,6	2020	-	-



8.5 Andere indicatoren voor de veerkracht van het gezondheidssysteem

Paraatheid is een element van de veerkracht van het gezondheidssysteem. Tabel 21 beschrijft twee indicatoren van paraatheid die niet specifiek zijn voor de COVID-19-pandemie: de waargenomen waarschijnlijkheid dat de overheid voorbereid zou zijn op de volgende pandemie (R-13) en de paraatheid van het land voor risico's voor de volksgezondheid en ernstige incidenten (R-14). In 2021 gaf ongeveer 37% van de Belgische respondenten van de OESO-enquête over de drijvende krachten achter het vertrouwen in openbare instellingen ("Trust Survey") aan erop te vertrouwen dat de overheid voorbereid zou zijn op de volgende pandemie, wat lager was dan in de EU-14- (49%) en EU-27-landen (48%). Met behulp van een zelfbeoordelingstool geeft de gemiddelde score van de Internationale Gezondheidsvoorschriften (International Health Regulations of IHR) voor alle capaciteiten informatie over de paraatheid van een land voor risico's voor de volksgezondheid en ernstige incidenten. In 2022 was de gemiddelde IHR-score voor alle capaciteiten in België (63%) lager dan zowel de gemiddelde scores van de EU-14 (77%) als de EU-27 (76%) landen. De

laagste IHR-capaciteitsscores van België waren voor "Beleid, wettelijke en normatieve instrumenten om IHR te implementeren", "IHR-coördinatie, functies van het nationale IHR-focuspunt en belangenbehartiging", "Zoönotische ziekten" en "Voedselveiligheid".

Tabel 21 bevat ook een indicator over de vorming van een personeelsreserve (R-12). Deze indicator werd zeer relevant geacht om de veerkracht in de context van de COVID-19-pandemie te beoordelen, maar omdat er geen herhaalde gegevens beschikbaar waren, werd deze niet opgenomen in de bovenstaande analyse. Tijdens de COVID-19-pandemie heeft België reservelijsten opgesteld ter ondersteuning van de daadwerkelijk praktiserende gezondheidswerkers, waarbij registratie mogelijk was via speciale platformen. Op basis van gegevens van de gefedereerde entiteiten blijkt dat bijna 19.000 zorgprofessionals zich op deze platformen hadden geregistreerd: 12.779 werden geregistreerd in Vlaanderen op 28 april 2021, 5.865 nieuwe registraties werden gedaan in Wallonië tussen 2020 en 2022, 133 registraties werden gedaan in Brussel tussen augustus 2020 en december 2020 en 37 registraties werden gedaan voor de Duitstalige Gemeenschap (geen referentieperiode opgegeven).

Tabel 21 – Andere indicatoren voor de veerkracht van het gezondheidssysteem

(ID) Indicator	Score	Jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussel	Duitse Gemeenschap	Bron
R-12 NEW Aantal zorgprofessionals geregistreerd in personeelsreserve	C	2020-2021	~12.779	~5.865	~133	~37	Gefedereerde entiteiten
(ID) Indicator	Score	België	Jaar	Bron	EU-14	EU-27	
R-13 NEW Mensen die van mening zijn dat de regering waarschijnlijk voorbereid is op een volgende pandemie (% respondenten, Trust-enquête)		37	2021	Trust Survey van de OESO	49	48	
R-14 NEW Paraatheid van het land voor risico's voor de volksgezondheid en ernstige incidenten (gemiddelde score op een schaal van 1 tot 100)		63	2022	SPAR, WGO	77	76	

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).



8.6 Besluit

Zoals in veel andere landen, werd de performantie van het Belgische gezondheidssysteem beïnvloed door de COVID-19-pandemie. Tijdens de eerste golven van de epidemie vertoonden indicatoren met betrekking tot arbeidskrachten, essentiële gezondheidsdiensten en routinematige publieke gezondheidsdiensten grote disrupties. Na deze schok toonde het systeem echter enige veerkracht en een grote groep indicatoren keerde min of meer snel terug naar het niveau van voor de crisis. Hoewel het voorbarig is om de omvang van de remonte na de crisis te beoordelen, zijn de resultaten voor veel HSPA-indicatoren in 2021 beter dan in 2020 en soms zelfs terug op het niveau van 2019. Het Belgische gezondheidssysteem heeft zich ook kunnen aanpassen en transformeren, bijvoorbeeld door overbevolking op IZ te beperken dankzij overplaatsingen tussen ziekenhuizen, door teleconsultaties te ontwikkelen en door vaccinatieprogramma's te implementeren.

Voor indicatoren met betrekking tot het vermogen van het systeem om voor voldoende personeel te zorgen, is de situatie echter alarmerender. In dit hoofdstuk worden indicatoren geanalyseerd die het welzijn en het ziekteverzuim van zorgprofessionals meten. Hoewel deze indicatoren onvolmaakt zijn en slechts gedeeltelijk het welzijn en het ziekteverzuim meten, kan er nog geen remonte worden waargenomen.

Ook is het vertrouwen in de paraatheid van de overheid voor toekomstige crisissen beperkt.

9 PREVENTIEVE ZORG

Preventieve zorg omvat twee soorten interventies. Enerzijds is er primaire preventie, die als doel heeft het ontstaan van een ziekte te verminderen of ze uit te roeien (dit is bv. het doel van vaccinatie). In het kader van dit HSPA-rapport wordt alleen primaire preventie beschreven die door het gezondheidssysteem wordt georganiseerd. Anderzijds is er secundaire preventie, die tot doel heeft een ziekte in een vroeg stadium op te sporen, om zo vroeg mogelijk met de behandeling te kunnen beginnen en om zo de gevolgen op vlak van mortaliteit en morbiditeit/invaliditeit te beperken (dit is bv. het doel van kankerscreening of een routinecontrole bij de tandarts).

In dit rapport behandelen we op vlak van primaire preventie een aantal vaccinaties voor ziekten bij kinderen en bij oudere mensen. Op vlak van secundaire preventie behandelen we de screening van sommige kankers en preventieve tandheelkundige zorg. Op één na zijn alle indicatoren in Tabel 22 procesindicatoren die de dekkingsgraad van preventieve zorg evalueren. Eén indicator - de incidentie van mazelen - vertegenwoordigt een uitkomstindicator van preventie.

Het is opmerkelijk dat de organisatie van preventieve interventies voornamelijk in handen is van de gefedereerde entiteiten, met enige betrokkenheid van de federale overheid voor sommige terugbetalingen. Afhankelijk van de thema's kunnen de gewestelijke programma's vrij gelijkaardig zijn in de verschillende gewesten (zoals vaccinaties bij kinderen, borstkankerscreening) of meer of minder belangrijke verschillen vertonen. Om deze reden moet de evaluatie van de performantie ook op gewestelijk niveau worden uitgevoerd, zelfs als een nationaal resultaat werd berekend.

Kinder- en jongeren vaccinatie

België doet het vrij goed op vlak van kindervaccinatie: de dekking van het volledige vaccinatieschema voor DTP en polio (4 dosissen) bedraagt ongeveer 94%, wat echter iets lager is dan de gezondheidsdoelstelling voor polio en pertussis (95%). Voor pertussis worden nog steeds veel kleine uitbraken waargenomen. De dekking van de pneumokokkenvaccinatie wordt beschouwd als voldoende.