

De nood aan hervorming van de Belgische gezondheidszorg

Working paper – Rob De Staelen en John Crombez

Abstract

De Belgische gezondheidszorgen halen een hoog niveau. Desalniettemin is het op dit moment cruciaal de performantie ervan te verhogen. We stellen vast dat er aanzienlijke marge voor verbetering is, die bovendien op middellange termijn ook budgettair noodzakelijk wordt. Een aantal essentiële voorwaarden zullen op korte termijn moeten vervuld worden in functie van de patiënt, het personeel en de voorzieningen. Het betreft in eerste instantie de bundeling van de data, het herzien van de ziekenhuisnetwerken en de financiële incentives vervat in het systeem. Het verbeteren van de performantie in de komende jaren zou een budgettair voordeel van ongeveer 3 miljard euro kunnen opleveren.

1 Inleiding

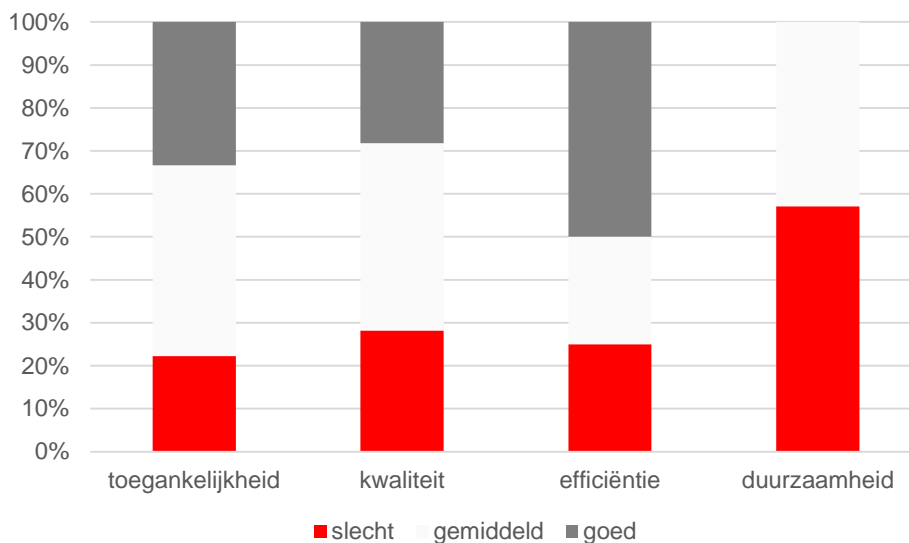
Het Belgische gezondheidssysteem draait op middelen ten belope van 10% van het Bruto Binnenlands Product (BBP). Gezien het systeem degelijk is, betreffen de uitdagingen voor de toekomst dan ook de houdbaarheid, duurzaamheid, doelmatigheid, kwaliteit en prijs voor de patiënt. Want tegelijk is onze output – hoewel nooit slecht – zelden state-of-the-art. Een uitdaging voor de toekomst omvat de zeer grote verwachte stijging van de nodige middelen. Een stijging van 2,1% BBP extra middelen staat in de komende 20 jaar in het verschiet, wat neerkomt op een stijging van meer dan 20% van het huidige budget [SCvV, juli 2020]. De vraag is of het systeem zich tegen die achtergrond voldoende snel en drastisch kan hervormen om de nodige doelmatigheid en kwaliteit aan de dag te leggen. Belangrijk hierbij is de zeer grote structurele stijging van de uitgavencomponent in de long term care (in hoofdzaak residentiële zorg). Daarnaast is echter de ongelijkheid in onze zorg toegenomen. Op dat vlak zakte België in de laatste jaren onder het Europese gemiddelde. Ook die factor moet binnen de hervormingen een belangrijke plaats krijgen.

Deze paper biedt een analyse van de stand van de performantie van onze gezondheidszorgen. Op die manier kan worden ingezoomd op de factoren die aan verbetering toe zijn. We schatten ook de curve in ter indicatie van de mogelijke budgettaire en maatschappelijke winst bij hervormingen, en bij het zetten van hogere kwaliteits- en doelmatigheidsstandaarden. Daarnaast geven we ook een aantal indicaties van de factoren in het huidige landschap die de verhoging van de doelmatigheid en kwaliteit bemoeilijken wanneer geen hervormingen zouden plaats vinden.

2 Performantie van de Belgische gezondheidszorgen

Als basis voor het profiel van de performantie van het Belgische gezondheidssysteem wordt gebruik gemaakt van het KCE rapport van 2019. Interessant aan dit rapport is dat het een doorsnee geeft van de werking van het systeem net voor de pandemie. Eén van de doelstellingen van het rapport is het voorstellen van een beheersbaar aantal indicatoren die toelaten alle domeinen en dimensies van het Belgische gezondheidssysteem te meten. Een totaal van 121 indicatoren worden in het rapport besproken, ingedeeld in verschillende domeinen. De hoofdgroepen betreffen toegankelijkheid, kwaliteit, efficiëntie en duurzaamheid, met transversaal eveneens de meting van billijkheid. De hoofdgroep kwaliteit wordt onderverdeeld in doeltreffendheid, gepastheid, veiligheid, continuïteit en patiëntgerichtheid. Onderstaande grafiek, Figuur 1, toont de prestatiemeting van alle indicatoren

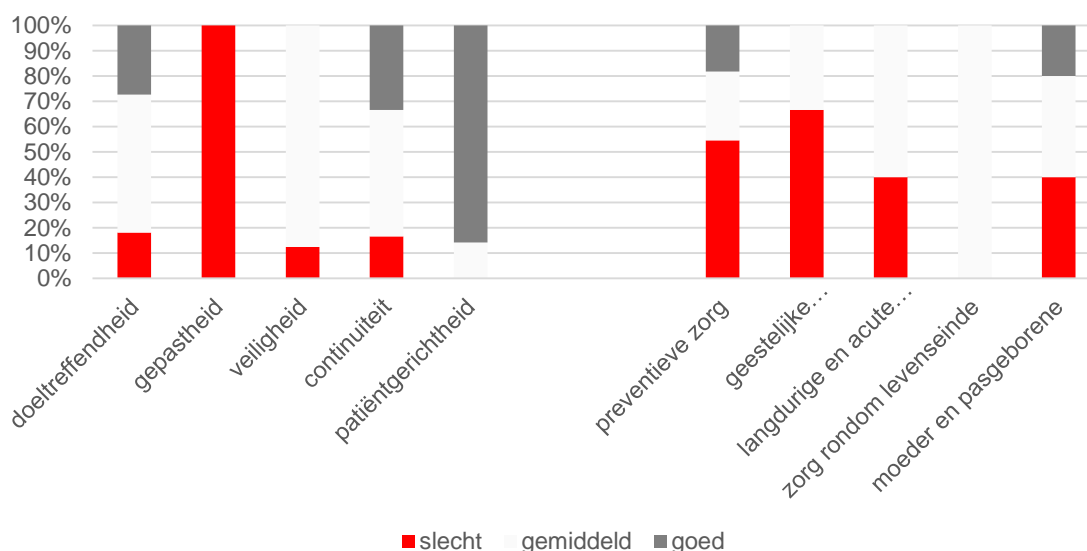
samen volgens de hoofdgroepen. In totaliteit scoorden 35% van de indicatoren slecht, en 20% van de indicatoren goed. De meest opvallende vaststelling is dat 50% van de indicatoren op efficiëntie goed scoren, en bijna 60% van de indicatoren op duurzaamheid slecht.



Figuur 1. Het aandeel van de goede, gemiddelde en slechte performantiescores van de hoofddimensies in het Belgische gezondheidssysteem

Deze meting omvat zeer veel individuele domeinen, wat beleidsmatig niet evident is, gezien zo geen aanzet tot beleidshervorming kan worden gegeven. Net als de data over het Belgisch gezondheidssysteem geven deze zeer degelijke rapporten een zeer versnipperd beeld zonder leidraad. Er wordt blind gevaren, waaruit vaak ex post afgeleid wordt dat de nuttige ingrepen vanzelfsprekend zijn, maar niet gebeuren. De aanhef van de conclusie in het rapport vermeldt dan ook dat voorzichtigheid is geboden bij het trekken van conclusies. Daarom zoomen we eerst kort verder in op de gerapporteerde deeldomeinen, en geven we een korte weergave van de analyses in het KCE rapport die nodige verbeteringen signaleren.

Figuur 2 toont dezelfde meting als de algemene, maar dan voor de deeldomeinen in de hoofdgroep kwaliteit en in de specifieke domeinen. Voor de specifieke domeinen werd gekeken naar de preventieve zorg, de nieuwgeborenen, de mentale gezondheid, de ouderenzorg en het levenseinde. Dezelfde figuur vertoont nog wat uitgesprokener vaststellingen. De meest opvallende is dat voor de gepastheid van de zorg alle indicatoren op slecht staan, wat ook geldt voor twee derden van de indicatoren voor mentale gezondheid. Voor patiëntgerichtheid zien we meer dan 80% van de indicatoren op goed staan. Op de andere meetdomeinen worden weinig indicatoren als goed geëvalueerd.



Figuur 2. Het aandeel van de goede, gemiddelde en slechte performantiescores van de deeldomeinen in de hoofdgroep kwaliteit (links) en de specifieke domeinen (rechts)

Wat de opvallende negatieve score van gepastheid betreft, gaat het om zeven indicatoren die a) de patiënten in chronische zorg in de eerste lijn screenen (diabetes), b) het voorschrijfgedrag in de eerste lijn volgen (antibiotica), c) de ongepaste medische beeldvorming weergeven, en d) de overscreening van kanker indiceren. Het opvallende van deze vaststelling is dat het elementen zijn die in de voorbije decennia uitgebreid in de literatuur werden weergegeven als zijnde problematisch, en in een performantiemeting in 2019 dat nog steeds zijn.

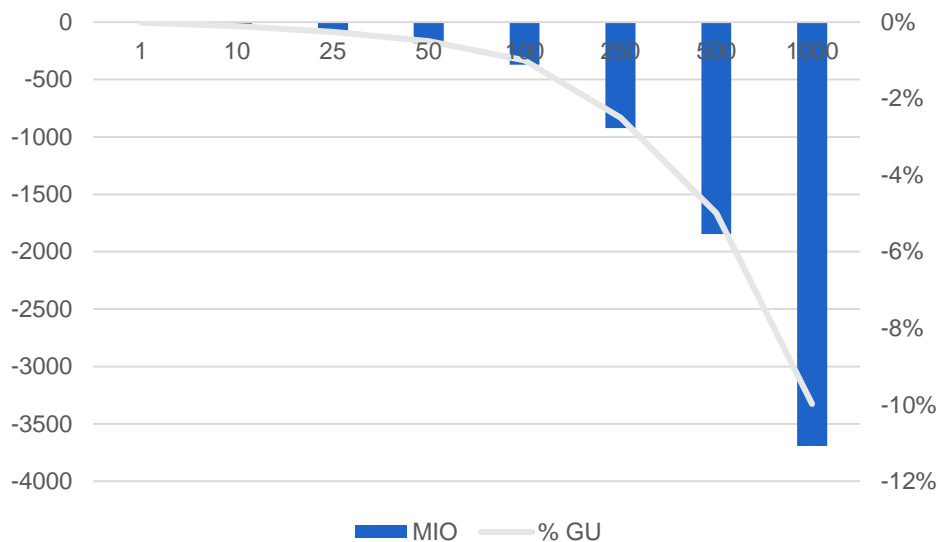
Veel van de geanalyseerde vaststellingen van het rapport halen dat ook aan, maar daarnaast wensen we nog te wijzen op een aantal andere vermeldingen. Wat de efficiëntie betreft, wordt gewezen op de grote geografische verschillen in interventies en kosten, het overgebruik van onderzoeken en apparatuur, en de ongepaste behandelingen in heel wat zorgdomeinen. Daarnaast wordt gewezen op de toenemende toegankelijkheidsproblemen. Meer bepaald is er stijgende ongelijkheid op domeinen als kankerscreening, tandzorg, gebruik van antibiotica en antidepressiva, en te lage prenatale consultaties.

Dit alles samen geeft een beeld van een goed systeem dat zijn positief omschreven, maar al te lang bestaande, marges voor verbetering heeft. Vooraleer we een aantal aspecten die belangrijk zijn voor beleidshervorming aanhalen, geven we een beeld van de mogelijke budgettaire en maatschappelijke winst die deze verbeteringen met zich mee zouden brengen.

3 De geschatte marge van verbetering

Beleidsmatig is het van belang te kunnen inschatten wat het verbeteren van de efficiëntie kan inhouden in budgettaire termen. Door de moeilijke inschatting is dit echter zelden voorhanden. Onderstaande grafiek weerspiegelt een schatting van de marge voor verbetering. Op basis van veertien parameters, voornamelijk omtrent preventieve materie, eerste, tweede en derde lijn, nemen we de Belgische incidentie ten opzichte van de best case in de landen opgenomen in de Health at a Glance analyse van de OESO. Dit betekent dat de mogelijke parameters waarop het beleid verbeteringen kan aanbrengen, ruimer zijn. In annex wordt een overzicht gegeven van deze parameters, met enerzijds hun Belgische score en anderzijds de score per parameter van het beste land in de OESO analyse. Figuur 4 toont lineair wat de gevolgen zouden zijn mocht België evolueren naar de best case van die landen. Telkens wordt de marge op de betrokken populatie berekend

en vertaald in euro's. Indien elke case van verbetering budgettair netto 25 euro zou opleveren, dan zou dit een besparing van 92,3 miljoen euro met zich meebrengen, of 0,25% op het bestaande budget van de gezondheidszorgen. Wanneer dit stijgt tot 1.000 euro per case, zorgt dit voor een besparing van bijna 3,7 miljard euro of bijna 10% van het huidige gezondheidsbudget. Teneinde dit tastbaar te maken, geven we een voorbeeld van een indicator. Het totale aantal aangewende medische beeldvorming (PET, MRI, CT) per 1.000 inwoners bedraagt in België 307, terwijl het laagste cijfer in de OESO op 38 komt. Andere indicatoren betreffen obesitas, roken, het eten van groenten en fruit bij kinderen, enz.



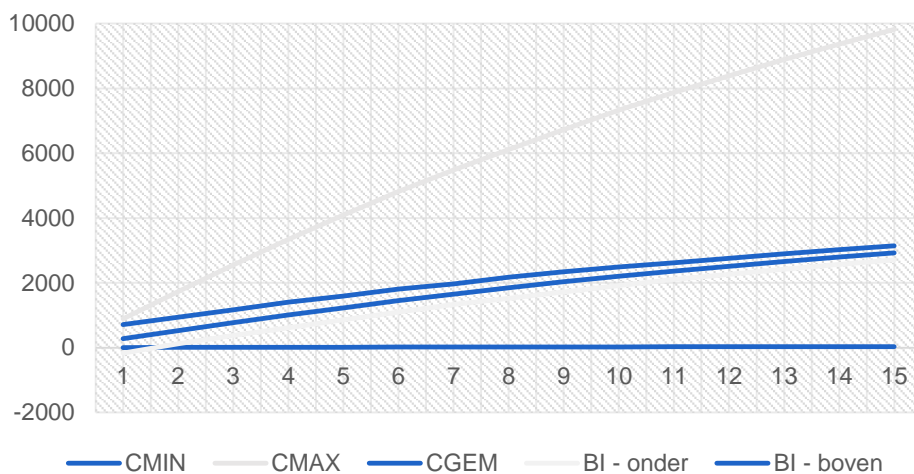
Figuur 3. Schatting van de budgettaire impact indien België toewerkt naar de best case van de OESO landen

Bovenstaande berekening toont aan wat de budgettaire gevolgen kunnen zijn van een hervormd, beter werkend systeem. Het spreekt voor zich dat dit een voorzichtige raming is, die louter een beeld geeft. Het is echter wel zo dat 1.000 euro per case verbetering zelfs niet het maximum haalbare is in een periode waar binnen de populatie meer chronische ziektes en multimorbiditeit wordt geschat. De COVID-19 crisis bewees dat dit gegeven zelfs prominenter aanwezig is; er bestaat echter geen geschikte winstcurve om de voordelen per case te meten. In die zin is de 1.000 euro als maximum winst per case – zeker op de lange termijn – een voorzichtige maatstaf.

Meer specifiek is het nuttig te kijken naar wat de trajecten van verbetering in de breedte kunnen opleveren. Als basis voor de simulatie wordt vertrokken vanuit hetzelfde principe, namelijk de vergelijking van de parameters binnen de OESO landen uit het rapport van Health at a Glance (2020). We simuleren over een periode van 15 jaar waar random verbeteringen haalbaar zijn (in budgettaire termen) binnen de intervallen van de gemiddelde OESO prestatie en de best case. Dit geeft een veel realistischer beeld weer van de mogelijke budgettaire gevolgen van een hervormd beter werkend systeem.

In tegenstelling tot de eerste lineaire schatting, wordt van de veertien parameters het verhogen van het budget voor preventie niet opgenomen. In dit model wordt verondersteld dat het verhogen van het globaal preventiebudget neutraal is. Voor de andere dertien wordt gesimuleerd wat gedurende vijftien jaar de mogelijke verbetering van de cases (in grootteorde zowel als in bedrag) zou betekenen. In deze simulaties worden per parameter 100 verschillende scenario's gedraaid, waar de verbetering van het beleid in de vijftien jaar verschillend is, en het bedrag van een verbetering tussen 0 en 1.000 euro bedraagt. De netto winst wordt gerandomiseerd, ervan uitgaand dat beleidsverbeteringen vaak beleidsinvesteringen vereisen. In het model wordt de impact van het beleid verminderd indien er verbetering optreedt, wat zich in Figuur 4 reflecteert in de verminderende standaardafwijkingen. In het totaal worden zo 1.300 runs bekomen, wat tot stabiele resultaten leidt. Figuur 4 geeft het scenario weer met zowel de minimumwinst voor de gezondheidsbegroting als de

maximumwinst, met daarnaast de gemiddelde winst, en het 95% betrouwbaarheidsinterval daarrond. Het minimale scenario vertoont nauwelijks winst; concreet geeft dit cumulatief over de vijftien jaar heen een vermindering van 34,6 miljoen euro van het gezondheidsbudget. De winst in het maximumscenario bedraagt cumulatief 9,65 miljard euro. De gemiddelde gesimuleerde winst bedraagt 2,9 miljard euro, en binnen het betrouwbaarheidsinterval [2,686 – 3,121] miljard euro.



Figuur 4. De gesimuleerde opbrengst voor de gezondheidszorgen, in mio euro

Indien voldoende beleidsmaatregelen zouden genomen worden om de globale gezondheidstoestand te verbeteren, en incidenties op chroniciteit en multimorbiditeit te verminderen, dan verbetert de schatting van de toekomstige uitgaven ten opzichte van het scenario van de studietoelcommissie voor de vergrijzing (SCvV2020). Dit wordt weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1. De aanpassing van de geschatte uitgaven gezondheidszorgen in de simulatie ten opzichte van het basisscenario van de SCvV2020

%BBP	2019	2025	2040
SCvV	7,90%	8,80%	10,00%
Cumulatief gemiddeld			9,55%
Cumulatief maximum			8,55%

4 Voorwaarden voor hervorming

Eerder toonden we een overzicht van de prestatie van het Belgisch gezondheidssysteem, en gaven we illustratief een raming van de mogelijke impact van hervormingen op het budget. De eerder geformuleerde uitdagingen zijn drievoudig: 1) het te verwachten sterk oplopen van het budget in de periode 2025-2040, 2) de toenemende druk op de long term care, chroniciteit en multimorbiditeit, en 3) de toegenomen ongelijkheid in de gezondheidszorgen in België (zoals eveneens bleek uit de prestatiemeting).

De mogelijke hervormingen zijn talrijk, beschreven in de literatuur, en door de betrokken organisaties geformuleerd. Een paar punten lijken ons echter op korte termijn essentieel voor het welslagen van deze complexe opdracht teneinde een goed systeem werkbaar te houden en te verbeteren.

4.1 Databanken

De voorhanden zijnde data in België volstaan voor een efficiënte architectuur, meting en opvolging van een hervorming. Tot op vandaag maakt de versnippering het echter onmogelijk de impact van de hervorming te

kwantificeren en de feitelijke impact van de hervorming te meten. Het samenbrengen van de databanken en databeheer staat vermeld in het lopende regeerakkoord en zou bij realisatie op het goede moment komen. Daarzonder kan geen optimale hervorming verwacht worden.

4.2 Het herzien van de ziekenhuisnetwerken

Met de huidige kaart van de ziekenhuisnetwerken, met zeven regionale overlappingsen met het huidige landschap, heeft het transparant en efficiënt beheer van het gezondheidssysteem geen zin. Een echte transparante performantiemeting heeft maar ten volle zin wanneer er niet-overlappende regio's worden ontwikkeld met een meetbare populatie. De rol en de financiering van de universitaire ziekenhuizen, die best in elk netwerk vertegenwoordigd zijn, spelen daarin een grote rol.

4.3 Het herbepalen van de incentives binnen het systeem

Op het totaal van 30 miljard euro aan geneeskundige uitgaven (opmaak begroting 2019, parallel met de performantiemeting) wordt op heden twee derden uitbetaald aan drie elementen: in volgorde van grootte zijn dat de honoraria, de directe financiering van de ziekenhuizen, en de Pharma. Een bekend maar in de tussentijd gegroeid probleem is dat van de onbillijke incentives. Je kan efficiëntie of duurzaamheid of kwaliteit van het systeem vooropstellen, maar dat is niet wat de huidige regels voor deze drie hoofdposten in zich dragen. Een dringende hervorming van de structuur van de honoraria, de ziekenhuisfinanciering en het geneesmiddelenbudget dringt zich hierin op.

4.4 Een veelvoud van factoren

Het spreekt voor zich dat de drie bovenstaande elementen maar een paar van de vele elementen zijn die de hervormingen kunnen en misschien zouden moeten bevatten. We zijn er echter van overtuigd dat zonder deze drie elementen elke hervorming onvoldoende zal zijn. Sterker nog, met deze drie elementen en het opentrekken van het preventieve luik, lijkt een geïntegreerde zorg in België te kunnen slagen zonder substantiële budgetstijging. Het gaat zeker op te geloven dat een investering in de gezondheidszorgen op de langere termijn de verwachte uitgaven zal doen dalen.

5 Conclusie

België kent een goed en degelijk systeem van gezondheidszorg, wat duidelijk tot uiting kwam tijdens een grote gezondheids crisis zoals de COVID pandemie. Toch stellen we vast dat op het vlak van performantie nog heel wat domeinen voor verbetering vatbaar zijn. Dat vergt een grondige maar snelle discussie; indien we de komende jaren niet tot de nodige aanpassingen van het systeem komen, zullen de uitgaven voor zorg in de komende 15 jaar met 20% toenemen. Zonder de nodige ingrepen komen we zo op een structureel hoger niveau van uitgaven terecht. Op basis van een simulatie van de mogelijke scenario's op 14 indicatoren, schatten we dat op termijn een economisch structureel voordeel kan worden behaald van 2,9 miljard euro op de verwachte uitgaven, en dit zonder kwaliteitsverlies. Dat resultaat toont aan dat toenemende zorgnoden ook kwalitatief kunnen worden vervuld met een beperkte verwachte toename van de uitgaven.

Annex

De parameters uit de performantierapporten die worden gehanteerd in de simulatie. De cijfers zijn deze van de OESO uit het Health at a Glance Europe rapport.

Parameter	Waarde België	Best case
<i>15 yo, % zonder dagelijkse groenten en fruit consumptie</i>	35	28
<i>15 yo, % dagelijkse consumptie gesuikerde soft drinks</i>	30	5
<i>15 yo, % obesitas</i>	18	11,5
<i>Obesitas, % volwassenen, vaststelling</i>	21	16
<i>15 yo, % rokers</i>	12	10
<i>11 yo, % dat de aanbevolen activiteit heeft</i>	18	38
<i>Volwassenen, % dagelijkse rokers</i>	15	10
<i>15 yo, % dagelijkse drinkers</i>	20	8
<i>Volwassenen, liters alcoholconsumptie</i>	9,4	6,1
<i>% 15-34 yo, cocaïnegebruik</i>	2,9	0,1
<i>% 15-34 yo, cannabisgebruik</i>	13,6	1,8
<i>% preventieve uitgaven in totale uitgaven</i>	1,5	3,8
<i>CT, MRI, PET per 1000 inwoners</i>	307	38
<i>Niet ingevulde zorgnoden, laag inkomen</i>	6	0,2

Bronnen

HOGE RAAD VAN FINANCIËN Studiecommissie voor de vergrijzing JAARLIJKS VERSLAG Juli 2020

DE PERFORMANTIE VAN HET BELGISCHE GEZONDHEIDSSYSTEEM – RAPPORT 2019, KCE, RIZIV, FOD volksgezondheid, Sciensano

Health at a Glance: Europe 2020 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE, OECD