



# Perspectief door de nationale gezondheidsobjectieven

## DOELEN ALS WEGWIJZERS

Geerd Magiels

Dit is de persoonlijke neerslag van de ronde tafel van Crosstalks in het kader van het in 2018 opgestarte project *Shake the disease*, waarin een open dialoog wordt onderhouden over de toekomst van gezondheid en gezondheidszorg. **Ann Ceuppens**, chirurg van opleiding, directeur van de Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen en voorzitter van de taskforce Gezondheidszorgdoelstellingen, gaf, na een korte inleiding door UZ Brussel CEO **Marc Noppen**, een toelichting bij de maatschappelijke uitdagingen van het bestaande gezondheidszorgsysteem en de ziekteverzekering, en hoe de nationale gezondheidsdoelstellingen het kader scheppen voor de komende meerjarenbegroting.

De Crosstalks gesprekken vinden steeds plaats op inspirerende, soms minder bekende plekken die relevant zijn voor de gezondheidszorg. Deze keer was dat het Health House, een multimediaal centrum waar de bezoekers de toekomst van gezondheid en zorg kunnen ervaren. In diverse verhalen en via tientallen interactieve schermen kan de bezoeker zich een idee vormen van de impact van technologieën op de gezondheidszorg: kunstmatige intelligentie, 3D-printing, draagbare en nanotechnologie, intelligente algoritmes, lerende neuronale netwerken enz. Dat beeld was confronterend en uitdagend. Is dit de gezondheidszorg die we willen (met veel 'koude technologie')? Waar is de autonome, sturende patiënt die het zorgpad mee bepaalt en hoe kan dat proces met de

nieuwste technologische snufjes zo goed mogelijk ondersteund worden?

### **Van rondleiding naar ronde tafel**

De kleine duik in de toekomst van de gezondheid en de gezondheidszorg was een inspirerende opmaat voor een ronde tafel over de gezondheidszorgdoelstellingen, die momenteel gebruikt worden om de weg te wijzen in de hervorming van de Belgische gezondheidszorg.

Gezondheidsdoelstellingen zijn belangrijke punten aan de horizon, cruciaal in een strategisch verhaal dat uiteindelijk zal leiden tot een concrete en breed gedragen transformatie die moet zorgen voor meer gezondheidswinst voor de hele

bevolking. In ons land met haar zeer complexe structuur is deze oefening zo mogelijk nog ingewikkelder, maar niet minder essentieel. Als voorzitter van de desbetreffende taskforce is Ann Ceuppens uitstekend geplaatst om de werkwijze, uitgangspunten en de stand van zaken toe te lichten.

## De toestand van gezondheid & zorg

België scoort goed op vlak van gezondheid van de bevolking, de toegankelijkheid van de zorg en de doelmatigheid van het systeem. Maar dat mag de pijnpunten niet verhullen. Onze levensverwachting is hoog (81,6 jaar) maar de verschillen tussen mensen met een lage of hoge socio-economische status zijn groot. De ongelijkheidskloof is diep. Laagopgeleide vrouwen leven vier jaar minder lang dan hoogopgeleide, het leven van mannen die laag opgeleid zijn is bijna zes jaar korter dan hun hoogopgeleide collega's. Zowat 90% van de Belgen met de hoogste inkomens zeggen in goede gezondheid te verkeren, tegenover 60% in de laagste inkomenscategoriën. De hoge inkomens vinden gemakkelijk hun weg naar de nodige zorg, die goed toegankelijk is, terwijl 7% van de mensen met een klein budget naar eigen zeggen onvervulde medische behoeften heeft. Bij de tandarts worden de verschillen heel scherp: meer dan een kwart van de gezinnen met een lage SES heeft ten minste één kind dat eigenlijk naar de tandarts zou moeten voor gebitsverzorging. België scoort daarmee een schrijnend record in de EU. We scoren beter dan het Europese gemiddelde als het erop aan komt aandoeningen te behandelen (waarmee we sterfte terugdringen) maar presteren slechter in het voorkomen van sterfte.

## Knelpunten

In het rapport van het KCE uit 2019 *Performance of the Belgian health system* zijn de conclusies helder. Er is nog veel ruimte voor verbetering door onder andere overconsumptie tegen te gaan, ongepaste zorg te vermijden en variaties in de praktijk uit te bannen. Preventieve zorg verdient meer aandacht. Het gaat slecht met de geestelijke gezondheid en de ggz vertoont onheilspellende lacunes. De zorg in residentiële voorzieningen is zeer uiteenlopend van kwaliteit. We kampen met een tekort aan medisch personeel. De complexe staatsstructuur vergemakkelijkt de zaken niet.

Corona is bij dat alles een harde leermeester. De pandemie legt sinds bijna twee jaar de vinger op de zwakke plekken in alle maatschappelijke systemen, zeker in de gezondheidszorg. Huisartsen worden overbelast terwijl in ziekenhuizen grote nood is aan meer en betere handen aan het bed. Preventie had de problemen kunnen aanpakken voor ze zo groot

werden, terwijl het gebrek aan (multidisciplinaire) samenwerking zich manifesteert.

Een (Canadese) grafiek van april 2020 toont het klassieke verloop van pandemieën, inclusief een vierde golf die drijft op mentaal afhakende burgers, in casu zorgpersoneel, waarbij ziekte, burn-out en uitgestelde zorg hun tol eisen. Chronisch zieken zijn daarvan nog meer de dupe dan anderen want zij zijn de eersten om de gevolgen te ondervinden van het wegvallen van fysieke consultaties, persoonlijk contact en de langzaam accumulerende gevolgen daarvan.

## Conceptueel kader

Dat alles is de achtergrond waartegen het KCE in 2017 haar conceptuele kader ontwikkelde om de Belgische gezondheids (zorg)doelstellingen te evalueren en te vergelijken met gelijkaardige oefeningen in het buitenland. Dat kader is gebaseerd op vier dimensies: kwaliteit, toegankelijkheid, efficiëntie en duurzaamheid. In de loop van het proces werd er nog een vijfde aan toe gevoegd: billijkheid. Daarbij werd gekeken naar de meetbare resultaten die vooropgesteld worden (uitkomsten op macro-, meso- en microniveau), naar het proces dat daartoe nodig is en de structuur die ervoor moet opgetrokken worden.

De doelstellingen zijn daarbij een instrument om alle betrokken actoren te coördineren, met de patiënt of burger als een cruciale actor, als centrale factor. Dat brede engagement is noodzakelijk voor een stevig draagvlak voor de grondige transformatie van de gezondheidszorg. Alle bestuursniveaus en gezondheidsprofessionals op verschillende niveaus moeten de veranderingen mee dragen. Zonder de uitwisseling en opvolging van gegevens en *evidence-based* onderbouwing is deze oefening onmogelijk. De algemene doelstellingen moeten vertaald worden in (SMART) doelstellingen: specifiek en meetbaar, afgebakend in de tijd en ingebed in een strategische langetermijnvisie die gekoppeld is aan een adequaat budgettraject. Met mooie doelstellingen kom je niet ver als ze niet haalbaar (lees: betaalbaar) zijn.

Deze oefening resulteerde in een aantal aanbevelingen: zorg voor samenwerking tussen federale en regionale overheden, bewaak de 'gezondheid in alle beleid', integreer de voorkeuren van de burgers, begin klein met een beperkt aantal doelstellingen en identificeer duidelijk wie wat kan bijdragen.

## Van beleid naar budget

De doelstellingen worden pas echt concreet als ze vertaald worden in een budgettair traject, dat voorlopig loopt van 2022 tot 2024. Dat budget wordt uitgetekend in de context van het regeerakkoord waarin de transformatie van het gezond-

heidssysteem staat ingeschreven, met expliciete vermelding van een verbeterde toegankelijkheid en de afstemming op de (nieuwe) noden van de patiënt. Het overkoepelende doel is driedelig: het verminderen van de gezondheidskloof, het voorkomen van vermijdbare sterfte en het vermeerderen van de gezonde levensjaren. Daarbij wordt de groeinorm verhoogd tot 2,5% en zal “deze groeinorm niet enkel dienen ter financiering van het volume-effect in de vraag, maar ook nieuwe zorginitiatieven moeten mogelijk maken die mee ten dienste staan van het realiseren van de vooropgestelde gezondheidszorgdoelstellingen en het verlagen van de patiëntenfactuur...”.

Het gaat met nadruk om gezondheidszorgdoelstellingen omdat het operationele doelstellingen zijn binnen het domein van de ziekteverzekering. Ze kaderen binnen een coherent gezondheidsbeleid gericht op een vijfvoudig doel:

- Verbeter de ervaring van patiënten en mantelzorgers op het niveau van **kwaliteit van zorg**.
- Gebruik de beschikbare middelen **efficiënter** om de duurzaamheid van het financieringssysteem voor de gezondheidszorg te garanderen.
- Streef **kansengelijkheid** na en verminder **ongelijkheden** op gezondheidsgebied.
- Verbeter de **arbeidstevredenheid (welzijn)** van zorgverleners.
- Verbeter de **gezondheidstoestand van de bevolking** en in het bijzonder van chronisch zieken.

## Werkwijze

Dit plan wordt uitgewerkt in vier ‘werkgroepen’. De taskforce ‘gezondheidszorgdoelstellingen’ stelt de prioritaire doelstellingen vast voor de periode ‘22-’24 en inventariseert de initiatieven om die te realiseren. Die voorstellen werden ingediend door akkoord- en overeenkomstcommissies, de academische wereld, onderzoeksinstituten, bedrijven en patiënten, en geëvalueerd met behulp van een evaluatie-instrument..

De taskforce ‘appropriate care’ lijst de prioritaire initiatieven voor gepaste zorg op met het oog op hun financiering.

De taskforce ‘meerjarenkader’ tekent het systeem uit waarmee die initiatieven kunnen worden bekostigd.

Deze werkgroepen worden ondersteund door een wetenschappelijk comité.

Het was de eerste keer dat dit proces werd doorlopen en het bleek heel veeleisend te zijn door de ruime bevraging binnen een participatief model. De eerste resultaten zijn alvast de identificatie van de prioritaire domeinen:

- de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, op alle terreinen, zowel financieel, temporeel, geografisch, cultureel, administratief als informatief.
- geïndividualiseerde preventieve zorg
- gestructureerde, patiëntgerichte zorg, geïntegreerd in zorgtrajecten
- de geestelijke gezondheid

Voor het eerst werd daarop een transversale budgetlijn uitgetekend binnen de 124 miljoen euro die voorzien is.

Bij de voorstellen van die begroting horen enkele hefbomen, essentiële hulpmiddelen om dit alles te kunnen waarmaken:

- De digitalisering van de gezondheidszorg: het geïntegreerde, elektronisch en interprofessioneel patiëntendossier is een absolute noodzaak voor efficiënte en veilige zorg.
- De financieringsmodellen moeten aangepast worden zodat meer ingezet wordt op preventie, patiëntenemancipatie, meer gepaste zorg, relevante multidisciplinariteit en samenwerking.
- De betaalbaarheid van de zorg zal pas verbeteren dankzij tariefzekerheid en een verhoogde conventioneringsgraad.

## Wordt vervolgd

Het eindrapport moet tegen eind december 2021 afgeleverd worden. Dat zal geen eindpunt zijn, wel een basis om op verder te gaan. De methodologie op middel(lange) termijn met een conceptueel kader met zijn vijfvoudige doelen moet verder uitgewerkt worden, terwijl een robuust bestuursmodel zal worden uitgetekend. Dat is nodig omdat een coherent beleid op basis van de gezondheidszorgdoelstellingen moet rekening houden met de vele uitdagingen waarmee het gezondheidssysteem geconfronteerd wordt. De oefening is dus nog lang niet af, maar de eerste stappen zijn gezet.

## Vragen en Antwoorden

In het lopende participatieve proces wordt de stem van de patiënten gehoord. Door het RIZIV werd in 2014 al aangegeven dat er een grote zorgvraag is bij **gemarginaliseerde groepen** zoals gedetineerden, daklozen, sekswerkers of mensen zonder papieren. In het tussentijds rapport zijn deze groepen niet vertegenwoordigd bij de actoren die initiatieven hebben ingezonden. Bestaat het risico dat deze stemmen niet gehoord worden en dat deze mensen daardoor uit de boot zouden kunnen vallen?

Deze groepen zijn inderdaad niet rechtstreeks vertegenwoordigd maar hun noden zijn gekend en er is expliciet aandacht

voor, zeker ook omdat het verhogen van de toegankelijkheid en het verkleinen van de ongelijkheid tot de kerndoelen van de transformatie behoren. In deze beginfase zijn het vooral de bekende actoren zichtbaar, maar ook de andere staan op de kaart.

Vanuit het Patient Expert Center komt een pleidooi voor een dashboard per ziekte, gemaakt vanuit het perspectief van de patiënt. Als we van de 41 miljard euro aan gezondheidszorg in België 1% zouden spenderen aan het verzamelen van data en die verwerken in een dashboard komt dat neer op een relatief klein bedrag van 410 miljoen. Verstandige bedrijven spenderen een gelijkaardig budget aan het vergaren van data om beter, rationeler en effectiever te kunnen werken. Waarom zou ons gezondheidssysteem dat ook niet doen?

**Dashboards per ziekte** voorkomen dat de algemene gezondheidsdoelstellingen gebaseerd worden op foute informatie. We scoren in België bijvoorbeeld heel goed in de vijfjaars-overleving bij darmkanker. Als dat de enige maatstaf is lijkt het alsof we heel goed bezig zijn. Maar als je kijkt naar de hele cyclus die de patiënt doorloopt van detectie, diagnose, therapie tot remissie of herval blijkt iets anders. Bij de vroege diagnose halen we slechts de helft van wat Nederland behaalt. We doen fantastisch maar heel duur werk aan de behandeling van (laat) ontdekte darmkankers (nadat de patiënten zelf met klachten komen) maar zonder de juiste cijfers zien we niet dat het veel goedkoper en efficiënter ware geweest deze mensen in een vroeg stadium te detecteren en behandelen. Er zijn nog meer relevante data die in een dashboard passen: de grote verschillen in slaagkansen tussen verschillende ziekenhuizen of het feit dat de helft van de kankerpatiënten ondervoed is (waardoor hun genezings- of overlevingskansen dalen). In het licht van dat soort gegevens is het bestaande kankerplan veel te algemeen en vaag. Een bottom-up benadering, vanuit de concrete praktijk en levens van de patiënten, is nodig om te kunnen zien waar de grootste gezondheidswinsten kunnen behaald worden, zowel voor de levenskwaliteit van de mensen als voor de gezondheid van het budget. Daarom zouden patiëntenverenigingen actief mee aan de kar moeten kunnen trekken van deze gezondheidsdoelen.

Meer en beter gebruik van data zit in het plan van aanpak van de gezondheidszorgdoelstellingen, waarin die data absoluut noodzakelijk zijn. Deze doelstellingen moeten inderdaad op de verschillende niveaus ingevuld worden. Ziektespecifieke dashboards zullen in een volgende stap gestalte krijgen. Preventie is een fundamenteel uitgangspunt en daarom moet

het patiëntenperspectief daar een plaats vinden.

Deze oefening is federaal. Idealiter zouden we tot een overkoepelende aanpak komen waarin **regionale en federale niveaus** elkaar tegenkomen en er op dezelfde manier gewerkt wordt.

Zou het beter zijn om bij het begin te bepalen hoeveel middelen we in totaal hebben en waar we ze optimaal kunnen investeren? In plaats van op het federale niveau te beginnen (het grootste stuk ligt dan bij het RIZIV) waarna de rest overgelaten wordt aan de overige niveaus. We zitten nu eenmaal met de bestaande staatsstructuur waaraan niets te veranderen valt. Zei onlangs niet een minister dat de zesde staatsherforming catastrofaal is geweest voor de gezondheidszorg?

**Preventie** wordt als belangrijk geoordeeld. Komen er aanmoedigingen om mensen gezond te houden? Welzijn overstijgt de verschillende bevoegdheden en zit zowel in primaire preventie, in de eerste, tweede en derde lijn. Het eerste is vooral regionaal, terwijl het laatste vooral bij het RIZIV zit. Het op één lijn brengen van wat dit federale rapport voorstelt en wat de deelstaten doen (Vlaanderen heeft al zijn doelstellingen op gebied van welzijn) moet een taak van de toekomst worden. Waarbij een bezorgdheid bestaat dat preventie voor iedereen beschikbaar zou moeten zijn en niet alleen voor de mensen die er het geld voor hebben.

Er wordt gewezen op de begrijpelijke strategie om kleine stappen te zetten, op maat van wat haalbaar is. Te veel en te snel zou inderdaad (te veel) weerstand kunnen oproepen. maar hoe weten we of die **kleine stappen** ook daadwerkelijk in de juiste, langetermijnrichting gaan?

We zitten nu in de eerste fase van een evolutief proces. Bovendien in een overlegmodel wat het complex maakt. Dit is slechts een begin en de methodologie moet dat ook aangeven. Bij deze eerste stappen lijkt alles misschien nog erg op het oude (en dus meer van hetzelfde), maar de visie reikt verder dan de eerstvolgende vijf jaar, jaren die we nodig zullen hebben om ten gronde zaken te doen veranderen.

Er is een spanningsveld tussen de strategie en de realiteit. Een concreet voorbeeld is obesitas bij kinderen, een van de opgelijste probleemgebieden. Het is een gebied waarin op lange termijn veel winst kan geboekt worden. Zijn er al **concrete voorstellen** hoe dat aan te pakken?

Voorlopig zijn er transversale budgetten voor aangewezen, met daarin diverse initiatieven en het wordt het onderwerp

van de nog verder uit te werken methodologie om te bepalen hoe we dit in de realiteit zullen oppakken. Dat zal in het eindrapport, dat tegen het einde van het jaar moet af zijn, uitgewerkt worden.

**Data** zijn onmiskenbaar erg belangrijk. De digitalisering is een van de essentiële hefboomen om deze transitie mogelijk te maken. Is er enig zicht op wanneer het delen van het elektronisch patiëntendossier realiteit zou kunnen worden? En wat met de nieuwe Health Data autoriteit?

In het kader van de begroting 2022 is er een budget (gedeeltelijk Europees, gedeeltelijk federaal) voorzien om van het elektronisch globaal medisch dossier werk te maken. Het krijgt in het geheel van het budget veel nadruk omdat het een essentiële voorwaarde is om 'passende zorg' mogelijk te maken. Hoe belangrijk dat is wordt onderstreept door een klein maar treffend voorbeeld: er is geen doorstroming van gegevens tussen de apotheek van het ziekenhuis en de stadsapotheek. Dat laat zien hoe de zorg niet geïntegreerd is en hoe er kansen blijven liggen die gezondheid noch budget ten goede komen. De hoop wordt uitgesproken dat deze flessenhals voor de hervormingen binnen vijf jaar zou kunnen worden opgelost.

Niettemin moet worden opgelet dat de digitalisering geen doel op zich wordt. Het moet een middel zijn om de doelstellingen waar te maken. Het GMD moet beantwoorden aan de doelstellingen en geen financieringsmiddel op zich worden. Het moet, met andere woorden, bijdragen aan een beter, kwaliteitsvoller leven voor de patiënt.

Dat gezegd zijnde werd opgemerkt dat de kwestie van eHealth, GMD en aanverwante al jaren wordt aangekaart, ook tijdens eerdere Crosstalks gesprekken, en dat er maar geen schot in de zaak komt. Waar blijft dit dossier altijd maar op vastzitten?

Er is inderdaad weerstand vanuit de zorgverstrekkers, uit bezorgdheid dat er misbruik van zou kunnen gemaakt worden: "Wat gaan 'ze' er mee doen?" Het maakt deel uit van deze doelstellingsoefening om rekening te houden met die bezorgdheden en ze om te zetten in een constructieve samenwerking.

Er zijn intussen voorbeelden uit het buitenland waar datadeling wel degelijk en met goed gevolg werkt. In Zwitserland of Israël bijvoorbeeld worden elektronische gezondheidsdata gedeeld met en door patiëntenverenigingen. (Patiënten hebben die zelf op hun smartphone en kunnen die delen met wie zij willen.) De aggregatie van deze gegevens laat toe veel te leren over individuele of geografische verschillen en beste

praktijken. Zo verzamelt men *real world evidence* die dicht staat bij de wereld van de patiënt.

Het is belangrijk dat de zorg gaat inzien dat digitale gegevensuitwisseling een win-win creëert. Het wordt nu nog te veel als een controlesysteem gezien. Onderzoek laat zien dat het overgrote deel van de patiënten bereid zijn hun gegevens te delen als dat de hele patiëntengemeenschap ten goede komt. De angst bestaat dat data-uitwisseling en transparantie zullen leiden tot machts- of statusverlies. Ervaringen, uit onder andere Toscane (waar de gegevens van alle ziekenhuizen aan elkaar gekoppeld werden), leiden tot meer waardering van en verbetering van de zorg. Want het is geen methode om schuldigen aan te wijzen maar om beste praktijken te identificeren en die verder te verspreiden. We zullen hier een sensibiliseringscampagne nodig hebben.

De invoer en verwerking van medische gegevens zal ook een integraal onderdeel moeten worden van de opleiding. Data moeten om te beginnen kwalitatief hoogstaand zijn terwijl de registratie ervan een vanzelfsprekend onderdeel moet worden van de goede praktijk. Als de registratie (zoals in Nederland enkele jaren gelden verplicht werd) gebruikt wordt in het kader van financiering of verloning gaan de hakken begrijpelijkerwijs in het zand. In dat opzicht is het wijs om te kijken naar wat er in andere landen gedaan werd op dit vlak en wat daar valkuilen of struikelstenen waren.

## Werk aan de winkel

Digitalisering, financiering, nomenclatuur, organisatie en organisatieniveaus vormen de complexe context waarbinnen de plannen voor een betere gezondheidszorg zich moeten ontplooiën. Het is niet eenvoudig om in een complex systeem veranderingen aan te brengen. Terwijl het daarbij draait om de (kwetsbare) mens die op zichzelf zo mogelijk een nog complexer systeem is.

De gezondheidszorg van de toekomst is een van de grote maatschappelijke werven van de komende decennia. Het zal ongetwijfeld onderwerp van gesprek blijven tijdens volgende Crosstalks workshops. Cruciale thema's zoals eHealth, ongelijkheid of geldstromen zullen de oriëntatiepunten blijven in een debat met brede maatschappelijke impact. Concrete voorbeelden van beproefde praktijken, meer nog dan theoretische bespiegelingen, moeten ons daarbij bij de les houden omdat ze tot de verbeelding spreken, herkenbaar zijn en blijven doorwerken. Ook omdat ze de mensen om wie het draait, de zorgvrager en de zorgverlener, centraal stellen.