

Controlecompendium

| Volksgezondheid

Tussen 2014 en 2019 gepubliceerde controleverslagen

December 2019

A dark grey circle containing the white letters 'NL'.

Contact: www.contactcommittee.eu

© Europese Unie, 2019.

Reproductie met bronvermelding is toegestaan.

Bron: Contactcomité van de hoge controle instanties van de Europese Unie.

Voor iedere vorm van gebruik of reproductie van het volgende materiaal dient rechtstreeks toestemming aan de auteursrechthebbenden te worden gevraagd:

Figuren 1, 6 en 8: © OESO/Europese Unie, 2018.

Figuren 2, 3, 7, 9, 12, 13 en 14: © OESO.

Figuur 4: © Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

	Blz.
Voorwoord	7
Samenvatting	9
DEEL I – Volksgezondheid in de EU	10
Volksgezondheid – het leven langer en levendiger maken	11
Gezondheidsbeleid van de EU	12
Rechtsgrondslag en verantwoordelijkheden	12
Beleidsdoelstellingen	13
Financiering	14
Volksgezondheid in de EU-lidstaten	15
Preventie en bescherming	16
Toegang tot gezondheidszorg	21
De kwaliteit van de gezondheidsdiensten	24
Nieuwe technologieën en e-gezondheid	27
Budgettaire houdbaarheid en andere financiële aspecten	32
DEEL II – Overzicht van door de HCI's verrichte werkzaamheden	36
Inleiding	37
Controlemethodologie	37
Gecontroleerde periode	37
Preventie en bescherming	40
Controledoelstellingen	40
Belangrijkste controleopmerkingen	40
Toegang tot gezondheidsdiensten	41
Controledoelstellingen	41
Belangrijkste controleopmerkingen	42
De kwaliteit van de gezondheidsdiensten	43

Controledoelstellingen	43
Belangrijkste controleopmerkingen	43
Nieuwe technologieën en e-gezondheid	44
Controledoelstellingen	44
Belangrijkste controleopmerkingen	45
Budgettaire houdbaarheid en andere financiële aspecten	46
Controledoelstellingen	46
Belangrijkste controleopmerkingen	46
Follow-up van controles	47
DEEL III – HCI-verslagen: een kort overzicht	48
Preventie en bescherming	49
België – Rekenhof / Cour des comptes / Rechnungshof	50
Het Vlaams preventief gezondheidsbeleid – evaluatie van het uitvoeringslandschap	50
Frankrijk – Cour des comptes	54
Preventie van zorginfecties: de volgende stappen	54
Polen – Najwyższa Izba Kontroli (NIK)	58
De preventie en behandeling van type 2-diabetes	58
Slovenië – Računsko Sodišče Republike Slovenije	63
Aanpak van obesitas bij kinderen	63
Toegang tot gezondheidsdiensten	67
Duitsland – Bundesrechnungshof	68
Gezondheidsonderzoek nodig naar de waarde van orthodontische behandelingen	68
Litouwen – Valstybės Kontrolė	72
De toegankelijkheid van gezondheidszorg en de patiëntgerichtheid	72
Malta – National Audit Office	77
De huisartsenfunctie – De kern van de eerstelijnsgezondheidszorg	77
Portugal – Tribunal de Contas	82

Toegang van burgers tot gezondheidszorg van de nationale dienst voor gezondheidszorg van Portugal	82
Roemenië – Curtea de Conturi a României	87
Ontwikkeling van gezondheidsinfrastructuur op nationaal, regionaal en lokaal niveau om de toegang tot gezondheidsdiensten te verbeteren	87
Europese Unie – Europese Rekenkamer	91
EU-maatregelen voor grensoverschrijdende gezondheidszorg: hoge ambities, maar beter beheer nodig	91
De kwaliteit van de gezondheidsdiensten	95
Denemarken – Rigsrevisionen	96
Verslag over verschillen in de kwaliteit van de zorg in Deense ziekenhuizen	96
Ierland – Office of the Comptroller and Auditor General	100
Beheer van electieve dagchirurgie	100
Oostenrijk – Rechnungshof	104
Kwaliteitsborging voor artsen	104
Nieuwe technologieën en e-gezondheid	109
Bulgarije – Сметна палата на Република България	110
E-gezondheid	110
Estland – Riigikontroll	115
Activiteiten van de staat ter implementatie van het e-gezondheidssysteem	115
Letland – Valsts Kontrole	119
Is het project “e-gezondheid in Letland” een stap in de goede richting?	119
Budgettaire houdbaarheid en andere financiële aspecten	124
Finland – Valtionalouden Tarkastusvirasto	125
Trendprognoses voor de socialezekerheidsuitgaven	125
Griekenland – Ελεγκτικό Συνέδριο	130
Horizontale thematische controle van de betalingsachterstanden van de staat met betrekking tot ziekenhuizen, de nationale organisatie voor de verlening van gezondheidszorg (ΕΟΠΥΥ) en een regionaal directoraat volksgezondheid	130
Hongarije – Állami Számvevőszék	134

Beknopte analyse van de ervaringen die zijn opgedaan bij controles van ziekenhuizen	134
Italië – Corte dei conti	137
De uitvoering van het buitengewone programma voor de renovatie van gebouwen en de technologische modernisering van de onroerende eigendommen van openbare instellingen voor gezondheidszorg	137
Luxemburg – Cour des comptes	141
Overheidsfinanciering van ziekenhuisinvesteringen	141
Slowakije – Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky	146
Overheidsfinanciën en eigendom van faciliteiten voor gezondheidszorg	146
Spanje – Tribunal de Cuentas	150
Het beheer en de controle van farmaceutische vergoedingen door de algemene Spaanse onderlinge waarborgmaatschappij voor ambtenaren (MUFACE)	150
Tsjechische Republiek – Nejvyšší kontrolní úřad	154
Door geselecteerde ziekenhuizen uitgegeven middelen voor de vergoeding van kosten	154
Lijst van controlewerkzaamheden door deelnemende HCI's sinds 2014 in verband met volksgezondheid	158
Acroniemen en afkortingen	179
Verklarende woordenlijst	181

Voorwoord

Beste lezer,

Het Contactcomité van de hoge controle-instanties HCl's) van de Europese Unie biedt een forum voor het bespreken en aanpakken van aangelegenheden van gemeenschappelijk belang in verband met de controle van de overheidsfinanciën in de EU en haar lidstaten. Door de dialoog en de samenwerking tussen zijn leden te versterken, draagt het Contactcomité bij tot een doeltreffende externe controle van het beleid en de programma's van de EU. Dit helpt ook de verantwoording in de EU en haar lidstaten te versterken en het financieel beheer van de EU en goed bestuur ten behoeve van de EU-burgers te verbeteren.

In 2017 hebben wij tijdens onze jaarlijkse bijeenkomst in Luxemburg besloten extra inspanningen te leveren om de algemene bekendheid met de recente controlewerkzaamheden door de HCl's van de EU te vergroten. Een jaar later, in 2018, hebben we een eerste controlecompendium gepubliceerd, waarin de werkzaamheden van de HCl's van de EU op het gebied van werkgelegenheid voor jongeren en de integratie van jongeren op de arbeidsmarkt in één document werden uiteengezet. In het licht van het succes van deze eerste editie besloot het Contactcomité de activiteit voort te zetten en in te gaan op andere onderwerpen van algemeen belang. Wij presenteren dan ook met trots de tweede editie van het controlecompendium, dat is gericht op onze recente controles op het gebied van volksgezondheid en aanverwante kwesties.

De afgelopen decennia hebben de gezondheidszorgstelsels in de lidstaten van de EU te maken gehad met tal van uitdagingen, zoals de steeds stijgende kosten en de vergrijzing van de bevolking, en patiënten en personeel in de gezondheidszorg steken steeds vaker de grenzen tussen de lidstaten over. De volksgezondheid vereist dus gecoördineerde inspanningen van de EU en alle lidstaten en het onderwerp zal ongetwijfeld een prominente plaats blijven innemen op de politieke agenda van de komende generaties.

In de Europese Unie valt de volksgezondheid grotendeels onder de verantwoordelijkheid van de lidstaten. De EU ondersteunt voornamelijk inspanningen op nationaal niveau, met bijzondere aandacht voor het aanvullen of coördineren van acties van de lidstaten op het gebied van volksgezondheid. Volksgezondheid, gezien vanuit het perspectief van de hele EU, is bijgevolg een complex gebied om te controleren.

Deze editie van het compendium bevat een algemene inleiding over volksgezondheid en de rol van de EU en haar lidstaten op dit beleidsterrein, alsmede een overzicht van geselecteerde controlewerkzaamheden door de HCl's van de EU vanaf 2014, met inbegrip van een samenvatting van hun werkzaamheden. Neem voor meer informatie over deze controles contact op met de betrokken HCl's.

We hopen dat u het controlecompendium een nuttige informatiebron vindt.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'K-H se'.

Klaus-Heiner Lehne

President van de Europese Rekenkamer
Voorzitter van het Contactcomité en projectleider

Samenvatting

I Volksgezondheid is de wetenschap op het gebied van voorkoming van ziekten en levensverlenging. Deze is van invloed op het dagelijks leven van mensen overal ter wereld. Volksgezondheid staat dan ook op de politieke agenda van elke moderne samenleving en dat zal de komende generaties zo blijven.

II In de EU valt volksgezondheid grotendeels onder de verantwoordelijkheid van de lidstaten. Daarom bestaan er grote verschillen tussen de gezondheidszorgstelsels van de EU-lidstaten. De Europese Unie ondersteunt inspanningen op nationaal niveau, met bijzondere aandacht voor het aanvullen of coördineren van acties van de lidstaten op het gebied van volksgezondheid.

III Volksgezondheid, gezien vanuit het perspectief van de hele EU, is bijgevolg een complex gebied om te controleren. Gezien het belang van de volksgezondheid hebben de hoge controle-instanties van de EU echter veel controles over hiermee verband houdende kwesties verricht.

IV Het eerste deel van dit controlecompendium bevat een algemeen overzicht van de volksgezondheid in de EU, de rechtsgrondslag en de belangrijkste doelstellingen ervan en de daarmee verband houdende verantwoordelijkheden. Het geeft ook de belangrijkste uitdagingen weer waarmee de EU en haar lidstaten te maken hebben op het gebied van de volksgezondheid.

V Het tweede deel van dit controlecompendium bevat een samenvatting van de resultaten van geselecteerde controles die de afgelopen vijf jaar zijn uitgevoerd door de HCI's van de 23 lidstaten die een bijdrage hebben geleverd (België, Bulgarije, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje en Tsjechië) alsmede door de Europese Rekenkamer. Deze geselecteerde controles hebben betrekking op belangrijke aspecten van de volksgezondheid, namelijk preventieve actie, toegang tot gezondheidsdiensten en de kwaliteit van deze diensten, het gebruik van nieuwe technologieën en de budgettaire houdbaarheid van de openbare gezondheidsdiensten.

VI Het derde deel van dit controlecompendium bevat gedetailleerde informatiebladen voor geselecteerde controles die door de HCI's van 23 lidstaten en de Europese Rekenkamer zijn uitgevoerd.

DEEL I – Volksgezondheid in de EU

Volksgezondheid – het leven langer en levendiger maken

01 Gezondheid speelt niet alleen een belangrijke rol in elke moderne samenleving als geheel, maar ook voor elk van ons afzonderlijk. Het is een belangrijke, zo niet de belangrijkste, bepalende factor voor de levenskwaliteit.

02 Volksgezondheid, zoals gedefinieerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), is de **wetenschap op het gebied van voorkoming van ziekten, levensverlenging en bevordering van de gezondheid door middel van georganiseerde inspanningen van de samenleving**¹. Volksgezondheid omvat alle activiteiten die gericht zijn op het behoud of de verbetering van de gezondheid van de bevolking.

03 Gezondheid is niet alleen een op zichzelf staande waarde, maar is ook een belangrijke economische factor. In Europa is de volksgezondheid, net als in bijna alle ontwikkelde economieën, een van de grootste en snelst groeiende uitgaventerreinen. Gezondheidswerkers en zorgverleners vertegenwoordigen ongeveer 8 % van de totale beroepsbevolking in de EU².

04 De afgelopen decennia zijn de Europese gezondheidszorgstelsels geconfronteerd met een aantal uitdagingen. De vergrijzing van de bevolking heeft geleid tot een toenemende vraag naar gezondheidsdiensten en een sterkere nadruk op langdurige zorg. Het verstrekken van innovatieve en doeltreffendere gezondheidstechnologie en -behandelingen heeft bijgedragen tot de verbetering van de gezondheidsvoorwaarden op veel gebieden, maar heeft in sommige gevallen ook bijgedragen tot de stijging van de kosten in de gezondheidszorg. Tegelijkertijd zijn de financiële middelen beperkt.

05 Openbare gezondheidszorgstelsels moeten dus niet alleen financieel houdbaar zijn, maar ook veerkrachtig: ze moeten doeltreffend worden aangepast aan een steeds sneller veranderende omgeving en tegelijkertijd moeten hiervoor de mogelijkheden worden benut die de moderne technologie biedt.

06 In de EU is er steeds meer interactie tussen nationale gezondheidszorgstelsels en steken patiënten en personeel in de gezondheidszorg steeds vaker de grenzen tussen de

¹ Acheson, 1988; WHO.

² OESO/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/EU, Brussels, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

lidstaten over. De toekomst van de volksgezondheid vereist dus gecoördineerde inspanningen van de EU en alle lidstaten, met als gemeenschappelijk doel het leven langer en levendiger te maken.

Gezondheidsbeleid van de EU

Rechtsgrondslag en verantwoordelijkheden

07 In het **Verdrag van Maastricht** werd gezondheid op de Europese agenda geplaatst, met de volgende vermelding: “De Gemeenschap draagt ertoe bij een hoog niveau van bescherming van de volksgezondheid te verzekeren door de samenwerking tussen de lidstaten te bevorderen en, indien nodig, hun activiteiten te ondersteunen”³. Het heeft de weg vrijgemaakt voor een betere ondersteuning van de gezondheidszorg in de lidstaten op gebieden als:

- de verbetering van de gezondheid van de EU-burgers;
- de modernisering van de gezondheidsinfrastructuur;
- de verbetering van de efficiëntie van de gezondheidsstelsels.

08 In het **Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU)** werd het belang van het gezondheidsbeleid verder benadrukt en in artikel 168 werd het volgende bepaald: “Bij de bepaling en de uitvoering van elk beleid en elk optreden van de Unie wordt een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid verzekerd”.

09 Overeenkomstig het VWEU **ligt de primaire verantwoordelijkheid** voor de bescherming van de gezondheid en, meer bepaald, gezondheidszorgstelsels **bij de lidstaten** en moet het optreden van de EU “de verantwoordelijkheden van de lidstaten met betrekking tot de bepaling van hun gezondheidsbeleid, alsmede de organisatie en de verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging [eerbiedigen]”.

10 De voornaamste **rol van de EU** is dus het optreden van de lidstaten op het gebied van volksgezondheid te ondersteunen, aan te vullen of te coördineren. Dit optreden moet met name gericht zijn “op verbetering van de volksgezondheid, preventie van ziekten en

³ Verdrag van Maastricht (1992), artikel 129.

aandoeningen bij de mens en het wegnemen van bronnen van gevaar voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid”⁴.

11 Binnen de Europese Commissie is **DG SANTE** verantwoordelijk voor de algemene coördinatie en uitvoering van de gezondheidsstrategie. Het ondersteunt het optreden van de lidstaten door:

- wetgeving voor te stellen;
- financiële steun te verstrekken;
- de uitwisseling van beste praktijken tussen EU-landen en gezondheidsdeskundigen te coördineren en te faciliteren;
- gezondheidsbevorderingsactiviteiten.

Beleidsdoelstellingen

12 De in het gezondheidsprogramma 2014-2020⁵ omschreven **strategische doelstellingen van het gezondheidsbeleid van de EU** zijn:

- **een goede gezondheid helpen bevorderen, ziekten helpen voorkomen en een gezonde levensstijl stimuleren** door middel van het beginsel “gezondheid in alle beleidsvormen”;
- EU-burgers tegen ernstige **grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen** beschermen;
- bijdragen aan innoverende, efficiënte en duurzame **gezondheidszorgstelsels**, en
- de toegang tot een **kwalitatief hoogstaande en veilige gezondheidszorg** voor EU-burgers stimuleren.

13 De **specifieke prioriteiten van de Commissie voor 2016-2020** op het gebied van de volksgezondheid zijn onder meer om de kosteneffectiviteit te verhogen, opkomende

⁴ Artikel 168, lid 1, van titel XIV van het VWEU.

⁵ Verordening (EU) nr. 282/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 11 maart 2014 tot vaststelling van een derde actieprogramma voor de Unie op het gebied van gezondheid (2014-2020) en tot intrekking van Besluit nr. 1350/2007/EG.

mondiale bedreigingen zoals antimicrobiële resistentie aan te pakken, risicofactoren voor niet-overdraagbare ziekten aan te pakken en vaccinatie te stimuleren.

14 In het kader van het **volgende meerjarig financieel kader**, dat de periode 2021-2027 bestrijkt, valt het EU-gezondheidsprogramma onder het Europees Sociaal Fonds Plus (ESF+). In het huidige voorstel zijn de volgende brede doelstellingen opgenomen: crisisparaatheid, betere uitrusting van gezondheidszorgstelsels, ondersteuning van de gezondheidswetgeving van de EU en geïntegreerde werkzaamheden met betrekking tot Europese referentienetwerken (ERN's), evaluatie van gezondheidstechnologie en de toepassing van beste praktijken en innovatie op het gebied van volksgezondheid.

Financiering

15 Het gezondheidsbeleid van de EU kan in het kader van verschillende instrumenten worden gefinancierd. Het belangrijkste instrument dat uitsluitend aan gezondheid is gewijd, is het **EU-gezondheidsprogramma**, met een budget van ongeveer 450 miljoen euro voor de periode 2014-2020. Het financiert initiatieven op het gebied van gezondheidsbevordering, gezondheidsbeveiliging en gezondheidsvoorlichting.

16 Andere instrumenten waarmee ook activiteiten op het gebied van gezondheid kunnen worden gefinancierd, zijn:

- het onderzoeksprogramma **Horizon 2020**, waarmee projecten worden ondersteund op gebieden als biotechnologie en medische technologie;
- het **cohesiebeleid van de EU**, waarmee investeringen in gezondheid in de EU-landen en -regio's worden ondersteund;
- het **Europees Fonds voor strategische investeringen**.

Volksgezondheid in de EU-lidstaten

17 Hoewel ze zijn gebaseerd op gemeenschappelijke waarden — met name gelijkheid, universele toegang tot hoogwaardige zorg en solidariteit⁶ — verschillen de gezondheidszorgstelsels in de EU-lidstaten aanzienlijk.

18 Er bestaan fundamentele verschillen tussen de gezondheidszorgstelsels wat betreft de wijze waarop zij worden gefinancierd en verstrekt. Binnen de EU kunnen drie verschillende financieringsmodellen worden onderscheiden⁷:

- het “**Beveridge-model**” is een openbaar met belastinggeld gefinancierd systeem dat gewoonlijk universele dekking biedt en afhankelijk is van ingezetenschap of burgerschap;
- in het “**sociale ziektekostenverzekeringstelsel**” of “Bismarck-model” wordt gezondheidszorg gefinancierd door middel van verplichte socialezekerheidsbijdragen, gewoonlijk door werkgevers en werknemers;
- het “**gemengde model**” is gebaseerd op particuliere financiering uit vrijwillige verzekeringsregelingen of eigen bijdragen.

19 In 2016 heeft de Commissie, in samenwerking met de OESO, het initiatief “Gezondheidstoestand in de EU” gelanceerd, dat de lidstaten moet helpen de prestaties van hun gezondheidszorgstelsels te verbeteren. In het kader van dit initiatief heeft de Commissie in 2018 de analyse “**Health at a Glance**” gepubliceerd, waarin de gegevens van alle lidstaten met betrekking tot de prestaties van hun respectieve gezondheidszorgstelsels worden vergeleken.

20 De analyse is toegespitst op onderwerpen als preventieve actie, toegang tot gezondheidszorgstelsels en de doeltreffendheid daarvan, alsook op de budgettaire houdbaarheid. De belangrijkste conclusies van het verslag worden in *figuur 1* samengevat:

⁶ Conclusies van de Raad betreffende de gemeenschappelijke waarden en beginselen van de gezondheidsstelsels van de Europese Unie, PB C 146 van 22.6.2006.

⁷ Europees Comité van de Regio's: The Management of health systems in the EU Member States.

Figuur 1 — Argumenten voor slimmere investeringen in gezondheid



Bron: Europese Commissie, Gezondheidstoestand in de EU, Factsheet over het verslag "Health at a Glance: Europe 2018" (OESO, Europese Commissie).

Preventie en bescherming

21 Ziektepreventie omvat interventies om de last van ziekten en de risicofactoren die daarmee verband houden tot een minimum te beperken⁸.

22 Deze kan in de volgende categorieën worden ingedeeld:

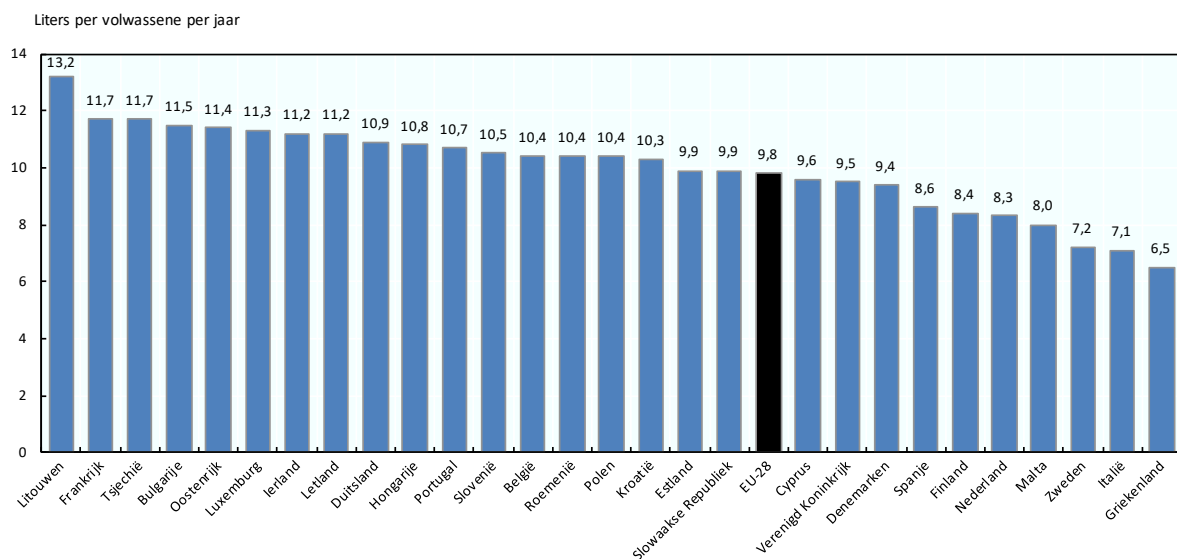
- primaire preventie is erop gericht om ziekten te voorkomen voordat deze zich voordoen;
- secundaire preventie is de vroegtijdige opsporing van een ziekte;
- tertiaire preventie is erop gericht om de gevolgen van een ziekte te beperken.

⁸ WHO, 2017.

23 In 2016 zijn naar schatting **790 000 mensen in de EU vroegtijdig gestorven** als gevolg van roken, alcoholgebruik, ongezonde voeding en een gebrek aan lichaamsbeweging⁹ — levens die mogelijk hadden kunnen worden gered door een sterkere nadruk op gezondheidsbevordering en preventie.

24 Met name niet-overdraagbare ziekten (zoals hart- en vaatziekten, kanker, de ziekte van Alzheimer of diabetes) maken een groot deel uit van het aantal vroegtijdige sterfgevallen en leiden tot hogere uitgaven aan gezondheidszorg. Dergelijke sterfgevallen kunnen vaak worden voorkomen door simpelweg de belangrijkste risicofactoren (bijv. vervuiling, roken, gebrek aan lichaamsbeweging of alcoholgebruik) weg te nemen (zie de *figuren 2, 3 en 4*). Dit geldt zeker voor de EU, die nog steeds de regio met het hoogste alcoholverbruik ter wereld is. Europeanen drinken ongeveer 10 liter alcohol per jaar. Daarnaast rookt ongeveer 20 % van de volwassenen in de EU dagelijks.

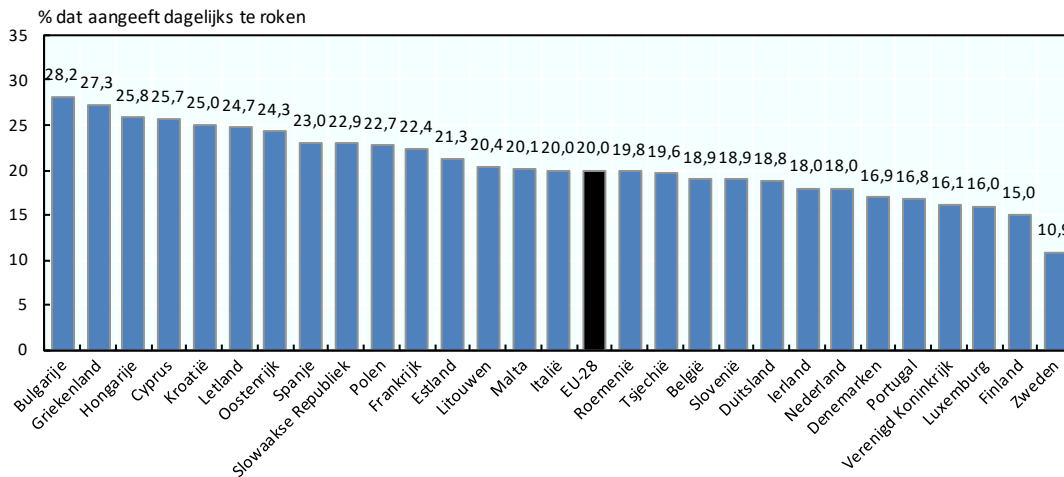
Figuur 2 — Het totale alcoholgebruik onder volwassenen (2016 of laatst beschikbare jaar)



Bron: Gezondheidsstatistieken van de OESO.

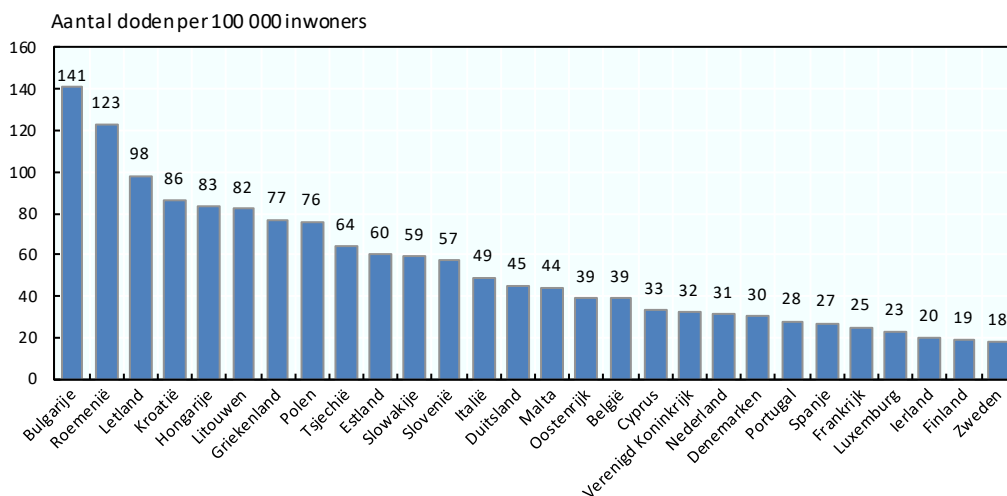
⁹ OESO/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/EU, Brussels, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Figuur 3 — Het percentage volwassenen dat dagelijks rookt (2016 of laatst beschikbare jaar)



Bron: Gezondheidsstatistieken van de OESO.

Figuur 4 — Sterfte als gevolg van de gezamenlijke effecten van de verontreiniging van de binnen- en buitenlucht (per 100 000 inwoners, 2016)



Bron: Wereldgezondheidsstatistieken (WHO).

25 Hoewel preventie een belangrijke rol speelt bij zowel het redden van levens als het besparen van **geld**, in ieder geval op lange termijn, gaat momenteel **slechts ongeveer 3 %** van de totale uitgaven voor gezondheidszorg hier naartoe¹⁰.

¹⁰ OESO/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/EU, Brussels, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

26 Preventie is ook een gebied dat wordt gekenmerkt door **grote ongelijkheden** in de meeste, zo niet alle, lidstaten. De kans om baat te hebben bij preventiemaatregelen op gezondheidsgebied hangt nauw samen met het opleidingsniveau en/of de sociaaleconomische status. Zo

- is 20 % van de volwassenen met een lager opleidingsniveau zwaarlijvig, tegenover 12 % van de volwassenen met een hogere opleiding;
- is het minder waarschijnlijk dat volwassenen met een lager inkomen de aanbevolen 150 minuten lichaamsbeweging per week halen en is het waarschijnlijker dat ze regelmatig roken.

27 Om het aantal voortijdige sterfgevallen te verminderen en om mensen in staat te stellen langer in goede gezondheid te leven, moet het accent worden **verlegd van de genezing naar het voorkomen van ziekten**.

28 De EU heeft daarom de afgelopen jaren diverse initiatieven gelanceerd met een specifieke focus op preventie (zie [tekstvak 1](#)).

Tekstvak 1

EU-initiatieven met betrekking tot preventie op het gebied van gezondheid

Preventie door voorlichting

Het hoofddoel van het optreden van de EU met betrekking tot preventie op het gebied van gezondheid is voldoende relevante informatie te verstrekken om de consumenten in staat te stellen goed geïnformeerde beslissingen te nemen.

Om **obesitas** aan te pakken heeft de Europese Commissie in 2007 een “strategie voor aan voeding, overgewicht en obesitas gerelateerde gezondheidskwesties” vastgesteld en een aantal specifieke initiatieven op datzelfde gebied gelanceerd. Een van deze initiatieven betrof het vaststellen van het wettelijk kader voor voedings- en gezondheidsclaims (bijv. “laag vetgehalte” of “calcium voor gezonde botten en tanden”). In de praktijk werden in dit kader voedings- of gezondheidsclaims op voedsetiketten of in reclame voor levensmiddelen

verboden die niet duidelijk, juist of wetenschappelijk onderbouwd waren (Verordening (EG) nr. 1924/2006¹¹).

Daarnaast heeft de Commissie een actieplan inzake obesitas bij kinderen¹² gepubliceerd, waarin de belangrijkste actiegebieden en een mogelijk instrumentarium worden voorgesteld voor het aanpakken van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren tegen 2020.

De EU-richtlijn inzake tabaksproducten van 2014¹³ heeft een gezondheidswaarschuwing op **tabak** en aanverwante producten verplicht gesteld, en alle verkoopbevorderende of misleidende elementen op de verpakking verboden.

29 Meer in het algemeen heeft de Europese Commissie in 2018 een stuurgroep voor gezondheidsbevordering, ziektepreventie en het beheersen van niet-overdraagbare ziekten opgericht om landen te ondersteunen die de gezondheidsdoelen van de doelstellingen voor duurzame ontwikkeling nastreven, in het bijzonder doelstelling 3 “goede gezondheid en welzijn”. De stuurgroep verstrekt de Commissie advies en expertise op het gebied van gezondheidsbevordering en preventie.

30 De lidstaten hebben diverse maatregelen genomen om de belangrijkste risicofactoren voor de gezondheid aan te pakken:

- om het **roken** terug te dringen, omvatten deze maatregelen bewustmakingscampagnes, belastingen om de prijzen te verhogen, wetgeving inzake een rookvrije omgeving en reclamebeperkingen;
- om de risico's in verband met **alcoholgebruik** te beperken hebben veel lidstaten de toegang van adolescenten tot alcoholische producten beperkt, de prijzen verhoogd en strengere reclamevoorschriften ingevoerd. Alle EU-landen hebben maximumniveaus

¹¹ Verordening (EG) nr. 1924/2006 van het Europees Parlement en de Raad van 20 december 2006 inzake voedings- en gezondheidsclaims voor levensmiddelen.

¹² EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020 van 24 februari 2014 [bijgewerkt op 12 maart en 28 juli 2014].

¹³ Richtlijn 2014/40/EU van het Europees Parlement en de Raad van 3 april 2014 betreffende de onderlinge aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen van de lidstaten inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaks- en aanverwante producten en tot intrekking van Richtlijn 2001/37/EG.

vastgesteld voor de concentratie van alcohol in het bloed van bestuurders van voertuigen;

- **obesitas** — een groeiend aantal lidstaten heeft maatregelen genomen om een gezonde levensstijl te bevorderen en zo **obesitas** bij de burgers te voorkomen of te verminderen. Een van deze maatregelen betrof het verstrekken van betere informatie over voeding om burgers in staat te stellen gezonde keuzes te maken, bijvoorbeeld voedselkettering of reclamebeperkingen ten aanzien van levensmiddelen voor kinderen;
- de meeste lidstaten nemen ook maatregelen om de **luchtverontreiniging** terug te dringen, aangezien er in de EU jaarlijks nog 400 000 personen sterven als gevolg van luchtverontreiniging¹⁴.

Toegang tot gezondheidszorg

31 Universele toegang tot gezondheidszorg wordt gedefinieerd als de **beschikbaarheid van gezondheidsdiensten op het juiste moment, de juiste plaats en tegen de juiste prijs**. Het is een van de belangrijkste randvoorwaarden voor gelijkheid op gezondheidsgebied.

32 Het recht op toegang tot gezondheidszorg van goede kwaliteit is verankerd in het Handvest van de grondrechten van de EU (artikel 35) en is bijgevolg een van de leidende beginselen van de gezondheidszorgstelsels in de EU. Daarnaast is het een van de duurzameontwikkelingsdoelstellingen van de VN (doelstelling 3).

33 De toegankelijkheid van de gezondheidszorg wordt doorgaans gemeten aan de hand van de indicator “aantal personen die melding maken van onvervulde behoeften aan medische zorg”. Behoeften aan medische zorg blijven onvervuld indien de gevraagde diensten niet op tijd beschikbaar zijn, niet op de juiste plaats of, in het geval van ten minste gedeeltelijk particulier gefinancierde gezondheidszorgstelsels, niet tegen een betaalbare prijs.

34 In het algemeen is de toegang tot gezondheidszorg in de EU gewaarborgd. In de meeste lidstaten heeft de overgrote meerderheid van de burgers (ruim boven de 90 %) geen onvervulde behoeften aan medische zorg te melden, en het aandeel van de bevolking dat

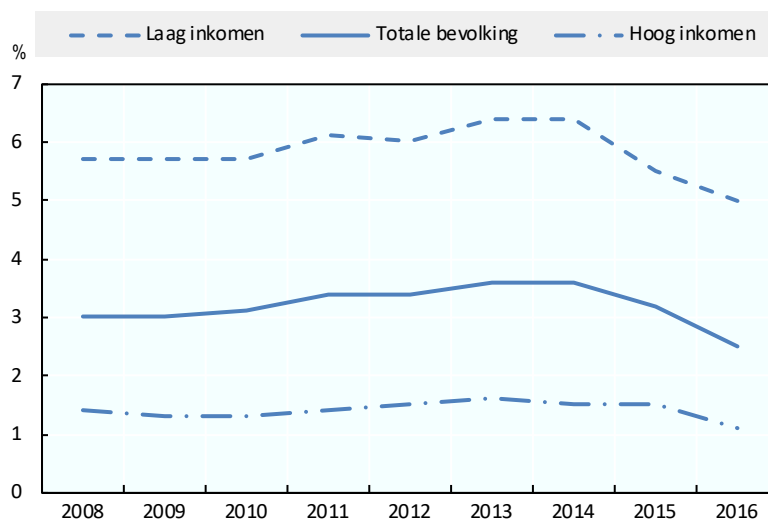
¹⁴ Zie [Speciaal verslag nr. 23/2018 van de ERK](#): Luchtverontreiniging: onze gezondheid nog steeds onvoldoende beschermd.

wel melding maakt van dergelijke onvervulde behoeften is de afgelopen tien jaar verder gedaald (zie de [figuren 5 en 6](#)).

35 De toegang tot gezondheidszorg is echter niet gelijkmatig verdeeld en er **bestaan nog steeds ongelijkheden** tussen verschillende landen, maar ook tussen regio's onderling en tussen verschillende inkomensgroepen binnen landen:

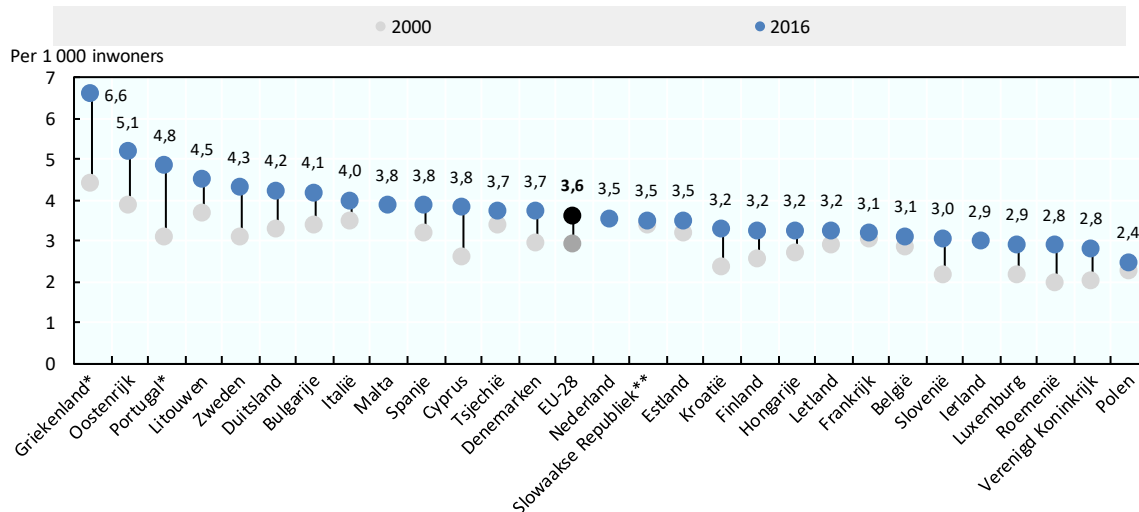
- onvervulde behoeften aan medische zorg vormen nog steeds een probleem in Estland en Griekenland, waar meer dan 10 % van de burgers in 2016 melding heeft gemaakt van onvervulde medische behoeften;
- de waarschijnlijkheid dat medische behoeften onvervuld blijven, is voor huishoudens met een laag inkomen vijf keer hoger;
- plattelands- en afgelegen gebieden worden vaak gekenmerkt door een tekort aan huisartsen en de wachttijden voor niet-spoedeisende operaties zijn de afgelopen jaren in veel lidstaten van de EU toegenomen.

Figuur 5 — Onvervulde medische behoeften naar sociaal-economische status, alle EU-lidstaten (2008-2016)



Bron: Databank van Eurostat.

Figuur 6 — Praktiserende artsen per 1 000 inwoners



* De gegevens hebben betrekking op alle artsen die bevoegd zijn hun beroep uit te oefenen, hetgeen resulteert in een grote overschatting van het aantal praktiserende artsen (bijv. ongeveer 30 % in Portugal).

** De gegevens omvatten niet alleen artsen die rechtstreekse zorg aan patiënten verlenen, maar ook degenen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg als managers, pedagogen, onderzoekers, enz. (nog eens 5-10 % van de artsen).

Bron: "Health at a Glance: Europe 2018" (OESO, Europese Commissie).

36 Op EU-niveau worden de gegevens over de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten regelmatig gemonitord. De Commissie heeft in 2016 onder meer een deskundigengroep inzake toegankelijkheid opgericht.

37 De verbetering van de toegang tot gezondheidszorg valt echter hoofdzakelijk onder de **verantwoordelijkheid van de lidstaten**. Zij hebben een aantal maatregelen genomen om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren, zoals¹⁵:

- het versterken van de eerstelijnszorg, met inbegrip van een betere coördinatie tussen eerstelijns- en specialistische zorg;
- een grotere dekking van de gezondheidsdiensten, waardoor de eigen bijdragen worden verminderd;
- hogere lonen voor werknemers in de gezondheidszorg;

¹⁵ Thematisch factsheet in het kader van het Europees Semester: "Health Systems".

- financiële voordelen voor artsen in gebieden zonder toereikende dekking, namelijk afgelegen en plattelandsgebieden.

38 Er zijn ook specifieke maatregelen genomen om de toegang tot gezondheidszorg in een andere EU-lidstaat te waarborgen (zie [tekstvak 2](#)).

Tekstvak 2

Grensoverschrijdende gezondheidszorg in de EU

Grensoverschrijdende gezondheidszorg — wat zijn de voordelen voor EU-burgers?

De richtlijn betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg in de EU, die in 2011 is vastgesteld, bevat het rechtskader voor EU-burgers die medische zorg willen ontvangen in een andere EU-lidstaat dan die waar zij hun woonplaats hebben.

De richtlijn biedt EU-burgers die medische zorg in het buitenland willen ontvangen, toegang tot veilige en hoogwaardige gezondheidszorg in een andere EU-lidstaat, terwijl zij een even hoge vergoeding krijgen als zij zouden ontvangen indien zij in hun land van verblijf zouden worden behandeld.

Daarnaast zijn er in de hele EU nationale contactpunten ingesteld om informatie te verstrekken over de gezondheidszorg die in de verschillende lidstaten van de EU beschikbaar is en over de voorwaarden waaronder de diensten worden vergoed.

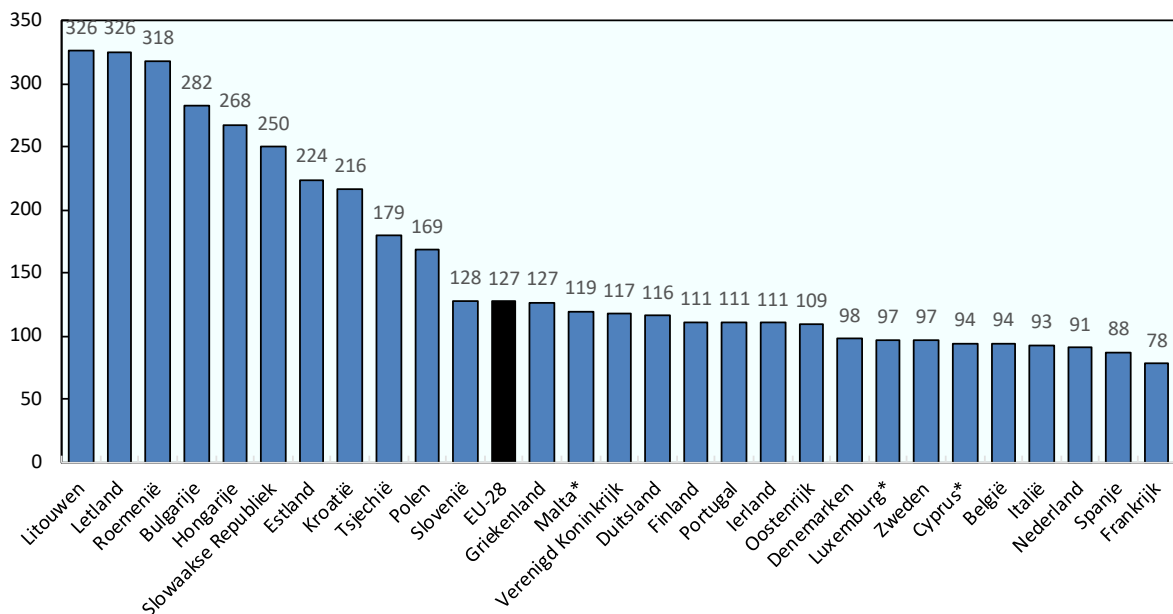
Hoewel de mobiliteit van patiënten nog steeds sterk wordt beïnvloed door de culturele en geografische nabijheid, vormt de samenwerking bij grensoverschrijdende gezondheidszorg een belangrijke stap in de verbreding van de Europese samenwerking op het gebied van gezondheid.

De kwaliteit van de gezondheidsdiensten

39 Met gezondheidszorgstelsels van hoge kwaliteit wordt de uiteindelijke doelstelling daarvan bereikt, te weten de gezondheid van de burgers doeltreffend in stand houden of verbeteren. De doeltreffendheid van de gezondheidszorgstelsels wordt vaak gemeten aan de hand van de cijfers voor sterfte door behandelbare aandoeningen (sterfgevallen die door tijdige en kwalitatief hoogwaardige gezondheidsinterventies hadden kunnen worden vermeden). Alternatieve indicatoren zijn de levensverwachting of “zachtere indicatoren” zoals de ervaring van de patiënt of de levenskwaliteit na herstel van een ziekte of letsel.

40 Het concept van sterfte door behandelbare aandoeningen hangt nauw samen met het concept van te voorkomen sterfte (sterfgevallen die kunnen worden voorkomen door volksgezondheid en preventie). Te voorkomen sterfte en sterfte door behandelbare aandoeningen samen vormen de vermijdbare sterfte. In 2015 zijn meer dan 1,2 miljoen mensen vroegtijdig overleden (voor de leeftijd van 75 jaar) als gevolg van een gebrek aan doeltreffende volksgezondheidsbeleidsmaatregelen, preventieve maatregelen en gezondheidszorg. Meer dan 570 000 van deze sterfgevallen werden als behandelbaar beschouwd (zie [figuur 7](#) voor de cijfers voor sterfte door behandelbare aandoeningen per land).

Figuur 7 — Cijfers voor sterfte door behandelbare aandoeningen (2015)



* Gemiddelde over drie jaar (2013-2015).

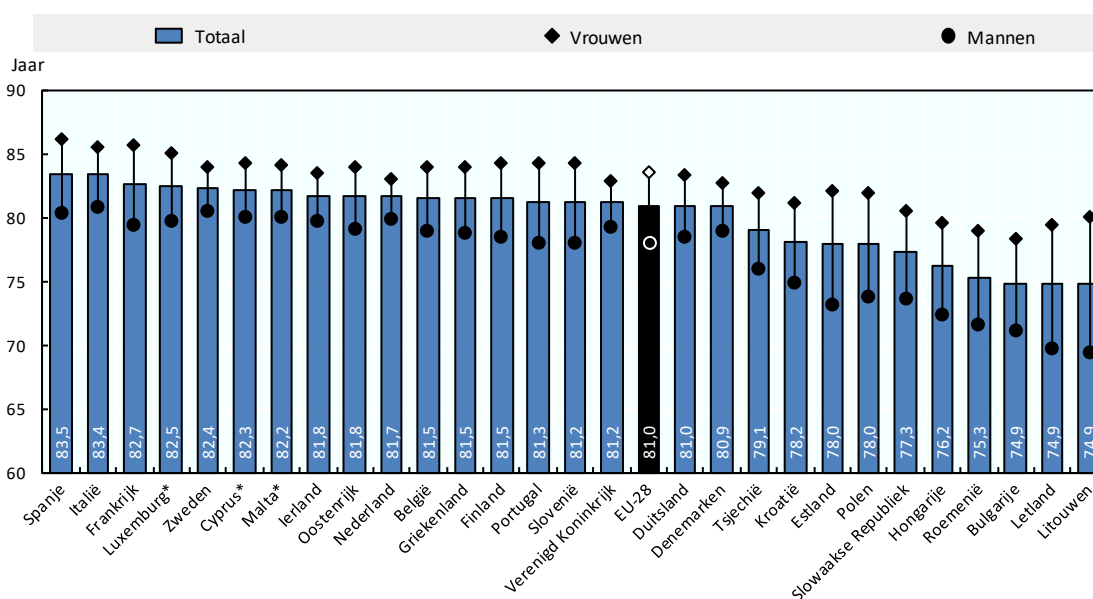
Bron: Gezondheidsstatistieken van de OESO, 2018.

41 De afgelopen tien jaar is de **kwaliteit van de acute zorg** voor levensbedreigende aandoeningen in de hele EU aanzienlijk verbeterd. Tussen 2005 en 2015 is het aantal mensen dat na een ziekenhuisopname is overleden, gedaald met 30 % voor patiënten met acute hartinfarcten en met 20 % voor beroertes. Er bestaan echter nog steeds ongelijkheden tussen landen en tussen verschillende ziekenhuizen binnen een land.

42 Er is in de hele EU ook aanzienlijke vooruitgang geboekt met betrekking tot de **overlevingspercentages bij kanker**, voornamelijk door de uitvoering van screeningprogramma's in combinatie met meer doeltreffende en tijdige zorg.

43 De **gemiddelde levensverwachting** in de EU is momenteel 81 jaar (zie [figuur 8](#)). Hoewel de levensverwachting nog steeds toeneemt, gaat dit de afgelopen jaren, met name in West-Europa, langzamer. De belangrijkste doodsoorzaken in de EU blijven hart- en vaatziekten en kanker, die samen goed zijn voor meer dan 60 % van alle sterfgevallen.

Figuur 8 — Levensverwachting bij de geboorte per geslacht (2016)



* Gemiddelde over drie jaar (2014-2016).

Bron: "Health at a Glance: Europe 2018" (OESO, Europese Commissie).

44 De levensverwachting varieert ook aanzienlijk, niet alleen naar geslacht maar ook naar sociaaleconomische status. De levensverwachting van mensen met een laag opleidingsniveau is acht jaar lager voor mannen en vier jaar lager voor vrouwen dan voor mensen met een hoog opleidingsniveau.

45 De kwaliteit van de zorg en de doeltreffendheid van de gezondheidszorgstelsels **houden nauw verband met andere gebieden van de volksgezondheid**, met name de toegang tot gezondheidsdiensten en preventie. Maatregelen ter verbetering van de kwaliteit van de zorg vereisen dus een holistische benadering.

46 Een aantal van de maatregelen die op het niveau van de lidstaten zijn genomen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, zijn het gebruik van nieuwe technologieën, organisatorische veranderingen in de verlening van gezondheidsdiensten en, in het algemeen, aandacht voor meer geïntegreerde en individuele zorg.

47 De evaluatie van de resultaten van deze maatregelen blijft echter complex. Hoewel er inspanningen zijn geleverd om gegevens te verzamelen over de doeltreffendheid van de gezondheidszorgstelsels, blijft informatie over meer kwalitatieve indicatoren zoals de ervaring van de patiënt of de levenskwaliteit beperkt.

48 De Europese Commissie heeft de ontwikkeling ondersteund van de Europese gezondheidsindicatoren (European Core Health Indicators, ECHI), een reeks indicatoren om de gezondheidstoestand van de EU-burgers en de prestaties van de gezondheidszorgstelsels van de EU te monitoren. Zij heeft in samenwerking met de OESO ook de “Health at a glance”-reeks gelanceerd.

49 Daarnaast heeft de Commissie een deskundigengroep inzake de prestatiebeoordeling van gezondheidszorgstelsels opgericht om de EU-landen een forum te bieden voor de uitwisseling van ervaringen op dit gebied en nationale beleidsmakers te ondersteunen door in nauwe samenwerking met internationale organisaties zoals de WHO en de OESO instrumenten en methodologieën voor de prestatiebeoordeling van gezondheidszorgstelsels te ontwikkelen.

Nieuwe technologieën en e-gezondheid

50 E-gezondheid, of digitale gezondheid, kan worden gedefinieerd als **alle instrumenten en diensten die gebruikmaken van informatie- en communicatietechnologie** om de preventie, de diagnose, de behandeling, de monitoring of het beheer op gezondheidsgebied te verbeteren.

51 Nieuwe technologieën bieden enorme potentiële voordelen op het gebied van efficiëntie en de kwaliteit van preventie en gezondheidszorg. De belangrijkste toepassingen van nieuwe technologieën op het gebied van gezondheid zijn momenteel:

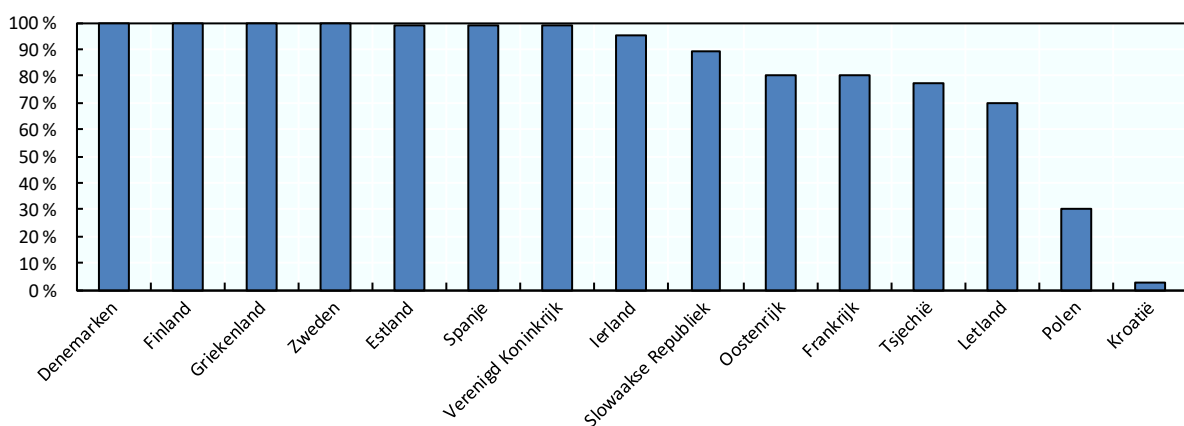
- elektronische medische dossiers: gecomputeriseerde medische dossiers die worden gecreëerd door, en idealiter worden gedeeld door verschillende aanbieders van gezondheidsdiensten;
- elektronische recepten: de productie, de verzending en het opslaan van medische recepten per computer;
- online gezondheidsinformatie;

- toegang tot gezondheidsdiensten (bijvoorbeeld het maken van afspraken) via internet.

52 Hoewel het gebruik van nieuwe technologieën op het gebied van volksgezondheid in de hele EU toeneemt, bestaan er nog steeds verschillen naar leeftijd en sociaaleconomische groep.

53 In veel lidstaten zijn **elektronische medische dossiers** bevorderd en het gebruik ervan neemt in de hele EU toe. Uit een enquête in 15 lidstaten blijkt dat gemiddeld 80 % van de eerstelijnsartsen in deze landen in 2016 elektronische medische dossiers gebruikte (zie [figuur 9](#)). In de meeste van deze landen hebben patiënten toegang tot hun eigen medische dossiers en in sommige landen kunnen patiënten hierin ook informatie toevoegen of wijzigen.

Figuur 9 — Percentage eerstelijnsartsen dat gebruik maakt van elektronische medische dossiers (2016)



Bron: OESO-enquête inzake de ontwikkeling en het gebruik van het systeem voor elektronische patiëntendossiers.

54 Voor **elektronische recepten** is een wisselender beeld te zien: in sommige landen, zoals Finland, Zweden, Denemarken, Portugal en Spanje is het percentage e-recepten bijna 100 %, terwijl in andere landen, zoals Frankrijk of Duitsland, geen gebruik wordt gemaakt van e-recepten (zie [figuur 10](#)). E-recepten zouden echter belangrijker moeten worden, aangezien 22 EU-lidstaten naar verwachting tegen eind 2021 uittreksels van patiëntendossiers en/of e-recepten zullen uitwisselen.

Figuur 10 — Percentage e-recepten in voor het publiek toegankelijke apotheken (2018)



Bron: Farmaceutische groep van de Europese Unie (PGEU).

55 Met de vaststelling van de **strategie voor de digitale eengemaakte markt in 2015** heeft de Europese Commissie een groter gebruik van digitale technologie op alle gebieden, waaronder de gezondheidszorg, tot een van haar belangrijkste prioriteiten gemaakt.

Figuur 11 — Digitale gezondheid

Digitale gezondheid en zorg



TRANSFORMATIE VAN GEZONDHEID EN ZORG IN DE DIGITALE EENGEMAAKTE MARKT — het potentieel van data gebruiken voor de empowerment van burgers en het bouwen van een gezondere samenleving.



Bron: Europese Commissie.

56 In april 2018 publiceerde de Commissie een mededeling over het mogelijk maken van de digitale transformatie van gezondheid en zorg, waarin drie verschillende aandachtsgebieden worden genoemd (zie *figuur 11*):

- **veilige toegang tot gegevens en het veilig delen van die gegevens.** Om grensoverschrijdende toegang tot gezondheidszorg te vergemakkelijken legt de Commissie een digitale e-gezondheidsdiensteninfrastructuur aan, waarmee zorgverleners e-recepten en uittreksels patiëntendossiers kunnen gaan uitwisselen. De eerste grensoverschrijdende uitwisseling begon in 2019. Op langere termijn werkt de Commissie aan een Europees uitwisselingsformaat voor elektronische patiëntendossiers dat toegankelijk is voor alle EU-burgers.
- **het koppelen en delen van gezondheidsgegevens** voor onderzoek, snellere diagnose en een betere gezondheid. De gedecentraliseerde Europese infrastructuur voor digitale gezondheid is bedoeld om de diagnose en behandeling op maat te vergemakkelijken, ertoe bij te dragen dat de gezondheidsdiensten beter zijn voorbereid om te kunnen

reageren op grensoverschrijdende bedreigingen voor de gezondheid, en de ontwikkeling van en het toezicht op medische producten te verbeteren.

- **het vergroten van de “empowerment” van burgers** en individuele zorg met behulp van digitale instrumenten. Digitale diensten kunnen de preventie en het beheer van chronische aandoeningen verbeteren en patiënten in staat stellen feedback te geven aan zorgverleners.

57 Daarnaast speelt de Commissie een belangrijke rol in het ondersteunen van de lidstaten bij het gebruik van moderne technologie op het gebied van gezondheid en bij het coördineren van de nationale inspanningen (zie [tekstvak 3](#)).

Tekstvak 3

Initiatieven op het gebied van e-gezondheid

In februari 2019 heeft de Commissie een reeks aanbevelingen gedaan met het oog op de totstandbrenging van een veilig systeem waarmee burgers overal in de EU toegang kunnen krijgen tot hun elektronische patiëntendossier.

Dit nieuwe systeem zou voortbouwen op bestaande initiatieven om medische dossiers uit te wisselen en ook de uitwisseling van laboratoriumtests, medische ontslag- en beeldvormingsverslagen omvatten.

De voordelen voor de EU-burgers zijn onder meer:

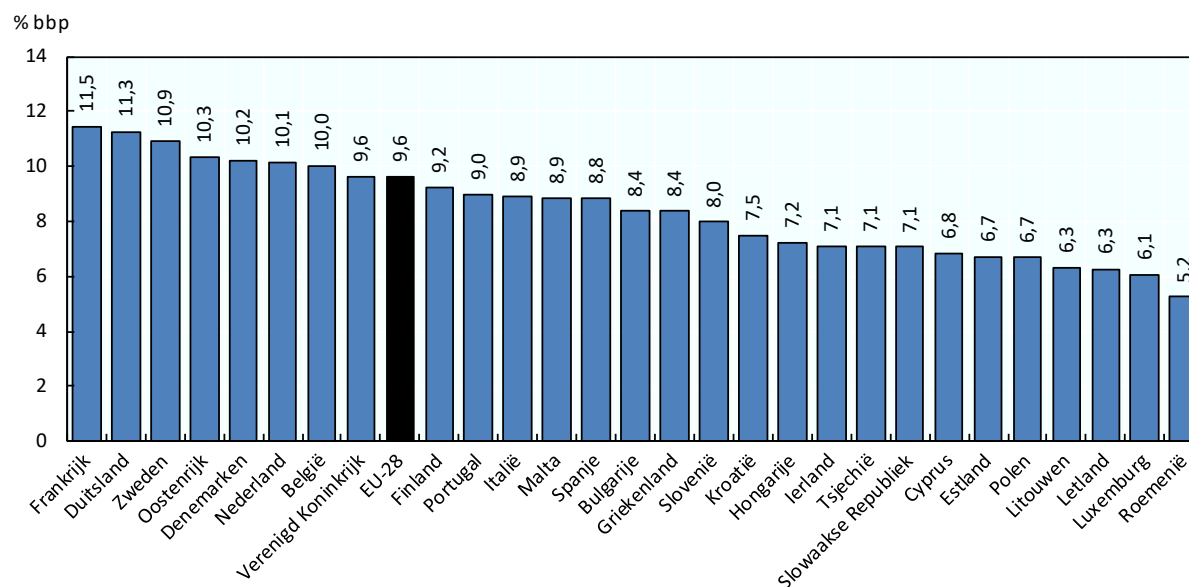
- onmiddellijke toegang tot hun medische dossiers in het buitenland, ook in noodsituaties;
- meer kwaliteit en continuïteit van de zorg voor burgers die naar het buitenland verhuizen;
- nieuwe mogelijkheden voor onderzoek door het delen van gezondheidsgegevens (mits de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven);
- efficiëntiewinsten door herhaling van laboratorium- of radiologietests te vermijden.

Budgettaire houdbaarheid en andere financiële aspecten

58 De budgettaire houdbaarheid is een van de belangrijkste uitdagingen op het gebied van de volksgezondheid waarmee de lidstaten worden geconfronteerd. Met ongeveer 1,5 biljoen EUR (2016) is gezondheid een van de grootste en snelst groeiende uitgavenposten in de EU¹⁶.

59 In 2017 waren de gezondheidsuitgaven goed voor 9,6 % van het bbp van de EU, tegen 8,8 % in 2008, en per hoofd van de bevolking bedroegen de gezondheidsuitgaven in 2017 2 773 EUR (zie de [figuren 12 en 13](#)).

Figuur 12 — Gezondheidsuitgaven als aandeel van het bbp (2017)

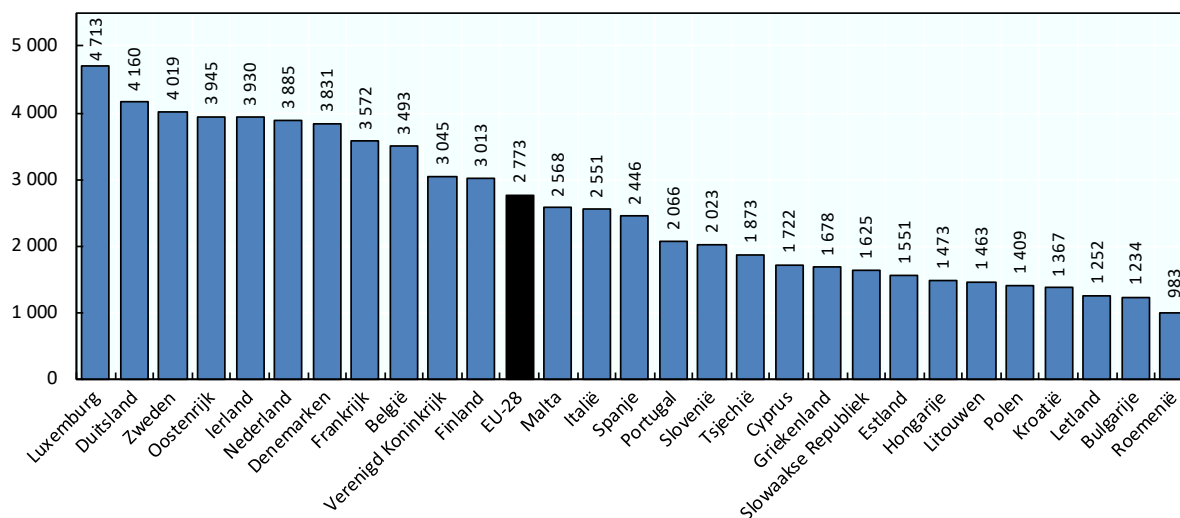


Bron: Gezondheidsstatistieken van de OESO, 2018.

¹⁶ Factsheet in het kader van het Europees Semester: "Health Systems".

Figuur 13 — Gezondheidsuitgaven per hoofd van de bevolking (2017)

Koopkrachtpariteit in euro



Bron: Gezondheidsstatistieken van de OESO.

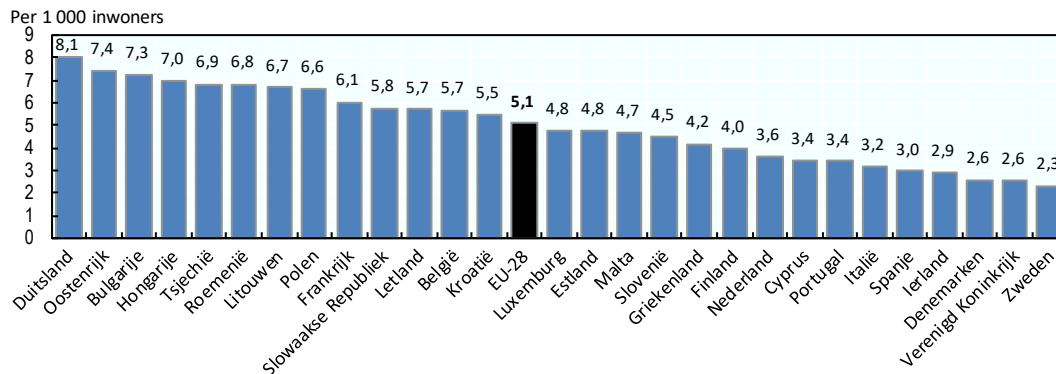
60 De gezondheidsuitgaven zullen volgens ramingen verder stijgen, vooral als gevolg van **demografische veranderingen** in combinatie met **hogere kosten** voor nieuwe technologieën op het gebied van geneeskunde en zorg.

61 Tegelijkertijd worden de gezondheidsuitgaven steeds nauwkeuriger onder de loep genomen vanwege de beperkte financiële middelen. Aangezien in twee derde van de lidstaten **meer dan 70 % van de gezondheidsuitgaven door de overheid wordt gefinancierd**, hangt de houdbaarheid van een gezondheidszorgstelsel nauw samen met de economische situatie van de lidstaat en de EU als geheel.

62 Voor financieel houdbare gezondheidszorgstelsels moeten ook potentiële besparingen worden vastgesteld. Momenteel wordt **geschat dat tot een vijfde van de gezondheidsuitgaven vermijdbaar is** en dus beter elders kan worden gebruikt¹⁷. Twee van de gebieden die vaak in verband worden gebracht met potentiële besparingen zijn ziekenhuizen (met name het aantal ziekenhuisbedden (zie [figuur 14](#)) of vermijdbare ziekenhuisverblijven) en farmaceutische producten (bijv. suboptimale selectie, inkoop en prijsstelling).

¹⁷ OESO; "Tackling Wasteful Spending on Health"; januari 2017.

Figuur 14 – Ziekenhuisbedden per 1 000 inwoners (2016)



Bron: Gezondheidsstatistieken van de OESO.

63 Een kwestie die nauw samenhangt met de financiële houdbaarheid van gezondheidszorgstelsels is die van de veerkracht daarvan; deze wordt gedefinieerd als het vermogen om op passende wijze te reageren op veranderingen. Met name zullen de demografische veranderingen in de moderne samenleving niet alleen een toename van de aangeboden gezondheidsdiensten vereisen, maar ook een transformatie, aangezien een meer op personen gerichte zorg in de gemeenschap op langere termijn in de plaats komt van acute gezondheidszorg in ziekenhuizen.

64 De Europese Commissie heeft voortdurend benadrukt dat **de openbare gezondheidszorgstelsels moeten worden hervormd** om de houdbaarheid te waarborgen en tegelijkertijd de universele toegang tot hoogwaardige zorg in stand te houden. Zij ondersteunt de lidstaten hierbij door analyses, richtsnoeren en monitoring- of evaluatie-instrumenten te verstrekken en hervormingen aan te bevelen in het kader van het Europees Semester.

65 Daarnaast heeft de Commissie een panel van onafhankelijke deskundigen opgericht om advies te verstrekken over investeringen in gezondheid en een aantal initiatieven genomen om de doeltreffendheid en de veerkracht van de nationale gezondheidszorgstelsels te versterken en zo de houdbaarheid ervan te vergroten. Een van die initiatieven is de evaluatie van gezondheidstechnologie, een wetenschappelijke benadering om de doeltreffendheid

van gezondheidstechnologieën te evalueren. De lidstaten werken samen via een netwerk¹⁸ om dubbel werk op nationaal niveau terug te dringen.

66 Meer in het bijzonder ondersteunt de Commissie ook de inspanningen van de lidstaten om hun initiatieven op het gebied van onderzoek en e-gezondheid te coördineren om de efficiëntie te vergroten en kosten te besparen. Dit wordt ondersteund met EU-financiering, voornamelijk in het kader van het Horizon 2020-programma en de daaropvolgende onderzoeksprogramma's.

67 In de hele EU hebben de lidstaten **zich voortdurend ingespannen voor de hervorming** van hun gezondheidszorgstelsels om deze niet alleen doeltreffender, maar ook financieel houdbaar en veerkrachtig te maken.

68 Hoewel op sommige gebieden reeds vooruitgang is geboekt, bijvoorbeeld in de vorm van besparingen in verband met ziekenhuizen, zal dit proces de komende jaren centraal staan op het gebied van volksgezondheid.

¹⁸ Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

DEEL II – Overzicht van door de HCl's verrichte werkzaamheden

Inleiding

69 Dit deel van het controlecompendium bevat een samenvatting van de resultaten van geselecteerde controles die door de HCI's van de 23 lidstaten¹⁹ die een bijdrage hebben geleverd, en de Europese Rekenkamer zijn uitgevoerd.

Controlemethodologie

70 De HCI's verrichten hun controles in overeenstemming met de internationale normen van hoge controle-instanties en op nationaal niveau ontwikkelde relevante uitvoeringsnormen om de kwaliteit van hun controlewerkzaamheden en -verslagen te waarborgen.

71 De controlemethodologie en -procedures werden geselecteerd en toegepast om ervoor te zorgen dat de controletaken zo doeltreffend mogelijk werden uitgevoerd.

72 Controle-informatie werd verzameld door middel van document- en (statistische) gegevensanalyse, alsook door middel van interviews met nationale en regionale autoriteiten of begunstigden. Waar relevant, werd dit aangevuld met enquêtes om de mening te vernemen van een grotere en/of bredere groep respondenten. Andere gebruikte methoden waren rechtstreekse toetsing, casestudy's en benchmarking.

Gecontroleerde periode

73 De effecten van structuurmaatregelen en de impact van programma's zijn vaak moeilijk te controleren in een vroeg stadium. De in dit compendium bestreken controles waren gericht op meerjarige programma's die tussen 2011 en 2019 werden uitgevoerd.

74 In [tabel 1](#) is een overzicht te vinden van de belangrijkste aandachtsgebieden van de controlewerkzaamheden van de HCI's.

¹⁹ België, Bulgarije, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje en Tsjechië.

DEEL II – Overzicht van door de HCI's verrichte werkzaamheden

Tabel 1 – Overzicht van de controlewerkzaamheden van Europese HCI's die in dit controlecompendium zijn opgenomen

HCI	Naam van de controle	Belangrijkste aandachtsgebied				
		Preventie en bescherming	Toegang tot gezondheidsdiensten	Kwaliteit van de gezondheidsdiensten	Nieuwe technologieën en e-gezondheid	Budgettaire houdbaarheid en andere financiële aspecten
Oostenrijk	Kwaliteitsborging voor zelfstandig gevestigde medische beroepsbeoefenaren			✓		
België	Het Vlaams preventief gezondheidsbeleid – evaluatie van het uitvoeringslandschap	✓				
Bulgarije	E-gezondheid				✓	
Tsjechische Republiek	Door geselecteerde ziekenhuizen uitgegeven middelen voor de vergoeding van kosten					✓
Denemarken	Verschillen in zorgkwaliteit tussen Deense ziekenhuizen			✓		
Estland	Activiteiten van de staat ter implementatie van het e-gezondheidssysteem				✓	
Finland	Trendprognose voor de uitgaven voor sociale zekerheid					✓
Frankrijk	Preventie van zorginfecties	✓				
Duitsland	Gezondheidsonderzoek nodig naar de waarde van orthodontische behandelingen		✓			
Griekenland	Controle inzake de betalingsachterstanden van de staat met betrekking tot ziekenhuizen en de nationale instelling voor gezondheidszorg					✓
Hongarije	Samenvattende analyse van de controles van ziekenhuizen					✓
Ierland	Beheer van electieve dagchirurgie			✓		
Italië	De uitvoering van het buitengewone programma voor de renovatie van gebouwen en de technologische modernisering van de onroerende eigendommen van					✓

DEEL II – Overzicht van door de HCI's verrichte werkzaamheden

HCI	Naam van de controle	Belangrijkste aandachtsgebied				
		Preventie en bescherming	Toegang tot gezondheidsdienst en	Kwaliteit van de gezondheidsdienst en	Nieuwe technologieën en e-gezondheid	Budgettaire houdbaarheid en andere financiële aspecten
	openbare instellingen voor gezondheidszorg					
Letland	Is het project “e-gezondheid in Letland” een stap in de goede richting?				✓	
Litouwen	De toegankelijkheid van gezondheidszorg en de patiëntgerichtheid		✓			
Luxemburg	Financiering van investeringen in ziekenhuizen					✓
Malta	De huisartsenfunctie — de kern van de eerstelijnsgezondheidszorg		✓			
Polen	Preventie en behandeling van type 2-diabetes	✓				
Portugal	Toegang van de burger tot gezondheidszorg van de nationale dienst voor gezondheidszorg van Portugal		✓			
Roemenië	Doelmatigheidscontrole inzake de ontwikkeling van de gezondheidsinfrastructuur op nationaal, regionaal en lokaal niveau om de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten te verbeteren		✓			
Slowakije	Overheidsfinanciën en eigendom van faciliteiten voor gezondheidszorg					✓
Slovenië	Aanpak van obesitas bij kinderen	✓				
Spanje	Het beheer en de controle van farmaceutische vergoedingen door de algemene Spaanse onderlinge waarborgmaatschappij voor ambtenaren (MUFACE)					✓
Europese Rekenkamer	EU-maatregelen voor grensoverschrijdende gezondheidszorg: hoge ambities, maar beter beheer nodig		✓			

Preventie en bescherming

Controledoelstellingen

75 Vier van de controles die in dit compendium zijn opgenomen, waren hoofdzakelijk gericht op de preventie van ziekten en de bescherming van de gezondheid. Deze controles hebben betrekking op een breed scala van onderwerpen, gaande van het algemene ziektepreventiebeleid in België tot specifieke vraagstukken zoals de preventie van diabetes (Polen), obesitas bij kinderen (Slovenië) en zorginfecties (Frankrijk).

76 De algemene doelstelling van deze controles was om te beoordelen of de verschillende beleidsmaatregelen en daaropvolgende maatregelen goed waren ontworpen en doeltreffend waren. Bij sommige controles werd bijzondere aandacht besteed aan bevolkingsgroepen die risico lopen op deprivatie.

Belangrijkste controleopmerkingen

77 Bij alle controles werden tekortkomingen geconstateerd in de preventie of de bescherming van de gezondheid. De conclusie van de Belgische controle was bijvoorbeeld dat de daadwerkelijke uitvoering van het gezondheidsbeleid aanzienlijk verschilde per betrokken gezondheidsdoelstelling. De uitvoeringsorganisaties waren over het algemeen niet erg resultaatgericht en in de rapportage ontbrak vaak relevante informatie voor het beoordelen van de impact van de gefinancierde interventies. Tot slot waren veel campagnes en interventies nog te weinig op maat gemaakt voor kansarmen.

78 In het verslag van de Poolse HCI was te lezen dat, ondanks het hoge en steeds toenemende aantal diabetici in Polen, er nog geen nationale strategie was geformuleerd om de ziekte te voorkomen of te behandelen.

79 De conclusie van de Sloveense controle was dat de betrokken ministeries en het betrokken instituut inderdaad bijdroegen aan de bestrijding van obesitas bij kinderen. Een van de geconstateerde tekortkomingen was echter dat de gefinancierde maatregelen en activiteiten niet altijd alle kinderen bereikten en dus geen gelijke behandeling waarborgden. Al met al werd geoordeeld dat de systematische aanpak door het bevorderen van een gezonde levensstijl in het algemeen efficiënter was dan de uitvoering van specifieke projecten.

80 De Franse HCI achtte de uitvoering van het beleid om zorginfecties in Frankrijk te voorkomen nog steeds ontoereikend. De prevalentie van infecties is sinds 2006 niet verder gedaald en de externe rapportage over deze infecties is niet volledig. Recente ontwikkelingen, zoals de oprichting van centra voor de bestrijding van zorginfecties, worden echter beschouwd als een stap in de goede richting. Nu moeten nieuwe initiatieven worden genomen om dit beleid uit te breiden tot alle segmenten van de gezondheidszorg en om de dreiging van antibioticaresistentie volledig in aanmerking te nemen.

Toegang tot gezondheidsdiensten

Controledoelstellingen

81 Bij zes controles in dit compendium werd de toegang tot gezondheidsdiensten beoordeeld. Bij drie daarvan (Litouwen, Portugal en Roemenië) werd de toegang tot gezondheidsdiensten in het algemeen onderzocht, één (Duitsland) richtte zich op orthodontische zorg en bij één (Malta) werd er gekeken naar de rol van de huisarts bij het waarborgen van de toegang tot gezondheidsdiensten. De Europese Rekenkamer ten slotte onderzocht of de EU-maatregelen op het gebied van grensoverschrijdende gezondheidszorg patiënten ten goede komen.

82 Naast de aandacht voor de preventie van type 2-diabetes heeft de Poolse HCI onderzocht of diabetische patiënten toegang hadden tot gespecialiseerde diensten en de nieuwste geneesmiddelen.

83 De voornaamste doelstellingen van de uitgevoerde controles waren, te beoordelen of de toegang tot gezondheidsdiensten en consultaties van specialisten was gewaarborgd en of de maatregelen die waren toegepast om de toegang tot gezondheidsdiensten te verbeteren, doeltreffend waren geweest.

84 De twee specifiekere controles waren respectievelijk gericht op het verkrijgen van een overzicht van de kosten en procedures voor orthodontische behandelingen (Duitsland) en op de vraag in hoeverre huisartsen de toegang tot gezondheidsdiensten hebben vergemakkelijkt (Malta).

Belangrijkste controleopmerkingen

85 In het algemeen luidden de conclusies van de controles dat de gezondheidsdiensten niet altijd op het juiste moment en op de juiste plaats of tegen redelijke kosten beschikbaar waren.

86 Bij de Litouwse controle werden er tekortkomingen vastgesteld met betrekking tot het beheer en de inkorting van de wachtlijsten voor gezondheidsdiensten en de planning van de vraag naar specialisten in de gezondheidszorg.

87 Dit werd ook opgemerkt tijdens de controle van de Portugese HCI, die concludeerde dat in de drie jaren van 2014 tot en met 2016 de wachttijden voor consultaties van specialisten en het aantal patiënten op wachtlijsten voor chirurgische ingrepen in feite waren toegenomen.

88 De Roemeense HCI heeft geconcludeerd dat met de investeringen in de infrastructuur voor gezondheidszorg het doel van betere toegang tot gezondheidsdiensten slechts gedeeltelijk was bereikt. De belangrijkste tekortkomingen die zijn beschreven in het verslag betreffen de prioritering van middelen, coördinatie, follow-up van investeringen en aanbestedingsprocedures.

89 Uit het controleverslag van de Duitse HCI blijkt dat de voordelen van orthodontische behandelingen niet wetenschappelijk zijn aangetoond en dat de patiënten vaak zelf moesten betalen voor aanvullende orthodontische diensten en behandelingen.

90 Het Maltese controleverslag was positiever, in die zin dat daarin werd geoordeeld dat de functie van huisarts werkt zoals bepaald in de strategische maatregelen die zijn vastgesteld in de nationale strategie voor het gezondheidszorgstelsel. Er werd echter in opgemerkt dat een verdere uitbreiding van de huisartsenfunctie waarbij deze meer patiëntgericht wordt gemaakt, een verschuiving in de verdeling van de financiering zou vereisen.

91 De Europese Rekenkamer heeft vastgesteld dat de Commissie de lidstaten goed heeft geholpen bij het verbeteren van de informatie over de rechten van patiënten op grensoverschrijdende gezondheidszorg, hoewel er nog enkele lacunes bleven bestaan.

92 De Poolse HCI heeft geconcludeerd dat de toegang tot specialistische behandeling voor diabetes (type 2) niet op het juiste moment en op de juiste plaats beschikbaar was. De wachttijden voor consultaties van specialisten namen toe en er werden grote regionale verschillen vastgesteld op het gebied van de toegang tot gezondheidsdiensten.

De kwaliteit van de gezondheidsdiensten

Controledoelstellingen

93 Drie van de controles die in dit compendium zijn opgenomen — uitgevoerd door de HCI's van Oostenrijk, Denemarken en Ierland — hebben betrekking op de kwaliteit van gezondheidsdiensten.

94 Twee van deze controles waren gericht op specifieke aspecten van de kwaliteit in ziekenhuizen: de Deense HCI beoordeelde de kwaliteit van de zorg in Deense ziekenhuizen en analyseerde alle eventuele verschillen in de kwaliteit tussen ziekenhuizen. De Ierse HCI ging na hoe electieve dagchirurgie werd beheerd. Zij onderzocht de oorzaken van de verschillen tussen ziekenhuizen om na te gaan hoe er meer dagchirurgie kan plaatsvinden en wat de eventuele belemmeringen in dit verband zijn. Ook heeft zij de informatie-uitwisseling geanalyseerd, alsmede de mate waarin deze de bevordering van ideeën voor goede praktijken vergemakkelijkt.

95 De Oostenrijkse HCI beoordeelde de organisatie, geselecteerde onderwerpen en de transparantie van de kwaliteitsborging door de federale regering ten aanzien van zelfstandig gevestigde medische beroepsbeoefenaren.

96 In haar controle inzake de voorkoming van zorginfecties heeft de Franse HCI bovendien de omvang en kosten van zorginfecties onderzocht, alsook de rol van de hygiënevoorschriften en het correct voorschrijven van antibiotica.

Belangrijkste controleopmerkingen

97 Uit de controles bleek dat de kwaliteit van de gezondheidsdiensten varieerde en dat er op bepaalde gebieden ruimte voor verbetering is.

98 In het verslag over de kwaliteit van de zorg in de Deense ziekenhuizen werd melding gemaakt van zwakke punten in de behandeling van patiënten en een gebrek aan consistentie in de kwaliteit van de zorg. De verschillen in zorg waren van invloed op het risico dat de patiënt opnieuw moest worden opgenomen of kwam te overlijden. De oorzaken van veel van de verschillen konden echter worden teruggevoerd op factoren waarop de ziekenhuizen geen invloed hadden.

99 De conclusies van het Ierse verslag over electieve dagchirurgie waren vergelijkbaar: ondanks de algemene inspanning om het aandeel van dagchirurgie te vergroten ten opzichte van residentiële behandeling waren er grote verschillen tussen ziekenhuizen. Mogelijke oorzaken waren het ontbreken van schriftelijke protocollen en checklists voor de selectie van patiënten voor dagchirurgie en het gebrek aan toezicht of evaluatie door het hogere management van het aantal patiënten dat voor dagchirurgie in aanmerking komt.

100 In het Oostenrijkse verslag over kwaliteitsborging voor zelfstandig gevestigde medische beroepsbeoefenaren werden tekortkomingen geconstateerd met betrekking tot de geldigheid van kwaliteitsrichtsnoeren, maatregelen inzake de kwaliteit van output, gestandaardiseerde diagnose en prestatiedocumentatie. Daarnaast werd daarin voorgesteld om de mogelijkheden te evalueren om het aantal geldigheidscontroles van de zelfbeoordeling van de artsen door middel van inspecties bij operaties te verhogen.

101 De Franse HCI heeft vastgesteld dat de prevalentie van infecties in verband met residentiële zorg sinds 2006 niet langer daalt. Een goede handhaving van de hygiënevoorschriften en het correct voorschrijven van antibiotica zijn in dit verband van essentieel belang. Bovendien vereist een meer actief beheer van het risico op infecties ook dat bij de regulering van de verlening van gezondheidszorg beter rekening wordt gehouden met kwaliteitsindicatoren.

Nieuwe technologieën en e-gezondheid

Controledoelstellingen

102 Drie verslagen in dit compendium (Bulgarije, Estland en Letland) zijn gericht op e-gezondheid en het gebruik van nieuwe technologieën op gezondheidsgebied. In de drie verslagen wordt nagegaan of aan de randvoorwaarden voor de invoering en de verdere

ontwikkeling van e-gezondheid was voldaan en of e-gezondheid doeltreffend ten uitvoer was gelegd. De Letse HCI heeft daarnaast beoordeeld of het doel van e-gezondheid, namelijk de bevordering van een efficiëntere gezondheidszorg, was bereikt.

Belangrijkste controleopmerkingen

103 In alle drie de verslagen werd erop gewezen dat e-gezondheid weliswaar als een nationale gezondheidsprioriteit werd beschouwd, maar dat de toepassing achterbleef bij de verwachtingen en dat de doelstellingen ervan slechts ten dele zijn bereikt.

104 Dit hangt samen met een aantal verschillende factoren. In het Bulgaarse verslag werd gewezen op het ontbreken van de noodzakelijke randvoorwaarden voor een doeltreffende tenuitvoerlegging van e-gezondheid, namelijk het bestaan van een regelgevend kader, een uitgebreide omschrijving van de verantwoordelijkheden en een doeltreffend systeem van coördinatie en harmonisatie tussen de verschillende actoren. Daarom liep de tenuitvoerlegging van e-gezondheid in Bulgarije vertraging op en waren de genomen maatregelen slechts gedeeltelijk doeltreffend.

105 De Estse HCI concludeerde bij haar controle ook dat de doelstellingen van e-gezondheid niet waren bereikt: de enige technische oplossing die op het moment van de controle actief werd gebruikt, betrof digitale recepten. Het gebruik van het elektronische patiëntendossier en de verwijzing naar beeldmateriaal was bescheiden en de digitale registratie (een elektronisch systeem voor het maken van afspraken) was niet ten uitvoer gelegd. Er werden verdere tekortkomingen vastgesteld in de strategische planning en het beheer van e-gezondheid, en de tenuitvoerlegging ervan werd niet alleen vertraagd maar viel ook aanzienlijk duurder uit dan oorspronkelijk gepland.

106 In het verslag van de Letse HCI was een soortgelijke beoordeling te vinden, aangezien ook daarin tekortkomingen bij de tenuitvoerlegging van e-gezondheid werden geconstateerd, met name in verband met een gebrek aan betrokkenheid van de belangrijkste belanghebbenden en kwesties in verband met projectbeheer en toezicht. Bijgevolg werd ook bij de Letse controle de doelstelling van e-gezondheidszorg als slechts gedeeltelijk bereikt beoordeeld.

Budgettaire houdbaarheid en andere financiële aspecten

Controledoelstellingen

107 Bij acht van de controles in dit compendium werden de houdbaarheid of andere fiscale aspecten van de volksgezondheid geanalyseerd. Bij vier van deze controles (Tsjechië, Griekenland, Hongarije en Slowakije) werd gekeken naar nalevingskwesties, terwijl de andere vier (Finland, Italië, Luxemburg en Spanje) betrekking hadden op algemenere aspecten van budgettaire houdbaarheid en financieel beheer.

108 De gebieden die door de vier laatstgenoemde controles werden bestreken, varieerden van trendprognoses voor de socialezekerheidsuitgaven (Finland) en overheidsinvesteringen in de gezondheidssector (Italië en Luxemburg) tot het goed financieel beheer van de betalingen voor farmaceutische producten (Spanje).

Belangrijkste controleopmerkingen

109 De meest voorkomende problemen die bij de nalevingsgerichte controles werden vastgesteld, waren tekortkomingen in de aanbestedingsprocedures en in de interne controles, het financieel beheer en het beheer van achterstallige verplichtingen.

110 In het kader van de Finse controle van de trendprognoses voor de socialezekerheidsuitgaven werden mogelijkheden voor de ontwikkeling van het gebruikte model en de verbetering van de documentatie over de methodologie geconstateerd, en werd vastgesteld dat de resultaten van de prognoses niet regelmatig werden gepubliceerd.

111 Bij de controle van de Luxemburgse HCI zijn tekortkomingen geconstateerd met betrekking tot de goedkeuring, coördinatie, verslaglegging en follow-up van grotere investeringen.

112 Soortgelijke kwesties werden vastgesteld door de Italiaanse HCI, die concludeerde dat de bestaande rapportage niet toereikend was om de uitvoering van projecten te monitoren. Voorts was zij van oordeel dat er geen efficiënt gebruik werd gemaakt van het publiek-private partnerschap.

113 In het Spaanse verslag werd geconcludeerd dat de betalingen van farmaceutische vergoedingen aan apotheken en ziekenhuizen slechts gedeeltelijk waren verricht overeenkomstig de desbetreffende voorschriften en de beginselen van goed financieel beheer.

Follow-up van controles

114 Alle HCI's geven in beginsel en als goede praktijk follow-up aan hun aanbevelingen. De aanpak hangt af van de interne regels van iedere HCI. De follow-up kan plaatsvinden door de uitvoering van iedere aanbeveling te volgen of in het kader van een andere controletaak.

115 In de regel vond de follow-up één tot drie jaar plaats na het verstrijken van de uitvoeringstermijn van de aanbevelingen, in overeenstemming met de interne regels van de HCI's. Sommige HCI's geven follow-up aan hun controles zonder zich te verbinden tot een bepaalde termijn.

DEEL III – HCI-verslagen: een kort overzicht

DEEL III – HCI-verslagen: een kort overzicht

49

Preventie en bescherming



België

Rekenhof / Cour des comptes / Rechnungshof

Het Vlaams preventief gezondheidsbeleid – evaluatie van het uitvoeringslandschap

Overzicht

116 Bij de controle van de Belgische HCI werd de doelmatigheid van het Vlaams preventief gezondheidsbeleid in de periode 2014–begin 2015 geëvalueerd.

117 Het inzetten van preventie om zo bij te dragen tot gezondheidswinst voor en een hogere mate van welbevinden bij de bevolking is een van de doelstellingen in de beleidsnota van de Vlaams minister bevoegd voor volksgezondheid. Het Vlaams preventief gezondheidsbeleid is geformuleerd in de vorm van verschillende gezondheidsdoelstellingen en wordt uitgevoerd door een aantal organisaties die in het kader van het beleid worden gesubsidieerd.

Hoe de controle werd uitgevoerd

118 De evaluatie was gebaseerd op de volgende vragen:

- o Is de uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid goed geconcipieerd en uitgewerkt?
- o Wordt het beoogde preventief gezondheidsbeleid op een kwaliteitsvolle manier uitgevoerd?
- o In welke mate wordt bij de uitvoering van het preventief gezondheidsbeleid bijzondere aandacht besteed aan de bevolkingsgroepen die kampen met kansarmoede?

119 De voornaamste gecontroleerden waren de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. De evaluatie was hoofdzakelijk gebaseerd op documentenanalyse en interviews.

Belangrijkste opmerkingen

120 In de praktijk bleek het uitvoeringslandschap aanzienlijk te verschillen per gezondheidsdoelstelling en is de organisatie van het terreinwerk voor verbetering vatbaar.

- o Bij sommige gezondheidsdoelstellingen waren heel wat uitvoeringsorganisaties betrokken, doch was de onderlinge taakafbakening niet altijd duidelijk, waardoor heel wat overleg en afspraken nodig waren.
- o Voor andere gezondheidsdoelstellingen waren dan weer nauwelijks organisaties op het terrein aanwezig waardoor de ondersteuning onvoldoende was.
- o De verdeling van de middelen over gezondheidsdoelstellingen en de uitvoeringsorganisaties was niet voldoende onderbouwd en eerder historisch bepaald.

121 De selectie van uitvoeringsorganisaties door middel van een oproepprocedure leidde tot het gebrek aan kennisdeling en onderlinge spanningen tussen de betrokken organisaties.

122 De uitvoeringsorganisaties waren op het vlak van methodieontwikkeling niet zeer resultaatgericht. Hun rapportage bevatte te weinig informatie om de impact van hun werk te evalueren.

123 Tot slot werd onvoldoende aandacht besteed aan kansarme bevolkingsgroepen.

Aanbevelingen

124 Uitvoeringslandschap

- o De uitvoeringsstructuur inzake suïcidepreventie moet worden gestroomlijnd, de opdrachten inzake tabak-, alcohol- en drugspreventie moeten worden gebaseerd op duidelijke afspraken, en op het vlak van diabetespreventie lijkt een sterkere inzet op terreinwerk nuttig.
- o De inzet van sensibiliseringsmiddelen voor de bevolkingsonderzoeken naar kanker dient beter te worden gecoördineerd en afgestemd op doelgroepen die onvoldoende worden bereikt.

- Ongevallenpreventie moet meer worden gericht op het stimuleren van multidisciplinair overleg, waarbij een eenduidige werkwijze, taakverdeling en samenwerkingsafspraken tussen de diverse actoren worden vastgelegd.
- Met betrekking tot beweging moet een langetermijnvisie worden ontwikkeld. De ondersteuning op het terrein voor de toepassing van methodieken voor de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging dient verzekerd te worden.
- De verdeling van de middelen over de verschillende gezondheidsdoelstellingen of preventiethema's moet duidelijk worden onderbouwd.

125 Uitvoering preventief gezondheidsbeleid

- De overheid moet de voor- en nadelen van het oproepsysteem blijven afwegen.
- De output van partnerorganisaties inzake methodiekontwikkeling verdient een betere planning, monitoring en koppeling aan een budget.
- De Vlaamse minister van Volksgezondheid dient werk te maken van een betere inschakeling van het preventiewerk op het lokale en provinciale niveau.
- Het sluiten van beheersovereenkomsten dient zoveel mogelijk te worden afgestemd op de actieplannen van de gezondheidsdoelstellingen.
- Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid moet ervoor zorgen dat de werkelijke uitvoering in overeenstemming kan worden gebracht met de in het jaarplan vooropgestelde initiatieven.
- De rol van de centra voor leerlingenbegeleiding inzake de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen dient beter te worden uitgewerkt.

126 Logo's (lokale gezondheidsnetwerken)

- De verhouding tussen het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie en de Logo's moet worden uitgeklaard en geoptimaliseerd.
- De rol van de Logo's bij methodiekontwikkeling dient te worden herbekeken en verbeterd.

- o De uniformiteit en kwaliteit van de informatie in het registratiesysteem Cirro moeten worden verhoogd.

127 Projecten

- o De Vlaamse overheid dient de meerwaarde aan te tonen van subsidies aan een (partner)organisatie voor projecten inzake preventie.
- o Projecten die al diverse jaren lopen, dienen te worden geëvalueerd met het oog op de integratie ervan in de reguliere werking van de uitvoeringsorganisatie.

128 Kansarmoede

- o De Vlaamse overheid dient meer te investeren in de ontwikkeling van methodieken en materialen die mensen in armoede doelmatig motiveren tot volgehouden gezond gedrag, inclusief kennisopbouw rond kansarmoede bij de uitvoeringsorganisaties.

Publicatie en follow-up

129 Het verslag werd op 23 februari 2016 op de website van het Belgische Rekenhof geplaatst en op 8 maart 2016 in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van het Vlaams Parlement gepresenteerd. De opvolging van de aanbevelingen wordt in het algemeen beschreven in de jaarlijkse beleidsbrieven van de minister.

Verwachte impact

130 Tijdens de uitvoering van de controle werden wijzigingen aangebracht aan de vigerende wetgeving en werden een aantal initiatieven genomen waardoor enkele knelpunten reeds geremedieerd werden (bijv. een leidraad voor het ontwikkelen en beoordelen van preventiemethodieken).

In september 2017 werd een nieuwe overkoepelende gezondheidsdoelstelling inzake gezond eten, sedentair gedrag, lichaamsbeweging, tabak, alcohol en drugs goedgekeurd.



Frankrijk
Cour des comptes

Preventie van zorginfecties:
de volgende stappen

Overzicht

131 Bij de controle van de Franse HCI werd de preventie van zorginfecties in de periode 2010-2018 geëvalueerd.

132 Een infectie wordt geacht gerelateerd te zijn aan gezondheidszorg indien deze plaatsvindt tijdens de behandeling van een patiënt door een persoon die werkzaam is in de gezondheidszorg in de ambulante zorg, in een medisch-sociale instelling of in een instelling voor gezondheidszorg (in het laatste geval wordt deze aangemerkt als nosocomiale infectie). De infectie valt niet noodzakelijkerwijze samen met de behandeling: ze kan 48 uur tot één jaar later optreden.

133 De afgelopen dertig jaar heeft Frankrijk een gestructureerd overheidsbeleid gevoerd om zorginfecties, vooral in ziekenhuizen, te voorkomen en patiënten te compenseren. Patiëntenverenigingen hebben een beslissende rol gespeeld bij het bevorderen van dit beleid, in aansluiting op de berichtgeving in de media over samenvallende infecties in bepaalde instellingen voor gezondheidszorg.

134 De uitgevoerde acties hebben gezorgd dat de prevalentie van besmette patiënten in ziekenhuizen is verminderd en vervolgens stabiel is gebleven op ongeveer 5 % van de patiënten (d.w.z. ongeveer 470 000 besmette patiënten per jaar). Hoewel zorginfecties meestal leiden tot ongemak van voorbijgaande aard, kunnen zij veel ernstiger gevolgen hebben. De prevalentie van besmette patiënten in ambulante zorg is echter niet bekend en de meting ervan bevindt zich nog in een vroeg stadium in de sector van de sociale gezondheidszorg.

Hoe de controle werd uitgevoerd

135 De evaluatie was gebaseerd op de volgende vragen:

- Belangrijkste controlevraag: Wat staat er op het spel in het beleid inzake de preventie van zorginfecties?
- Met de volgende subvragen:
 - Wat zijn de omvang en de kosten van zorggerelateerde ziekten?
 - Welke resultaten zijn er bereikt met het beleid van het Ministerie van Solidariteit en Gezondheid en de verschillende daaronder ressorterende instanties?
 - Hoe kunnen we rekening houden met de kwesties in verband met de ontwikkeling van de patiënt buiten het ziekenhuis en antibioticaresistentie?
 - Op welke niveaus van risicobeheer moet de herstructurering van de overheidsactie worden beheerd?
 - Hoe kunnen de verschillende actoren ter verantwoording worden geroepen?

136 De voornaamste gecontroleerden waren het Franse Ministerie van Solidariteit en Gezondheid, de verschillende instanties die zijn beleid handhaven, zowel op nationaal als op regionaal niveau, en openbare ziekenhuizen.

137 De beoordeling was gebaseerd op interviews en vragenlijsten die aan alle relevante autoriteiten werden toegezonden.

Belangrijkste opmerkingen

138 De *Cour des comptes* heeft de volgende opmerkingen gemaakt:

- De afgelopen dertig jaar hebben overheden, instellingen voor gezondheidszorg en zorgverleners het overheidsbeleid voor de preventie van nosocomiale infecties ten uitvoer gelegd. De resultaten ervan zijn nog steeds ontoereikend. De prevalentie van infecties in verband met residentiële zorg daalt sinds 2006 niet meer en de externe rapportage van nosocomiale infecties is niet volledig. Er moet nu een volgende stap

worden gezet om dit beleid uit te breiden tot alle segmenten van de gezondheidszorg en om de dreiging van antibioticaresistentie volledig in aanmerking te nemen.

- o De recente oprichting van centra voor de bestrijding van zorginfecties in alle regio's moet het mogelijk maken om met zorgverleners op het gebied van ambulante en sociale gezondheidszorg actie te ondernemen en de coördinatie met regionale gezondheidsagentschappen te verbeteren. In het kader van deze nieuwe structuur moet het Ministerie van Solidariteit en Gezondheid, via het agentschap voor volksgezondheid, zijn rechtmatige plaats innemen in de aansturing en coördinatie van het overheidsoptreden.
- o Om deze nieuwe uitdagingen het hoofd te bieden, is het ook van essentieel belang om alle belanghebbenden beter in staat te stellen de hygiënevoorschriften en het correcte voorschrijven van antibiotica naar behoren te handhaven. Een actiever beheer van het risico op infecties vereist ook dat bij de regulering van de verlening van gezondheidszorg beter rekening wordt gehouden met kwaliteitsindicatoren en dat compensatieregelingen worden herzien om de verantwoordelijkheid te bevorderen.

Aanbevelingen

139 De *Cour des comptes* heeft de volgende aanbevelingen gedaan:

- o er moet een nationaal onderzoek worden ingesteld naar de prevalentie van zorginfecties in de ambulante zorg, zo nodig met een aangepaste methode, om zich te richten op de risicosectoren en de te ontwikkelen acties af te stemmen op de doelgroepen;
- o het agentschap voor volksgezondheid (*Santé Publique France*), een openbare instelling onder toezicht van het Ministerie van Solidariteit en Gezondheid, moet expliciet worden belast met de coördinatie van missies en actiemiddelen van de centra voor de bestrijding van zorginfecties;
- o er moet een reeks maatregelen worden uitgevoerd om het gebruik van antibiotica tegen te gaan en de vergoeding op basis van volksgezondheidsdoelstellingen die particuliere artsen krijgen, moet worden aangepast om de doeltreffendheid van die maatregelen te waarborgen;

- o de regionale gezondheidsagentschappen moeten prioriteit geven aan de inspectie en controle van de gezondheidsvoorzieningen en alle operationele conclusies trekken, met inbegrip van de opschorting van de activiteiten;
- o de criteria voor het bepalen van de omvang en de samenstelling van de teams voor operationele hygiëne in instellingen voor gezondheidszorg moeten worden herzien in overeenstemming met de activiteiten van deze laatste en met internationale aanbevelingen. In openbare ziekenhuizen moeten deze teams worden samengevoegd in het kader van de territoriale ziekenhuisgroepen (*groupements hospitaliers de territoire*);
- o de opschorting van de verplichting voor personen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg om zich te laten vaccineren tegen de griep moet ongedaan worden gemaakt (herhaalde aanbeveling).

Publicatie en follow-up

140 De eerste voorzitter van de *Cour des comptes* diende het openbaar jaarverslag 2019 in bij de president van de Franse Republiek op 4 februari 2019. Het werd vervolgens aan de media gepresenteerd en op 6 februari 2019 elektronisch gepubliceerd op de website van de *Cour des comptes*. Het werd ook gepresenteerd aan de Nationale Vergadering (op 6 april 2019) en vervolgens aan de Senaat (op 7 april 2019).

141 De *Cour des comptes* besteedt bijzondere aandacht aan de follow-up van haar aanbevelingen. Drie jaar na de publicatie van haar verslagen onderzoekt zij in hoeverre haar aanbevelingen zijn uitgevoerd en wat de gevolgen van de uitgevoerde aanbevelingen in de praktijk zijn. In het openbaar jaarverslag kan een monitoringverslag worden opgenomen.

Verwachte impact

142 Beleidsmaatregelen ter voorkoming van zorginfecties zijn noodzakelijk. Gezien het aantal getroffen patiënten moeten efficiënte maatregelen worden genomen om te zorgen voor een behandeling in een zo veilig mogelijke omgeving.



Polen

Najwyższa Izba Kontroli (NIK)

De preventie en behandeling van type 2-diabetes

Overzicht

143 De controle van de Poolse HCI betrof een beoordeling van de preventie en behandeling van type 2-diabetes in de periode 2013-2017 voor ambulante zorg en 2015-2017 voor residentiële zorg.

144 Schattingen geven aan dat mogelijk één op de elf mensen in Polen lijdt aan diabetes (type 1 en 2) en dat het aantal patiënten dat aan de ziekte lijdt jaarlijks toeneemt met 2,5 %. Indien diabetes niet wordt behandeld, leidt diabetes tot een aantal negatieve gevolgen zoals beroertes, hoge bloeddruk en geamputeerde ledematen (als een complicatie van wat bekend staat als diabetische voet), en dus tot een toename van het aantal mensen dat niet meer in staat is om te werken en dus sociale uitkeringen ontvangt.

Hoe de controle werd uitgevoerd

145 De evaluatie was gebaseerd op de volgende belangrijkste controlevraag:

- Zorgt het gezondheidszorgstelsel ervoor dat mensen die lijden aan of risico lopen op type 2-diabetes in een vroeg stadium worden ontdekt en dat de doeltreffende behandelingsmethoden voor deze ziekte worden toegepast?

146 Specifieke vragen:

- Heeft het Ministerie van Volksgezondheid een nationaal beleid voor gezondheidszorg geformuleerd om diabetes te voorkomen en de gezondheid van mensen die aan de ziekte lijden te verbeteren?

- o Heeft het nationaal gezondheidsfonds gezorgd voor de beschikbaarheid van diabetesdiensten en middelen voor de behandeling van diabetes en de complicaties daarvan?
- o Hebben zorgverleners actie ondernomen op het gebied van preventie, vroegtijdige opsporing en behandeling van type 2-diabetes?
- o Hebben zij patiënten met type 2-diabetes toegang verschaft tot gespecialiseerde diensten?
- o Hebben ze de behandelingsmethoden toegepast voor type 2-diabetes waarbij gebruik wordt gemaakt van de nieuwste geneesmiddelen?

147 De belangrijkste gecontroleerden waren het Ministerie van Volksgezondheid, het hoofdkantoor van het nationaal gezondheidsfonds en zorgverleners. De gebruikte methodologie omvatte documentenonderzoek, enquêtes, verduidelijkingen van werknemers van gecontroleerden en andere organisaties.

Belangrijkste opmerkingen

148 Diabetes wordt onderkend als een “welvaartsziekte” en de bestrijding van de ziekte is een van de prioriteiten van de minister van Volksgezondheid, die belast is met het opstellen van het nationale gezondheidsbeleid. Er is echter geen nationale strategie opgesteld voor de preventie van diabetes of voor de behandeling en verzorging van mensen die aan de ziekte lijden.

149 De minister van Volksgezondheid heeft niet op adequate wijze in de gezondheidsbehoeften voorzien, noch op adequate wijze vastgesteld hoeveel diabetesspecialisten nodig zijn om te zorgen voor de patiënten die aan de ziekte lijden. Ook heeft hij het publiek niet bewuster gemaakt van diabetes.

150 In het algemeen hebben Poolse patiënten geen toegang tot innovatieve behandelingen voor type 2-diabetes, aangezien geen van de geneesmiddelen met positieve aanbevelingen van het agentschap voor de evaluatie van gezondheidstechnologie en tarieven, te weten incretinen en gliflozinen, is opgenomen in de lijst van voor vergoeding in aanmerking komende geneesmiddelen.

151 Hoewel het nationaal gezondheidsfonds actie heeft ondernomen om de behandeling van patiënten met type 2-diabetes te verbeteren, neemt het aantal patiënten op wachtlijsten voor gespecialiseerde diabetesklinieken en ziekenhuisopname toe, evenals de wachttijden voor diensten. Tegelijkertijd neemt het aantal dienstverleners dat een overeenkomst heeft met het nationaal gezondheidsfonds af.

152 Een gebrek aan geschikte gegevens in de medische dossiers wijst er tevens op dat de artsen in veel gevallen de beginselen in de aanbevelingen van de Poolse diabetesvereniging voor de behandeling van personen die risico lopen op diabetes en patiënten met type 2-diabetes niet in acht hebben genomen of dat hun registratie onbetrouwbaar was. In sommige gevallen volgden patiënten de aanbevelingen van de artsen niet op. Bijgevolg waren de resultaten van de behandeling niet goed genoeg en waren de kosten van de behandeling van complicaties van type 2-diabetes hoog.

Aanbevelingen

153 De NIK deed de volgende aanbevelingen:

- o De minister van Volksgezondheid dient een alomvattend nationaal programma op te stellen met activiteiten die zijn gericht op de preventie, vroegtijdige diagnose en behandeling van diabetes.
- o De minister van Volksgezondheid moet actie ondernemen om een schatting te maken van het aantal personen dat niet is gediagnosticeerd en dus niet op de hoogte is van het feit dat ze lijden aan diabetes, en methoden ontwikkelen om deze personen te bereiken met passende informatie over de symptomen en de gevolgen van de ziekte, en hen aan te moedigen een adequate diagnose te laten stellen en een passende behandeling te ondergaan.
- o De minister van Volksgezondheid dient zich meer in te spannen om een model voor de planning van medisch personeel te ontwikkelen.
- o De voorzitter van het nationaal gezondheidsfonds moet actie ondernemen om ervoor te zorgen dat in het hele land toegang bestaat tot diensten die worden verleend in het kader van uitgebreide, gespecialiseerde ambulante zorg voor diabetische patiënten en uitgebreide behandeling van chronische wonden.

- o Zorgverleners moeten:
 - o diabetespatiënten zo vaak doorverwijzen voor diagnostische tests en consultaties van specialisten als aanbevolen door de Poolse diabetesvereniging;
 - o patiënten doorverwijzen om ze op diabetes te laten testen zoals is aanbevolen door de Poolse diabetesvereniging;
 - o de aanbevelingen van de Poolse diabetesvereniging om type 2-diabetes te voorkomen, ter harte nemen;
 - o individuele medische dossiers op zodanige wijze bijhouden dat volledige en betrouwbare informatie over de diagnose en het behandelingsproces van de patiënt gewaarborgd is.

154 Overheidsinstanties moeten ook gezamenlijke, gecoördineerde actie ondernemen met gezondheidszorg- en patiëntenorganisaties om een gezonde levensstijl te bevorderen, met inbegrip van lichaamsbeweging en voeding, om te helpen bij het terugdringen van type 2-diabetes in Polen.

Publicatie en follow-up

155 Het verslag is op 26 maart 2018 gepubliceerd op de website van de Poolse HCI en is naar de hoge en centrale nationale autoriteiten gestuurd. Het kreeg veel aandacht in de media en werd uitvoerig becommentarieerd door deskundigen op het gebied van gezondheidszorg.

156 Als reactie op het verslag heeft de Poolse minister van Volksgezondheid de HCI geïnformeerd over de maatregelen die zijn genomen om de controleaanbevelingen uit te voeren, met inbegrip van de analyse van de behoeften en de ontwikkeling van een plan voor een nieuw gezondheidsprogramma en acties om de doeltreffendheid van gezondheidsvoorlichting en de preventie van ziekten te verbeteren.

Verwachte impact

157 Versterking van het gezondheidszorgstelsel door te zorgen voor een doeltreffender monitoring van de preventie en de zorg op het gebied van diabetes, vergroting van de doeltreffendheid van de diabetesvoorlichting, en coördinatie van de maatregelen om het aantal nieuwe diabetesgevallen te verminderen.



Slovenië
Računsko Sodišče Republike Slovenije

Aanpak van obesitas bij kinderen

Overzicht

158 Bij de controle van de Sloveense HCI werd beoordeeld of de mechanismen voor de aanpak van obesitas bij kinderen doeltreffend en doelmatig waren. De controle had betrekking op de periode 2015-2016.

159 De rekenkamer van de Republiek Slovenië besloot een controle uit te voeren inzake de aanpak van obesitas bij kinderen naar aanleiding van alarmerende statistieken over overgewicht en obesitas bij kinderen.

160 In 1989 had 12,5 % van de kinderen in het basisonderwijs in de Republiek Slovenië overgewicht en leed 2,35 % aan obesitas. Hoewel het aandeel kinderen in het basisonderwijs met overgewicht en obesitas sinds 2010 afneemt, zijn de cijfers in 2016 nog steeds 43,2 %, respectievelijk 193,6 % hoger dan in 1989.

161 Problemen met overgewicht en obesitas zijn voor een groot deel afhankelijk van de sociaaleconomische status van een gezin en van de inzet van elk individu. De staat kan niet meer doen dan beleid voeren om een gezonde levensstijl te bevorderen.

Hoe de controle werd uitgevoerd

162 De beoordeling was gebaseerd op de belangrijkste controlevraag “Pakt de Republiek Slovenië obesitas bij kinderen naar behoren aan?” en de volgende subvragen:

- o Worden de doelstellingen en maatregelen voor de aanpak van obesitas bij kinderen naar behoren gepland?

- o Zijn de activiteiten van het Ministerie van Volksgezondheid, het Ministerie van Onderwijs, Wetenschap en Sport en het nationaal instituut voor volksgezondheid bij de uitvoering van activiteiten ter bestrijding van obesitas bij kinderen efficiënt?
- o Zijn de doelstellingen op het gebied van de aanpak van obesitas bij kinderen verwezenlijkt en neemt het aandeel kinderen die overvoed en zwaarlijvig zijn af?

163 De belangrijkste gecontroleerden waren het Ministerie van Volksgezondheid, het Ministerie van Onderwijs, Wetenschap en Sport en het nationaal instituut voor volksgezondheid. De controlemethodologie omvatte een onderzoek van documenten, websites, mediaverslagen en andere publieke informatiebronnen, interviews met gecontroleerden en andere belanghebbenden, en gegevensanalyse.

Belangrijkste opmerkingen

164 De HCI heeft geconcludeerd dat de staat (het Ministerie van Volksgezondheid, het Ministerie van Onderwijs, Wetenschap en Sport en het nationaal instituut voor volksgezondheid) een gezonde levensstijl onder kinderen op systeemniveau heeft bevorderd (door regelgeving op te stellen over gezonde voeding en lichaamsbeweging) en daarnaast via geselecteerde projecten.

165 Hoewel de effecten van activiteiten van de staat om obesitas bij kinderen aan te pakken pas na verloop van tijd zichtbaar zijn en niet rechtstreeks meetbaar zijn, is de rekenkamer van oordeel dat de staat tot op zekere hoogte heeft bijgedragen aan de bestrijding van obesitas bij kinderen, zoals indirect te zien is aan de verandering in de ontwikkeling van de verhouding overvoeding en obesitas bij kinderen. Niettemin zou de staat zijn optreden bij de aanpak van obesitas bij kinderen kunnen verbeteren door middel van maatregelen en activiteiten die alle kinderen zouden bereiken, waardoor de uitvoering van deze maatregelen efficiënter wordt.

166 De HCI merkte met name het volgende op:

- o scholen nemen deel aan verschillende aanvullende projecten en programma's ter bevordering van een gezonde levensstijl. De uitvoering van projecten is echter minder efficiënt dan de systemische aanpak. De projecten zijn in de tijd beperkt, zorgen niet altijd voor gelijke behandeling van kinderen en veroorzaken extra administratieve lasten en kosten;

- o het systeem voor het organiseren van gezonde schoolmaaltijden is behoorlijk opgezet en waarborgt de gelijke behandeling van alle kinderen;
- o de lichamelijke opvoeding in het basisonderwijs duurt minder dan de 180 minuten per week die door de Wereldgezondheidsorganisatie worden aanbevolen.

Aanbevelingen

167 Het Ministerie van Volksgezondheid werd aanbevolen om:

- o na te gaan hoe kan worden gezorgd dat verzorgde schoolmaaltijden beter voldoen aan voedingsrichtsnoeren;
- o de voorschriften voor de afgifte van medische certificaten ter rechtvaardiging van afwezigheid bij sportlessen of een speciaal dieet te wijzigen;
- o de behoeften te evalueren en procedures vast te stellen voor vroegtijdige maatregelen met betrekking tot de aanpak van obesitas bij kinderen en de mogelijke behandeling van daarmee samenhangende ziekten.

168 Het Ministerie van Onderwijs, Wetenschap en Sport werd aanbevolen om:

- o de voorschriften voor entiteiten die schoolmaaltijden verzorgen te evalueren, met inbegrip van manieren om openbare aanbestedingsprocedures voor de inkoop van voedsel voor schoolmaaltijden te vereenvoudigen en harmoniseren; te overwegen of er regelmatig cursussen op dat gebied zouden moeten worden georganiseerd en zo ja, door wie;
- o analyses uit te voeren van de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de afzonderlijke sportprogramma's;
- o kosten-batenanalyses te ontwikkelen voor projecten die verband houden met bewustmaking en gezonde voeding, en de mogelijkheden te onderzoeken om de inhoud van de projecten en programma's op te nemen in de reguliere opleidings- en onderwijsprogramma's;
- o cursussen te overwegen over het belang van een gezonde levensstijl voor schoolpersoneel, kinderen en hun ouders;

- o te overwegen om leerkrachten op te leiden op het gebied van gezondheidsbevordering;
- o een gedetailleerde analyse te verrichten van het personeel en de middelen die nodig zijn voor de invoering van 5 uur lichamelijke opvoeding per week voor alle kinderen.

Publicatie en follow-up

169 Het verslag werd op 11 september 2018 aan de gecontroleerden gepresenteerd en op de website van de rekenkamer van de Republiek Slovenië gepubliceerd.

Verwachte impact

170 Het belangrijkste resultaat van de uitgevoerde controle was dat het publiek daarmee geïnformeerd werd over de huidige situatie en de problemen in verband met overgewicht en obesitas bij kinderen.

171 Een mogelijk gevolg van de controle kan onder meer zijn dat de regelgeving wordt gewijzigd, met name in verband met de aanbevolen hoeveelheid lichamelijke opvoeding op school.

DEEL III – HCI-verslagen: een kort overzicht

67

Toegang tot gezondheidsdiensten



Duitsland Bundesrechnungshof

Gezondheidsonderzoek nodig naar de waarde van orthodontische behandelingen

Overzicht

172 Bij de controle van de Duitse HCI werd de waarde van orthodontische behandelingen beoordeeld. De controle had betrekking op de periode 2014-2016.

173 De wettelijke ziekenfondsen vergoeden alleen de orthodontische behandeling (bijv. beugels) indien de verkeerd staande tanden of misvormingen van de kaak het kauwen, bijten, spreken of ademen aanzienlijk belemmeren of dreigen te belemmeren. De kosten per behandeld geval zijn de afgelopen jaren ongeveer verdubbeld. Volgens schattingen ondergaat meer dan de helft van alle kinderen en adolescenten in Duitsland een orthodontische behandeling. Tegen deze achtergrond heeft het *Bundesrechnungshof*, dat een mandaat heeft om het wettelijke ziektekostenverzekeringsstelsel van Duitsland te controleren, onderzocht hoe de ziekenfondsen omgaan met orthodontische diensten voor hun begunstigden.

Hoe de controle werd uitgevoerd

174 Het doel van de controle was inzicht te krijgen in de kosten van orthodontische behandelingen en procedures voor de goedkeuring, uitvoering en facturering daarvan door de wettelijke ziekenfondsen.

175 Daarnaast heeft het *Bundesrechnungshof* onderzocht of en in hoeverre het federale Ministerie van Volksgezondheid de doelmatigheid van deze diensten waarborgde.

176 De belangrijkste gecontroleerden waren het federale Ministerie van Volksgezondheid, geselecteerde ziekenfondsen en de overkoepelende organisatie van de wettelijke ziekenfondsen.

177 De controle was voornamelijk gebaseerd op onderzoek van de documenten die werden verstrekt door het federale Ministerie van Volksgezondheid en door ziekenfondsen, instanties voor patiëntenvoorlichting en zelfregulerende instanties van gecontracteerde tandartsen (orthodontische procedures, contracten, studies over orthodontie, enz.) en interviews met vertegenwoordigers van dergelijke instanties.

Belangrijkste opmerkingen

Waarde van orthodontische behandelingen niet ondersteund door wetenschappelijk onderzoek

178 Het *Bundesrechnungshof* concludeerde dat het federale Ministerie van Volksgezondheid en de ziekenfondsen geen uitgebreid overzicht hadden van de specifieke orthodontische diensten die aan patiënten werden verstrekt. Er was een gebrek aan gegevens voor het hele land, bijvoorbeeld over het type, de duur en het succes van de behandeling, de behandelde leeftijdsgroepen, de onderliggende diagnoses, het aantal afgesloten gevallen en het aantal stopgezette behandelingen. Bovendien was er geen beoordeling van de toegevoegde waarde van de orthodontische behandeling op basis van dergelijke gegevens. Daardoor is er geen informatie beschikbaar over de doelstellingen van de ziekenfondsen bij de besteding van meer dan 1 miljard EUR per jaar voor de orthodontische zorg of over eventueel succes van dergelijke behandelingen.

Begunstigden betalen vaak extra voor orthodontische behandeling

179 Daarnaast heeft het *Bundesrechnungshof* vastgesteld dat tandartsen vaak aanvullende diensten aanbieden, die de begunstigden uit eigen zak moesten betalen. Deze zelf te betalen diensten hebben hoofdzakelijk betrekking op andere behandelingsmethoden, diagnoses en orthodontische apparaten (bijv. beugels).

180 Volgens een studie van één ziekenfonds had drie kwart van de ondervraagde personen afspraken gemaakt over particuliere zelf te betalen diensten met de orthodontisten die hen behandelden. Bijna de helft van de respondenten had meer dan 1 000 EUR betaald. Voor het grootste deel waren de ziekenfondsen niet op de hoogte van de door hun begunstigden ontvangen orthodontische behandeling en zelf te betalen diensten. Slechts in uitzonderlijke gevallen hoorden de ziekenfondsen over de ontvangen behandelingen en diensten, bijvoorbeeld wanneer de begunstigden zich beklagden over hun tandarts. Het was ook hier niet duidelijk welke resultaten er waren bereikt.

Aanbevelingen

181 Het *Bundesrechnungshof* deed de aanbeveling om gegevens over de situatie ten aanzien van orthodontische zorg, alsmede de behandelingsbehoeften en -doelstellingen, en kwaliteitsindicatoren en -controles, ook met betrekking tot zelf te betalen diensten, te onderzoeken en te verzamelen. Het federale Ministerie van Volksgezondheid moet evaluaties in gang zetten en zo nodig werken aan het creëren van de nodige wettelijke voorwaarden. De aard van de in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekering verstrekte orthodontische diensten moet worden bepaald aan de hand van de resultaten van dit onderzoek naar gezondheidszorg. Indien zelf te betalen diensten de voorkeur verdienen boven de huidige diensten van de ziekenfondsen, moeten de betrokken instanties overwegen deze in de zorg van de ziekenfondsen op te nemen.

Publicatie en follow-up

182 Het *Bundesrechnungshof* heeft zijn verslag aan de commissie Overheidsrekeningen van het Begrotingscomité van de Duitse Bondsdag voorgelegd als onderdeel van zijn jaarverslag over het federale financieel beheer door de federale regering.

183 Het controleverslag werd in april 2018 op de website van het *Bundesrechnungshof* gepubliceerd. De publicatie ervan ging vergezeld van een persbericht (zie www.bundesrechnungshof.de/en/themen/health-health-insurers/health-health-insurers, derde punt in de lijst).

184 Het *Bundesrechnungshof* is voornemens na te gaan of het federale Ministerie van Volksgezondheid doeltreffende maatregelen treft om de kosteneffectiviteit van uitkeringen op grond van de ziektekostenverzekering voor orthodontische behandelingen te helpen waarborgen.

Verwachte impact

185 In reactie op de aanbeveling van het *Bundesrechnungshof* heeft het federale Ministerie van Volksgezondheid opdracht gegeven tot een wetenschappelijke studie waarin de huidige stand van de medische kennis over de langetermijneffecten van orthodontische behandelingen op de mondgezondheid wordt onderzocht, gepresenteerd en geëvalueerd.

186 Het ministerie is van plan om samen met de centrale verenigingen van ziekenfondsen en van gecontracteerde tandartsen de door de deskundigen opgestelde aanbevelingen voor actie te evalueren en de volgende stappen te bespreken die moeten worden gezet om het onderzoek naar gezondheidszorg te verbeteren en de waarde van orthodontie te beoordelen.



Litouwen Valstybės Kontrolė

De toegankelijkheid van gezondheidszorg
en de patiëntgerichtheid

Overzicht

187 Bij de controle van de Litouwse HCI werd gekeken naar de toegankelijkheid van gezondheidszorg en de patiëntgerichtheid. De controle had betrekking op de periode 2014-2016. Ook de gegevens van 2017 en 2018 werden onderzocht, voor zover relevant voor de wijzigingen die hebben plaatsgevonden.

Hoe de controle werd uitgevoerd

188 De beoordeling was gericht op de volgende kwesties:

- o het beheer van wachttijden voor gezondheidszorg;
- o de geschiktheid van de planning van het vereiste aantal specialisten in de gezondheidszorg;
- o de doeltreffendheid van het gebruik van dure apparatuur die eigendom is van medische instellingen;
- o de ontwikkeling van de noodzakelijke voorwaarden om de toegankelijkheid van de nieuwste medische technologieën en de evaluatie van technologieën die reeds in gebruik zijn te waarborgen;
- o de vaststelling, de beoordeling en het beheer van de verwachtingen van patiënten.

189 De belangrijkste gecontroleerden waren het Ministerie van Volksgezondheid, het nationale accreditatie-agentschap voor gezondheidszorg en het nationale ziekenfonds.

190 Daarnaast werden gegevens en informatie verzameld bij openbare en particuliere medische instellingen, gemeenten, beroepsorganisaties van specialisten in de gezondheidszorg, patiëntenorganisaties en wetenschappelijke instellingen.

191 De controlemethodiek omvatte documentenonderzoek, benchmarking, enquêtes onder medische instellingen en gemeenten, bevolkingsenquêtes, interviews, gegevensanalyse en toetsing.

Belangrijkste opmerkingen

De ondoeltreffendheid van maatregelen die zijn bedoeld om de wachttijden voor diensten te verkorten

192 Het Ministerie van Volksgezondheid had geen objectieve informatie over de wachttijden, noch over de tendensen en de onderliggende factoren die in de weg staan aan de planning van doeltreffende maatregelen om deze te verminderen. Het ministerie heeft ook geen analyse verricht van het effect van de toegepaste maatregelen op de schommelingen in de wachttijden. Met de maatregelen ter vermindering van de wachttijden waren de gewenste resultaten niet behaald, omdat belangrijke problemen in verband met de patiëntenstromen, de werking van het e-gezondheidssysteem, het gebrek aan evenwicht in de structuur van de specialisten in de gezondheidszorg, enz. niet werden aangepakt. Om het probleem van de toegankelijkheid van de dienst aan te pakken heeft 17 % van de patiënten gebruik gemaakt van betaalde diensten (waarvan de helft hiertoe besloot vanwege de te lange wachttijden) en ging 19 % zichzelf behandelen.

De behoefte aan een betere planning van de vraag naar specialisten in de gezondheidszorg

193 Bij het opstellen van het verzoek om specialisten in de gezondheidszorg op te leiden aan de instellingen voor wetenschap en onderwijs heeft het ministerie nagelaten de wijzigingen in de structuur van de diensten, de vraag naar deze diensten in de regio's, de werkbelasting van de specialisten, besluiten van artsen om niet als arts werkzaam te blijven, en de emigratievoorspellingen te beoordelen. Het ministerie heeft enkel getracht de met pensioen gaande artsen te vervangen, maar heeft geen rekening gehouden met de vraag naar verpleegkundigen. Het aantal artsen overschreed het EU-gemiddelde, maar er was sprake van een gebrek aan deskundigen op specifieke gebieden, zoals cardiologie, oogheelkunde en neurologie, en aan verpleegkundigen, wat de toegankelijkheid van de diensten heeft beïnvloed.

Het ondoeltreffende gebruik van dure apparaten in medische instellingen en het gebrek aan stimulansen voor de beoordeling van nieuwe technologieën

194 De intensiteit van het gebruik van meer dan de helft (59 %) van de dure medische hulpmiddelen (die meer dan 29 000 EUR kosten) was laag en 7 % werd helemaal niet gebruikt. Tijdens de gecontroleerde periode is het ministerie begonnen met procedures voor de aanschaf van nieuwe apparaten, maar heeft het nagelaten een begin te maken met de herverdeling van dure apparaten, waardoor de kwestie van het ondoeltreffende gebruik van de beschikbare apparatuur niet is opgelost.

195 De beoordeling van nieuwe technologieën kwam traag op gang (gedurende de periode van vier jaar dienden medische instellingen en particuliere aanbieders slechts elf technologieën voor beoordeling in) vanwege het gebrek aan financiering voor het gebruik van nieuwe, goedgekeurde gezondheidstechnologieën. Wanneer nieuwe technologieën opkwamen, werden de beschikbare vaak niet beoordeeld. Dit heeft ertoe geleid dat niet werd gegarandeerd dat alle patiënten met de nieuwste technologieën werden behandeld.

Patiënten worden niet betrokken bij de ontwikkeling van de gezondheidszorg om aan hun verwachtingen te voldoen

196 Zowel het ministerie als de medische instellingen hebben nagelaten gebruik te maken van patiënten-enquêtes om hun verwachtingen te bepalen. Hoewel de helft van de gecontroleerde gemeenten gegevens over medische instellingen verzamelde, hebben zij er geen gebruik van gemaakt bij het nemen van besluiten over de organisatie van de diensten. De patiëntenvertegenwoordiging was gefragmenteerd — vertegenwoordigers van patiënten waren slechts betrokken bij 40 % van de werkgroepen die zij belangrijk vonden. De informatievoorziening van patiënten met betrekking tot hun rechten en plichten was onvolledig, wat ertoe heeft geleid dat ongeveer 20 % van de patiënten niet op hun afspraak verscheen, waardoor de wachttijden verder zijn opgelopen.

Aanbevelingen

197 Om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren, de wachttijden te verkorten en de beschikbare middelen doeltreffender in te zetten heeft de HCI het volgende aanbevolen:

- o het gebruik en de toegankelijkheid van diensten en patiëntenstromen, alsook het effect van maatregelen om de wachttijden te verkorten regelmatig monitoren en analyseren, en de uitvoering van maatregelen baseren op de resultaten van deze monitoring en analyse;
- o een systeem ontwikkelen voor de planning van de vraag naar alle specialisten op het gebied van de gezondheidszorg op basis van de analyse van gegevens;
- o de jaarlijkse beoordeling van inrichtingen uitbreiden door gebruik te maken van gebruiksindicatoren voor dure medische hulpmiddelen;
- o de procedure voor de financiering van nieuwe beoordeelde technologieën uitzetten en reeds in gebruik zijnde gezondheidstechnologieën evalueren en opnieuw beoordelen.

198 Om ervoor te zorgen dat het gezondheidszorgstelsel patiëntgericht wordt, heeft de HCI het volgende aanbevolen:

- o uitbreiding en/of herziening van de inhoud van de verkennende patiëntenstudies en -onderzoeken die door het ministerie en de medische instellingen worden uitgevoerd om de verwachtingen van de patiënten te bepalen, die vervolgens kunnen worden gebruikt om de organisatie van de gezondheidszorg te verbeteren;
- o uitbreiding van de inhoud van informatie die erop gericht is patiënten aan te moedigen hun verplichtingen na te komen en hun rechten uit te oefenen, en van de middelen om deze te verstrekken;
- o vaststelling van criteria voor het betrekken van patiëntenorganisaties bij de besluitvorming door comités en werkgroepen met het oog op de verbetering van de gezondheidszorg.

Publicatie en follow-up

199 Het controlerapport werd gepresenteerd aan de gecontroleerden, de parlementaire commissie voor controle, medische instellingen en het grote publiek (tijdens Signals 2018, een internationale conferentie die in 2018 door de HCI werd georganiseerd).

200 Overeenkomstig de in het verslag overeengekomen termijnen voor de uitvoering van de aanbevelingen worden halfjaarlijkse verslagen voorgelegd aan de parlementaire commissies.

Verwachte impact

201 De controle zal naar verwachting leiden tot organisatorische/procedurele wijzigingen (op het gebied van de monitoring van de toegankelijkheid van diensten, de planning van de vraag naar medisch specialisten, de beoordeling van het gebruik van medische hulpmiddelen, de vaststelling van de verwachtingen van patiënten en de betrokkenheid van patiëntenorganisaties) en de heroverweging van financieringsbesluiten (als gevolg van nieuwe technologieën).



Malta

National Audit Office

De huisartsenfunctie – De kern van de eerstelijnsgezondheidszorg

Overzicht

202 Bij de controle van de Maltese HCI werd gekeken naar de huisartsenfunctie en rol van de huisarts in de eerstelijnsgezondheidszorg. De controle had betrekking op de periode 2014-2016.

203 In nationale en Europese documenten wordt erkend dat, ondanks een aanzienlijke uitbreiding van de eerstelijnsgezondheidszorg in de loop van de tijd, deze sector niet naar behoren voorop is gesteld waar het gaat om de gezondheidsdiensten in Malta.

204 Het *National Audit Office* van Malta had de functie van de huisarts in gezondheidscentra in 2001 al beoordeeld aan de hand van de doelmatigheidscontrole *Primary Healthcare – the General Practitioners Function within Health Centres*. Uit de controle bleek dat degenen die gebruik maakten van huisartsdiensten destijds zeer tevreden waren. In het verslag waren echter bedenkingen geuit ten aanzien van diverse aspecten van de dienstverlening. De aangekaarte kwesties hielden voornamelijk verband met de continuïteit van de zorg door middel van een meer gepersonaliseerde dienstverlening, de ongelijke verdeling van de huisartsen in gezondheidscentra, het niet benutten van een afsprakensysteem en de kostenefficiëntie van de diensten.

Hoe de controle werd uitgevoerd

205 De controle had tot doel na te gaan in hoeverre:

- o de activiteiten in verband met de huisartsenfunctie de daarmee verband houdende diensten toegankelijk maken en zorgen voor een adequate kwaliteit wat betreft de verwezenlijking van de doelstellingen op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg;
- o organisatie- en administratieve structuren de dienstverlening vergemakkelijken;

- o de geleverde diensten kosteneffectief zijn.

206 De belangrijkste gecontroleerden waren het departement voor eerstelijnsgezondheidszorg (Malta), het algemeen ziekenhuis van Gozo (Gozo) en de spoedgevallenafdeling van het Mater Dei-ziekenhuis.

207 De controlemethodologie omvatte documentenonderzoek, de uitvoering van semi-gestructureerde interviews en een enquête, en prijsberekeningen voor de verschillende diensten die door de huisartsen worden verleend. Niet-huisartsdiensten die door verschillende medische specialisten in gezondheidscentra werden verleend, vielen niet onder de reikwijdte van deze controle.

Belangrijkste opmerkingen

208 De controle leverde sterke aanwijzingen op dat de huisartsenfunctie in het algemeen functioneerde volgens de nationale strategische maatregelen zoals gedefinieerd in de nationale strategie voor het gezondheidszorgstelsel voor Malta en dat de diensten werden uitgebreid en verruimd.

209 Anderzijds wees deze evaluatie ook op een aantal problemen. In de huidige opzet zou de verdere uitbreiding van de huisartsenfunctie, door deze meer patiëntgericht te maken, onwaarschijnlijk zijn zonder een verschuiving in de verdeling van de financiering die de sociaaleconomische voordelen van investeringen in de eerstelijnsgezondheidszorg op lange termijn realistischer zou weerspiegelen. Daarnaast was het mogelijk om het onderlinge verband en de potentiële synergieën van samenwerking tussen de particuliere en de publieke sector verder te benutten. Door nauwere samenwerking met de belanghebbenden zou de publieke huisartsenfunctie er dus meer toe kunnen bijdragen dat de eerstelijnsgezondheidszorg de spil van de nationale gezondheidsdiensten wordt.

Aanbevelingen

210 Het *National Audit Office* van Malta heeft de volgende aanbevelingen gedaan:

- o Het departement voor eerstelijnsgezondheidszorg (Primary Healthcare Department, PHCD) werd aangemoedigd om zich meer te richten op het beoordelen van de haalbaarheid van het verbreden en verdiepen van de huisartsenfunctie door gebruik te

maken van de complementariteit van de diensten die worden verleend door artsen in de openbare en de particuliere sector, onder meer door middel van publiek-private partnerschappen en uitbesteding.

- Er moet worden overwogen meer begrotingstoewijzingen binnen de gezondheidszorg te verschuiven ten gunste van de eerstelijnsgezondheidszorg.
- Het PHCD werd aangemoedigd om de strategische maatregelen die zijn opgenomen in de nationale strategie voor het gezondheidszorgstelsel voor Malta voor de periode 2014-2020 en andere documenten om te vormen tot uitvoerbare projectplannen. Dit houdt in dat de vereiste middelen en het tijdschema voor de uitvoering moeten worden vastgesteld.
- Er moeten meer inspanningen worden geleverd om in alle gezondheidscentra een kliniek voor het beheer van chronische ziekten te openen. Dit zou de continuïteit van zorg en de beginselen inzake patiëntgerichtheid verder bevorderen en zou op lange termijn de kostenefficiëntie van de huisartsenfunctie verbeteren.
- Het PHCD werd aangemoedigd zijn inspanningen voort te zetten om het evenwicht van zijn diensten te verschuiven van onmiddellijke zorg naar gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Het PHCD kon voortbouwen op de huidige bewustmakingscampagnes door huisartsen aan te moedigen de boodschap van deze campagnes tijdens de patiëntenbezoeken opnieuw te benadrukken.
- Er moet worden overwogen of er meer strategische, beheers- en operationele samenwerking tussen gezondheidscentra in Malta en Gozo kan plaatsvinden. Dit zou zorgen voor een grotere mate van dienstenharmonisatie en -personalisatie en garanderen dat ervaringen met de ontwikkeling van diensten worden gedeeld.
- De toegankelijkheid van de informatie over het financieel beheer moest worden verbeterd — de afdeling Financiën moest nog worden ondersteund door middel van investeringen in de passende ICT-infrastructuur.
- Het PHCD werd aangemoedigd om beter gebruik te maken van de beschikbare ICT, zoals het systeem voor klinisch patiëntenbeheer, om te zorgen voor nauwkeurige statistieken over de patiënt. Dergelijke informatie zou de strategische planning en de beheerscontrole van PHCD-activiteiten versterken.

- o De inspanningen met betrekking tot de aanmelding van “bereg”-ziekenhuizen voor faciliteiten voor elektronische recepten moesten worden opgevoerd. Dit was afhankelijk van passende investeringen in ICT.
- o Het PHCD werd aangemoedigd om de coördinatie met de spoedgevallenafdeling van het Mater Dei-ziekenhuis te verbeteren om het aantal nodeloze bezoeken aan deze afdeling van patiënten die de nodige zorg hadden kunnen krijgen van huisartsen op het niveau van de gezondheidscentra, zoveel mogelijk te beperken.

Publicatie en follow-up

211 Het verslag werd op 27 juni 2016 aan de voorzitter van het Huis van Afgevaardigden aangeboden, die het aan het Huis van Afgevaardigden heeft voorgelegd. Het verslag werd ook besproken in de commissie overheidsrekeningen. Na de indiening van bovengenoemd verslag bij het Parlement heeft het *National Audit Office* van Malta het op zijn website gepubliceerd. Er werd ook een persbericht uitgebracht met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen en conclusies in zowel het Maltees als het Engels. De HCI zond exemplaren van het verslag aan de media en andere geïnteresseerde belanghebbenden.

212 Het *National Audit Office* van Malta heeft in 2018 een follow-up van de doelmatigheidscontrole verricht. Deze follow-up werd hoofdzakelijk uitgevoerd door middel van semi-gestructureerde interviews met belangrijke functionarissen van het departement voor eerstelijnsgezondheidszorg en een onderzoek van de desbetreffende documentatie. Uit de follow-upcontrole bleek dat het departement voor eerstelijnsgezondheidszorg in het algemeen actief aan de uitvoering van de aanbevelingen van het verslag was begonnen. In dit verband zijn twee aanbevelingen van het oorspronkelijke verslag volledig ten uitvoer gelegd, terwijl er met betrekking tot de resterende acht al veel werk was verricht.

Verwachte impact

213 Het verwachte langetermijneffect van het verslag is dat dit zal resulteren in organisatorische en procedurele veranderingen, uitbreiding van de financiering en personele middelen voor de huisartsenfunctie, en versterking van de IT-infrastructuur. Het moet ook leiden tot meer patiëntgerichte diensten, waarbij meer aandacht wordt besteed aan de continuïteit van de zorg en de verbreding van de diensten van huisartsen. Tot de andere langetermijneffecten behoort de beperking van de vraag naar tweedelijnszorg en het beroep

dat wordt gedaan op de spoedgevallenafdeling van het Mater Dei-ziekenhuis. Daarnaast zou een langetermijneffect kunnen zijn dat eerstelijnsgezondheidszorg de bewustwording op het gebied van levenskeuzes doet toenemen, waardoor de incidentie van chronische ziekten onder de Maltese bevolking wordt beïnvloed.



Portugal Tribunal de Contas

Toegang van burgers tot gezondheidszorg van de nationale dienst voor gezondheidszorg van Portugal

Overzicht

214 Bij de controle van de Portugese HCI werd gekeken naar de toegang van burgers tot gezondheidszorg van de nationale dienst voor gezondheidszorg van Portugal in de periode 2014-2016. De toegang van burgers tot gezondheidszorg van de nationale dienst voor gezondheidszorg van Portugal blijft problematisch, in het bijzonder wat consulten van specialisten in ziekenhuizen en chirurgie betreft, en met name de wachttijden.

Hoe de controle werd uitgevoerd

215 Met de controle werd beoogd vast te stellen of:

- o de nationale dienst voor gezondheidszorg binnen een klinisch aanvaardbare tijd tegemoetkomt aan de behoeften van de burgers op het gebied van toegang tot eerste consulten van specialisten en geplande chirurgische ingrepen;
- o de procedures voor het plaatsen en het stijgen of dalen op wachtlijsten werden doorlopen in overeenstemming met de geldende regels;
- o de maatregelen die het ministerie ten uitvoer heeft gelegd om te reageren op problemen met de toegang, doeltreffend waren.

216 De voornaamste gecontroleerden waren bepaalde diensten van het Ministerie van Volksgezondheid en geselecteerde ziekenhuiseenheden.

217 De prestaties van de nationale dienst voor gezondheidszorg in verband met de indicatoren voor de toegang tot eerste consulten in ziekenhuizen en chirurgie werden beoordeeld op basis van:

- o technische verslagen van het Ministerie van Volksgezondheid, verschillende organen van het Ministerie van Volksgezondheid en de regelgevende instantie voor volksgezondheid;
- o een analyse van gegevens en informatie van de centrale administratie van het gezondheidszorgstelsel over het plaatsen en het voor- of achteruitgaan van patiënten op wachtlijsten voor consulten en chirurgie.

218 De kwaliteit van de berekende indicatoren en de onderliggende gegevens werd beoordeeld op basis van:

- o interviews met vertegenwoordigers van de centrale administratie van het gezondheidszorgstelsel, de regionale gezondheidsadministratie van Lissabon en het Taag-dal, en de steekproef van ziekenhuiseenheden die werden gecontroleerd;
- o informatie en gegevens afkomstig van de gecontroleerde ziekenhuiseenheden, met inbegrip van lijncontroles van de controleomgeving en van de procedures voor het plaatsen en het stijgen of dalen van patiënten op wachtlijsten voor consulten en chirurgische ingrepen.

Belangrijkste opmerkingen

219 Het *Tribunal de Contas* heeft geconcludeerd dat de toegang van patiënten tot consulten van specialisten in ziekenhuizen en geplande chirurgische ingrepen in de driejarige periode van 2014 tot en met 2016 was verslechterd, met als gevolg een toename van:

- o de gemiddelde wachttijd voor een eerste consult van een specialist in het ziekenhuis van 115 tot 121 dagen, en de niet-inachtneming van de gegarandeerde maximale responstijden van 25 % in 2014 tot 29 % in 2016;
- o i) het aantal patiënten op wachtlijsten voor chirurgie met 27 000 personen (+ 15 %);
ii) de gemiddelde wachttijd tot de chirurgische ingreep met 11 dagen (+ 13 %);
iii) niet-naleving van de gegarandeerde maximale responstijden van 7,4 % in 2014 tot 10,9 % in 2016.

220 Het heeft ook geconcludeerd dat de gecentraliseerde initiatieven die in 2016 door de centrale administratie van het gezondheidszorgstelsel zijn uitgevoerd om de wachtlijsten voor eerste consulten van specialisten in de ziekenhuizen van de nationale dienst voor gezondheidszorg te valideren en op te schonen, betrekking hadden op de administratieve verwijdering van zeer oude aanvragen, waardoor de gerapporteerde prestatie-indicatoren waren verstoord.

221 In het bijzonder op het gebied van de chirurgie was de bevinding dat de wachttijden toenamen door het niet tijdig en regelmatig afgeven van vouchers voor chirurgische ingrepen en overplaatsingsformulieren aan patiënten op wachtlijsten, waardoor zij in andere ziekenhuiseenheden met responscapaciteit hadden kunnen worden geopereerd.

222 Het *Tribunal de Contas* heeft geconcludeerd dat de door de centrale administratie van het gezondheidszorgstelsel openbaar gemaakte informatie over de wachtlijsten niet alleen onbetrouwbaar was vanwege herhaaldelijke fouten bij het opnemen van ziekenhuisinformatie in de gecentraliseerde systemen voor het beheer van de toegang tot consulten in ziekenhuizen en chirurgie, maar ook ten gevolge van de bovengenoemde gecentraliseerde initiatieven.

Aanbevelingen

223 Het *Tribunal de Contas* heeft in het licht van zijn controlebevindingen verschillende aanbevelingen gedaan.

Zo heeft het de minister van Volksgezondheid aanbevolen om:

- o mechanismen in te stellen voor de automatische afgifte van vouchers voor chirurgische ingrepen binnen de wettelijke termijnen wanneer het niet mogelijk is te voldoen aan de gegarandeerde maximale responstijden in ziekenhuizen van de nationale dienst voor gezondheidszorg, zodat het proces van de internalisering van chirurgische ingrepen in de nationale dienst voor gezondheidszorg geen afbreuk doet aan het recht van een patiënt om behandeling te ondergaan binnen een periode die klinisch aanvaardbaar wordt geacht;
- o een orgaan buiten de centrale administratie van het gezondheidszorgstelsel regelmatig controles te laten uitvoeren van de kwaliteit van de opgegeven toegangsindicatoren voor eerste consulten in ziekenhuizen en geplande chirurgische ingrepen.

Aan de raad van bestuur van de centrale administratie van het gezondheidszorgstelsel heeft het aanbevolen:

- o geen administratieve procedures vast te stellen die leiden tot een kunstmatige verlaging van de wachtlijsten en -tijden;
- o verslagen op te stellen waarin de vastgestelde criteria, de methoden en de verkregen resultaten worden toegelicht, telkens wanneer de databanken van het gecentraliseerde informatiesysteem voor het beheer van de toegang tot consulten in ziekenhuizen en chirurgische ingrepen worden gewijzigd om fouten te corrigeren.

Publicatie en follow-up

224 Het verslag werd toegezonden aan de gecontroleerde instanties en de leden van de regering die voor hen verantwoordelijk zijn. Het werd ook gepubliceerd op de website van het *Tribunal de Contas*, samen met een samenvatting van één bladzijde, en er gingen kennisgevingen naar de media.

225 Na de publicatie werden de president van het *Tribunal de Contas* en de minister van Volksgezondheid gehoord tijdens een parlementaire hoorzitting van de commissie volksgezondheid van de Nationale Vergadering.

226 Om aan de slotbepalingen van het verslag te voldoen, hebben de autoriteiten waaraan de aanbevelingen waren gericht, binnen drie maanden verslag uitgebracht over de maatregelen die zij hebben genomen. Vervolgens werd ook informatie uitgewisseld. De in het licht van de aanbevelingen genomen maatregelen zijn in september 2018 geanalyseerd. De conclusie was dat 20 van de 47 gedane aanbevelingen (43 %) waren uitgevoerd en dat 21 andere aanbevelingen (45 %) gedeeltelijk waren uitgevoerd. Daarbij ging het onder meer om:

- o de toepassing van procedures voor het kwalificeren van gegevens over de toegang tot eerste consulten en geplande chirurgische ingrepen, met als doel ervoor te zorgen dat de werkzaamheden om fouten in de bestaande informatiesystemen te corrigeren, worden gestandaardiseerd en transparanter worden gemaakt en gemakkelijker te controleren zijn;
- o uitbesteding van diensten om ervoor te zorgen dat vouchers voor chirurgische ingrepen ononderbroken en op tijd worden verstrekt aan patiënten op wachtlijsten.

Verwachte impact

227 Wijzigingen in de operationele en controleprocedures voor het beheer van de wachtlijsten voor consulten en chirurgie. Bevordering van de verantwoordingsplicht wat betreft het efficiënte beheer van wachtlijsten, naleving van de maximale responstijden en procedurele transparantie.



Roemenië

Curtea de Conturi a României

Ontwikkeling van gezondheidsinfrastructuur op nationaal, regionaal en lokaal niveau om de toegang tot gezondheidsdiensten te verbeteren

Overzicht

228 De Roemeense HCI heeft het gebruik van de middelen voor de ontwikkeling van de gezondheidsinfrastructuur beoordeeld. De controle had betrekking op de periode 2011-2015.

Hoe de controle werd uitgevoerd

229 De belangrijkste gecontroleerde was het Ministerie van Volksgezondheid.

230 De controlemethodologie omvatte het onderzoek van bestaande ministeriële documenten met betrekking tot het gecontroleerde onderwerp, directe waarnemingen, vragenlijsten en interviews met de werknemers van de gecontroleerde.

Belangrijkste opmerkingen

231 De Roemeense HCI heeft de volgende opmerkingen gemaakt:

- o het Ministerie van Volksgezondheid heeft de voor de financiering van investeringen in de gezondheidszorgstelsel benodigde middelen niet voldoende onderbouwd;
- o het Ministerie van Volksgezondheid heeft de uitvoering van de investeringen via de functionele afdelingen niet efficiënt gecoördineerd, wat heeft geleid tot gebrekkig beheer, op zowel het niveau van het ministerie zelf als dat van de daaronder vallende sanitaire eenheden, waardoor er in 19 jaar slechts twee belangrijke investeringsdoelstellingen werden afgerond;
- o aangekochte medische apparatuur werd met een vertraging van 90 tot 800 dagen geïnstalleerd;

- o er was geen centraal register opgezet van de door de volksgezondheidseenheden bij het ministerie ingediende financieringsaanvragen voor investeringen, met inbegrip van de redenen waarom de financiering van de investeringen niet werd toegestaan;
- o de beginselen van zuinigheid, efficiëntie en doeltreffendheid werden niet in acht genomen. Gezondheidszorgeenheden hebben diensten op het gebied van beeldvorming bij externe aanbieders ingekocht, terwijl zij in het bezit zijn van apparatuur waarmee zij dergelijke diensten kunnen verrichten;
- o de toewijzing van investeringsmiddelen vindt hoofdzakelijk plaats in de tweede helft van het begrotingsjaar. Soms werden de procedures voor het plaatsen van opdrachten niet in het begrotingsjaar afgerond, wat heeft geleid tot het verlies van de financiering;
- o de plaatsing van overheidsopdrachten voor medische apparatuur is niet gecentraliseerd. De aankopen werden gedecentraliseerd door de afzonderlijke gezondheidseenheden gedaan, wat tot verschillende aankooprijzen leidde;
- o het Ministerie van Volksgezondheid stelde geen reeks fysieke en efficiëntie-indicatoren vast voor het volgen van de verwezenlijking van investeringen, de ontwikkeling van gezondheidsinfrastructuur, de verstrekking van medische apparatuur aan faciliteiten voor gezondheidszorg of de mate waarin aan de vastgestelde indicatoren was voldaan. Er is geen regelmatige analyse van de fysieke en efficiëntie-indicatoren uitgevoerd;
- o onvoldoende kennis van de feitelijke situatie van sanitaire faciliteiten wat betreft geavanceerde medische hulpmiddelen (CT, MRI, angiografen, lineaire versnellers);
- o het Ministerie van Volksgezondheid heeft geen controles gepland en uitgevoerd om het gebruik van de middelen voor de ontwikkeling van de gezondheidsinfrastructuur na te gaan.

Aanbevelingen

232 De Roemeense HCI heeft de volgende aanbevelingen gedaan:

- o passende middelen vaststellen voor de financiering van kapitaaluitgaven/kapitaaloverdrachten met het oog op een efficiënt gebruik van de toegewezen middelen;

- o permanente monitoring opzetten van het gebruik van financiële middelen door sanitaire eenheden, procedures uitwerken waarbij een verplicht kader wordt ingesteld voor de ondergeschikte eenheden voor de tijdige rapportage van ongebruikte bedragen;
- o zorgen voor een adequate financiering van de goedgekeurde investeringen en maatregelen om ondergeschikte eenheden gespecialiseerde ondersteuning te bieden;
- o blijvend deelnemen aan de werkzaamheden van de sanitaire eenheden en daarbij de nadruk leggen op de tijdige realisatie en ingebruikname van de investeringen onder optimale voorwaarden;
- o periodieke inspecties van de investeringsactiviteit organiseren om de uitvoering te beoordelen;
- o een echt register opstellen van de verzoeken om financiering van investeringen uit de sanitaire eenheden, voor gebruik als informatiebron voor de selectie van de begunstigde eenheden van de middelen en de prioritering van investeringen op basis van objectieve criteria;
- o in ieder geval voor geavanceerde apparatuur maatregelen voor gecentraliseerde aanbesteding analyseren en maatregelen ontwikkelen om een efficiënt gebruik van overheidsmiddelen te waarborgen;
- o een reeks fysieke en efficiëntie-indicatoren vaststellen om te monitoren hoe de infrastructuur van het gezondheidszorgstelsel wordt ontwikkeld;
- o mogelijke manieren analyseren om het hoogwaardige computersysteem te voltooien, uit te voeren en te exploiteren, en om de voorbereidende haalbaarheids- en haalbaarheidsstudies, architectuurgidsen en de technische projecten die zijn aangeschaft en niet worden gebruikt, te gelde te maken;
- o sanitaire eenheden coördineren en monitoren gedurende het absorptieproces van niet-terugvorderbare middelen om het absorptiepercentage te verhogen;
- o alle nodige maatregelen nemen om de ex-antevoorwaarden te verwezenlijken en de niet-terugvorderbare financiering die via het regionaal operationeel programma 2014-2020 wordt verstrekt, vrij te maken;

- o alle noodzakelijke stappen zetten om toegang te krijgen tot de middelen die de EU via het regionaal operationeel programma ter beschikking heeft gesteld en de middelen die via de leningsovereenkomst met de Internationale Bank voor Herstel en Ontwikkeling zijn toegewezen, en deze middelen efficiënt te gebruiken;
- o de nationale databank inzake gezondheidsinfrastructuur implementeren.

Publicatie en follow-up

233 Het verslag werd in de vorm van een synthese gepresenteerd aan het Roemeense voorzitterschap, de regering, de Kamer van Afgevaardigden, de Senaat, de Roemeense Academie, de Academie voor medische wetenschappen, de gespecialiseerde commissies van het Roemeense parlement, bepaalde ministeries en het nationale ziekenfonds. Het verslag werd in juli 2017 in de vorm van een samenvatting gepubliceerd op de website van de Roemeense rekenkamer.

234 In oktober 2018 is een follow-upverslag opgesteld waarin het Ministerie van Volksgezondheid wordt opgeroepen stappen te gaan nemen om de door de rekenkamer gevraagde maatregelen uit te voeren.

Verwachte impact

235 Het vaststellen van de beste resultaten die zijn bereikt na de uitvoering van de gevraagde maatregelen en van de oorzaken van het niet behalen van de voorgestelde doelstellingen.



Europese Unie Europese Rekenkamer

EU-maatregelen voor grensoverschrijdende gezondheidszorg: hoge ambities, maar beter beheer nodig

Overzicht

236 De Europese Rekenkamer (ERK) beoordeelde of EU-maatregelen voor grensoverschrijdende gezondheidszorg de verwachte voordelen voor patiënten opleveren. De controle had betrekking op de periode 2008-2018.

237 De EU-richtlijn betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg, die in 2011 is vastgesteld, is gericht op het waarborgen van veilige en hoogwaardige medische zorg over de grenzen binnen de EU heen en op de terugbetaling van zorg in het buitenland onder dezelfde voorwaarden als in eigen land. Voorts wordt ermee gestreefd nauwere samenwerking op het gebied van e-gezondheid, grensoverschrijdende uitwisseling van patiëntengegevens en toegang tot gezondheidszorg voor zeldzame ziekten via de ontwikkeling van de Europese referentienetwerken (ERN's) te bevorderen.

238 De controleurs onderzochten of de Europese Commissie de uitvoering van de EU-richtlijn betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg heeft gemonitord en de lidstaten heeft geleid bij het informeren van patiënten over hun rechten. Daarnaast beoordeelden ze de behaalde resultaten voor grensoverschrijdende uitwisselingen van medische gegevens en controleerden ze de belangrijkste EU-maatregelen op het gebied van zeldzame ziekten.

Hoe de controle werd uitgevoerd

239 De belangrijkste controlevraag luidde: “Leveren EU-maatregelen op het gebied van grensoverschrijdende gezondheidszorg voordelen op voor patiënten?”

240 De ERK heeft verder onderzocht of:

- o de Commissie goed had toegezien op de uitvoering van de EU-richtlijn betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg in de lidstaten;
- o de tot nog toe behaalde resultaten op het gebied van grensoverschrijdende uitwisselingen van medische gegevens strookten met de verwachtingen;
- o EU-maatregelen inzake zeldzame ziekten een meerwaarde hadden opgeleverd boven ten opzichte van de inspanningen van de lidstaten om patiënten gemakkelijker toegang te verlenen tot gezondheidszorg.

De belangrijkste gecontroleerde was de Europese Commissie.

241 De methodologie omvatte interviews met vertegenwoordigers van de Commissie en de autoriteiten die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de richtlijn in vijf lidstaten (Denemarken, Italië, Litouwen, Nederland en Zweden). Er werd een enquête gehouden onder de vertegenwoordigers van alle lidstaten in de Deskundigengroep zorg in het buitenland en onder vertegenwoordigers van het e-gezondheidsnetwerk. Bovendien werden door de EU gefinancierde projecten beoordeeld en werden deskundigen geraadpleegd.

Belangrijkste opmerkingen

242 De Rekenkamer heeft de volgende opmerkingen gemaakt:

Tenuitvoerlegging van de EU-richtlijn grensoverschrijdende gezondheidszorg

- o De Commissie monitorde de omzetting van de richtlijn in nationale wetgeving en de uitvoering ervan door de lidstaten goed.
- o Zij ondersteunde de lidstaten ook bij het verbeteren van de informatie over het recht van patiënten op grensoverschrijdende gezondheidszorg, hoewel er enkele hiaten blijven bestaan.

Grensoverschrijdende uitwisselingen van medische gegevens

- o De Commissie heeft het mogelijke aantal gebruikers en de kosteneffectiviteit van de grensoverschrijdende uitwisseling van medische gegevens niet naar behoren beoordeeld.

- o De prognoses inzake de omvang van de uitwisseling van medische gegevens over de grenzen heen waren te optimistisch. Op het moment van de controle (november 2018) zouden de lidstaten net gaan beginnen met de elektronische uitwisseling van medische gegevens van patiënten.

De Europese referentienetwerken

- o De Europese referentienetwerken (ERN's) voor zeldzame ziekten vormen een ambitieuze innovatie die breed wordt gedragen onder artsen, zorgverleners en patiënten.
- o Het proces voor de oprichting van de ERN's vertoonde echter tekortkomingen en er bestaan aanzienlijke uitdagingen wat betreft de financiële houdbaarheid van de ERN's.

Aanbevelingen

243 De ERK beveelt de Commissie aan:

- o meer ondersteuning te bieden aan de nationale contactpunten ter verbetering van de informatie over het recht van patiënten op grensoverschrijdende gezondheidszorg;
- o grensoverschrijdende uitwisselingen van medische gegevens beter voor te bereiden;
- o de ondersteuning en het beheer van de ERN's te verbeteren om de toegang van patiënten met een zeldzame ziekte tot gezondheidszorg te vergemakkelijken.

Publicatie en follow-up

244 De ERK presenteert haar speciale verslagen aan het Europees Parlement en de Raad van de EU, alsmede aan andere betrokken partijen zoals nationale parlementen, belanghebbenden uit het bedrijfsleven en vertegenwoordigers van het maatschappelijk middenveld.

245 Het verslag is op 4 juni 2019 samen met een persbericht in 23 EU-talen op de website van de Europese Rekenkamer gepubliceerd.

246 Als standaardprocedure zal er drie jaar na publicatie van het verslag door de ERK follow-up aan worden gegeven.

Verwachte impact

247 De ERK verwacht dat het verslag het volgende effect zal sorteren:

- o duidelijker informatie voor patiënten in de EU over hun recht op grensoverschrijdende gezondheidszorg;
- o verstrekking van informatie over de ERN's voor zeldzame ziekten op de websites van de nationale contactpunten;
- o een beoordeling van de praktijk en de kosteneffectiviteit van de grensoverschrijdende uitwisseling van medische gegevens en van de vraag of deze zinvolle input levert voor de nationale gezondheidszorgstelsels;
- o EU-maatregelen op het gebied van zeldzame ziekten en grensoverschrijdende gezondheidszorg vergemakkelijken de toegang van patiënten met een zeldzame ziekte tot een snellere diagnose en een passende behandeling;
- o een beoordeling van de resultaten van de EU-strategie inzake zeldzame ziekten;
- o met het oog op de duurzaamheid van de ERN's zal alle toekomstige EU-financiering van de netwerken worden beheerd in het kader van de eenvoudigere structuur en zo zullen de administratieve lasten daarvan worden verminderd.

DEEL III – HCI-verslagen: een kort overzicht

95

De kwaliteit van de gezondheidsdiensten



Denemarken Rigsrevisionen

Verslag over verschillen in de kwaliteit van de zorg
in Deense ziekenhuizen

Overzicht

248 De controle van de Deense HCI had tot doel potentiële verschillen in de kwaliteit van de zorg in Deense ziekenhuizen te beoordelen. De controle had betrekking op de periode 2007-2016.

249 De Deense gezondheidswet bepaalt dat alle patiënten gemakkelijk en op voet van gelijkheid toegang hebben tot hoogwaardige zorg. Het Ministerie van Volksgezondheid en de regio's hebben zich in het kader van diverse initiatieven gericht op geografische verschillen in de kwaliteit van de zorg. Sinds 2012 worden gegevens over de kwaliteit van de zorg gemonitord door het Deense kantoor voor klinische registers (RKKP). Het RKKP gemonitort of de patiënten zorg krijgen die in overeenstemming is met de richtsnoeren voor de klinische praktijk. Zo verzamelt het RKKP kennis over de kwaliteit van de in de regio's verstrekte zorg en over eventuele verschillen tussen de regio's en ziekenhuizen.

Hoe de controle werd uitgevoerd

250 De controle was gericht op de kwaliteit van de zorg en de verschillen met betrekking tot vier veel voorkomende ziekten: hartfalen, chronische obstructieve longziekte (COPD), beroerte en heupfracturen. Deze ziekten werden voor de studie geselecteerd omdat een groot aantal patiënten er last van heeft en ze in de meeste ziekenhuizen in het land werden behandeld. De HCI wilde de volgende vragen beantwoorden:

- o Hebben het Ministerie van Volksgezondheid en de regio's kaders vastgesteld die waarborgen dat alle patiënten gelijke toegang hebben tot hoogwaardige zorg in het ziekenhuis en die de regio's en ziekenhuizen in staat stellen de oorzaken van eventuele verschillen in de kwaliteit van de zorg tussen ziekenhuizen vast te stellen en ongegronde verschillen te verkleinen?

- Zijn er ongegronde verschillen in de mate waarin de zorg die in de ziekenhuizen wordt verstrekt aan patiënten met hartfalen, COPD, een beroerte of een heupfractuur, overeenstemt met alle relevante procesindicatoren (kwaliteitsindicatoren voor de zorg)?

251 De belangrijkste gecontroleerden zijn het Deense Ministerie van Volksgezondheid en de vijf Deense regio's. (Gezondheidszorg behoort tot de belangrijkste taken van de Deense regio's.)

252 De controle werd uitgevoerd aan de hand van documentenonderzoek, interviews en een analyse van de registers.

Belangrijkste opmerkingen

253 De *Rigsrevisionen* heeft de volgende opmerkingen gemaakt:

- Uit de analyse van de HCI bleek dat een aanzienlijk aantal patiënten met hartfalen, een beroerte of een heupfractuur niet de volledige geprogrammeerde aanbevolen zorg ontving. Bovendien is uit de analyse gebleken dat de kwaliteit van de zorg op alle vier de ziektegebieden niet consistent is. De verschillen konden niet worden verklaard door bewuste professionele beslissingen op basis van de omstandigheden of de behoeften en wensen van de patiënten zelf.
- Uit de analyse is gebleken dat de verschillen in zorg van invloed waren op het risico op een nieuwe opname of overlijden van de patiënten. De analyse van de registers wees ook uit dat de meeste van de verschillen op het gebied van nieuwe opnames en overlijden kunnen worden herleid tot factoren waarop de ziekenhuizen geen invloed hebben.
- Uit de analyse van de registers is gebleken dat de zorg voor de patiënten met de slechtste vooruitzichten minder consistent was met alle relevante procesindicatoren (kwaliteitsindicatoren voor de zorg) dan de zorg voor de patiënten met de beste vooruitzichten. Dit gold voor alle vier de ziektegebieden.
- Uit de analyse van de registers is dus gebleken dat voor patiënten met de slechtste vooruitzichten wat betreft drie van de vier ziekten, kwaliteitsverschillen in de zorg gevolgen kunnen hebben voor het risico van nieuwe opnames of overlijden.

- o Uit de studie is gebleken dat het ministerie en de regio's follow-up hebben gegeven aan regionale verschillen in de kwaliteit van de in de ziekenhuizen verstrekte zorg en de oorzaken daarvan. De wijze waarop de kwaliteitsborging was georganiseerd en de follow-up plaatsvond, was echter niet specifiek gericht op de vraag of patiënten met vergelijkbare zorgbehoeften, maar in verschillende omstandigheden, dezelfde hoogwaardige zorg hadden gekregen. Dit betekende dat het ministerie en de regio's geen gegevens hadden over verschillen in de kwaliteit van de zorg die in verschillende omstandigheden aan patiënten werd verstrekt, noch wisten welke gevolgen een mogelijk verschil zou kunnen hebben voor het risico op een nieuwe opname of overlijden van de patiënten.

Aanbevelingen

254 De *Rigsrevisionen* heeft aanbevolen dat het Ministerie van Volksgezondheid en de regio's regelmatig beoordelen of alleen patiënten met bepaalde kenmerken niet de zorg overeenkomstig alle relevante procesindicatoren kregen. Deze informatie zou de basis kunnen vormen voor maatregelen om de kwaliteit van de zorg voor dit soort patiënten te verbeteren en zodoende de doelstelling van het ministerie en de regio's ondersteunen om alle patiënten voortdurend hoogwaardige zorg te bieden.

Publicatie en follow-up

255 Het verslag werd voorgelegd aan de commissie overheidsrekeningen, die vervolgens haar eigen opmerkingen heeft toegevoegd alvorens de minister van Volksgezondheid om een reactie te verzoeken.

256 Het verslag is online vrij beschikbaar en de commissie overheidsrekeningen staat open voor vragen van journalisten.

257 Aangezien het verslag vrij recent is (januari 2019), wacht de *Rigsrevisionen* op de verklaring van de minister en zal deze het verslag nauwlettend blijven volgen totdat er bevredigende maatregelen zijn genomen.

Verwachte impact

258 Het is nog te vroeg om de impact van het verslag te bepalen.



Oifig an Ard-Reachtair Cuntas agus Ciste
Office of the Comptroller and Auditor General



Ierland

Office of the Comptroller and Auditor General

Beheer van electieve dagchirurgie

Overzicht

259 Bij de controle van de Ierse HCI is de voortgang bij de omschakeling van residentiële zorg naar dagchirurgie beoordeeld. De controle was bedoeld om alle factoren in kaart te brengen die de omschakeling vergemakkelijken of belemmeren, en om te beoordelen of er ruimte was om meer gebruik te maken van dagchirurgie. De controle had betrekking op dagchirurgie in openbare ziekenhuizen voor acute zorg in Ierland in de periode 2006-2012.

Hoe de controle werd uitgevoerd

260 De controle was toegespitst op één hoofdvraag: Kan het aantal gevallen waarin residentiële zorg wordt verstrekt, worden verminderd door ervoor te zorgen dat de desbetreffende patiënten, wanneer dit medisch gezien passend is, dagchirurgie ondergaan?

261 In het kader van deze hoofdvraag werd onderzocht of:

- o het bestuur van de diensten voor gezondheidszorg (Health Service Executive, HSE) de redenen voor de verschillen tussen ziekenhuizen had geanalyseerd om mogelijke verbeteringen in kaart te brengen;
- o belemmeringen voor het verbeteren van de dagchirurgiepercentages waren vastgesteld en aangepakt;
- o processen in ziekenhuizen/bij het HSE de uitwisseling van informatie vergemakkelikten om ideeën voor goede praktijken te verzamelen.

De belangrijkste gecontroleerden waren het HSE en het Ministerie van Volksgezondheid.

De beoordeling was voornamelijk gebaseerd op het verzamelen van gegevens over dagchirurgie, interviews met belangrijke personeelsleden en een enquête onder alle openbare ziekenhuizen voor acute zorg die onder de HSE vallen. De controle werd

uitgevoerd in samenwerking met twee in het VK gevestigde medische adviseurs (een anesthesist en een neurologisch chirurg).

Belangrijkste opmerkingen

262 De Ierse HCI heeft de volgende opmerkingen gemaakt:

- o Het aandeel van gemelde electieve chirurgische ingrepen die als dagchirurgie werden uitgevoerd is tussen 2006 en 2012 gestaag toegenomen. Het aantal electieve chirurgische ingrepen dat in openbare ziekenhuizen voor acute zorg werd uitgevoerd, nam met 26 % toe, terwijl het percentage dagopnames voor deze ingrepen in dezelfde periode steeg van 55 % tot 69 %.
- o Er waren aanzienlijke verschillen in prestaties tussen ziekenhuizen, wat erop wijst dat er aanzienlijke ruimte blijft bestaan voor het verhogen van het percentage dagopnames in sommige ziekenhuizen.
- o De omvang van het aantal gevallen van electieve dagchirurgie in ziekenhuizen voor acute zorg waarvoor geen streefdoel bestond, nam tussen 2006 en 2012 toe zonder dat het aantal procedures met residentiële zorg waarvoor geen streefdoel bestond dienovereenkomstig werd gewijzigd. Dit kan betekenen dat steeds meer kleine chirurgische ingrepen worden uitgevoerd in het kader van een ziekenhuisopname.
- o De criteria die worden toegepast wanneer artsen beslissen om een patiënt op de lijst te plaatsen voor dagchirurgie of residentiële zorg, zijn mogelijk niet duidelijk of niet consistent vanwege het ontbreken van schriftelijke protocollen en checklists. Het is mogelijk dat het management niet kan beoordelen waarom patiënten ongeschikt werden geacht voor dagchirurgie.
- o Het ontbreken van monitoring of toezicht door het hogere management van het aantal patiënten dat ongeschikt wordt geacht voor dagchirurgie, maakt het voor ziekenhuizen moeilijk om vast te stellen bij welke artsen of specialismen de dagchirurgiepercentages laag zijn en om de oorzaken hiervan te onderzoeken.
- o Preoperatieve beoordelingen worden in een aanzienlijk deel van de ziekenhuizen niet routinematig uitgevoerd, ondanks het belang ervan bij het vaststellen van factoren die dagchirurgie ongeschikt maken voor bepaalde patiënten. Minder dan de helft van de

gecontroleerde ziekenhuizen monitort het annuleringspercentage van de geplande dagchirurgie.

- Verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor slechts ongeveer 50 % van de ontslagen, hoewel de inzet van goed opgeleide verpleegkundigen de last voor artsen ten dele kan verlichten. Bij het ontslag wordt er weinig schriftelijke informatie verstrekt aan patiënten die dagchirurgie hebben ondergaan.

Aanbevelingen

263 De Ierse HCI heeft het volgende opgemerkt:

- Het HSE moet de dagchirurgieniveaus monitoren per ziekenhuis, procedure en specialisme om vast te stellen waar het niveau van dagopnames laag is voor het grote aantal procedures, en moet de inspanningen toespitsen op de verbetering van de prestaties in deze gevallen. Ziekenhuizen moeten voor elke arts specifieke doelstellingen voor de dagchirurgiepercentages vaststellen. Bij de beoordeling van de chirurgische prestaties van artsen moet rekening worden gehouden met de dagchirurgiepercentages.
- Om de dagchirurgiepercentages voor de electieve procedures te optimaliseren moet het HSE voor elke chirurgische ingreep afzonderlijke passende doelstellingen vaststellen. De voor elke procedure vastgestelde algemene doelstellingen voor dagopnames moeten zijn gebaseerd op de prestaties van de best presterende ziekenhuizen, terwijl ambitieuzere doelstellingen kunnen worden vastgesteld voor de ziekenhuizen die reeds tot de best presterende ziekenhuizen behoren.
- Om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen de aandacht richten op het verhogen van de dagchirurgiepercentages voor alle electieve chirurgische ingrepen, moet het HSE het aantal procedures waarvoor het streefdoelen ten aanzien van de percentages dagopnames vaststelt, verhogen.
- Het HSE moet de gevallen monitoren die momenteel worden aangemerkt als gevallen voor dagchirurgie, om ervoor te zorgen dat alle ziekenhuizen erop aansturen dat chirurgische ingrepen onder de geschiktste en voordeligste omstandigheden worden uitgevoerd.

- o Alle ziekenhuizen moeten ter plaatse overeengekomen protocollen en checklists opstellen waarin de criteria die artsen moeten hanteren bij de selectie van patiënten die geschikt zijn voor dagchirurgie, duidelijk uiteengezet worden. Het HSE moet toezicht houden op dit proces om te zorgen voor consistentie in de aanpak in alle ziekenhuizen.
- o Om gebieden met lage dagchirurgiepercentages vast te stellen, moet het ziekenhuismanagement voor individuele artsen en voor elke specialisme de dagchirurgiepercentages monitoren. Het HSE moet de ziekenhuizen laten bevestigen dat lage dagchirurgiepercentages stelselmatig met de betrokken klinische teams worden besproken.
- o Ziekenhuizen moeten ervoor zorgen dat er preoperatieve beoordelingprocedures worden ingesteld om vooraf patiënten te identificeren die niet geschikt zijn voor dagchirurgie.
- o Ziekenhuizen moeten ervoor zorgen dat passende schriftelijke informatie beschikbaar wordt gesteld aan patiënten bij ontslag na een dagopname. De schriftelijke informatie moet duidelijk en volledig zijn en beschikbaar worden gesteld in relevante talen. Het HSE moet de ziekenhuizen helpen deze informatie te verstrekken.
- o De beoordeling of een patiënt ontslagen kan worden, moet idealiter worden uitgevoerd door verpleegkundigen aan de hand van vastgestelde criteria.

Publicatie en follow-up

264 Het verslag werd voorgelegd aan de commissie overheidsrekeningen van het Dáil Éireann (Iers parlement). Het werd op 19 augustus 2014 gepubliceerd op de website van het *Office of the Comptroller and Auditor General* van Ierland. De publicatie ging vergezeld van een persbericht. Het HSE heeft ermee ingestemd om de controleaanbevelingen uit te voeren. Het valt nog te bezien welke gevolgen dit zal hebben voor de efficiëntie en de kosten van electieve chirurgie of de kwaliteit van de dienstverlening aan patiënten.

Verwachte impact

265 Mogelijkheden voor het HSE om de operationele en kostenefficiëntie bij de uitvoering van electieve dagchirurgie te verbeteren.



Oostenrijk Rechnungshof

Kwaliteitsborging voor artsen

Overzicht

266 De controle van de Oostenrijkse HCI was gericht op de beoordeling van de organisatie, geselecteerde onderwerpen en de transparantie van de kwaliteitsborging door de federale regering ten aanzien van artsen met een eigen praktijk. De controle had betrekking op de periode 2013-2016.

Hoe de controle werd uitgevoerd

267 De beoordeling was toegespitst op de volgende elementen:

- o juridische en technische grondslagen voor kwaliteitsborging, met inbegrip van de doelstellingen en voordelen van kwaliteitsborging;
- o organisatie van de kwaliteitsborging, met inbegrip van actoren, structuren en activiteiten;
- o evaluatie van de voor kwaliteitsborging gebruikte financiële en personele middelen;
- o evaluatie van geselecteerde prioriteiten van kwaliteitsborging — kwaliteitsborgingsprocedures, kwaliteitsbeheersystemen en kwaliteitsmetingsprojecten met betrekking tot ambulante zorg;
- o verslaglegging over de kwaliteitsborging.

268 De belangrijkste gecontroleerden waren het Ministerie van Volksgezondheid en Vrouwen (op het moment van de controle: Ministerie van Volksgezondheid) de Oostenrijkse bond van geneesheren en de Oostenrijkse vereniging voor kwaliteitsborging en kwaliteitsbeheer in de geneeskunde (ÖQMed).

269 De controlemethodologie omvatte een beoordeling van Oostenrijkse en internationale studies, interviews met het personeel van de belangrijkste gecontroleerden en een analyse van de verzamelde controle-informatie, onder meer over de vraag of en hoe uitvoering werd gegeven aan de streefdoelen.

Belangrijkste opmerkingen

270 Tussen 2005, toen de wet inzake de kwaliteit van de gezondheidszorg van kracht werd, en 2012 heeft het federale Ministerie van Volksgezondheid drie reeksen kwaliteitsrichtsnoeren gepubliceerd voor artsen die hun eigen praktijk hebben. Aangezien zij slechts voor beperkte tijd geldig waren en het ministerie niet tijdig in vervolgvorschriften heeft voorzien, waren ten minste twee daarvan in 2017 niet langer van kracht.

271 De hervorming van de gezondheidszorg in 2013 omvatte het besluit om de kwaliteit van de output van artsen met een eigen praktijk te gaan meten. Sindsdien is er echter geen gestandaardiseerde meting van de kwaliteit van de behandeling ontwikkeld of uitgevoerd voor de ambulante sector. Daarom is er nog steeds geen onafhankelijk federaal platform om patiënten informatie te verstrekken over de kwaliteit van de behandeling.

272 Voorts merkte de Oostenrijkse HCI op dat de federale regering, de deelstaten en de socialezekerheidsinstellingen geen gestandaardiseerde documentatie over diagnose en prestaties met betrekking tot ambulante zorg hadden ingevoerd, hoewel dit reeds was overeengekomen in het kader van de hervorming van de gezondheidszorg in 2005 en de technische haalbaarheid ervan in het kader van een proefproject was bevestigd.

273 Hoewel de taken op het gebied van kwaliteitsborging van algemeen belang waren, heeft de federale regering deze taken toegewezen aan de Oostenrijkse bond van geneesheren, waarvan het voornaamste doel is om de professionele, sociale en economische belangen van de artsen te beschermen. Tegen deze achtergrond heeft in de praktijk de ÖQMed de taken op het gebied van kwaliteitsborging uitgevoerd namens de Oostenrijkse bond van geneesheren. Als dochteronderneming had de ÖQMed echter nauwe organisatorische en budgettaire banden met de bond.

274 Volgens de artsenwet moesten artsen om de vijf jaar de kwaliteit van de in hun praktijkruimte aangeboden diensten beoordelen. Daartoe vulden zij de door de ÖQMed

verstreckte vragenlijsten voor zelfbeoordeling in. De antwoorden op de vragen waren beperkt tot “ja”, “nee” of “niet van toepassing”. Door de opmaak en de inhoud ervan werden positieve antwoorden aangemoedigd.

275 97 % van de beroepsbeoefenaren die de vragenlijst tussen 2012 en 2016 hebben ingevuld, verklaarde dat zij volledig voldeden aan de desbetreffende criteria. De geldigheidscontroles van de zelfbeoordeling die door de ÖQMed werden uitgevoerd door middel van inspecties van praktijkruimten die via een willekeurige steekproef werden uitgevoerd, toonden echter aan dat ongeveer 18 % van de praktijkruimten niet voldeed aan ten minste één criterium. De kans om door de ÖQMed te worden gecontroleerd, was echter slechts 7 %; statistisch gezien maakte een praktijkruimte slechts éénmaal in de 70 jaar deel uit van de steekproef.

Aanbevelingen

276 De Oostenrijkse HCI heeft de volgende opmerkingen gemaakt:

het Bondsministerie van Volksgezondheid zou:

- o zo spoedig mogelijk kwaliteitsnormen moeten ontwikkelen met bindende criteria en/of bepalingen om zo te zorgen voor de verwezenlijking van de in de wet inzake de kwaliteit van de gezondheidszorg vastgestelde doelstelling van de wetgever.
- o follow-upregelingen moeten opstellen voor de ongeldige federale kwaliteitsrichtsnoeren. In de toekomst moet bij de publicatie van kwaliteitsnormen duidelijk worden gemaakt of deze bindend zijn dan wel alleen aanbevelingen betreffen.
- o de commissie resultaatcontrole een voorstel moeten voorleggen voor een resolutie over de prioritering en uitvoering van verdere nationale zorgprogramma's, die snel moeten worden ontwikkeld en uitgevoerd.
- o moeten streven naar de uitvoering in de resultaatcontroleperiode 2017-2021 van de outputkwaliteitsmeting met betrekking tot ambulante zorg op basis van het overeengekomen concept, zoals bepaald in de overeenkomst over de organisatie en financiering van het gezondheidszorgstelsel overeenkomstig artikel 15 bis van de federale grondwet.

- o zo snel mogelijk de documentatie inzake ambulante diagnose wettelijk moeten verankeren.
- o scenario's moeten ontwikkelen om een financieel en organisatorisch onafhankelijke kwaliteitsborgingsinstelling op te zetten.
- o In toekomstige kwaliteitsverslagen moet het niet-nalevingspercentage van de zelfbeoordeling van artsen die hun eigen praktijk hebben en van de geldigheidscontrole van de voor kwaliteitsborging verantwoordelijke instelling afzonderlijk beschreven en vergeleken worden. Voorts moeten afwijkingen worden geëvalueerd en moeten maatregelen (zoals informatie- en adviesdiensten) worden genomen om valse verklaringen bij de zelfbeoordeling te voorkomen.

het Bondsministerie van Volksgezondheid en de Oostenrijkse bond van geneesheren zouden:

- o de antwoordmogelijkheden in de zelfbeoordelvingsvragenlijsten neutraal moeten maken;
- o mogelijkheden moeten overwegen om het aantal geldigheidscontroles te verhogen. Om te zorgen voor de noodzakelijke kwaliteit van de praktijkruimten en als adviesdienst voor artsen die een nieuwe praktijk opzetten, kan de geldigheidscontrole bindend worden gemaakt. De extra kosten kunnen worden gedekt met een vergoeding die wordt geheven van de betrokkenen.

Publicatie en follow-up

277 Het verslag werd in juli 2018 toegezonden aan het Oostenrijkse parlement, de minister van Volksgezondheid en de Oostenrijkse bondskanselier en op dezelfde dag op de website van de Oostenrijkse rekenkamer gepubliceerd. Het werd in november 2018 aan de commissie overheidsrekeningen van het Oostenrijks parlement gepresenteerd en in januari 2019 in het Oostenrijks parlement besproken. De Oostenrijkse rekenkamer is van plan in 2019 onderzoek te doen naar de stand van uitvoering van de aanbevelingen en de resultaten zullen eind 2019 op haar website worden gepubliceerd. Afhankelijk van de resultaten van dit onderzoek kan een follow-upcontrole worden uitgevoerd met controles ter plaatse en een afzonderlijk verslag.

Verwachte impact

278 De controle zal naar verwachting bijdragen tot het beheer van de kwaliteit van de output doordat de verrichte activiteiten worden onderzocht en de doeltreffendheid ervan wordt beoordeeld. Uit een oogpunt van timing kunnen de controleresultaten organisatorische en procedurele wijzigingen stimuleren en bijdragen tot een doelgerichte en adequate inzet en prioritering van middelen in tijden van budgettaire beperkingen.

DEEL III – HCI-verslagen: een kort overzicht

109

Nieuwe technologieën en e-gezondheid



Bulgarije
Сметна палата на Република
България
E-gezondheid

Overzicht

279 Bij de controle van de Bulgaarse HCI werd beoordeeld of e-gezondheid in Bulgarije doeltreffend was ontwikkeld. De controle bestreek de periode van 1 januari 2012 tot en met 30 juni 2016.

280 Bulgarije is in 2006 begonnen met de invoering van e-gezondheid en e-gezondheid wordt in de strategieën en plannen van de regering als prioriteit genoemd. In 2016 was er nog geen adequaat gezondheidsinformatiesysteem ingevoerd waarmee 1) de voor de besluitvormingsprocessen vereiste informatie werd verstrekt, en 2) grensoverschrijdende uitwisseling van gezondheidsgegevens mogelijk was.

Hoe de controle werd uitgevoerd

281 De belangrijkste controlevraag was: “Is e-gezondheid in Bulgarije op doeltreffende wijze ontwikkeld?”

282 In het kader van deze hoofdvraag heeft de HCI twee subvragen onderzocht:

- Zijn de voorwaarden voor de invoering en ontwikkeling van e-gezondheid vastgesteld?
- Zijn de doelstellingen van het opbouwen en ontwikkelen van e-gezondheid verwezenlijkt?

283 De belangrijkste gecontroleerden waren het Ministerie van Volksgezondheid, het nationaal ziekenfonds (NHIF) en het nationaal centrum voor volksgezondheid en analyse (NCPHA).

284 Om de doelstellingen van de controle te verwezenlijken, werden standaardmethoden voor het verzamelen en analyseren van gegevens gebruikt, zoals documentenonderzoek, interviews met ambtenaren van het Ministerie van Volksgezondheid, het NCPHA en het NHIF, en casestudy's.

285 De nauwkeurigheid en integriteit van de elektronische patiëntendossiers werd beoordeeld aan de hand van het instrument "mystery shopping". De Bulgaarse HCI heeft speciale maatregelen genomen om de privégegevens van de deelnemers te waarborgen. De tevredenheid over en bekendheid van de burgers met e-gezondheid werd gemeten aan de hand van opiniepeilingen door een gespecialiseerd bureau.

Belangrijkste opmerkingen

286 De noodzakelijke randvoorwaarden voor een doeltreffende uitvoering van e-gezondheid waren niet gecreëerd:

- o een regelgevingskader voor e-gezondheid en de onderdelen daarvan ontbrak;
- o er waren tekortkomingen in de operationele planning en de verdeling van de strategische doelstellingen, maatregelen en activiteiten op het niveau van het Ministerie van Volksgezondheid, het NCPHA en het NHIF;
- o e-gezondheid werd opgezet in de context van zeer frequente structurele en personeelsveranderingen, zowel op het niveau van het hogere management als op het niveau van het deskundig personeel, die een zeer negatief effect hadden op de traceerbaarheid van processen en de verwezenlijking van de doelstellingen;
- o de verdeling van de verantwoordelijkheden voor de invoering van e-gezondheidszorg was onvoldoende uitgebreid of adequaat;
- o een doeltreffend systeem voor het coördineren en harmoniseren van acties, projecten en openbare aanbestedingen tussen instellingen was niet vastgesteld, wat leidde tot inefficiënte besteding van overheidsmiddelen en tot vertragingen bij de verwezenlijking van strategische prioriteiten.

287 Tijdens de gecontroleerde periode was er een vertraging bij de invoering van e-gezondheid in Bulgarije, en de acties van de instellingen konden als ondoeltreffend worden beschouwd om de volgende redenen:

- Er lag geen duidelijk concept ten grondslag aan de opzet van het systeem, noch een plan met betrekking tot de nodige financiële middelen; er was sprake van overlapping van functies en projecten van andere instellingen, enz.
- Op 30 juni 2016 waren er geen nationale normen inzake gezondheidsinformatie of medische documentatie ontwikkeld en goedgekeurd om de elektronische verwerking en uitwisseling van medische en gezondheidsinformatie mogelijk te maken.
- Er bestond nog geen adequaat geïntegreerd systeem voor gezondheidsinformatie.
- De systemen en registers voor gezondheidsinformatie waren niet geïntegreerd en de realtime uitwisseling van gegevens tussen deze systemen en registers was niet ingevoerd.
- Bijna tien jaar nadat de behoefte aan elektronische verwijzingen, e-recepten en andere software voor het delen van gegevens in real time als een strategische prioriteit was aangemerkt, waren deze niet ontwikkeld.
- Op 30 juni 2016 waren er geen volledige elektronische patiëntendossiers gecreëerd, die burgers en medisch personeel de nodige informatie bieden om adequate beslissingen te kunnen nemen in het proces van diagnose, behandeling en revalidatie.
- Aan het einde van de gecontroleerde periode was er geen functionerend nationaal gezondheidsportaal dat kon worden gebruikt als enig toegangspunt voor elektronische gezondheidsdiensten en om belangrijke informatie te verstrekken over preventie, voorlichting e.d. op het gebied van gezondheid.
- De resultaten van de uitgevoerde nationale representatieve enquête bevestigden dat de acties voor de uitvoering van e-gezondheid ondoeltreffend zijn geweest.

Aanbevelingen

288 Aan de minister van Volksgezondheid werden twintig aanbevelingen gedaan ter verbetering van:

- o het regelgevingskader en de regulering van de verantwoordelijkheden;
- o de algemene organisatie van het plannen en uitvoeren van de maatregelen;
- o het systeem voor de coördinatie, de monitoring en de verificatie van de uitvoering.

289 Aan de beheerder van het NHIF werden zeven aanbevelingen gedaan voor de automatische uitwisseling van gegevens in real time en de verbetering van de informatiesystemen.

Publicatie en follow-up

290 Het verslag werd voorgelegd aan de commissie begroting en financiën en de commissie gezondheidszorg van het Bulgaars parlement. Het verslag werd op 28 juli 2017 elektronisch gepubliceerd op de website van de HCI. De publicatie ging vergezeld van een persbericht.

291 Er werd ook veel bekendheid aan het controleverslag gegeven via verschillende Bulgaarse mediakanalen: kranten, de nationale radio en televisie van Bulgarije, voorlichtingsbureaus en elektronische media.

292 Overeenkomstig de standaardprocedure zal follow-up worden gegeven aan het verslag na de uiterste datum voor de uitvoering van de aanbevelingen.

Verwachte impact

293 De invoering van e-gezondheid is een complex en kostbaar proces. Rekening houdend met het voorgaande is het verwachte effect van de controle:

- o verbetering van de regelgeving;

DEEL III – HCI-verslagen: een kort overzicht

Nieuwe technologieën en e-gezondheid

114

- o ontwikkeling van een duidelijk concept voor de ontwikkeling van e-gezondheid, waarbij alle belanghebbenden worden betrokken;
- o betere coördinatie om de risico's van inefficiënte besteding van overheidsmiddelen weg te nemen;
- o dringende maatregelen van de betrokken instellingen om belangrijke overheidsmaatregelen uit te voeren, zoals e-gezondheidsdossiers, e-recepten, e-verwijzingen, een nationaal gezondheidsportaal en een nationaal gezondheidsinformatiesysteem.



Estland Riigikontroll

Activiteiten van de staat ter implementatie van het e-gezondheidssysteem

Overzicht

294 In het kader van haar controle heeft de Estse HCI de implementatie van het landelijk informatiesysteem voor e-gezondheid beoordeeld.

295 De eerste plannen voor e-gezondheid in Estland werden in 2004 opgesteld. De regering heeft het plan voor de ontwikkeling van het Estse gezondheidsinformatiesysteem 2005-2008 in 2005 goedgekeurd. De Estse stichting voor e-gezondheid werd in november 2005 opgericht. Hoewel het gezondheidsinformatiesysteem vanaf 2013 volledig operationeel had moeten zijn, was het elektronische patiëntendossier (de centrale gezondheidsdatabank) slechts gedeeltelijk ingevoerd, waren de zorgverleners (als de belangrijkste gebruikers van e-gezondheidsdiensten) ontevreden over het systeem en was er meer geld uitgegeven dan oorspronkelijk was gepland.

296 De gecontroleerde periode liep van 2005 tot 2012 en heeft betrekking op alle activiteiten die sinds de oprichting van de Estse stichting voor e-gezondheid zijn uitgevoerd.

Hoe de controle werd uitgevoerd

297 De belangrijkste controlevragen luiden:

- 1) Voldoet het informatiesysteem voor e-gezondheid aan de doelstellingen ervan en is het geïmplementeerd zoals gepland? Zo niet, wat waren dan de redenen hiervoor?
- 2) Zijn de randvoorwaarden van het huidige e-gezondheidssysteem zodanig dat in de toekomst de doelstellingen ervan kunnen worden behaald?

298 De belangrijkste gecontroleerden waren het Ministerie van Sociale Zaken, de Estse stichting voor e-gezondheid, het Estse ziekenfonds en de autoriteit voor het informatiesysteem van de Republiek Estland.

299 De controlemethodologie omvatte de analyse van documenten en verslagen, een enquête onder ongeveer 200 artsen, gegevensanalyse, waarneming van informatiesystemen voor e-gezondheid (zoals de functionaliteit daarvan en de gebruikersinterface voor artsen) in samenwerking met verleners van zorgdiensten, en interviews met gecontroleerden en zorgverleners.

Belangrijkste opmerkingen

300 De Estse HCI heeft vastgesteld dat de doelstellingen op het gebied van e-gezondheid niet waren verwezenlijkt, aangezien:

- o gegevens in het e-gezondheidssysteem niet konden worden gebruikt voor nationale statistieken, voor het bijhouden van registers of voor toezicht, hoewel dit wel in de oorspronkelijke plannen stond, en het systeem niet actief werd gebruikt door artsen voor behandelingsdoeleinden;
- o digitale recepten de enige door de staat gecreëerde e-oplossing vormden die actief werd gebruikt;
- o bescheiden gebruik werd gemaakt van het elektronische patiëntendossier en verwijzing naar beeldmateriaal en de digitale registratie (een elektronisch systeem voor het maken van afspraken) in de vijf jaar na de afronding ervan niet van de grond was gekomen;
- o er geen strategisch manager voor e-gezondheid was om de belangen van de staat te behartigen en dit de implementatie belemmerde;
- o de opzet en implementatie van e-gezondheid veel meer hadden gekost dan gepland en het niet bekend was hoeveel geld er nog nodig zou zijn;
- o e-gezondheid niet heeft geholpen om geld uit de ziektekostenverzekering te besparen of de arbeidstijd van artsen te optimaliseren;

- o de instellingen van de staat nog geen gebruik konden maken van de gegevens in het e-gezondheidssysteem omdat er veel gegevens ontbraken of de kwaliteit ervan slecht was. Hoewel de verleners van zorgdiensten medische dossiers moeten invoeren in het e-gezondheidssysteem, deden zij dit niet systematisch en werden veel gegevens helemaal niet ingediend.

301 Volgens de HCI was de reden achter de tekortschietende lancering van e-gezondheid de doelloze en willekeurige activiteit van het Ministerie van Sociale Zaken als strategisch manager die verantwoordelijk is voor de ontwikkeling en implementatie van e-gezondheid. Zij concludeerde dat het succes van e-gezondheidszorg afhing van de versterking van de leidende rol van het Ministerie van Sociale Zaken.

Aanbevelingen

302 De Estse HCI heeft een aantal aanbevelingen gedaan. De belangrijkste aanbevelingen worden hieronder opgesomd.

- o De belangen van de staat bij de implementatie van e-gezondheid vaststellen en vervolgens de taken van het Ministerie van Sociale Zaken en de Estse stichting voor e-gezondheid bij de uitvoering van e-gezondheid uiteenzetten.
- o Reeds gestarte e-gezondheidsprojecten (met name de digitale registratie en het elektronisch patiëntendossier) afronden en implementeren alvorens te proberen nieuwe diensten te creëren.
- o Met onmiddellijke ingang de verleners van gezondheidsdiensten verplichten een begin te maken met het gebruik van het informatiesysteem voor e-gezondheid en, indien nodig, de betaling voor de dienstverlening koppelen aan het gebruik daarvan.
- o De gebruiksvriendelijkheid van e-gezondheid ontwikkelen in samenwerking met de Estse stichting voor e-gezondheid.

Publicatie en follow-up

303 Het verslag werd gepresenteerd aan de gecontroleerden, de commissie sociale zaken en de speciale commissie voor de controle van de staatsbegroting van het parlement.

304 Het verslag werd gepubliceerd op de website van de HCI. De publicatie ging vergezeld van een persbericht. Een dag voor de publicatie werd een persconferentie gehouden bij de HCI.

305 Op 10 februari 2014 heeft de speciale commissie voor de controle van de staatsbegroting van het parlement een open vergadering gehouden die werd bijgewoond door de voornaamste belanghebbenden van het e-gezondheidssysteem en de HCI. De vergadering werd live uitgezonden op de website van het Parlement en via een belangrijk nieuwsportaal. De HCI heeft ook een artikel geschreven over de belangrijkste controleopmerkingen, dat in een toonaangevend dagblad werd gepubliceerd.

306 Van april tot en met september 2019 is een follow-upcontrole verricht. Geconstateerd werd dat de afgelopen vijf jaar aanzienlijke vooruitgang is geboekt bij de ontwikkeling van het e-gezondheidssysteem. Naast digitale recepten zijn het digitale beeldmateriaal en het patiëntenportaal geïmplementeerd. Ook is de nationale digitale registratie voor medische afspraken in augustus 2019 van start gegaan. Er blijven echter diverse belangrijke knelpunten bestaan. Zo is de gebruiksvriendelijkheid van het elektronisch patiëntendossier tot nu toe niet verbeterd, zodat zorgverleners niet snel toegang hebben tot alle informatie die nodig is voor een tijdige en hoogwaardige dienstverlening aan de patiënt. Daarnaast moet het e-ambulancesysteem worden verbeterd om ervoor te zorgen dat de informatie-uitwisseling tussen ambulances en ziekenhuizen efficiënt verloopt, zodat patiënten zo snel mogelijk kunnen worden behandeld. Bovendien moeten de statistieken en de analysecapaciteit in het kader van het e-gezondheidssysteem voor de evaluatie van de kwaliteit van de gezondheidszorgdiensten worden verbeterd.

Verwachte impact

307 Het was de verwachting dat de controle het Ministerie van Sociale Zaken ertoe zou aanzetten zijn rol als strategisch leider van het e-gezondheidssysteem te vervullen en de belangen van de staat bij de implementatie van e-gezondheid vast te stellen. Het was belangrijk dat het ministerie ervoor zorgde dat de strategische en de financiële planning geïntegreerd werden, omdat uit de controle bleek dat er destijds geen overzicht bestond van de totale kosten van de voltooiing en implementatie van de e-gezondheidsprojecten. In het algemeen werd verwacht dat het controleverslag een bijdrage zou leveren aan de ontwikkeling van het e-gezondheidssysteem, zodat het potentieel ervan voor zorgverleners, patiënten en de staat volledig zou worden bereikt.



Letland Valsts Kontrole

Is het project “e-gezondheid in Letland”
een stap in de goede richting?

Overzicht

308 Bij de controle van de Letse HCI werd beoordeeld of de activiteiten van het Ministerie van Volksgezondheid en de nationale dienst voor gezondheidszorg doeltreffend en productief waren en gericht waren op de verwezenlijking van de doelstellingen van de invoering van e-gezondheid en of de investeringen in e-gezondheid in Letland zuinig en productief zijn gebruikt. De controle had betrekking op de periode van 1 januari 2007 tot 1 april 2015.

309 De uiterste termijn voor de implementatie van e-gezondheid was eind 2015. Gedurende een periode van negen jaar was 14,5 miljoen EUR geïnvesteerd, maar er waren geen e-gezondheidsdiensten beschikbaar voor gebruikers. Inmiddels is het informatiesysteem voor e-gezondheid sinds 1 januari 2016 verplicht voor alle zorgverleners (voor ambulante en residentiële behandelingen, elektronische afspraken, elektronische verwijzingen voor onderzoeken of behandelingen, elektronische recepten en elektronische ziekteverlofcertificaten).

Hoe de controle werd uitgevoerd

310 De belangrijkste controlevraag luidde: Is e-gezondheid zodanig geïmplementeerd dat de doelstelling van het bevorderen van een efficiëntere gezondheidszorg zal worden verwezenlijkt?

311 In het kader van deze hoofdvraag heeft de HCI onderzocht of:

- o met het e-gezondheidssysteem problemen zouden kunnen worden opgelost en doelstellingen zouden kunnen worden bereikt;

- o de activiteiten van de nationale dienst voor gezondheidszorg met het oog op de invoering van e-gezondheid geschikt waren om de doelstellingen te verwezenlijken;
- o informatiebeveiliging en de bescherming van persoonsgegevens in het pas opgezette e-gezondheidsinformatiesysteem zijn gewaarborgd;
- o er efficiënt toezicht op en controles van het project “e-gezondheid in Letland” zijn opgezet.

312 De belangrijkste gecontroleerden waren het Ministerie van Volksgezondheid en de ondergeschikte instelling van het Ministerie van Volksgezondheid — de nationale dienst voor gezondheidszorg, die verantwoordelijk was voor de implementatie van e-gezondheid.

313 De controlemethodologie omvatte een analyse van de externe wet- en regelgeving, een evaluatie van het door het Ministerie van Volksgezondheid gevoerde beleid en een beoordeling of bij e-gezondheid de voorschriften inzake gegevensveiligheid en de bescherming van persoonsgegevens (patiëntgegevens) in acht werden genomen, alsmede enquêtes, een onderzoek van documenten en interviews met ambtenaren van het Ministerie van Volksgezondheid en de nationale dienst voor gezondheidszorg.

Belangrijkste opmerkingen

314 Het project dat door het Ministerie van Volksgezondheid werd uitgevoerd, is een stap in de goede richting om de doeltreffendheid van de verlening van gezondheidszorg te verbeteren. Het zal patiënten meer controle geven over hun gezondheid doordat zij worden aangemoedigd een gezonde levensstijl aan te houden en het zal een steviger onderbouwing bieden voor de besluitvorming, de dienstverlening in de gezondheidszorg bespoedigen en zorgen voor hoogwaardige, toegankelijke informatie.

315 Het door het Ministerie van Volksgezondheid opgestelde beleid op het gebied van e-gezondheid was echter niet in de geplande omvang en binnen de geplande termijn uitgevoerd; de doelstelling om de doeltreffendheid van de verlening van gezondheidszorg te verbeteren, was dus slechts gedeeltelijk bereikt.

316 Vanaf het allereerste begin van de uitvoering van het e-gezondheidsproject was er sprake van aanzienlijke tekortkomingen (fouten): er waren geen deskundigen uit de sector

bij het project betrokken; er werd vastgesteld dat er meerdere veranderingen hadden plaatsgevonden binnen de instelling die het project uitvoerde en dat het projectbeheer ontoeltreffend was; tot slot was er geen passend toezicht op het project uitgeoefend.

- o Hoewel het Ministerie van Volksgezondheid een planningsdocument voor de implementatie van e-gezondheid had opgesteld, was het gedurende een periode van negen jaar (vanaf 2007) niet geactualiseerd en kwam het niet overeen met de realiteit.
- o Hoewel er sinds het begin van het e-gezondheidsproject (2007) negen jaar waren verstreken en het Ministerie van Volksgezondheid een bedrag van 14,5 miljoen EUR in het project had geïnvesteerd, waren het gezondheidsinformatiesysteem en de geplande e-diensten op 1 april 2015 niet toegankelijk voor de gebruikers.
- o Het risico bestond dat het e-gezondheidssysteem niet voldoende populair zou worden bij de bevolking en de zorgverleners, omdat het systeem niet begrijpelijk en toegankelijk was voor alle potentiële gebruikers.
- o Op 1 april 2015 was het informatiesysteem voor e-gezondheid niet gereed vanuit het oogpunt van gegevensbeveiliging en bescherming van persoonsgegevens.
- o Het toezicht op en de controles van de implementatie van e-gezondheid, uitgevoerd door het Ministerie van Volksgezondheid, waren onvoldoende doeltreffend.

Aanbevelingen

317 De nationale rekenkamer van Letland heeft een aantal aanbevelingen gedaan. De belangrijkste, die aan het Ministerie van Volksgezondheid, was dat het de wetgeving met betrekking tot de begindatum voor het verplichte gebruik van de informatiesystemen voor e-gezondheid moest wijzigen, door te voorzien in een periode waarin de geconstateerde tekortkomingen konden worden verholpen, en een redelijke termijn — ten minste zes maanden — vast te stellen om belanghebbenden in staat te stellen zich vrijwillig bij het e-gezondheidsinformatiesysteem aan te sluiten.

318 Met het oog op een succesvolle start van de werking van het e-gezondheidsinformatiesysteem heeft de HCI het Ministerie van Volksgezondheid het volgende aanbevolen:

- o alle ontwikkelde e-gezondheidsoplossingen herhaaldelijk testen, overeenkomstig de vereisten van de technische specificaties, om zekerheid te verkrijgen dat het systeem werkt, dat er samengewerkt kan worden met andere systemen en dat de semantische compatibiliteit ervan gewaarborgd is;
- o alle tekortkomingen en onvolkomenheden ten aanzien van de gegevensbeveiliging en de bescherming van gegevens van fysieke entiteiten aanpakken;
- o een plan opstellen voor ondernemingen dat betrekking heeft op alle zorgverleners die gebruik maken van het informatiesysteem voor e-gezondheid, om de doeltreffendheid van de gezondheidszorg te verbeteren;
- o een gerichte voorlichtingscampagne houden om het e-gezondheidssysteem te promoten op het moment dat zorgverleners zich vrijwillig kunnen aansluiten bij het e-gezondheidssysteem na de lancering daarvan.

Publicatie en follow-up

319 Het verslag werd gepresenteerd aan de commissie openbare uitgaven en controle van het parlement. Het verslag werd op 8 september 2015 gepubliceerd op de website van de nationale rekenkamer van Letland. De publicatie ging vergezeld van een persconferentie en een persbericht.

320 Het Ministerie van Volksgezondheid moet de nationale rekenkamer van Letland op de hoogte stellen van de uitvoering van de aanbevelingen volgens het overeengekomen tijdschema voor rapportage. Na ontvangst van deze informatie evalueert de nationale rekenkamer van Letland de vorderingen van het Ministerie van Volksgezondheid. In 2019 had het Ministerie van Volksgezondheid 70 % van alle aanbevelingen ten uitvoer gelegd.

Verwachte impact

321 Omdat de controle werd uitgevoerd op een moment dat het e-gezondheidsinformatiesysteem nog niet verplicht was en nog in de uitvoeringsfase verkeerde, werd verwacht dat alle controleaanbevelingen het proces voor de implementatie van e-gezondheid zouden verbeteren en er uiteindelijk voor zouden zorgen dat alle belanghebbenden het e-gezondheidssysteem met succes gebruiken om de doeltreffendheid van de verlening van gezondheidszorg te verbeteren. Sinds 2016 zijn het informatiesysteem voor e-gezondheid en de elektronische diensten geleidelijk ter beschikking gesteld van de gebruikers. Volgens de statistieken zijn de e-gezondheidsdiensten waarvan het meest gebruik wordt gemaakt elektronische ziekteverlofcertificaten en elektronische recepten: in 2018 werden 1 miljoen elektronische ziekteverlofcertificaten en 11,7 miljoen e-recepten afgegeven.

DEEL III – HCI-verslagen: een kort overzicht

124

Budgettaire houdbaarheid en andere financiële aspecten



Finland

Valtiontalouden Tarkastusvirasto

Trendprognoses voor de socialezekerheidsuitgaven

Overzicht

322 Bij de controle van de Finse HCI is de betrouwbaarheid van de trendprognoses voor de socialezekerheidsuitgaven beoordeeld. Deze prognoses worden gebruikt als basis voor beleidsbeslissingen en ramingen van de economische duurzaamheid.

323 De controle was gericht op het gebruik van het macro-economische model voor de prognoses van de socialezekerheidsuitgaven. Het model werd in de jaren 2007-2009 herzien en de controle was voornamelijk gericht op de periode na 2010. Het omvatte de trendprognoses op lange termijn voor de socialezekerheidsuitgaven die als basis voor besluiten op het gebied van sociaal en gezondheidsbeleid werden gebruikt. Enkele van de trendprognoses werden binnen het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid voorbereid met het model voor de analyse van de socialezekerheidsuitgaven (SOME-model).

Hoe de controle werd uitgevoerd

324 De belangrijkste controlevraag luidde: Hoe betrouwbaar zijn de trendprognoses voor de socialezekerheidsuitgaven, die worden gebruikt als basis voor beleidsbeslissingen en ramingen van de economische duurzaamheid?

325 In het kader van deze hoofdvraag heeft de Finse HCI de volgende vragen gesteld:

- 1) Welk soort trendprognoses of ramingen van de socialezekerheidsuitgaven worden samengesteld met het oog op de besluitvorming?
 - a) Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen deze soorten?
 - b) Hoe worden ze gebruikt in het besluitvormingsproces?

- c) Wat is de rol van de demografische prognose van het Finse bureau voor de statistiek in het kader van deze prognoses?
- d) Welke vorm van samenwerking bestaat er tussen de instanties die de prognoses opstellen en gebruiken?
- 2) Is het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid in staat om het model te ontwikkelen op basis van de vraag?
 - a) Hoe flexibel is het model met betrekking tot de ontwikkeling ervan?
 - b) Beschikt het ministerie over voldoende middelen en deskundigheid om het model te ontwikkelen?
- 3) Is de beleidsvorming gebaseerd op open en transparante methoden wat betreft de trendprognoses voor de socialezekerheidsuitgaven?
 - a) Hoe worden de modellen en de onderliggende aannames gedocumenteerd?
 - b) Worden op aannames gebaseerde gevoeligheidsanalyses systematisch uitgevoerd en gepubliceerd?

326 De belangrijkste gecontroleerden waren het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en het Ministerie van Financiën.

327 Het bewijs werd verkregen door middel van een beoordeling van de transparantie en methodologie ten aanzien van de trendprognoses van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, interviews met deskundigen van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van het Ministerie van Financiën, alsook van een aantal andere instellingen die trendprognoses produceren (de socialeverzekeringsinstelling van Finland (Kela) en het Finse centrum voor pensioenen (ETK)), benchmarking en een analyse van de in het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid gebruikte methoden van het SOME-model in vergelijking met de methoden die worden gebruikt voor de trendprognoses door Kela en ETK.

Belangrijkste opmerkingen

328 De Finse HCI heeft de volgende opmerkingen gemaakt:

- o Het SOME-model bleek het meest uitgebreide te zijn van de modellen die worden gebruikt bij de productie van langetermijntrendprognoses voor de socialezekerheidsuitgaven. Het boekhoudkundig kader was duidelijk gestructureerd en vormde een goede basis voor verdere ontwikkeling.
- o De beschrijving van het model en de technische handleiding waren uitgebreid en gedetailleerd. De beschrijving was echter niet geactualiseerd, hoewel het model op een aantal punten was gewijzigd nadat het was ingevoerd.
- o Er was behoefte aan geavanceerdere versies van het model. Zo zorgde de hervorming van het sociale stelsel en de gezondheidszorg (SOTE-hervorming) ervoor dat er trendprognoses voor socialezekerheidsuitgaven in de afzonderlijke SOTE-regio's nodig waren.
- o Het SOME-model speelde een centrale rol in de ramingen van het houdbaarheidstekort van het Ministerie van Financiën, aangezien het de basis vormde voor de ramingen voor leeftijdsgerelateerde uitgaven. Het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en het Ministerie van Financiën hebben, op niet-formele basis, gezamenlijk trendprognoses voor leeftijdgerelateerde uitgaven opgesteld. De verdeling van de verantwoordelijkheden in dit samenwerkingsproces bleef onduidelijk, hoewel de eindverantwoordelijkheid voor de raming van het houdbaarheidstekort bij het ministerie van Financiën lag. De beschrijving van de methodologie die werd toegepast bij de raming van het houdbaarheidstekort voor de leeftijdsgebonden uitgaven was van algemene aard en werd gekenmerkt door een gebrek aan transparantie.
- o De met het SOME-model voortgebrachte scenario's of gevoeligheidsanalyses werden niet regelmatig gepubliceerd. De systematische publicatie van de bevindingen zou een basis vormen voor een dialoog tussen deskundigen, zou de beleidsvorming op het gebied van sociale zaken en volksgezondheid en de ramingen van het houdbaarheidstekort van het Ministerie van Financiën opener en transparanter maken, en de ontwikkeling van het model vergemakkelijken.
- o De aan het SOME-model toegewezen middelen waren niet noodzakelijkerwijze toereikend voor de ontwikkeling ervan in overeenstemming met de vraag en op een manier die een systematische analyse van de bevindingen mogelijk zou maken.

Aanbevelingen

329 De Finse HCI heeft de volgende aanbevelingen gedaan:

- o Het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid moet ervoor zorgen dat de technische handleiding van het SOME-model wordt bijgewerkt. Ook moeten regelmatig verslagen worden gepubliceerd over de scenarioberekeningen die met het SOME-model zijn gemaakt en waarin gevoeligheidsanalyses zijn opgenomen.
- o Bij de ontwikkeling van het SOME-model moet het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid rekening houden met de nieuwe informatiebehoefte die voortvloeien uit de SOTE-hervorming. Het ministerie moet voldoende middelen toewijzen aan de ontwikkelingswerkzaamheden en een regelmatige analyse, en ervoor zorgen dat er op deskundigenniveau voldoende wordt samengewerkt met andere organisaties die trendprognoses opstellen voor de socialezekerheidsuitgaven en die in het kader daarvan informatie verstrekken.
- o De samenwerking tussen het Ministerie van Sociale Zaken en Gezondheid en het Ministerie van Financiën bij de voorbereiding van de raming van het houdbaarheidstekort die erop gericht is de leeftijdsgebonden uitgaven te bepalen, moet op transparante wijze worden beschreven. Het Ministerie van Financiën moet een grondige en transparante beschrijving van de methodologie voor de raming van het houdbaarheidstekort opstellen en gebruik maken van gevoeligheidsanalyses in de periodieke rapportage over de raming van het houdbaarheidstekort, bijvoorbeeld in verband met trends in de socialezekerheidsuitgaven.
- o De analyse op basis van het model kan ook in grotere mate worden gebruikt bij de beleidsplanning op korte termijn.

Publicatie en follow-up

330 Het verslag werd gepresenteerd aan de gecontroleerden en aan de controlecommissie van het parlement. Het verslag werd op 16 januari 2017 op de website van de Finse HCI gepubliceerd. De publicatie ging vergezeld van een persbericht.

331 De follow-upprocedure vond plaats zoals gepland, in het najaar van 2018. Dit gebeurde aan de hand van een vragenlijst die de gecontroleerden werd toegezonden. Het follow-upverslag is gepubliceerd op de website van de Finse HCI.

Verwachte impact

332 Verwacht werd dat het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, dat verantwoordelijk is voor het SOME-model, moeite zou doen om het model te ontwikkelen, de methodologie te documenteren en de resultaten van de prognose systematisch te publiceren. Ook werd verwacht dat het Ministerie van Financiën de transparantie van de methodologie voor ramingen van de economische duurzaamheid en het gebruik van het SOME-model in die context zou verbeteren.



Griekenland Ελεγκτικό Συνέδριο

Horizontale thematische controle van de betalingsachterstanden van de staat met betrekking tot ziekenhuizen, de nationale organisatie voor de verlening van gezondheidszorg (EOPYY) en een regionaal directoraat volksgezondheid

Overzicht

333 De Griekse HCI heeft de accumulatie van de betalingsachterstanden van de staat beoordeeld.

334 De controle had betrekking op de periode van 31 december 2016 tot 30 september 2017.

Hoe de controle werd uitgevoerd

335 De belangrijkste controlevragen luiden:

- o Is de financiering uit het Europees stabiliteitsmechanisme voor het vereffenen van betalingsachterstanden voor het beoogde doel gebruikt?
- o Waarom blijft de achterstand oplopen?

336 De belangrijkste gecontroleerden waren zes ziekenhuizen, de nationale organisatie voor de verlening van gezondheidszorg (EOPYY) en het directoraat volksgezondheid van de eerste regio Attica.

337 Het bewijs werd hoofdzakelijk verkregen door middel van interviews, brieven ter verificatie aan derden (leveranciers) gestuurd, onaangekondigde controles ter plaatse van leveringen van goederen en diensten, documentenonderzoek en controle van de wettigheid en regelmatigheid van documenten en procedures.

Belangrijkste opmerkingen

Achterstallige verplichtingen — betalingsachterstanden

338 Uit de controle bleek het volgende:

- o onregelmatigheden bij het naar ouderdom indelen van betalingsachterstanden en onvolledige ondersteunende of betalingsdocumenten met betrekking tot leveringen en diensten;
- o een gebrek aan mechanismen voor het monitoren van de betaling van rente en financiële sancties en van gegevens over de status van rechtszaken;
- o een aanzienlijk aantal verplichtingen was niet of onjuist in het verbintenissenregister geregistreerd of niet in de IT-systemen opgenomen;
- o met de IT-systemen werden geen specifieke samengevoegde en analytische verslagen over verrekening geëxporteerd.

Programma voor de vereffening van betalingsachterstanden

339 De Griekse HCI heeft het volgende vastgesteld:

- o gevallen van niet-naleving van de FIFO-regel en de termijnen voor de afwikkeling van verplichtingen, discrepanties tussen de onderzochte documenten en tekortkomingen in de betalingsprocedure. De bevindingen met betrekking tot de betrouwbaarheid van de gegevens en van de rapportagesystemen hadden voornamelijk betrekking op de systemen voor het registreren van passiva;
- o er zijn verschillen vastgesteld tussen de rapportagesystemen.

340 De controle was verder gericht op het in kaart brengen van bronnen van nieuwe betalingsachterstanden. De bevindingen luiden als volgt:

- o een gebrek aan liquiditeit toegeschreven aan onrealistische begrotingen, in het kader van het Europees stabiliteitsmechanisme opgelegde uitgavenplafonds, vertragingen bij de toepassing van kortings- en terugvorderingsmechanismen, vertragingen bij de inning van ontvangsten en een verlaging van de desbetreffende vorderingen in het kader van specifieke regelingen.

- o Vanwege de complexiteit (en in sommige gevallen van de vaagheid) van het wetgevingskader voor aanbestedingsprocedures werden aanbestedingsprocedures niet altijd afgerond (als gevolg van bureaucratie en de beperkingen van het wetgevingskader die hebben geleid tot ontelbare verbintenissen en vertragingen bij de terugbetaling als gevolg van problemen met de wettigheid) en was een groot aantal bewijsstukken vereist voor het vereffenen van betalingsachterstanden.
- o Uit de beoordeling van de resultaten van het programma voor de betaling van achterstallige betalingen is gebleken dat het programma onvoldoende rijp was en dat in sommige gevallen de regel van zelffinanciering — namelijk de betaling van de eigen verplichtingen van de entiteiten met eigen middelen — niet in acht was genomen.

Aanbevelingen

341 De Griekse HCI beveelt aan om:

- o de IT-systemen en de ondersteuning die zij bieden voor reguliere begrotingen te moderniseren;
- o deze systemen te gebruiken om alle vereiste verslagen automatisch te extraheren;
- o het verbintenissenregister automatisch te actualiseren; daarin specifieke wijzigingen en verbeteringen aan te brengen om de wettigheid en regelmatigheid van de registratie en de betaling van de verplichtingen en betalingsachterstanden te waarborgen;
- o de “fifo”-methode toe te passen bij het voldoen aan verplichtingen, en betalingen automatisch aansluiten met oudere facturen;
- o de nationale aankoopcentrale voor de sector volksgezondheid volledig operationeel te maken;
- o productieprotocollen per medische procedure, interne controles van de administratieve aanbestedings- en betalingsprocedures, een uniforme codering en classificatie, uniforme technische specificaties, en gemeenschappelijke streepjescodes en registers voor verbruiksgoederen, materialen en medische apparatuur in te voeren;
- o het voorraadbeheer te verbeteren;

- o de evaluatie van de inschrijvingen in het kader van procedures voor de gunning van opdrachten te versnellen;
- o een gemeenschappelijk IT-systeem voor alle ziekenhuizen te consolideren en vaststellen;
- o indicatoren, KPI's, benchmarks, kostentoerekening en een boekhoudsysteem op transactiebasis toe te passen;
- o het terugvorderingsmechanisme tijdig toe te passen ten aanzien van zorgverleners;
- o realistische begrotingen te ontwikkelen;
- o interne procedureregels, interne controles per procedure en een handboek voor interne controles vast te stellen;
- o het risicoanalyseproces in ziekenhuizen te verbeteren, evenals de toereikendheid en de toewijzing van het personeel;
- o de vereffenings- en betalingsprocedures te versnellen;
- o overheidssubsidies per maand uit te betalen.

Publicatie en follow-up

342 Alle acht verslagen werden in oktober 2018 in het parlement gepresenteerd tijdens een gezamenlijke vergadering van de vaste parlementaire commissies economische en sociale zaken. De verslagen werden gepubliceerd op de website van de Griekse rekenkamer. De bovengenoemde presentatie werd uitgezonden op de televisiezender van het parlement.

343 De follow-up zou volgens de planning binnen één jaar worden uitgevoerd.

Verwachte impact

344 De horizontale controle had tot doel na te gaan wat de oorzaken waren van de betalingsachterstanden van de overheid en de regering te helpen strategieën te ontwikkelen om dit probleem aan te pakken en de noodzakelijke hervormingen te institutionaliseren om te voorkomen dat er nieuwe achterstanden ontstaan.



Hongarije
Állami Számvevőszék

Beknopte analyse van de ervaringen
die zijn opgedaan bij controles van ziekenhuizen

Overzicht

345 In de analyse van de Hongaarse rekenkamer werden de ervaringen samengevat die zij had opgedaan bij de controle van ziekenhuizen.

346 De analyse betrof de periode 2008-2016.

Hoe de controle werd uitgevoerd

347 De analyse was toegespitst op:

- o de uitvoering van de taken door de bestuurslichamen;
- o het internecontrolesysteem van de ziekenhuizen;
- o het financieel beheer van de ziekenhuizen;
- o het activabeheer van de ziekenhuizen;
- o de toepassing van de integriteitsbenadering.

348 Tot de belangrijkste gecontroleerden behoorden 21 ziekenhuizen, het Ministerie van Menselijk Potentieel en het nationale centrum voor gezondheidszorg.

349 De methodologie omvatte documentenonderzoek, benchmarking en analyse van (statistische) gegevens.

Belangrijkste opmerkingen

350 De Hongaarse rekenkamer heeft de volgende opmerkingen gemaakt:

- o De basisvoorschriften voor het beheer van ziekenhuizen werden door de bestuurslichamen vastgesteld. Er hebben zich onregelmatigheden voorgedaan in verband met de activiteiten van het middenkader in het kader van openbare aanbestedingen en goedkeuringsprocedures. De controleactiviteiten van de bestuurslichamen hebben echter niet geleid tot een goed beheer van ziekenhuizen.
- o De leiding van ziekenhuizen zag niet naar behoren toe op de instelling en werking van een passend internecontrolesysteem.
- o Onregelmatigheden bij het financieel beheer van ziekenhuizen (in verband met planning, beheer van de kredieten en overheidsopdrachten) vormen een gevaar voor de transparantie en verantwoordingsplicht met betrekking tot overheidsmiddelen.
- o Er werd niet voldaan aan de vereisten inzake het wettig en transparant beheer van activa van de staat tijdens de aankoop, de installatie, de registratie en de afschrijving van activa, noch tijdens de inventarisatie van activa en passiva.
- o De integriteitsbenadering in ziekenhuizen werd versterkt, maar de integriteitscontroles waren niet volledig doeltreffend, wat leidde tot onregelmatigheden bij het financieel beheer.

Aanbevelingen

351 In totaal werden er 441 aanbevelingen gedaan: 16 aan de minister, 21 aan het middenkader en 404 aan de leiding van ziekenhuizen.

352 Gebieden waarop aanbevelingen betrekking hebben, zijn:

- o het internecontrolesysteem;
- o financieel beheer;
- o beheer van activa;
- o de werkzaamheden van de bestuurslichamen.

Publicatie en follow-up

353 De analyse werd gepresenteerd tijdens een persconferentie in april 2019 en gepubliceerd op de website van de Hongaarse rekenkamer.

Verwachte impact

354 Er wordt verwacht dat de analyse impact heeft omdat risicogebieden in kaart zijn gebracht. De analyse kan leiden tot een grotere institutionele aandacht voor de naleving van de wettelijke voorschriften in het kader van het beheer en kan andere instellingen in de sector helpen op het gebied van goed beheer en een regelmatige exploitatie.



Italië

Corte dei conti

De uitvoering van het buitengewone programma voor de renovatie van gebouwen en de technologische modernisering van de onroerende eigendommen van openbare instellingen voor gezondheidszorg

Overzicht

355 In het kader van de controle van de Italiaanse HCI werd het buitengewone programma voor de renovatie van gebouwen en de technologische modernisering van de openbare onroerende eigendommen van openbare instellingen voor gezondheidszorg beoordeeld.

356 De controle had betrekking op de periode 2012-2016.

357 Het programma voor renovatie en technologische modernisering werd goedgekeurd bij wet nr. 67/88 en de eerste fase werd afgerond in 1996. De *Corte dei conti* had reeds een controle uitgevoerd en in mei 2011 een verslag gepresenteerd.

Hoe de controle werd uitgevoerd

358 De belangrijkste controlevraag luidde:

- o Is het mogelijk om een evenwicht te vinden tussen het nationale belang van stabiliteit van de rekeningen en de prioriteiten en behoeften op het gebied van gezondheid en veiligheid van de structuur?

359 De belangrijkste gecontroleerde was het Ministerie van Volksgezondheid.

360 De beoordeling werd uitgevoerd aan de hand van bewijsmateriaal dat werd verkregen op basis van verzoeken om informatie en documenten aan het Ministerie van Volksgezondheid (het directoraat-generaal gezondheidsplanning), dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van het investeringsprogramma voor infrastructuur.

Belangrijkste opmerkingen

361 De Italiaanse HCI heeft de volgende opmerkingen gemaakt:

- o Het Ministerie van Volksgezondheid had nog niet het bij wetsdecreet nr. 228/2011 voorgeschreven **meerjarige planningsdocument** vastgesteld.
- o Met de zogeheten “Mexa”-methodologie was geen reële evaluatie van de doeltreffendheid van de interventies mogelijk.
- o Het door de regio’s bij het Ministerie van Volksgezondheid ingediende jaarverslag over de voortgang van de werkzaamheden werd ontoereikend geacht om de uitvoering van de projecten te monitoren. Het document over de voortgang van de werkzaamheden dat eenmaal per jaar verzonden werd door de regio’s voldoet niet, aangezien het de werkelijke ontwikkeling niet naar behoren laat zien.
- o Het publiek-private partnerschap is niet efficiënt gebruikt en de particuliere middelen waren schaars.

Aanbevelingen

362 De Italiaanse HCI heeft de volgende aanbevelingen gedaan:

- o het Ministerie van Volksgezondheid dient het in wetsdecreet nr. 228/2011 voorgeschreven meerjarige planningsdocument vast te stellen;
- o de “Mexa”-methodologie moet ruimte bieden voor zowel strategische controle als doelmatigheidscontrole. De evaluatie van overheidsinvesteringen moet deel uitmaken van een beheerscontrolesysteem dat zowel de vaststelling van doelstellingen als de beoordeling van de behaalde resultaten omvat;

363 Daarnaast moet een publiek-privaat partnerschap worden ontwikkeld dat het volgende mogelijk maakt:

- o onderlinge betrekkingen en connecties tussen de publieke en de private sector;
- o grotere zichtbaarheid van het project om de private partner volledig te betrekken bij het besluitvormingsproces;

- o een passender beheer van risico's in verband met projecten.

364 Bovendien zou het ministerie de voorkeur moeten geven aan particuliere ondernemingen die gericht zijn op langetermijninvesteringen en in staat zijn projecten in de beginfase te financieren.

365 Het is van fundamenteel belang om het verzamelen van administratieve en boekhoudkundige informatie over de beheerprocessen achter de uitvoering van het programma te reorganiseren en te verbeteren.

366 Het Ministerie van Volksgezondheid moet op de hoogte zijn van alle initiatieven van lokale entiteiten met betrekking tot gezondheidsinfrastructuur die met nationale of Europese middelen wordt gefinancierd. Bovendien moet het een databank opzetten om de informatie te verzamelen die nodig is om de planningsactiviteiten te verbeteren en de investeringen te optimaliseren.

Publicatie en follow-up

Presentatie van het verslag:

367 Het verslag werd gepresenteerd aan het parlement, het Ministerie van Economische Zaken en Financiën, het Ministerie van Volksgezondheid en de regio's Veneto, Emilia Romagna en Calabrië.

368 Het verslag werd op 9 april 2018 gepubliceerd op de website van de *Corte dei conti*.

Verwachte impact

369 De Italiaanse HCI verwacht dat het verslag tot het volgende leidt:

- o wetswijzigingen om de renovatie van gebouwen en de technologische modernisering van onroerende activa in de sector openbare gezondheidszorg te vergemakkelijken;
- o een betere evaluatie van de door de gecontroleerden aan de orde gestelde kritieke kwesties om nieuwe oplossingen te ontwikkelen;

DEEL III – HCI-verslagen: een kort overzicht

Budgettaire houdbaarheid en andere financiële aspecten

140

- o gerichtheid op de veiligheid van gebouwen, met name in verband met aardbevingsbestendige en brandwerende materialen.



Luxemburg

Cour des comptes

Overheidsfinanciering van ziekenhuisinvesteringen

Overzicht

370 De Luxemburgse HCI beoordeelde de overheidsfinanciering van ziekenhuisinvesteringen in de periode 2011-2017.

Hoe de controle werd uitgevoerd

371 Het doel van de controle was na te gaan of er was voldaan aan de voorschriften van de groothertogelijke verordening tot vaststelling van nadere regels voor de participatie van de staat in investeringen in ziekenhuizen. Daarnaast heeft de HCI de doeltreffendheid en consistentie geanalyseerd van de inspectiemechanismen in het Ministerie van Volksgezondheid voor het valideren van de door ziekenhuizen ingediende verzoeken om terugbetaling.

372 De belangrijkste gecontroleerden waren het Ministerie van Volksgezondheid en een steekproef van begunstigden van de overheidsparticipatie.

373 De controlemethodologie omvatte interviews met de gecontroleerde instanties en een analyse van de verstrekte documenten.

Belangrijkste opmerkingen

Overheidsparticipatie in de financiering van de modernisering, renovatie of bouw van ziekenhuizen

374 Het Ministerie van Volksgezondheid heeft geen financieel overzicht verstrekt waarin de kosten van de projecten die bij wet zijn goedgekeurd, worden vergeleken met de

werkelijke kosten van de investeringen, met inbegrip van een rechtvaardiging voor eventuele financiële overschrijdingen die hoger zijn dan de wettelijke verhogingen.

Bepalingen in wet- en regelgeving

375 Hoewel dit wettelijk verplicht was, bestond er geen overeenkomst met betrekking tot de toekenning van steun voor sommige ziekenhuisprojecten, bijvoorbeeld de uitbreiding van één ziekenhuis en de werkzaamheden aan de centrale sterilisatiefaciliteit van een ander ziekenhuis. Daarnaast werd aan één project gewerkt zonder voorafgaande officiële toestemming van de Minister van Volksgezondheid.

376 In de wet is ook bepaald dat in een verordening de procedures voor financiële bijstand moeten worden vastgelegd, bijvoorbeeld wat betreft de termijnen en procedures voor de behandeling van dossiers, de te verstrekken bewijsstukken en de noodzaak en de reikwijdte van een studie naar de behoeften en de effecten. Ten tijde van de controle was een dergelijke verordening echter niet vastgesteld.

Monitoring van bouw- en/of moderniseringsprojecten

377 Voor de vier in de steekproef opgenomen projecten hebben projectmanagers regelmatig voortgangsverslagen opgesteld, maar deze – in strijd met de verordening – niet systematisch aan het ministerie voorgelegd.

378 De controleurs troffen ook verschillende inconsistenties aan tussen de meerjarenprogrammering van het fonds voor ziekenhuisinfrastructuur, die was opgesteld als onderdeel van de begroting van ontvangsten en uitgaven van de staat, en de monitoringtabellen voor de gesubsidieerde projecten die voor elk ziekenhuis werden opgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid.

379 Met betrekking tot de aanpassing van de begroting voor ziekenhuisinvesteringsprojecten in verband met wijzigingen in de bouwpijnsindex merkten de controleurs op dat het Ministerie van Volksgezondheid niet over de middelen beschikte om met precisie de beschikbare begrotingsmiddelen voor een lopend project te bepalen of de berekeningen van de ziekenhuizen te controleren.

Verzoeken om terugbetaling

380 De controleurs merkten op dat 1) projecten werden goedgekeurd en gesubsidieerd door afzonderlijke entiteiten; 2) het contact tussen deze entiteiten ontoereikend was en 3) één enkele ambtenaar verantwoordelijk was voor de controle van de verzoeken om terugbetaling.

381 Volgens de wet is de ziekenhuiscommissaris van de regering belast met de controle van de toewijzing van overheidssubsidies en verzoeken om terugbetaling. Hoewel zijn bevoegdheden zijn uitgebreid, hebben de controleurs geconcludeerd dat hij niet in staat is zijn taken volledig uit te voeren wegens een gebrek aan toereikende personele middelen.

382 Bovendien dekt de staat volgens de wet 80 % van de kosten van de investeringen in roerende en onroerende goederen in ziekenhuizen waarvoor de minister van Volksgezondheid toestemming heeft verleend. De controleurs hebben echter opgemerkt dat de minister van Volksgezondheid meermaals van deze regel is afgeweken.

383 Wat betreft de gebieden die niet door het Ministerie van Volksgezondheid kunnen worden gesubsidieerd, bepaalt de verordening dat voor de onderdelen van het project die niet kunnen worden gescheiden, de kosten van de niet-gesubsidieerde delen aan het einde van de werkzaamheden zullen worden berekend. Bij één project in de steekproef werden echter alleen de kosten voor het ondergrondse parkeergarage aan het einde van het project opnieuw beoordeeld. Bij een ander project werden de kosten van niet-gesubsidieerde gebieden inderdaad opnieuw beoordeeld, maar het bleef onduidelijk of deze scheiding relevant was, aangezien verschillende details niet werden verstrekt.

384 Hoewel in de verordening is bepaald dat de minister van Volksgezondheid voor alle ziekenhuizen uniforme subsidiabiliteitsregels kan vaststellen, is dit niet gebeurd.

Aanbevelingen

De overheidsparticipatie in de financiering van de modernisering, renovatie en bouw van ziekenhuizen

385 Het Ministerie van Volksgezondheid moet:

- o de Kamer van Afgevaardigden periodiek informeren over de vooruitgang die is geboekt bij belangrijke door de overheid gefinancierde ziekenhuisinvesteringsprojecten;
- o procedures volgen die vergelijkbaar zijn met de procedures die in de Kamer van Afgevaardigden worden gevolgd voor door de overheid ten uitvoer gelegde infrastructuurprojecten, dat wil zeggen dat elke belangrijke wijziging van het programma moet worden beoordeeld, een nieuw wetsontwerp moet worden ingediend wanneer de projectuitgaven meer bedragen dan 5 % van het toegestane bedrag, en voor elk afzonderlijk project dat bij een financieringswet is toegestaan, een definitief uitgavenoverzicht moet worden ingediend.

Monitoring van bouw- en/of moderniseringsprojecten

386 Het Ministerie van Volksgezondheid moet:

- o specificeren welke informatie het nodig heeft en eisen dat de verslagen regelmatig worden toegezonden;
- o de financiële gegevens voor projecten in detail bestuderen en hiervoor één enkel monitoringinstrument gebruiken;
- o zijn eigen instrument voor het berekenen van begrotingsaanpassingen opzetten en de ziekenhuizen regelmatig op de hoogte stellen van het resterende budget.

Verzoeken om terugbetaling

387 De taken van het goedkeuren en financieren van moderniserings- en/of bouwprojecten moeten worden gebundeld bij een nieuwe speciale eenheid waarvan ook deskundigen van de openbare gebouwdienst deel uitmaken. Het ministerie moet een lijst opstellen van investeringskosten die niet voor subsidies in aanmerking komen, financiële limieten vaststellen voor bepaalde soorten uitgaven en de lijst opnemen in toekomstige financieringsovereenkomsten. Alle onderdelen moeten opnieuw worden beoordeeld aan het

einde van het project en er moet een specificatie van de werkelijk gemaakte kosten worden verstrekt.

Publicatie en follow-up

388 In het kader van de contradictoire fase werden de bevindingen en aanbevelingen op 15 november 2018 aan de gecontroleerde toegezonden. Het speciaal verslag is op 29 april 2019 aan de Kamer van Afgevaardigden voorgelegd en vervolgens samen met een persbericht op de website van de HCI gepubliceerd.

389 Aan de speciale verslagen van de rekenkamer wordt follow-up gegeven door de commissie voor de uitvoering van de begroting van de Kamer van Afgevaardigden; deze commissie brengt verslag uit over de actie die de betrokken autoriteiten hebben ondernomen naar aanleiding van de aanbevelingen van de rekenkamer.

Verwachte impact

390 De verwachte effecten zijn dat het proces voor het subsidiëren van ziekenhuisinvesteringen zal worden geoptimaliseerd en dat de Kamer van Afgevaardigden regelmatig op de hoogte zal worden gehouden van de voortgang van grote, door de overheid gefinancierde ziekenhuisinvesteringsprojecten.



Slowakije

Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky

Overheidsfinanciën en eigendom van faciliteiten voor gezondheidszorg

Overzicht

391 Bij de controle van de Slowaakse HCI werd nagegaan of de overheidsfinanciën en eigendommen van faciliteiten voor gezondheidszorg voldeden aan de wettelijke voorschriften.

392 De controle had betrekking op de periode 2011-2015. Met het oog op een objectieve beoordeling van sommige van de gecontroleerde feiten werd ook rekening gehouden met andere jaren.

Hoe de controle werd uitgevoerd

393 De belangrijkste controlevragen luiden:

- o Was de begroting van de gecontroleerde entiteit realistisch?
- o Werd het beginsel van begrotingsevenwicht in acht genomen?
- o Hoe was de financiële gezondheid van de afzonderlijke medische faciliteiten?
- o Zijn de verplichtingen van de gecontroleerde entiteiten afgewikkeld?
- o Heeft de gecontroleerde entiteit geïnvesteerd in de aankoop van nieuwe medische apparatuur en waren er investeringsplannen opgesteld?
- o Was de openbare aanbesteding transparant en niet-discriminerend en werd het beginsel van zuinigheid en efficiëntie in acht genomen?
- o Zijn er verschillen tussen de soorten faciliteiten voor gezondheidszorg (vanuit het oogpunt van eigendom) op elk van de gecontroleerde gebieden?

394 De belangrijkste gecontroleerden waren ziekenhuizen en medische faciliteiten, waaronder 22 openbare instellingen (14 staatsinstellingen en 8 entiteiten met zelfbestuur), 10 entiteiten die waren omgevormd tot andere soorten entiteiten (vennootschappen op aandelen, vennootschappen met beperkte aansprakelijkheid, organisaties zonder winstoogmerk) en 6 particuliere entiteiten.

395 De controlemethodologie omvatte documentenonderzoek, interviews, benchmarking en analyse van statistische gegevens.

Belangrijkste opmerkingen

396 Veel bevindingen waren van toepassing op alle soorten faciliteiten voor gezondheidszorg (staatsinstellingen, entiteiten met zelfbestuur, omgevormde en particuliere entiteiten), maar op sommige gebieden liepen de benaderingen van het beheer aanzienlijk uiteen.

- o Het proces van opstelling en goedkeuring van de begroting bij staatsinstellingen en entiteiten met zelfbestuur was niet realistisch, aangezien het economisch resultaat in de voorgaande jaren negatief was geweest. De oprichters, die de begrotingen goedkeuren en controleren, dragen ook een zekere verantwoordelijkheid voor de ontoereikende kwaliteit van de begrotingen. Een betere toegang tot begrotings- en activabeheer werd aangetroffen bij omgevormde, en met name particuliere faciliteiten.
- o Er bestond een rechtstreeks verband tussen het niveau van het beheer, de controle van de begrotingsmiddelen en de bereikte economische resultaten. Het beheer van de meeste van de omgevormde faciliteiten voor gezondheidszorg en van de particuliere ziekenhuizen heeft winst opgeleverd (behalve voor één omgevormd en één particulier ziekenhuis).
- o De kosten van de gezondheidszorg stegen, maar werden niet gedekt door de opbrengsten. Gecontroleerde entiteiten rapporteerden aanzienlijke bedragen aan onbetaalde gezondheidszorg. De Slowaakse HCI beschouwt de niet-betaling van erkende gezondheidszorg door zorgverzekeraars als een van de belangrijkste oorzaken van ziekenhuisschulden.
- o Een jaarlijkse stijging van de vastleggingen werd geregistreerd tot wel een derde van de gecontroleerde periode (2011-2015).

- o De investeringen op het gebied van de medische technologie waren laag in de openbare faciliteiten voor gezondheidszorg, wat leidde tot hogere reparatie- en onderhoudskosten. Bovendien bestond er geen investeringsplan.
- o Op het gebied van openbare aanbesteding werden tekortkomingen vastgesteld met betrekking tot de discriminatie van inschrijvers, het informatievoordeel van sommige inschrijvers, het koppelen van de aankoop van medische apparatuur aan bouwwerkzaamheden, vermeende samenspanning en vermoedelijke overprijzen. In particuliere faciliteiten was de prijs van de aangeschafte medische apparatuur aanzienlijk lager dan in faciliteiten met een andere vorm van eigendom.
- o In faciliteiten voor gezondheidszorg van de staat en faciliteiten met zelfbestuur waren diverse onvoordelige dienstverleningsovereenkomsten gesloten.
- o De doelstellingen van groepen voor e-gezondheid en diagnosticering zijn niet volledig verwezenlijkt.

Aanbevelingen

397 De door de Slowaakse HCI voorgestelde aanbevelingen om de vastgestelde tekortkomingen te verhelpen en het beheer van de overheidsfinanciën en de activa van de gezondheidsfaciliteiten te verbeteren, hadden voornamelijk betrekking op het beheer en de controle van de financiële en materiële uitgaven, de uniformering van de verslaglegging en de registratie om de parameters te optimaliseren, en de optie om medische apparatuur centraal aan te kopen.

Publicatie en follow-up

398 Het verslag werd toegezonden aan de president van de Slowaakse Republiek, de voorzitter van de Nationale Raad van de Slowaakse Republiek, twee parlementaire commissies en de premier van de Slowaakse Republiek. De resultaten werden ook toegezonden aan het antimonopoliebureau van de Slowaakse Republiek, het bureau voor het toezicht op de gezondheidszorg, het bureau voor overheidsopdrachten, het Ministerie van Volksgezondheid van de Slowaakse Republiek, het bureau van de procureur-generaal van de Slowaakse Republiek en het nationaal bureau voor strafzaken. De resultaten van de controle werden gepresenteerd aan de pers, radio en televisie.

399 Op grond van de wet inzake de HCI van Slowakije waren de gecontroleerde ziekenhuizen/faciliteiten voor gezondheidszorg verplicht maatregelen te nemen om de geconstateerde tekortkomingen te verhelpen en deze binnen een bepaalde termijn aan de HCI voor te leggen. De gecontroleerde entiteiten hebben in totaal 168 maatregelen vastgesteld (122 van openbare, 41 van omgevormde en 5 van particuliere faciliteiten voor gezondheidszorg).

400 Overeenkomstig deze wet hebben de gecontroleerde entiteiten bij de HCI van Slowakije schriftelijke verslagen ingediend over de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van de maatregelen om de geconstateerde tekortkomingen te verhelpen. Op basis van de ingediende verslagen heeft de HCI de uitvoering van de vastgestelde maatregelen gemonitord en verdere procedures voorgesteld (bijv. verdere monitoring van de uitvoering van de maatregelen, controle van de uitvoering van de maatregelen in een specifieke gecontroleerde entiteit).

Verwachte impact

401 De resultaten van de controle kunnen leiden tot:

- o organisatorische/procedurele wijzigingen in het Ministerie van Volksgezondheid van de Slowaakse Republiek met betrekking tot het beheer van ondergeschikte organisaties, de opstelling en goedkeuring van de begrotingen van de faciliteiten voor gezondheidszorg en hun relatie met zorgverzekeraars;
- o een herziening van het besluit om te investeren in nieuwe medische hulpmiddelen;
- o procedures voor het waarborgen van de centrale aankoop van medische apparatuur;
- o andere systeemveranderingen in de uitvoering van het gezondheidsbeleid.



Spanje
Tribunal de Cuentas

Het beheer en de controle van farmaceutische vergoedingen door de algemene Spaanse onderlinge waarborgmaatschappij voor ambtenaren (MUFACE)

Overzicht

402 In het kader van de controle van de Spaanse HCI werden het beheer en de controle van farmaceutische vergoedingen door de algemene Spaanse onderlinge waarborgmaatschappij voor ambtenaren (MUFACE) beoordeeld. De gecontroleerde periode was het boekjaar 2015.

403 MUFACE heeft veel leden die recht hebben op farmaceutische vergoedingen, een groot aantal betalingen voor een hoog bedrag en een groot aantal particuliere ondernemingen die betrokken zijn bij de procedure. Bovendien werden tekortkomingen en te hoge betalingen vastgesteld in de farmaceutische vergoedingen die werden gefinancierd door andere, vergelijkbare organen, waarvan het beheer eerder was geanalyseerd.

Hoe de controle werd uitgevoerd

404 De voornaamste doelstelling van de controle was na te gaan of de farmaceutische vergoedingen aan apotheken en ziekenhuizen in overeenstemming met de geldende regelgeving en de beginselen van goed financieel beheer waren gefactureerd en betaald.

405 De specifieke doelstellingen waren de analyse van de door MUFACE toegepaste procedures om de facturering en betaling van de farmaceutische vergoedingen aan apotheken en ziekenhuizen te controleren overeenkomstig de hierboven genoemde regelgeving en beginselen. Ook ging het erom te beoordelen of de medische recepten door MUFACE werden gefinancierd volgens de geldende regelgeving en de overeenkomst die is gesloten met de algemene raad van provinciale apothekerskamers in Spanje.

406 De belangrijkste gecontroleerde was MUFACE, een autonoom orgaan dat onder het Ministerie van Territoriaal Beleid en Ambtenarenzaken valt.

407 De beoordeling werd uitgevoerd aan de hand van documentenonderzoek, interviews, steekproefneming en gegevensanalyse tijdens het veldwerk. Er zijn databanken en betalingsdossiers van begunstigen van farmaceutische diensten geanalyseerd en er zijn tests en controles uitgevoerd met betrekking tot de computerapplicatie die wordt gebruikt voor het beheer van dossiers inzake farmaceutische vergoedingen.

Belangrijkste opmerkingen

408 De Spaanse HCI heeft de volgende opmerkingen gemaakt:

- De door MUFACE vastgestelde controlelimieten voor het gebruik van psychotrope stoffen waren voor alle werkzame stoffen gelijk, ongeacht de maximale doses die voor elk type geneesmiddelen werden aanbevolen door het Spaanse bureau voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten.
- Het systeem van waarschuwingen dat werd ingevoerd om de afgifte van receptformulieren voor een bovennormaal gebruik van geneesmiddelen aan leden te beperken, vertoonde een aantal tekortkomingen (gebrek aan instructies, gebrek aan waarschuwingen over oud-leden van MUFACE of leden ten aanzien waarvan geen of een buitensporig gebruik van geneesmiddelen bekend was).
- De betalingsprocedure voor gedecentraliseerde farmaceutische vergoedingen kwam niet overeen met een van de drie soorten die genoemd was in de Spaanse begrotingswet nr. 47/2003 van 26 november 2003.
- Er werden dubbele facturen ontdekt voor een bedrag van 55 998 EUR.
- Het bedrag dat op 31 december 2016 nog moest worden afgetrokken omdat de maximale uitgavenplafonds voor 2015 voor bepaalde geneesmiddelen waren overschreden, bedroeg 329 988 EUR.
- In de door MUFACE gefinancierde geneesmiddelendossiers voor de behandeling van hepatitis was de overeenkomstige prijs betaald, maar in het algemeen hadden de ziekenhuizen de in artikel 9 van het Spaanse koninklijke besluit nr. 8/2010 voorgeschreven aftrek van 7,5 % niet toegepast.

Aanbevelingen

409 De Spaanse HCI heeft de volgende aanbevelingen gedaan:

- o de controles versterken door middel van periodieke vergelijkingen tussen de databanken van MUFACE en die van de Spaanse belastingdienst (verificatie van het inkomensniveau) en van het nationaal instituut voor de sociale zekerheid (verificatie van het correcte lidmaatschap);
- o de invoering van het systeem voor elektronische medische recepten bevorderen, zodat meer controle kan worden uitgeoefend over artsen die geneesmiddelen voorschrijven en over de andere eisen ten aanzien van de geldigheid en de afgifte van deze geneesmiddelen;
- o passende maatregelen vaststellen voor het correcte beheer van de receptformulieren, de productie en de distributie ervan, en de controle van de voorraden;
- o de instructies over het stelsel van farmaceutische vergoedingen aanpassen aan de werkelijke procedure voor het verwerken van deze vergoedingen, de huidige tekortkomingen in het waarschuwingssysteem voor het gebruik van geneesmiddelen verhelpen, de daartoe ingestelde controles verbeteren en uitbreiden, de gebruikslimieten bepalen afhankelijk van de werkzame stof in elk geneesmiddel;
- o maatregelen vaststellen om de aan ziekenhuizen te veel betaalde bedragen voor de financiering van de hepatitis C-medicatie terug te vorderen, en passende maatregelen te treffen om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen de aftrek van 7,5 % in het factureringsproces voor in het ziekenhuis verstrekte geneesmiddelen kunnen toepassen;
- o voor in het ziekenhuis verstrekte geneesmiddelen de beheersprocedure voor betalingen die via de bankrekeningen van MUFACE worden uitgevoerd, aanpassen.

Publicatie en follow-up

410 Het voorlopig ontwerpverslag werd aan MUFACE toegezonden voor commentaar. Het definitieve controleverslag werd op 16 november 2017 voorgelegd aan de parlementaire commissie.

411 Het controleverslag is sinds 1 oktober 2017 beschikbaar op de website van de Spaanse rekenkamer. Op 16 oktober 2017 is een persbericht gepubliceerd waarin de voornaamste conclusies en aanbevelingen zijn samengevat. De resolutie van de parlementaire commissie van 23 november 2017 werd op 26 februari 2018 in het staatsblad gepubliceerd.

412 Er zal follow-up worden gegeven aan de aanbevelingen in het verslag door middel van een specifiek follow-upverslag of wanneer nieuwe controletaken met betrekking tot die entiteit worden uitgevoerd. Tot dusver zijn er geen follow-upmaatregelen uitgevoerd omdat het verslag pas kort geleden werd vastgesteld.

Verwachte impact

413 De algemeen directeur van MUFACE informeerde de Spaanse rekenkamer op 27 maart 2018 over de uitvoering van verschillende organisatorische, procedurele en regelgevingswijzigingen:

- o wijziging van de overeenkomst inzake gezondheidszorg;
- o wijziging van de resolutie betreffende de delegatie van taken d.d. 23 mei 2012;
- o wijziging van specifieke boekhoudregels voor MUFACE met betrekking tot uitgaven, betalingen, financiële controle en boekhouding;
- o de controles werden versterkt en er werden regelmatig kruiscontroles verricht tussen de databanken van de leden, met name ten aanzien van de begunstigden en de houders;
- o in 2018 zou een specifieke computerapplicatie voor het beheer van de betalingen voor geneesmiddelen worden geïmplementeerd;
- o er zijn maatregelen genomen om te hoge betalingen aan ziekenhuizen voor de financiering van hepatitis C-medicatie terug te vorderen;
- o invoering van een elektronisch receptsysteem, verbetering van de controles die zijn gericht op opsporing en preventie van overmatig gebruik van geneesmiddelen, vaststelling van passende maatregelen voor het correcte beheer van receptformulieren.



Tsjechische Republiek Nejvyšší kontrolní úřad

Door geselecteerde ziekenhuizen uitgegeven
middelen voor de vergoeding van kosten

Overzicht

414 Bij de controle van de Tsjechische HCI werd beoordeeld of universitaire ziekenhuizen voldeden aan de wettelijke voorschriften inzake de aanschaf van materialen, goederen en diensten en of de ministeries, als de oprichters van de ziekenhuizen, voldeden aan de wettelijke verplichtingen. De controle had betrekking op de periode 2014-2016.

415 De HCI controleerde aankopen van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in aanzienlijke hoeveelheden. Voorts onderzochten de controleurs de verplichting van universitaire ziekenhuizen om via openbare aanbestedingen leveranciers te selecteren en beoordeelden ze of de ministeries voldeden aan de verplichtingen van de oprichter overeenkomstig de wet.

Hoe de controle werd uitgevoerd

416 De hoofdvragen die in de controle aan de orde werden gesteld, waren:

- Vindt de aankoop van materialen, goederen en diensten (met name geneesmiddelen en medische hulpmiddelen) door universitaire ziekenhuizen plaats in overeenstemming met de wettelijke voorschriften, en is deze efficiënt en kosteneffectief?
- Zijn er aanzienlijke verschillen in de aankoopprijs per eenheid tussen universitaire ziekenhuizen?
- Vervullen het Ministerie van Volksgezondheid en het Ministerie van Defensie hun rol als oprichters van de universitaire ziekenhuizen?

417 De belangrijkste gecontroleerden waren de oprichters van de universitaire ziekenhuizen, namelijk het Ministerie van Volksgezondheid, het Ministerie van Defensie, het

universitair ziekenhuis van Brno, het universitair ziekenhuis van Motol en het centrale militaire ziekenhuis — militair universitair ziekenhuis Praag.

418 De beoordeling is gebaseerd op de analyse van het verzamelde bewijsmateriaal, documentenonderzoek, interviews en vergelijkingen.

Belangrijkste opmerkingen

419 De Tsjechische HCI heeft de volgende opmerkingen gemaakt:

- De aanschaf van materialen en goederen was nuttig, maar niet altijd kosteneffectief of in overeenstemming met de wetgeving. De aankoop van diensten was niet altijd kosteneffectief of in overeenstemming met de wetgeving. De ministeries voldeden in sommige gevallen niet aan hun verplichtingen als oprichter overeenkomstig de wet.
- Universitaire ziekenhuizen kochten farmaceutische producten via procedures voor het plaatsen van opdrachten of via rechtstreekse aankopen bij leveranciers. Vanwege het grote assortiment gebruikte farmaceutische producten en medische hulpmiddelen, de inspanningen om de vitale functies van patiënten te waarborgen, het bestaan van één enkele fabrikant op de markt of een niet-succesvolle aanbestedingsprocedure was het voor de universitaire ziekenhuizen niet altijd mogelijk een leverancier te selecteren op basis van de resultaten van de aanbestedingsprocedure. Het aandeel producten dat niet via aanbestedingsprocedures werd aangekocht, was aanzienlijk, hoewel alle universitaire ziekenhuizen (met uitzondering van het universitair ziekenhuis van Brno) de aankoop van farmaceutische producten en medische benodigdheden zonder aanbestedingsprocedure hadden gemotiveerd.
- De universitaire ziekenhuizen hanteerden niet dezelfde criteria voor de beoordeling van de inschrijvingen.
- Een vergelijking van de aankooprijzen per eenheid in de afzonderlijke universitaire ziekenhuizen voor een controlesteekproef van dezelfde farmaceutische producten en medische hulpmiddelen bracht aanzienlijke verschillen in absolute waarden en procentuele verhoudingen aan het licht.
- De aankooprijzen per eenheid van een geselecteerde steekproef van farmaceutische producten en medische hulpmiddelen liepen sterk uiteen tussen de universitaire ziekenhuizen, vaak zelfs bij aankopen bij dezelfde leveranciers. Deze prijsverschillen

waren voornamelijk het gevolg van kortingen van leveranciers, het bestaan van één enkele fabrikant, bevoorradingstekorten, verwerving zonder aanbestedingsprocedure, rechtstreekse distributie door één leverancier, wijzigingen in de terugbetaling of de introductie van een generiek product op de markt. De HCI ziet in deze aanzienlijke prijsverschillen ruimte voor het verlagen van de kosten.

- o Het stelsel van bonussen in de gezondheidszorg bevatte geen duidelijke regels voor de aankoop van farmaceutische producten en medische hulpmiddelen. Het begrip bonus werd niet bij wet gedefinieerd, maar was louter gebaseerd op de voorwaarden van een specifieke contractuele relatie tussen het universitair ziekenhuis en de leverancier. De universitaire ziekenhuizen hebben geen uniforme procedure gevolgd bij het onderhandelen over bonussen en het gebruik van inkomsten uit bonussen. De universitaire ziekenhuizen hebben doorgaans los van de belangrijkste leveringsrelatie overeenkomsten inzake bonussen gesloten. De universitaire ziekenhuizen maakten, onder verwijzing naar bedrijfsgeheimen, de bonusovereenkomsten noch de waarde van de gecontracteerde bonussen openbaar in het register van de contracten.
- o Het universitair ziekenhuis van Brno had de begrotingsdiscipline geschonden door ongeoorloofd middelen te gebruiken bij de aanschaf van medische hulpmiddelen en afvalverwijderingsdiensten.
- o Het militaire universitair ziekenhuis had zijn activa inefficiënt gebruikt door geen afdoende bewijzen over te leggen voor 15 facturen voor juridische adviesverlening.

Aanbevelingen

420 De Tsjechische HCI beveelt aan dat:

- o de universitaire ziekenhuizen farmaceutische producten en medische hulpmiddelen aanschaffen op basis van aanbestedingsprocedures, wat een wettelijke verplichting is en een voorwaarde voor een zuinig beheer van middelen en een transparante selectie van leveranciers;
- o het Ministerie van Volksgezondheid en het Ministerie van Defensie duidelijke regels vaststellen voor de ontvangst, rapportage en behandeling van bonussen van leveranciers in de sector gezondheidszorg;

- o de universitaire ziekenhuizen bij aanbestedingsprocedures niet alleen de prijs als criterium hanteren, maar ook, gezien de aard en de complexiteit van het voorwerp van de overheidsopdracht, de eventuele bonus;
- o het Ministerie van Volksgezondheid zich bezighoudt met ontwikkelingsstrategieën en zijn eigen concept voorbereidt van de ontwikkeling van rechtstreeks beheerde organisaties;
- o het Ministerie van Volksgezondheid en het universitair ziekenhuis van Brno het nut en de voordelen van het dotatiefonds van het universitair ziekenhuis van Brno onderzoeken en zich buigen over de redenen voor het voortbestaan daarvan;
- o het Ministerie van Defensie het vastgestelde risico bij de verstrekking van middelen aan het militair universitair ziekenhuis aanpakt.

Publicatie en follow-up

421 Het verslag werd op 8 april 2019 aan de regering gepresenteerd.

422 Het verslag werd op 3 september 2018 gepubliceerd op de website van de HCI. De HCI heeft deze controleconclusie gepubliceerd in het Bulletin van de HCI nr. 4/2018. De publicatie ging vergezeld van een persbericht.

423 Er is nog geen follow-up gegeven aan het verslag.

Verwachte impact

424 Wijzigingen in de procedures van de universitaire ziekenhuizen worden verwacht, evenals verbeteringen door de ministeries bij het vervullen van hun taken, met name wat betreft de vaststelling van de regels voor bonussen, de procedures voor het plaatsen van opdrachten en het toezicht op de praktische en zuinige werking van universitaire ziekenhuizen op kosteneffectieve basis.

Lijst van controlewerkzaamheden door deelnemende HCI's sinds 2014 in verband met volksgezondheid

425 Deze lijst biedt een overzicht van controlewerkzaamheden door HCI's van de EU die – volledig of gedeeltelijk – betrekking hebben op volksgezondheid. Neem voor meer informatie over deze controles contact op met de desbetreffende HCI.

België

- Vlaams Preventiebeleid — Evaluatie van het uitvoeringslandschap

Bulgarije

- Ефективност на системата на психиатричното одитът да бъде завършен и публикуван през 2020) [*Doeltreffendheid van het systeem voor psychologische zorg, af te ronden en te publiceren in 2020*]
- Електронно здравеопазване (2017) [*E-gezondheid, gepubliceerd in 2017*]
- Дейност на Центъра за асистирана репродукция (2017) [*Werkzaamheden van het centrum voor geassisteerde voortplanting, gepubliceerd in 2017*]
- Одит за съответствие при финансовото управление на Изпълнителна агенция по лекарствата за периода (2016) [*Nalevingsgerichte controle met betrekking tot het financieel beheer van het uitvoerend agentschap voor geneesmiddelen, gepubliceerd in 2016*]
- Одит за съответствие при финансовото управление на Министерството на здравеопазването (2016) [*Nalevingsgerichte controle met betrekking tot het financieel beheer van het Ministerie van Volksgezondheid, gepubliceerd in 2016*]
- Ефективност на контрола върху дейностите по профилактика и диспансеризация на задължително здравноосигурените лица в РБ на възраст до 18 (2016) [*Doeltreffendheid van de monitoring van preventieve gezondheidszorg en medische follow-up in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekering voor minderjarigen in Bulgarije, gepubliceerd in 2016*]

- Дейност по оказване на спешна медицинска помощ (2015) [*Werkzaamheden van diensten voor spoedeisende hulp, gepubliceerd in 2015*]
- Механизъм за договаряне на изпълнението на болнична помощ (2014) [*Onderhandelingsmechanisme met betrekking tot de verstrekking van ziekenhuiszorg, gepubliceerd in 2014*]
- Одит на изпълнението на проекти, реализирани от Министерството на здравеопазването по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” (2014) [*Doelmatigheidscontrole inzake projecten van het Ministerie van Volksgezondheid in het kader van het operationeel programma voor de ontwikkeling van personele middelen, gepubliceerd in 2014*]

Denemarken

- Beretning om lægemiddelanbefalinger (2019) [*Verslag over de aanbevelingen inzake medicatie, gepubliceerd in 2019*]
- Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene (2019) [*Verslag over verschillen in de kwaliteit van de zorg in Deense ziekenhuizen, gepubliceerd in 2019*]
- Beretning om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter (2018) [*Verslag over de toegang van kankerpatiënten tot oncologiediensten, gepubliceerd in 2018*]
- Beretning om forløbet for flygtninge med traumer (2018) [*Verslag over trajecten voor vluchtelingen met een trauma, gepubliceerd in 2018*]
- Beretning om udredningsretten (2018) [*Verslag over het recht van patiënten op een snel onderzoek, gepubliceerd in 2018*]
- Beretning om Sundhedsplatformen (2018) [*Verslag over gezondheidsplatforms, gepubliceerd in 2018*]
- Beretning om salget af Statens Serum Instituts vaccineproduktion(2018) [*Verslag over de verkoop van de vaccinproductie van het instituut voor serums van de staat, gepubliceerd in 2018*]
- Beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner (2017) [*Verslag over de preventie van ziekenhuisinfecties, gepubliceerd in 2017*]

- Beretning om 3 regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata (2017) [*Verslag over de beveiliging van IT-systemen en gezondheidsgegevens in drie Deense regio's, gepubliceerd in 2017*]
- Beretning om Region Hovedstadens akuttelefon 1813 (2017) [*Verslag over de door de hoofdstedelijke regio van Denemarken opgezette medische hulplijn 1813, gepubliceerd in 2017*]
- Beretning om Beskæftigelsesministeriets data om ressourceforløb (2017) [*Verslag over de gegevens van het Ministerie van Werkgelegenheid over middelenprogramma's, gepubliceerd in 2017*]
- Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade (2016) [*Verslag over de inspanningen die zijn gericht op patiënten met hersenletsel, gepubliceerd in 2016*]
- Beretning om hospitalslægers bibeskæftigelse (2016) [*Verslag over de nevenactiviteiten van ziekenhuisartsen, gepubliceerd in 2016*]
- Beretning om regionernes styring af ambulante behandling af voksne patienter med psykiske lidelser (2016) [*Verslag over het beheer door de Deense regio's van de ambulante behandeling van volwassen patiënten met een psychische stoornis, gepubliceerd in 2016*]
- Beretning om Patientombuddets arbejde med utilsigtede hændelser (2015) [*Verslag over de werkzaamheden van de patiëntenombudsman ten aanzien van incidenten op het gebied van patiëntveiligheid, gepubliceerd in 2015*]
- Beretning om Fødevareministeriets indsats mod husdyr-MRSA (2015) [*Verslag over de inspanningen van het Ministerie van Voedsel ter bestrijding van LA-MRSA, gepubliceerd in 2015*]
- Beretning om hospitalernes brug af personaleresurser (2015) [*Verslag over het gebruik van personele middelen in Deense ziekenhuizen, gepubliceerd in 2015*]
- Beretning om forskningsmidler på hospitalerne (2015) [*Verslag over externe onderzoeksmiddelen in Deense ziekenhuizen, gepubliceerd in 2015*]
- Beretning om second opinion-ordningen (2014) [*Verslag over het programma inzake second opinions, gepubliceerd in 2014*]

- Beretning om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort (2014) [*Verslag over de problemer in verband met de ontwikkeling en implementatie van het digitale gedeelde medicatiedossier, gepubliceerd in 2014*]
- Beretning om indsatsen for at få sygemeldte tilbage i arbejde (2014) [*Verslag over de inspanningen om mensen met ziekteverlof te helpen weer te gaan werken, gepubliceerd in 2014*]
- Beretning om kvindekrisecentre (2014) [*Verslag over opvanghuizen voor vrouwen, gepubliceerd in 2014*]
- Beretning om regionernes præhospitale indsats (2014) [*Verslag over de door de regio's verstrekte zorg voorafgaand aan een ziekenhuisopname, gepubliceerd in 2014*]

Duitsland

- Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (6. Mai 2019) [*Controle van de facturering voor ziekenhuisbehandeling door wettelijke ziekenfondsen — Verslag aan de controlecommissie van de begrotingscommissie van de Duitse Bondsdag overeenkomstig artikel 88, lid 2, van de Duitse federale begrotingswet (6 mei 2019)*]
- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrasturktur – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (18. Januar 2019) [*Invoering van de e-gezondheidskaart en de telematica-infrastructuur — Verslag aan de begrotingscommissie van de Duitse Bondsdag overeenkomstig artikel 88, lid 2, van de Duitse federale begrotingswet (18 januari 2019)*]
- Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. August 2018) [*Financiering voor de verstrekking van noodvoertuigen en -vliegtuigen — Verslag aan de begrotingscommissie van de Duitse Bondsdag overeenkomstig artikel 88, lid 2, van de Duitse federale begrotingswet (20 augustus 2018)*]

- Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnungskürzungen in Millionenhöhe und umgehen Abrechnungsprüfungen – Bemerkungen 2018 [*Ziekenfondsen en ziekenhuizen komen voor miljoenen euro's ongeoorloofde forfaitaire kortingen op facturen overeen en omzeilen controles van facturering – Opmerkingen van 2018*]
- Steuervorteile für Tabakindustrie abschaffen – Bemerkungen 2017 [*Afschaffing van belastingvoordelen voor de tabaksindustrie – Opmerkingen van 2017*]
- Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden – Bemerkungen 2017 [*Voordelen van orthodontische behandeling moeten eindelijk worden onderzocht – Opmerkingen 2017*]
- Haftpflichtversicherung für kassenärztliche Behandlungsfehler gesetzlich sicherstellen – Bemerkungen 2017 [*Wettelijk verplicht stellen dat artsen die in het kader van wettelijk verzekeringstelsel werkzaam zijn, een beroepsaansprakelijkheidsverzekering afsluiten – Opmerkingen van 2017*]
- Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. Juni 2016) [*Verstrekking van medische hulpmiddelen door wettelijke ziekenfondsen – Verslag aan de begrotingscommissie van de Duitse Bondsdag overeenkomstig artikel 88, lid 2, van de Duitse federale begrotingswet (20 juni 2016)*]
- Erstattung von Reiseschutzimpfungen: Rechtsgrundlage noch zeitgemäß? – Bemerkungen 2015 [*Vergoeding van reisvaccinaties: is het rechtskader nog actueel? – Opmerkingen van 2015*]

Estland

- E-tervise ülevaade (2019) [*Onderzoek inzake e-gezondheid, gepubliceerd in 2019*]
- Erakorraline meditsiin (2018) [*Spoedeisende geneeskunde, gepubliceerd in 2018*]
- Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel (2016) [*Maatregelen van de staat op het gebied van de gezondheid en medische behandeling van kinderen, gepubliceerd in 2016*]

- o Riigi tegevus tervishoiu järelevalve korraldamisel ja kvaliteedi hindamisel (lõppes märgukirjaga) (2015) [*Maatregelen van de staat met betrekking tot de organisatie van het toezicht en de kwaliteitsbeoordeling op het gebied van gezondheid (afgesloten met een ingebrekestelling), gepubliceerd in 2015*]
- o Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel (2015) [*Maatregelen van de staat bij het organiseren van onafhankelijke verpleegkundige zorg, gepubliceerd in 2015*]
- o Riigi tegevus e-tervise rakendamisel (2014) [*Maatregelen van de staat inzake de implementatie van e-gezondheid, gepubliceerd in 2014*]

Finland

- o Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen [*Impact van sturing op het functioneren van medische diensten in noodsituaties*], doelmatigheidscontrole van 2019
- o Asiakkaan lasten huomioiminen aikuisten mielenterveyspalveluissa [*Aandacht voor kinderen van patiënten van psychiatrische diensten voor volwassenen*], doelmatigheidscontrole van 2018
- o Sosiaalimenojen kehitysarviot [*Trendprognoses voor de sociaalezekerheidsuitgaven*], analyse van 2017
- o Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa [*Psychische problemen bij kinderen voorkomen en hun welzijn ondersteunen door middel van de gezondheidsdiensten op school*], analyse van 2017
- o Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa [*Personen die vaak gebruikmaken van basisgezondheidsdiensten*], doelmatigheidscontrole van 2017
- o Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa [*Ontwikkeling van de arbeidsverdeling bij maatschappelijk werk en in de gezondheidszorg*], doelmatigheidscontrole van 2016

- o Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa [*Het gebruik van technische hulpmiddelen in thuis aangeboden dienstverlening aan ouderen*], doelmatigheidscontrole van 2015
- o Pienhiukkasten terveys- ja kustannusvaikutusten huomioonottaminen strategioiden valmistelussa [*Rekening houden met de gezondheids- en kosteneffecten van fijne deeltjes bij de voorbereiding van strategieën*], doelmatigheidscontrole van 2015

Frankrijk

- o Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (2019) [*Verslag over de toepassing van de wetten inzake de financiering van de sociale zekerheid, gepubliceerd in 2019*]
- o La politique de prévention des infections associées aux soins: une nouvelle étape à franchir (2019) [*Het beleid inzake de preventie van zorginfecties: een nieuwe stap vooruit, gepubliceerd in 2019*]
- o La politique de prévention et de prise en charge du VIH en France depuis 2010 (2019) [*Het beleid inzake de preventie en behandeling van HIV in Frankrijk sinds 2010, gepubliceerd in 2019*]
- o Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VI La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires: une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins (2018) [*Verslag over de toepassing van de wetten inzake de financiering van de sociale zekerheid, oktober 2018, hoofdstuk VI De bestrijding van cardio-neurovasculaire ziekten: er moet prioriteit worden gegeven aan preventie en aan de kwaliteit van de zorg, gepubliceerd in 2018*]
- o Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VII Les soins visuels: une prise en charge à réorganiser (2018) [*Verslag over de toepassing van de wetten inzake de financiering van de sociale zekerheid, oktober 2018, hoofdstuk VII Oogheelkundige zorg: herstructurering noodzakelijk, gepubliceerd in 2018*]
- o Le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé (2018) [*De rol van universitaire ziekenhuizen (CHU) in het gezondheidszorgstelsel, gepubliceerd in 2018*]

- o L'avenir de l'assurance maladie (2017) [*De toekomst van de ziektekostenverzekering, gepubliceerd in 2017*]
- o Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool (2016) [*Het beleid ter bestrijding van schadelijk alcoholgebruik, gepubliceerd in 2016*]

Griekenland

- o Οριζόντιος θεματικός έλεγχος στις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του Κράτους και ειδικότερα, μεταξύ άλλων, έξι νοσοκομείων, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) και μίας περιφερειακής διοίκησης υγείας (1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής). [*Horizontale thematische controle van de betalingsachterstanden van de staat met betrekking tot ziekenhuizen, de nationale organisatie voor de verlening van gezondheidszorg (EOPYY) en een regionaal directoraat volksgezondheid*] (2018)

Hongarije

- o A kórházak ellenőrzési tapasztalatait összegző elemzés (2019) [*Beknopte analyse van de ervaringen die zijn opgedaan bij controles van ziekenhuizen, gepubliceerd in 2019*]

Ierland

- o Managing elective day surgery (2014) [*Beheer van electieve dagchirurgie, gepubliceerd in 2014*]

Italië

- o L'attuazione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico [*De uitvoering van het buitengewone programma voor de renovatie van gebouwen en de technologische modernisering van de onroerende eigendommen van openbare instellingen voor gezondheidszorg*] (2018)

Letland

- Cilvēkresursi veselības aprūpē (2019) [*Personele middelen in de gezondheidszorg, gepubliceerd in 2019*]
- Vai rehabilitācija ir pilnvērtīga veselības aprūpes pakalpojumu sastāvdaļa? (2019) [*Vormt revalidatie een volwaardig deel van de gezondheidszorg? gepubliceerd in 2019*]
- Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama? (2017) [*Kan het systeem voor ambulante gezondheidszorg in Letland worden verbeterd? gepubliceerd in 2017*]
- Vai ievēroti rezidentūras finansēšanas noteikumi? (2016) [*Worden de regels inzake het financieren van ziekenhuisverblijf nageleefd? gepubliceerd in 2016*]
- Vai projekts “E-veselība Latvijā” ir solis pareizajā virzienā? (2015) [*Is het project “e-gezondheid in Letland” een stap in de goede richting?, gepubliceerd in 2015*]

Litouwen

- Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra (2014) [*Oncologische zorg, gepubliceerd in 2014*]
- Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse (2015) [*Versterking van de volksgezondheid in gemeenten, gepubliceerd in 2015*]
- Ar užtikrinamas kompensuojamųjų generinių vaistų prieinamumas (2016) [*Waarborging van de beschikbaarheid van vervangende generieke geneesmiddelen, gepubliceerd in 2016*]
- Viešosios sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas (2017) [*Beheer van staatseigendommen waarvan het bezit is overgedragen aan openbare zorginstellingen, gepubliceerd in 2017*]
- Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas (2017) [*Ontwikkeling van een e-gezondheidssysteem, gepubliceerd in 2017*]
- Savižudybių prevencija ir postvencija (2017) [*Voorkoming van zelfdoding en ondersteuning voor nabestaanden, gepubliceerd in 2017*]

- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas (2018) [*Kwaliteit van persoonlijke gezondheidszorg: veiligheid en doeltreffendheid, gepubliceerd in 2018*]
- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą (2018) [*De toegankelijkheid van gezondheidszorg en de patiëntgerichtheid, gepubliceerd in 2018*]
- Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas (2019) [*Beoordeling van het het zorgstelsel (overzicht), gepubliceerd in 2019*]

Luxemburg

- Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers [*Speciaal verslag over overheidsfinanciering van ziekenhuisinvesteringen*] (2019)

Malta

- Follow-up Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office, 2018 [*Follow-upcontrole: follow-upverslagen van de nationale rekenkamer 2018*] (oktober 2018)
 - General Practitioner Function – The Core of Primary Health Care [*De huisartsenfunctie — de kern van de eerstelijnsgezondheidszorg*] (blz. 46-52 van het verslag))
 - An Analysis of the Pharmacy of Your Choice Scheme [*Een analyse van de regeling inzake de apotheek van uw keuze*] (blz. 71-81 van het verslag)
- Performance Audit: A Strategic Overview of Mount Carmel Hospital [*Doelmatigheidscontrole: Een strategisch overzicht van het Mount Carmel-ziekenhuis*] (juli 2018)
- An Investigation of the Mater Dei Hospital Project [*Een onderzoek van het project Mater Dei-ziekenhuis*] (mei 2018)
- Performance Audit: Outpatient Waiting at Mater Dei Hospital [*Doelmatigheidscontrole: Wachttijden bij ambulante zorg*] (november 2017)
- Follow-up Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office, 2017 [*Follow-upverslagen van de nationale rekenkamer 2017*] (november 2017)

- The Management of Elective Surgery Waiting Lists [*Het beheer van de wachtlijsten voor electieve chirurgie*] (blz. 69-77 van het verslag)
- The Provision of Residential Long-Term Care for the Elderly through Contractual Arrangements with the Private Sector [*De verstrekking van langdurige residentiële zorg aan ouderen door middel van contractuele regelingen met de particuliere sector*] (blz. 78-87 van het verslag)
- Performance Audit: Service Agreements between Government and Richmond Foundation Malta [*Doelmatigheidscontrole: Dienstverleningsovereenkomsten tussen de regering en de Richmond Foundation Malta*] (september 2016)
- Performance Audit: The General Practitioner Function – The core of primary health care [*Doelmatigheidscontrole: De huisartsenfunctie — de kern van de eerstelijnsgezondheidszorg*] (juni 2016)
- Information Technology Audit: Mater Dei Hospital [*IT-controle: Mater Dei-ziekenhuis*] (mei 2016)
- Performance Audit: Service Agreements between Government and INSPIRE Foundation [*Doelmatigheidscontrole: Dienstverleningsovereenkomsten tussen de regering en de INSPIRE Foundation*] (februari 2016)
- Performance Audit: Provision of residential long-term care for the elderly through contractual arrangements with the private sector [*Doelmatigheidscontrole: De verstrekking van langdurige residentiële zorg aan ouderen door middel van contractuele regelingen met de particuliere sector*] (april 2015)

Oostenrijk

- Qualitätsicherung für niedergelassene Ärztinnen en Ärzte [*Kwaliteitsborging ten aanzien van artsen*] — Bund 2018/37] (2018)

Polen

- System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian (megainformacja) [*Het gezondheidszorgstelsel van Polen – stand van zaken en gewenste veranderingen (syntheseverslag)*] (2019)

- o Dostępność refundowanych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i bezpieczeństwo ich stosowania [*Beschikbaarheid en veiligheid van geleende medische hulpmiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen*] (2019)
- o Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej [*Werking van de eerstelijnsgezondheidszorg in ziekenhuizen*] (2019)
- o Bezpieczeństwo pacjentów przy stosowaniu antybiotykoterapii w szpitalach [*Waarborging van de veiligheid van patiënten tijdens behandelingen met antibiotica in ziekenhuizen*] (2019)
- o Wsparcie osób z autyzmem i zespołem Aspergera w przygotowaniu do samodzielnego funkcjonowania [*Steun voor mensen met autisme en het syndroom van Asperger die zich voorbereiden op zelfstandig wonen*] (2019)
- o Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej [*Verlening van palliatieve zorg en zorg in hospices*] (2019)
- o Pomoc państwa realizowana w formie środowiskowych domów samopomocy udzielana osobom z zaburzeniami psychicznymi [*Door de staat gefinancierde lokale zelfhulpcentra voor mensen met een psychische stoornis*] (2019)
- o Wdrożenie przez podmioty lecznicze regulacji dotyczących ochrony danych osobowych [*Handhaving van regelgeving inzake gegevensbescherming door medische instellingen*] (2019)
- o Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków [*Preventie van alcohol- en drugsverslaving*] (2019)
- o Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży [*Beschikbaarheid van psychiatrische behandeling voor kinderen en jongeren*] (2019)
- o Działania podejmowane przez wojewodę wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia [*Optreden door de provinciegouverneur tegen instellingen die 24-uurszorg verstrekken zonder de nodige goedkeuring*] (2019)
- o Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie [*Het e-gezondheidsinformatiesysteem van de provincie Podlaskie*] (2018)

- Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2 [*Preventie en behandeling van type 2-diabetes*] (2018)
- Tworzenie map potrzeb zdrowotnych [*In kaart brengen van gezondheidsbehoeften*] (2018)
- Żywienie pacjentów w szpitalach [*Patiëntvoeding in ziekenhuizen*] (2018)
- Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej [*Functioneren van ziekenhuisapotheken en ziekenhuisapothekafdelingen*] (2018)
- Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich [*Beschikbaarheid van door de overheid gefinancierde gynaecologische en verloskundige zorg in plattelandsgebieden*] (2018)
- Zapobieganie i leczenie depresji [*Preventie en behandeling van depressie*] (2018)
- Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym [*Gezondheidszorg voor schoolkinderen en adolescenten*] (2018)
- Zakażenia w podmiotach leczniczych [*Infecties in medische instellingen*] (2018)
- Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach [*Bescherming van de privacy en de waardigheid van de patiënt in ziekenhuizen*] (2018)
- Bezpieczeństwo badań genetycznych [*Veiligheid van genetische tests*] (2018)
- Działalność organów państwa na rzecz zapewnienia dostępności produktów leczniczych [*Maatregelen van nationale autoriteiten om de beschikbaarheid van geneesmiddelen te waarborgen*] (2018)
- Realizacja strategicznego programu badań naukowych „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – STRATEGMED [*Uitvoering van het strategisch onderzoeksprogramma inzake de preventie en behandeling van “welvaartsziekten” — STRATEGMED*] (2018)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku [*De prestaties van het nationaal gezondheidsfonds in 2017*] (2018)

- Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów [*Buitengerechtelijke schikkingen voor patiënten*] (2018)
- Finansowanie i realizacja „Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009-2016” w województwie kujawsko-pomorskim [*Financiering en uitvoering van het investeringsprogramma voor de ontwikkeling en modernisering van ziekenhuizen 2009-2016 in de provincie Kujawsko-Pomorskie*] (2018)
- Nadzór nad obrotem i stosowaniem produktów zawierających substancje anaboliczne, hormonalne, odurzające i psychotropowe w leczeniu zwierząt, w tym towarzyszących [*Monitoring van de vermarkting en het gebruik van producten die anabole, hormonale, narcotische en psychotrope stoffen bevatten, en van aanverwante producten, bij de behandeling van dieren*] (2018)
- Wykorzystywanie naturalnych surowców leczniczych w lecznictwie uzdrowiskowym [*Het gebruik van natuurlijke farmaceutische grondstoffen bij thermale kuren*] (2018)
- Dostępność i efekty leczenia nowotworów [*Beschikbaarheid en resultaten van behandeling tegen kanker*] (2017)
- Przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy [*Maatregelen ter bestrijding van de verkoop van “legale drugs”*] (2017)
- Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim [*Uitvoering van de programma's voor de vroegtijdige opsporing van borst- en baarmoederhalskanker in de provincie Lublin*] (2017)
- Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia [*Preventieve behandeling in het gezondheidszorgstelsel*] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [*Doelmatigheid van het nationaal programma voor de bescherming van de geestelijke gezondheid*] (2017)
- Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej [*Beschikbaarheid en financiering van laboratoriumdiagnoses*] (2017)

- Przygotowanie i wdrażanie pakietu onkologicznego [*Voorbereiding en uitvoering van het oncologisch pakket*] (2017)
- Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin [*Zorg voor patiënten met Alzheimer en steun voor hun gezin*] (2017)
- Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim [*Preventieve tandheelkundige behandeling voor kinderen en jongeren in de provincie Lublin*] (2017)
- Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [*Eerbiediging van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg*] (2017)
- Dostępność terapii przeciwbólowej [*Beschikbaarheid van behandeling gericht op pijnverlichting*] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku [*De prestaties van het nationaal gezondheidsfonds in 2016*] (2017)
- Realizacja zadań związanych z zapewnieniem pracownikom badań profilaktycznych [*Doelmatigheid van taken in verband met de verstrekking van preventieve medische onderzoeken aan werknemers*] (2017)
- Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze [*Verstrekking van hartzorg door openbare en particuliere medische instellingen*] (2016)
- Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych [*Opleiding en professionele ontwikkeling van medisch personeel*] (2016)
- Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej [*Het aanmaken en delen van medische dossiers*] (2016)
- Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego [*Toegang tot preventie en behandeling van ademhalingsziekten*] (2016)
- Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego [*Uitvoering van gezondheidsbeleidsprogramma's door lokale overheidsinstanties*] (2016)

- Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych [*Perinatale zorg in kraamklinieken*] (2016)
- Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne [*Gebruikmaking van externe diensten door openbare ziekenhuizen*] (2016)
- Przygotowanie szpitali do leczenia pacjentów z udarem mózgu [*Gereedheid van ziekenhuizen voor de behandeling van patiënten met een beroerte*] (2016)
- Badania prenatalne w Polsce [*Prenatale onderzoeken in Polen*] (2016)
- System szczepień ochronnych dzieci [*Het systeem voor de vaccinatie van kinderen*] (2016)
- Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych [*Herstructurering van geselecteerde onafhankelijke, met overheidsmiddelen gefinancierde instellingen voor gezondheidszorg*] (2016)
- Wykonywanie przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne [*De vervulling door de nationale farmaceutische inspectie van haar rol in het kader van de wet inzake farmaceutische producten*] (2016)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r [*De prestaties van het nationaal gezondheidsfonds in 2015*] (2016)

Portugal

- Auditoria orientada às dívidas ao Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. [*Gerichte controle inzake de schulden van het Portugese bloed- en transplantatie-instituut, I.P.*] (2018)
- Auditoria às práticas de gestão no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e no Centro Hospitalar de São João, EPE [*Controle van de beheerspraktijken bij het Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, en het Centro Hospitalar de São João, EPE*] (2018)

- Auditoria à Conta Consolidada do Ministério da Saúde – Exercícios de 2015 e 2016 [*Controle van de geconsolideerde rekening van het Ministerie van Volksgezondheid – begrotingsjaren 2015 en 2016*] (2017)
- Auditoria orientada à situação financeira da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE [*Gerichte controle van de financiële situatie bij de SPMS, EPE*] (2017)
- Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde [*Controle inzake de toegang tot gezondheidszorg bij de nationale dienst van gezondheidszorg*] (2017)
- Auditoria aos acordos celebrados entre a Administração Regional de Saúde do Norte, IP, e a Santa Casa da Misericórdia do Porto [*Controle van de overeenkomsten die zijn gesloten tussen de gezondheidsautoriteit van de regio noord, I.P. en de Santa Casa da Misericórdia do Porto*] (2017)
- Auditoria à prestação de contas por entidades do Ministério da Saúde [*Controle inzake de verantwoordingsplicht van entiteiten van het Ministerie van Volksgezondheid*] (2017)
- Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Exercício de 2014 [*Financiële controle bij het Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – begrotingsjaar 2014*] (2017)
- Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em Parceria Público-Privada (PPP). [*Controle van de uitvoering van de beheersovereenkomst voor het ziekenhuis van Braga in het kader van het publiek-private partnerschap*] (2016)
- Auditoria orientada a procedimentos de contratação pública das unidades de saúde do setor empresarial do Estado. [*Controle van de openbare aanbestedingsprocedures van de gezondheidseenheden in de bedrijfssector van de staat*] (2016)
- Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários [*Follow-upcontrole van de aanbevelingen die zijn gedaan in het controleverslag over de prestaties van de eenheden voor eerstelijnsgezondheidszorg*] (2016)

- o Auditoria de resultados ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Algarve, EPE [Doelmatigheidscontrole van de afdeling spoedeisende hulp van het Centro Hospitalar do Algarve, EPE] (2016)
- o Auditoria de Seguimento das Recomendações formuladas no Relatório de Auditoria ao Sistema de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção) [Follow-upcontrole van de aanbevelingen die zijn gedaan in het controleverslag inzake het stelsel voor sociale bescherming voor overheidspersoneel (verslag nr. 12/2015 — deel 2)] (2016)

Roemenië

- o Dezvoltarea infrastructurii de sănătate la nivel național, regional și local în vederea creșterii accesibilității la serviciile de sănătate [Ontwikkeling van gezondheidsinfrastructuur op nationaal, regionaal en lokaal niveau om de toegang tot gezondheidsdiensten te verbeteren] (2017)

Slovenië

- o Obvladovanje debelosti otrok [Aanpak van obesitas bij kinderen] (2018)

Slowakije

- o Verejné financie a majetok zdravotníckych zariadení [Overheidsfinanciën en eigendom van faciliteiten voor gezondheidszorg] (2017)

Spanje

- o 1231.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, ejercicio 2015 (28/09/2017) [Controle van het beheer en de controle van farmaceutische vergoedingen door de algemene Spaanse onderlinge waarborgmaatschappij voor ambtenaren (MUFACE), boekjaar 2015, gepubliceerd in 2017]
- o 1213.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico “Esperanza del Mar”, ejercicio 2015 (29/03/2017) [Controle van het beheer van het schip voor medische en logistieke hulp “Esperanza del Mar”, boekjaar 2015, gepubliceerd in 2017]

- 1205.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2015 (23/02/2017) [*Audit van het beheer en de controle van de geneesmiddelenvoorziening door het instituut voor sociale verzekeringen van het leger, boekjaar 2015, gepubliceerd in 2017*]
- 1200.- Fiscalización de la Fundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III, ejercicio 2014 (26/01/2017) [*Controle van de stichting nationaal centrum voor cardiovasculair onderzoek Carlos III, boekjaar 2014, gepubliceerd in 2017*]
- 1199.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico “Juan de la Cosa”, ejercicio 2015 (26/01/2017) [*Controle van het beheer van het schip voor medische en logistieke hulp “Juan de la Cosa”, boekjaar 2015, gepubliceerd in 2017*]
- 1185.- Fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica, ejercicios 2014 y 2015 (19/12/2016) [*Controle van de economische activiteiten van het Ministerie van Volksgezondheid, Sociale Diensten en Gelijkheid met betrekking tot geneesmiddelen, boekjaren 2014 en 2015, gepubliceerd in 2016*]
- 1167.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General Judicial (22/07/2016) [*Controle van het beheer en de controle van de geneesmiddelenvoorziening in het kader van de algemene onderlinge verzekeringsregeling voor de rechterlijke macht, gepubliceerd in 2016*]
- 1119.- Fiscalización sobre la gestión y el control efectuados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos (26/11/2015) [*Controle van het beheer en de controleactiviteiten van de onderlinge waarborgmaatschappijen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten binnen het nationale verzekeringsstelsel met betrekking tot medische bijstand met externe middelen, gepubliceerd in 2015*]

Tsjechische Republiek

- Nr. 18/14 – Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky [*Middelen die op grond van de wet ten behoeve van de militaire ziektekostenverzekeraar van de Tsjechische Republiek zijn geïnd*]

- Nr. 18/13 – Závěrečný účet kapitoly státního rozpočtu Ministerstvo zdravotnictví za rok 2017, účetní závěrka Ministerstva zdravotnictví za rok 2017 a údaje předkládané Ministerstvem zdravotnictví pro hodnocení plnění státního rozpočtu za rok 2017 [*Afsluitende rekeningen van de hoofdstukken van de staatsbegroting betreffende het Ministerie van Volksgezondheid voor 2017, financiële staten van het Ministerie van Volksgezondheid voor 2017, en gegevens die door het Ministerie van Volksgezondheid zijn ingediend met het oog op de evaluatie van de uitvoering van de staatsbegroting voor 2017*]
- Nr. 18/11 – Peněžní prostředky státu určené na podporu rozvoje a obnovy materiálně technické základny regionálního zdravotnictví [*Staatsmiddelen ter ondersteuning van de ontwikkeling en de vernieuwing van de materiaaltechnische grondslag van de regionale gezondheidszorg*]
- Nr. 17/19 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými fakultními nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*Middelen die zijn uitgegeven door geselecteerde ziekenhuizen ter vergoeding van kosten*]
- Nr. 17/14 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Národní ústav duševního zdraví [*Eigendom en middelen van de staat die worden beheerd door het nationaal instituut voor geestelijke gezondheid*]
- Nr. 17/13 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Státní zdravotní ústav [*Eigendom en middelen van de staat die worden beheerd door het nationaal instituut voor gezondheid*]
- Nr. 17/03 – Zdravotnické informační systémy ve správě organizačních složek resortu zdravotnictví [*gezondheidsinformatiesystemen bij de administratie van organisatorische eenheden van het Ministerie van Volksgezondheid*]
- Nr. 16/28 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*Middelen die zijn uitgegeven door geselecteerde ziekenhuizen ter dekking van de kosten van hun activiteiten*]
- Nr. 16/18 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušný hospodařit Státní ústav pro kontrolu léčiv [*Eigendom en middelen van de staat die worden beheerd door het nationaal instituut voor geneesmiddelencontrole*]

Europese Rekenkamer

- o Speciaal verslag nr. 07/2019: EU-maatregelen voor grensoverschrijdende gezondheidszorg: hoge ambities, maar beter beheer nodig (2019)
- o Speciaal verslag nr. 28/2016: De aanpak van ernstige grensoverschrijdende bedreigingen van de gezondheid in de EU: belangrijke stappen gezet, maar er moet meer worden ondernomen (2016)

Acroniemen en afkortingen

Bbp: bruto binnenlands product

COPD: chronische obstructieve longziekte (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

CT: computertomografie

DG SANTE: directoraat-generaal Gezondheid en Voedselveiligheid

EC: Europese Commissie

ECHI: Europese gezondheidsindicatoren (European Core Health Indicators, ECHI)

EFSI: Europees Fonds voor strategische investeringen

EOPYY: Griekse nationale instelling voor gezondheidszorg

ERN: Europees referentienetwerk

ESF+: Europees Sociaal Fonds Plus

ETK: Fins centrum voor pensioenen

HCI: hoge controle-instantie

HSE: bestuur van de diensten voor gezondheidszorg (Health Service Executive —Ierland)

HTA: evaluatie van gezondheidstechnologie (Health Technology Assessment)

ICT: informatie- en communicatietechnologie

ISSAI: internationale controlestandaard

KPI: kernprestatie-indicator

MRI: beeldvorming door middel van magnetische resonantie (Magnetic Resonance Imaging)

MUFACE: Spaanse onderlinge waarborgmaatschappij voor ambtenaren (*Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado General*)

NCPHA: nationaal centrum voor volksgezondheid en analyse (Bulgarije)

NHIF: nationaal ziekenfonds (Bulgarije)

NIK: Poolse hoge controle-instantie (*Najwyższa Izba Kontroli w Polsce*)

OESO: Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling

ÖQMed: Oostenrijkse vereniging voor kwaliteitsborging en kwaliteitsbeheer in de geneeskunde (*Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin*)

PGEU: Farmaceutische Groep van de Europese Unie (Pharmaceutical Group of the European Union)

PHCD: Departement voor eerstelijnsgezondheidszorg (Primary Healthcare Department — Malta)

RKKP: Deens kantoor voor klinische registers

SOME-model: model voor de analyse van de socialezekerheidsuitgaven

SOTE-hervorming: hervorming van het sociale stelsel en de gezondheidszorg

VN: Verenigde Naties

VWEU: Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie

WHO: Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization)

Verklarende woordenlijst

Beveridge-model: een met belastinggeld gefinancierd openbaar verzekeringsstelsel dat gewoonlijk universele dekking biedt en afhankelijk is van ingezetenschap of burgerschap.

Cohesiebeleid van de EU: het beleid dat is gericht op de versterking van de economische en sociale samenhang binnen de Europese Unie door het verschil in ontwikkelingsniveau tussen de regio's in de EU te verkleinen.

Digitale eengemaakte markt: een markt waarin het vrije verkeer van personen, diensten en kapitaal gewaarborgd is en personen en bedrijven op basis van eerlijke concurrentie vlot onlineactiviteiten kunnen uitoefenen en daar toegang toe kunnen krijgen, waarbij zij kunnen rekenen op een hoog niveau van bescherming van consumenten en persoonsgegevens, ongeacht nationaliteit of woonplaats.

Duurzame ontwikkeling: volgens het "Brundlandt-verslag" uit 1987 voor de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties is duurzame ontwikkeling een ontwikkeling die voorziet in de huidige behoeften zonder de mogelijkheid van toekomstige generaties om in hun eigen behoeften te voorzien aan te tasten.

E-gezondheid: alle instrumenten en diensten die gebruikmaken van informatie- en communicatietechnologie om de preventie, de diagnose, de behandeling, de monitoring of het beheer op gezondheidsgebied te verbeteren.

Elektronische recepten: de productie, de verzending en het opslaan van medische recepten per computer.

EU-richtlijn betreffende grensoverschrijdende gezondheidszorg: richtlijn die is gericht op het waarborgen van veilige en hoogwaardige medische zorg over de grenzen binnen de EU heen en op de terugbetaling van zorg in het buitenland onder dezelfde voorwaarden als in eigen land.

Europees Fonds voor strategische investeringen (EFSI): het EFSI is een initiatief dat gezamenlijk is opgezet door de EIB-groep — de Europese Investeringsbank en het Europees Investeringsfonds — en de Europese Commissie om de huidige investeringskloof in de EU te helpen dichten. Het EFSI is een van de drie pijlers van het investeringsplan voor Europa, dat erop gericht is om investeringen in strategische projecten op het hele continent nieuw leven in te blazen om ervoor te zorgen dat geld de reële economie bereikt.

Europees Semester: kader voor de coördinatie van het economisch beleid in de gehele Europese Unie. Het geeft de EU-landen de mogelijkheid hun economische en budgettaire plannen te bespreken en op specifieke tijden gedurende het jaar de voortgang te monitoren.

Europees Sociaal Fonds Plus (ESF +)/structuurfondsen: EU-fondsen bestaande uit het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling (EFRO) en het Europees Sociaal Fonds (ESF). Samen met het Cohesiefonds zijn de activiteiten ervan voor de programmeringsperiode 2007-2013 ter ondersteuning van regionale groei en ter bevordering van de werkgelegenheid goed voor 308 miljard EUR (in prijzen van 2004).

Europese gezondheidsindicatoren (ECHI) een reeks indicatoren om de gezondheidstoestand van de EU-burgers en de prestaties van de gezondheidszorgstelsels te monitoren.

Europese referentienetwerken (ERN's): virtuele netwerken waarbij zorgaanbieders in heel Europa betrokken zijn. Deze zijn erop gericht besprekingen te vergemakkelijken over complexe of zeldzame ziekten en aandoeningen waarvoor een zeer gespecialiseerde behandeling en een bundeling van kennis en middelen nodig zijn.

Evaluatie van gezondheidstechnologie (HTA): een wetenschappelijke benadering om de doeltreffendheid van gezondheidstechnologieën te evalueren.

Gemengd model van ziektekostenverzekering: een ziektekostenverzekeringstelsel dat gebaseerd is op particuliere financiering uit vrijwillige verzekeringsregelingen of eigen bijdragen.

Horizon 2020: financieel instrument voor de tenuitvoerlegging van de Innovatie-unie, een Europa 2020-vlaggenschipinitiatief dat erop gericht is het Europese concurrentievermogen mondiaal veilig te stellen.

Logos: lokale gezondheidsnetwerken (België)

Sociaal ziektekostenverzekeringstelsel (of Bismarck-model): een ziektekostenverzekeringstelsel waarin gezondheidszorg wordt gefinancierd door middel van verplichte socialezekerheidsbijdragen.

Sterfte door behandelbare aandoeningen: overlijden had kunnen worden voorkomen door doeltreffende, tijdige gezondheidszorg.

Te voorkomen sterfte: de dood had kunnen worden voorkomen door volksgezondheid en preventie.

Universele toegang tot gezondheidszorg: beschikbaarheid van gezondheidsdiensten op het juiste moment, de juiste plaats en tegen de juiste prijs.

Volksgesondheid: de wetenschap op het gebied van voorkoming van ziekten, levensverlenging en bevordering van de gezondheid door middel van georganiseerde inspanningen van de samenleving.

Zorginfectie: Een infectie die plaatsvindt tijdens de behandeling van een patiënt door een zorgverlener in de ambulante zorg, in een medisch-sociale instelling of in een instelling voor gezondheidszorg.

Hoe neemt u contact op met de EU?

Kom langs

Er zijn honderden Europe Direct-informatiecentra overal in de Europese Unie. U vindt het adres van het dichtstbijzijnde informatiecentrum op: https://europa.eu/european-union/contact_nl

Bel of mail

Europe Direct is een dienst die uw vragen over de Europese Unie beantwoordt. U kunt met deze dienst contact opnemen door:

- te bellen naar het gratis nummer: 00 800 6 7 8 9 10 11 (bepaalde telecomaandieners kunnen wel kosten in rekening brengen),
- te bellen naar het gewone nummer: +32 22999696, of
- een e-mail te sturen via: https://europa.eu/european-union/contact_nl

Waar vindt u informatie over de EU?

Online

Informatie over de Europese Unie in alle officiële talen van de EU is beschikbaar op de Europa-website op: https://europa.eu/european-union/index_nl

EU-publicaties

U kunt publicaties van de EU downloaden of bestellen op: <https://publications.europa.eu/nl/publications> (sommige zijn gratis, andere niet). Als u meerdere exemplaren van gratis publicaties wenst, neem dan contact op met Europe Direct of uw plaatselijke informatiecentrum (zie https://europa.eu/european-union/contact_nl).

EU-wetgeving en aanverwante documenten

Toegang tot juridische informatie van de EU, waaronder alle EU-wetgeving sinds 1952 in alle officiële talen, krijgt u op EUR-Lex op: <https://eur-lex.europa.eu>

Open data van de EU

Het opendataportaal van de EU (<http://data.europa.eu/euodp/nl>) biedt toegang tot datasets uit de EU. Deze gegevens kunnen gratis worden gedownload en hergebruikt, zowel voor commerciële als voor niet-commerciële doeleinden.

