

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

BRUSSEL, 13 februari 2014

DIRECTORAAT-GENERAAL GEZONDHEIDSZORG

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

Ref. : NRZV/D/443-5 (*)

Advies m.b.t. de centralisatie van zorg in oncologie

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

De Secretaris
C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 15 mei 2014

Op 16 mei 2013 vroeg de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een advies aan de NRZV met betrekking tot de centralisatie van de zorg in de oncologie in de Belgische ziekenhuizen.

De minister motiveert haar adviesvraag door te verwijzen naar een studie van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) inzake slokdarm- en maagkanker en het verband tussen aantal geopereerde patiënten per ziekenhuis en een (lagere) postoperatieve sterft en een (hogere) vijfjaarsoverleving.

De minister vraagt “een advies over de opportuniteit van centralisatie van de zorg in oncologie, voor oncologische pathologieën waarvoor een complexe of hoog-gespecialiseerde behandeling nodig is”. De adviesvraag refereert naar de zorgprogramma’s voor oncologie, het Kankerplan en de aanpak van zeldzame tumoren of tumoren die hoog-gespecialiseerde behandeling of technologie vergen, het opzetten van een kwaliteitssysteem in de oncologie¹ en de relatie tussen het volume behandelde patiënten en de resultaten².

De minister preciseert dat de adviesvraag gaat over de organisatorische aspecten van de zorg voor patiënten met tumoren waarvoor een complexe of hoog-gespecialiseerde behandeling nodig is. De minister wenst uitdrukkelijk dat eventuele pistes voor centralisatie verder onderzocht worden. De minister stelt ook de werkwijze voor (“een ad hoc-werkgroep”) en vraagt dat de NRZV zich zou buigen over de opportuniteit van programmatie in bepaalde oncologische zorgdomeinen en het aanduiden van referentiecentra.

De minister preciseert dat voor bepaalde aandoeningen, die een interdisciplinaire en multimodale benadering vergen, er, krachtens artikel 14 van de ziekenhuiswet, referentiecentra kunnen aangeduid worden en dat men eventueel kan overgaan tot een programmatie van het aantal van deze centra.

De minister vraagt advies met betrekking tot de aard van de pathologie waarvoor zorgconcentratie wenselijk is en over erkenningscriteria voor referentiecentra.

Tenslotte stelt de minister dat het organisatieconcept maximaal moet tegemoetkomen aan de behoeften van de patiënt, met zowel aandacht voor de kwaliteit als de nabijheid van de zorg.

Samengevat is de adviesvraag beperkt tot de zeldzame oncologische zorg.

De NRZV heeft, zoals gevraagd, een ad hoc-werkgroep opgericht die was samengesteld uit de volgende leden, Devos Daniel (Voorzitter), Bissen Luc, Bodeux Dominique, Bury Jean, De Toeuf Jacques, Denée Christian, Dusart Michelle, Heuschen Willy, Hotterbeex Aline, Husden Yolande, Kips Johan, Mertes Ingrid, Moens Marc, Pauwels Johan, Rutsaert Robert, Toussaint Jean-Louis, Van Campenhoudt Marc, Van Den Oever Robert, Vandenbosch Kristel en experten Claeys Donald, Dirix Luc, Lievens Yolande, Peeters Marc, Stordeur Sabine, Vaneycken Elisabeth, Vlayen Joan, Vrijens France en 3 maal vergaderde.

Volgende documenten werden overgemaakt aan de werkgroep en worden als bijlagen aan dit advies gehecht:

1. Mevrouw Sabine Stordeur: een Powerpoint presentatie van KCE “*Organisation of care for patients with rare tumours and tumours with complex care*”, 1st july 2013.

¹ KCE rapport 152A.

² KCE rapport 113A.

2. Dr. Donald Claeys: *“Centralisatie in de oncologie in België”*, zonder datum.
3. Dr. Donald Claeys: brief van Collegium Chirurgicum aan NRZV, 2 juli 2013.
4. Dr. Donald Claeys, prof. Dr. Yolande Lievens en prof.dr. Marc Peeters: *“Oncologische Organisatie als basis voor Kwaliteit”*, zonder datum.

De voorzitter van de werkgroep bedankt de experts voor hun medewerking aan de totstandkoming van het advies maar beklemtoont dat dit advies de standpunten van de Afdeling Programmatie en Erkenning van de NRZV weerspiegelt en niet noodzakelijk deze van de experts.

Enkele overwegingen.

De aandacht voor zeldzame kankers is terecht maar ook andere zeldzame aandoeningen verdienen aandacht want zij kunnen even levensbedreigend zijn en/of de kwaliteit van leven ernstig bedreigen. Bovendien moeten de inspanningen om de kwaliteit van zorg voor alle, ook voor de niet zeldzame kankers te verbeteren, verder van nabij opgevolgd worden. Kankers worden chronische aandoeningen en het ganse traject, d.i. preventie, opsporing, diagnose, bevestiging, behandelplan en palliatie verdienen aandacht.

Vele waarnemers hebben, na de introductie van de Zorgprogramma's (ZP) voor oncologische basiszorg en voor oncologie, en het multidisciplinair oncologisch consult (MOC), de kwaliteit van zorg met rasse schreden zien vooruitgaan. Het ZP voor oncologie lijkt een erg geschikte en kwaliteitsvolle basis voor de behandeling van kanker: structuur, omkadering, specialisatie en multidisciplinaire samenwerking. Het is erg belangrijk dat een ZP de kwaliteit van de geleverde zorg nauwlettend opvolgt en transparant communiceert. Goede kankerzorg werkt evenwel niet in een vacuüm: de ondersteunende diensten (bvb. functie intensieve zorgen, medium care...) zijn een wezenlijk onderdeel van goede kankerzorg. Het lijkt dus nuttig om een gedegen doorlichting van de bestaande ZP's te maken om een stand van zaken op te kunnen stellen.

Toch stellen velen ook vast dat er blijkbaar een wanverhouding bestaat tussen de ZP's voor oncologische basiszorg (te weinig) en die voor oncologie (te veel). De neiging van de overheid om diensten, functies en technologie toe te kennen op basis van in het ziekenhuis aanwezige en erkende andere functies, diensten en technologie, is waarschijnlijk niet vreemd aan deze gang van zaken. Ook de angst om geen nieuwe collega's te kunnen aantrekken in een competitieve omgeving zal een rol spelen. Misschien kan door middel van een aanmoediging³ voor alle betrokken artsen⁴ om zich preferentieel, of zelfs exclusief, voor oncologie te engageren, en een aanmoediging voor ziekenhuizen tot samenwerking en taakafspraken om samen zorg te verstrekken en kwaliteitsobjectieven te realiseren, deze 'scheve' verhouding tussen ZP's geoptimaliseerd worden. Een concentratie in expertisecentra mag niet leiden tot een verlies van expertise van deskundigheid in andere ziekenhuizen. Deze expertise is noodzakelijk voor de behandeling van alle kankers.

³ Bvb. Verwijshonorarium, deelname aan interhospitaal MOC ...

⁴ Oncologen, oncologische chirurgen, gynaecologen, internisten, maar ook radiologen, pathologen enz..

De definitie van **zeldzame tumoren** is niet zo evident als het zou kunnen lijken: zeldzaam refererend naar het aantal nieuwe gevallen per jaar⁵ en/of naar de erg complexe vorm(en) van therapie en/of met nood aan het gebruik van zeldzame (dure) technologie of materiaal. Er bestaan lijsten van zeldzame tumoren maar de *cut offs* tussen niet zeldzaam en zeldzaam (en tussen zeldzaam en zeer zeldzaam) zijn niet altijd heel duidelijk en zeker niet overal gelijk. Zeldzame kankers worden soms gekenmerkt door een trage of onjuiste eerste diagnose; een complexe therapie met weinig beschikbare *evidence based guidelines*. Er zijn ook een slechte(re) prognose en overleving en een hoge kost aan verbonden. De oncologie wordt in toenemende mate **gepersonaliseerd**⁶ door nieuwere en meer verfijnde inzichten in genetica, moleculaire biologie enz. Dit zorgt voor de paradox dat het definiëren van zeldzame tumoren in functie van hun aantal nieuwe gevallen dreigt moeilijker te worden: elk bestaand type van tumor wordt verder opgedeeld in functie van nieuwe diagnostische en/of therapeutische parameters. En kankers die niet zo zeldzaam zijn, kunnen dan soms ook een complexe(re) therapie vergen.

Deze ontwikkeling heeft ook consequenties voor de (vaststelling en aflijning van) de **expertise** van verschillende participanten in het multidisciplinair proces en dus van een eventuele aanwijzing of erkenning als referentiecentrum. Ongeacht of er referentiecentra opgericht worden moet er dringend werk gemaakt worden van een inventaris van de beschikbare expertise.

Ook de definitie van een **Referentie Centrum** is niet eenvoudig⁷ (sommigen spreken overigens van *Centers of Excellence*) en de organisatie van deze centra en de taakverdeling tussen hen en andere ziekenhuizen verschilt in de verschillende landen. Definities verwijzen naar zeldzame kankers maar ook naar de hooggespecialiseerde diensten met een kostelijke uitrusting en materiaal. Toch lijken de doelen of missies van *Centra* overal dezelfde te zijn, met name een verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten met een zeldzame en/of complexe kankers door betere en snellere toegankelijkheid en verwijzing, een bevestiging of verbetering van een eerste diagnose, multidisciplinaire aanpak door deskundige zorgverstrekkers (experts), opstellen van een behandelplan en toegang tot innovatieve therapieën. Maar ondanks de gemeenschappelijke doelen zijn er verschillende situaties en standpunten over de manier hoe deze doelen kunnen of moeten bereikt worden.

Wij moeten overwegen of een referentiecentrum in de ‘fysieke’ bepaling (ziekenhuis, vestigingsplaats) niet eerder beperkt moet blijven tot die centra die zich bekommeren om de ‘echte’ zeldzame tumoren. Tumoren die een complexe behandeling vragen kunnen ook behandeld worden in centra die zich breder opstellen maar die zich wel grondig en deugdelijk organiseren. Uiteraard zullen de referentiecentra en alle oncologische diensten zich ook organiseren in een netwerk.

⁵ <6 nieuwe gevallen per 100.000 inwoners per jaar.

⁶ Zie document 4 “*Oncologische Organisatie als basis voor Kwaliteit*”, p.1.

⁷ Zie bvb. ook de brief inzake referentiecentra van 25 oktober 2005 van de voorzitter van de NRZV aan minister Demotte (http://www.health.belgium.be/filestore/10176477/2005%2010%2025%20-%20NRZV%20C%2019-2005%20NL_10176477_nl.pdf)

Sommigen hanteren het bijkomend 'transversaal' begrip "*Referentie Dienst*" dat verschilt van een Centrum doordat het niet verwijst naar zeldzame kanker(s) maar naar gespecialiseerde technologie en/of materiaal en/of expertise⁸, bruikbaar in verschillende situaties en voor verschillende aandoeningen. Hierdoor kunnen deze 'diensten' zich ten dienste stellen van de behandeling van niet zeldzame én van zeldzame kankers.

De **moderne elektronische technologie** vergemakkelijkt op spectaculaire manier de communicatie, verwijzing, samenwerking, informatiedeling, bevestiging van diagnose, monitoring, multidisciplinair overleg, registratie, databanken, therapie, enzovoort. Belangrijk lijken ook de mogelijkheden om dit alles te realiseren op afstand, d.w.z. in eenheid van tijd maar niet van ruimte, en deze relatief nieuwe '*virtuele*' wereld lijkt in contrast te staan tot (minstens een deel van) de belangstelling voor '*reële*' centra waar alle betrokkenen samen (moeten) zitten. Er wordt dus gepleit om de relatie van de experten, expertdiensten en expertcentra met de andere diensten en ziekenhuizen ook te definiëren en organiseren in functie van deze nieuwe mogelijkheden. Diagnose en therapie kunnen ook op afzonderlijke plaatsen, experten kunnen zich verplaatsen.

Overigens moet met een referentiecentrum of expertisecentrum ook breder gesitueerd worden; zo is voor oncologische chirurgie niet alleen het aantal ingrepen per chirurg bij zeldzame kankers van belang, ook het aantal ingrepen op de verschillende organen, de interne structuur van diensten in het ziekenhuis en de algemene multidisciplinaire deskundigheid noodzaken een brede aanpak in functie van o.m. postoperatieve zorg, intensieve zorg en deskundig en ervaren personeel. Slokdarmchirurgie zal bvb. geïntegreerd zijn in (de dienst van) een ziekenhuis met algemene expertise in heelkunde van de thorax en het spijsverteringsstelsel.

De grootste constante in alle documenten, overzichten, nota's en aanbevelingen is zonder enige twijfel het belang van **informatie** door **registratie, analyse, monitoring en benchmarking van de gegevens**. Iedereen onderstreept het fundamentele belang van het volledig verzamelen van gegevens om een goede en betere kwaliteit van zorg voor (alle) kankerpatiënten te realiseren. Niemand twijfelt aan de noodzaak om alle betrokken zorgverstrekkers te verplichten om een ruim pakket van klinische gegevens van alle patiënten te registreren en aan de noodzaak om deze in een gezamenlijke onafhankelijke databank (het Kankerregister) op te slaan. Ook proces-, structuur- en resultaatsindicatoren moeten geregistreerd worden. Al deze gegevens moeten geanalyseerd en vergeleken worden en de resultaten moeten aan artsen, ziekenhuizen en zorgprogramma's meegedeeld worden. De overheden dragen belangrijke verantwoordelijkheden: zij moeten de registratie, verzameling, validatie, evaluatie en gebruik mogelijk maken en optimaliseren. Resultaten moeten gepubliceerd worden, want een verplichte *public disclosure* lijkt een evidente en efficiënte manier om kwaliteit te monitoren en, vooral, te bevorderen.

De **financiering** van zorg, en van artsen in het bijzonder⁹, lijkt bijwijken een mogelijke hinderpaal te zijn voor samenwerking en zelfs doorverwijzing. Het is aan de artsen, die de techniek en modaliteiten van de eigen honorering bepalen, om de nodige aanpassingen voor te stellen en door te voeren om elke patiënt de optimale behandeling te garanderen. De overheid zal aandacht moeten besteden aan

⁸ Bvb. radiotherapie, moleculaire biologie, pathologische anatomie, tumorbanken.

⁹ *Fee for service*, of prestatiebetaling

een efficiënte financiering van structuren en personeel die de kwaliteit van de zorg borgen en verbeteren.

De studie van het KCE¹⁰ inzake maag- en slokdarmkankers roept enkele bedenkingen op bij de leden van de werkgroep.

Een belangrijke vaststelling van deze studie is dat de overlevingskans na maag- of slokdarmkanker in België het hoogste is in vergelijking met andere Europese landen (tweede voor slokdarmkanker, 1ste voor maagkanker).

De vroege postoperatieve sterfte lijkt wel hoger dan in sommige buurlanden, wat mogelijk (wellicht?) eerder te maken heeft met gekwalificeerde intensieve zorg dan met de oncologische zorg per se.

Verder blijkt dat de centra met de hoogste overleving ook een populatie behandelen die significant jonger is en significant minder comorbiditeit heeft, waardoor hun lagere mortaliteit misschien niet zo verwonderlijk is. Dat sommige ziekenhuizen jaarlijks slechts 1 of 2 dergelijke gevallen behandelen betekent meer dan waarschijnlijk dat er op dit ogenblik al een spontane verwijzingspolitiek bestaat. Voor deze studie is het KCE uitgegaan van bepaalde nomenclatuurnummers in verband met oesofagectomie. Op het ogenblik dat de gegevens verzameld werden was er nog geen nomenclatuurnummer voor mucosectomie bij hoogdysplastische Barrettoesophagus. Het moet absoluut worden uitgeklaard of bepaalde centra de verstrekking mucosectomie niet gefactureerd hebben als oesofagectomie. Dit zou de outcomegegevens uiteraard (ernstig) kunnen vertekenen. Voor ongeveer 40 % der patiënten was geen correcte TNM-classificatie beschikbaar en 30 % heeft geen gecombineerde klinische en pathologische stadiëring. Vermits het ziektestadium de belangrijkste prognostische parameter is, heeft dit uiteraard invloed op de betrouwbaarheid van de resultaten (eventueel moeten de toepassingsregels van de nomenclatuur van het MOC dit dwingender opleggen).

Slechts 60 % van de patiënten met slokdarmkanker had een multidisciplinair oncologisch consult binnen de 3 maanden na de diagnose (54 % in 2004 tot 68 % in 2008), slechts 53 % voor maagkanker (46,7 % in 2004 tot 58,2 % in 2008). Ook dit zou anders moeten.

Variatie over de centra wordt niet weergegeven.

Slechts 34 % van de patiënten onderging majeure heelkunde (oesofagectomie en/of gastrectomie) binnen de 9 maanden na de diagnose.

Tabel 11 toont aan dat 11,6 % van de patiënten met slokdarmkanker een "lokale behandeling" kreeg (mucosectomie?)

Slechts 9 centra organiseerden een MOC voor minstens 80 % van hun patiënten met slokdarmkanker. Een veel strikter en rigoureuzer kader voor registratie, en voor multidisciplinair consult en opvolging is absoluut aangewezen.

In het centrum met hoogste volume (meer dan 300 patiënten over 5 jaar) kreeg slechts 35,3% neo-adjuvante behandeling versus 77,1 % van de patiënten in een centrum met slechts 70 patiënten over 5 jaar? Vier centra van de laag- en mediumvolume centra gaven bij minstens 85 % der patiënten neo-adjuvante behandeling.

¹⁰ Vlayen J, De gendt C, Stordeur S, Schillemans V, Camberlin C, Vrijens F, Van Eycken E, Lerut R. kwaliteitsindicatoren voor de aanpak van slokdarm- en maagkanker. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 200. D/2013/10.273/15.

Slechts 20 % van de patiënten kreeg primaire chemoradiotherapie. Opnieuw bleek het centrum met het hoogste aantal patiënten het minst primaire chemoradiotherapie toe te passen. Zonder meer centraliseren lijkt dus niet de oplossing om deze lacunes te verhelpen. De impact op de zorg bij de resterende patiënten in de ‘perifere’ ziekenhuizen mag niet onderschat worden.

Advies.

1. Organisatie.

Bij de uitwerking van referentienetwerken en referentiecentra moeten wij een duidelijk onderscheid maken tussen de zeldzame tumoren *stricto sensu*¹¹ en de tumoren die een complexe(re) behandeling vragen. De opvang en behandeling van de “echt” zeldzame tumoren kan fysiek geconcentreerd worden in (enkele) referentiecentra. De opvang kan overigens ook een tweedelijnsconsult zijn terwijl de behandeling in een ander ziekenhuis plaatsvindt. De opvang en behandeling van tumoren met een complexe behandeling kan (ook) gebeuren in centra die goed gestructureerd en georganiseerd zijn voor de behandeling van kanker(s) met *dedicated* artsen die zich toewijden op de behandeling van kanker, goede registratie en kwaliteitsbewaking, enz....

De Raad is dus van oordeel dat een reglementering voor en aanduiding van Belgische referentiecentra en/of referentienetwerken voor de behandeling van zeldzame kankers aangewezen is. Dit moet leiden naar betere en snellere diagnose, eventueel een tweede diagnose die de eerste corrigeert, alsook efficiënte zorg door concentratie van middelen en mensen. Dergelijke centra moeten natuurlijk – op een voor iedereen transparante wijze – kunnen aantonen dat ze betere (de beste?) resultaten, ook internationaal, halen. Elke reglementering moet gesteund zijn op een brede consensus binnen de betrokken groepen van zorgverstrekkers betrokken bij preventie, opsporing, diagnose, therapie en onderzoek. Er moeten afspraken zijn over de identificatie van de experts en het opstellen van een kadaster; de concentratie van expertise; de verbinding tussen experts in een netwerk; de omstandigheden van doorverwijzing. Dit veronderstelt het verduidelijken van elementen zoals de afbakening van de opdrachten in functie van pathologie, de samenstelling van multidisciplinaire groepen, de noodzakelijke competenties, klinische paden, de doorverwijzing, diagnose en therapie, het personeel en de infrastructuur.

Referentiecentra en/of referentienetwerken kunnen relatief snel geformaliseerd worden. Daarvoor moeten de zorgverstrekkers zich, per (groep van) zeldzame kanker, beraden over de wenselijkheid, de opportuniteit en de specifieke structuren van gespecialiseerde zorgprogramma’s en referentiecentra, of, per infrastructuur element of technologie, voor specifieke referentiediensten. De mogelijkheid van ‘virtuele’ referentiecentra en netwerken die verschillende ziekenhuizen verbinden en gebruik maken van moderne communicatie en gezamenlijke, mogelijks zelfs voor sommige tumoren: verplichte, interhospital Multidisciplinaire Consulten (MOC), ook via teleconferentie, moet mogelijk gemaakt worden.

¹¹ Zoals bv. een melanoma van het oog, maar alle lymfomen niet.

Het MOC moet aangepast en ondersteund worden om (alle) kankerpatiënten optimaal multidisciplinair te kunnen opvolgen. Natuurlijk zal de uiteindelijke aanwijzing en selectie van referentiecentra objectief moeten gebeuren en is een betrokkenheid van internationale experts aangewezen.

Er is dus ook een ernstig pleidooi om er voor zorg te dragen dat een concentratie van expertise een goede spreiding van competenties over de ziekenhuizen niet zou verhinderen. Goede zorg voor álle kankerpatiënten, d.i. ook met zeldzame en met niet zeldzame kankers en kankers die een complexe behandeling nodig hebben, moet ruim toegankelijk blijven. In alle ziekenhuizen moet voldoende deskundigheid en ervaring aanwezig blijven voor alle patiënten, zeker ook voor de (differentiaal) diagnose van de zeldzame kankers. Het 'beste' mag niet de vijand zijn van het 'goede'.

De mogelijkheden voor artsen en ziekenhuizen om via samenwerking, afspraken en netwerking tot betere zorg te komen moeten verder ontwikkeld worden. Het gedeelde elektronisch patiëntendossier en de moderne communicatietechnologie moeten deze samenwerking ondersteunen en optimaliseren.

2. Registratie.

In afwachting van de ontwikkeling van referentiecentra en –netwerken, adviseert de Raad opnieuw om onmiddellijk alle zorgverstrekkers, zowel binnen en als buiten zorgprogramma's en/of expertisecentra, te verplichten tot een veralgemeende, volledige en uniforme registratie van klinische parameters¹², structurele indicatoren, resultaatsindicatoren, en dit voor álle kankerpatiënten, zodat het Kankerregister over de best mogelijke gegevens beschikt om, via gedegen klinische feedback, de best mogelijke zorg te ondersteunen. Registratieproblemen (bvb. door onaangepaste nomenclatuur) moeten opgelost worden. Om efficiënt te zijn zal de verzameling van gegevens haalbaar moeten zijn en aansluiten bij de opdrachten van de datamanagers. Om de registratielast effectief en efficiënt te maken moeten de overheden zich dus ook beraden over de opportuniteit van alle andere registraties in ziekenhuizen.

De Colleges voor Oncologie en Radiotherapie zullen zich duidelijk uitspreken over de te registreren gegevens en de betrokken experts zullen (een beperkt aantal) algemene en specifieke indicatoren voorstellen.

Alle gegevens van het medisch dossier zullen gecentraliseerd worden in het Kankerregister, uiteraard met de nodige aandacht en voorzorg voor veiligheid en bescherming van de privacy. Zij zullen continu gemonitord, gevalideerd, geanalyseerd en gecommuniceerd worden.

De overheden zullen een snelle verzameling van alle gegevens, inclusief indicatoren, vergemakkelijken en het Kankerregister moet de mogelijkheid krijgen om een snelle feedback voor alle artsen en ziekenhuizen te realiseren.

¹² Inclusief comorbiditeit, staging, adjuvante therapie, ingreep, doelstelling (curatief, palliatief), recidief en een selectie klinische gegevens (bvb. snijvlakken, postoperatieve verwickelingen, lymfeklierstatus..)

De overheden zullen een beleid van *public disclosure* voeren.

3. Kwaliteit en zorgverstrekkers.

Een kwaliteitssysteem zal zijn doelstellingen helder definiëren en integraal zijn, onderbouwd door de verzamelde gegevens en indicatoren.

De zorgverstrekkers moeten zich bekommeren om het opstellen van richtlijnen (*evidence based*) voor diagnose, behandeling en opvolging van de patiënt, en van klinische paden voor optimale en tijdige doorverwijzing op basis van anatomopathologie en een bevestigingsdiagnose; zij zullen toezicht houden, peer review en/of externe toetsing organiseren.

De Colleges voor Oncologie en voor Radiotherapie zullen resultaten gebruiken om de kwaliteit van zorg te evalueren en, zo nodig, overgaan tot het voorstellen en/of ondersteunen van samenwerking en verbeteracties. Zulks vergt inzicht en moed. De overheden, federaal en gemeenschappen en gewesten, moeten dit aanmoedigen. De overheid zal een betere coördinatie en samenwerking tussen de verschillende Colleges en hun grotere aanwezigheid op het terrein faciliteren.

De overheid zal zich beraden over toezicht op en evaluatie van de zorg. Een brede cultuur van registratie, verantwoording en verantwoordelijkheid moet zo snel als mogelijk ingang vinden. De overheden zullen zowel aanmoedigingen (*'incentives'*) als sancties voorzien om de bewaking, borging en bevordering van kwaliteit te optimaliseren.

4. Communicatie.

Er is nood aan een algemene aanwezigheid van een performant elektronisch patiëntendossier (EPD). Zonder goede informatie is een doorverwijzing hachelijk. Maar een betere communicatie kan misschien de nood aan vele (verschillende) expertisecentra temperen. Via moderne telecommunicatie kunnen overleg en samenwerking tussen ziekenhuizen, artsen en huisartsen verbeterd worden. Dit moet een prioriteit voor het toekomstige beleid zijn.

5. Financiering.

Bij de **financiering** van zorg zal de overheid aandacht besteden aan een efficiënte financiering van structuren, personeel en artsen die de kwaliteit van de zorg borgen en verbeteren.. Voor de patiënten moet de veiligheid ingebouwd zijn dat een eventuele concentratie van complexe zorg de toegankelijkheid en betaalbaarheid niet in het gedrang brengt