

Naar een meerjarenbegroting voor de  
gezondheidszorg met  
gezondheidszorgdoelstellingen

**Rapport van het Wetenschappelijk Comité meerjarenbegroting  
Februari 2022**



**Samenstelling Wetenschappelijk Comité: Erik Schokkaert (voorzitter), Rita Baeten, Ronny Bruffaerts, Jan De Maeseneer, Joanna Geerts, Lode Godderis, Jean Hermesse, Marine Lugen, Sophie Thunus, Brieuc Van Damme, Carine Vande Voorde, Sara Vandewaetere**

**De volgende experten namen deel aan de discussies over en de redactie van specifieke hoofdstukken: Johan Peetermans, Peter Willemé, Dirk Wouters (H5), Philippe Beutels, Mathias Dewatripont (H6), Véronique Delvenne (H7), Jean Macq, Thérèse Van Durme (H8A).**

## INHOUD

1.	Inleiding.....	6
2.	Langetermijndoelstellingen, grote uitdagingen .....	8
	a) Inleiding.....	8
	b) Belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen.....	9
	c) Een waardenkader: gezondheid voor de hele persoon en voor iedereen.....	10
	d) Uitdagingen voor ons systeem van gezondheidszorg.....	11
	e) Prioritaire beleidsdomeinen .....	12
	Preventie.....	13
	Geestelijke gezondheid .....	13
	Sociale en financiële ongelijkheden bij de toegang tot gezondheidszorg .....	14
	Percentage zorg dat als "inappropriate" wordt beschouwd .....	15
	Duurzaamheid van het systeem op lange termijn.....	15
	f) Naar specifieke gezondheids(zorg)doelstellingen.....	16
	DEEL I. Een meerjarenperspectief in een vernieuwde overlegstructuur .....	18
3.	Een meerjarenbegroting met gezondheidsdoelstellingen .....	19
	a) Analyse van de huidige situatie.....	19
	b) Van gezondheidsdoelstellingen naar gezondheidszorgdoelstellingen en concrete initiatieven.....	20
	c) Ex ante inschatting van budgettaire effecten.....	23
	Business as usual scenario: inschatting van de budgettaire ruimte .....	23
	Budgettaire impact van initiatieven.....	24
	d) Prioritering.....	25
	e) Ex post evaluatie van initiatieven en bijsturing van beleid .....	26
	Evaluatie van effecten en budgettaire impact.....	26
	Afweging kosten en baten .....	26
4.	Een aangepaste overlegstructuur.....	27
	a) Een interfederale structuur voor overleg over gezondheidsdoelstellingen.....	28
	b) Oprichting van een Commissie voor de Evaluatie van de Gezondheidszorgdoelstellingen (CEGD).....	29
	c) Aanpassing van de taken van de Commissie voor Begrotingscontrole (CBC) .....	30
	d) Nieuwe taken en verplichtingen voor de bestaande overlegorganen.....	30
	e) Een responsabiliserende begrotingsprocedure .....	31
	Het "klassieke" begrotingssysteem en zijn beperkingen .....	31
	Analyse van de uitgaven en begrotingen voor de periode 2015-2021: illustratie.....	32
	Naar een responsabiliserende begrotingsplanning op lange termijn.....	33

f)	Oprichting van een Observatorium voor de Eigen Betalingen van de Patiënten.....	35
g)	Een realistisch tijdschema.....	36
	De route van de gezondheidsdoelstellingen.....	36
	De route van de gezondheidszorgdoelstellingen.....	37
	De route van de begrotingsdoelstelling en van de specifieke initiatieven.....	37
h)	Creatie van een Transitiefonds.....	39
i)	Tijdschema: tijdschema van gezondheidsdoelstellingen, begrotingszorgdoelstellingen en begrotingsdoelstellingen.....	40
5.	Projecties: PROMES en technische ramingen.....	41
a)	Technische Ramingen en PROMES: een overzicht.....	42
b)	Inschatting van de budgettaire ruimte.....	45
c)	De kostprijs (of budgettaire opbrengst) van nieuwe initiatieven.....	48
d)	Evaluatie van de reële kostprijs van de initiatieven uit het verleden.....	49
e)	Beleidsconclusies: de oprichting van een Gemeenschappelijke Prospectieve Technische Cel	50
6.	De budgettaire effecten van de COVID-19 pandemie.....	52
a)	In welke mate heeft COVID-19 aanleiding gegeven tot extra zorg en extra kosten?.....	52
	Heelkundige verstrekkingen.....	53
	Internistische verstrekkingen.....	54
	Psychiatrische verstrekkingen.....	55
	Medische beeldvorming.....	55
	Consultaties en teleconsultaties.....	55
	Ambulant buiten het ziekenhuis.....	56
	Enkele lessen.....	56
b)	Uitdagingen voor het opstellen van een meerjarenbegroting.....	57
	Heroriëntering van de middelen in 2020 en specifieke middelen voor COVID-19.....	57
	In welke mate zal Long COVID aanleiding geven tot verhoogde uitgaven?.....	58
	Demografische wijzigingen.....	59
	In welke mate zal de uitgestelde zorg tijdens de pandemie worden ingehaald?.....	59
c)	Uitgavenprognoses in andere landen.....	61
	DEEL II. Enkele toepassingsdomeinen.....	63
7.	Geestelijke gezondheidszorg.....	65
a)	Psychische stoornissen en het klinische paradigma.....	65
	Werkdefinities.....	65
	Voorkomen van psychische stoornissen in de maatschappij.....	65
	Het klinische paradigma van behandeling van psychische stoornissen.....	66
b)	Maatschappelijke gevolgen van psychische stoornissen.....	67

Impact op schooluitval, academisch functioneren en werk.....	67
Behandeling van stoornissen .....	68
c) Huidige probleemgebieden .....	68
Afwezigheid van een kader tot vroeginterventie en vroegdetectie .....	68
Problematisch hulpzoekgedrag.....	69
GGZ-hervormingen: quo vadis?.....	70
d) Wegen naar een beter beleid .....	70
Een nieuw paradigma in de geestelijke gezondheidszorg: <i>value-based public mental health</i> .....	70
Een kader van meetbaarheid.....	71
Maatregelen, interventies en meetbare indicatoren .....	72
e) Conclusie.....	77
8. Geïntegreerde en doelgerichte zorg.....	78
a) Geïntegreerde en doelgerichte zorg: niet top-down maar bottom-up.....	78
Gezondheids- en gezondheidszorgdoelstellingen voor geïntegreerde zorg .....	79
Van gezondheidszorgdoelstellingen naar initiatieven: een <i>bottom-up</i> aanpak, omkaderd en gestructureerd vanuit een <i>top-down</i> aanpak.....	80
Begrotingsprioriteiten die in de meerjarenplanning moeten worden opgenomen.....	84
FAITH-indicatoren voor geïntegreerde zorg - gekoppeld aan de Quintuple Aims .....	85
b) Een concreet voorstel voor het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier.....	89
Beschrijving van de huidige situatie .....	89
Een toekomstvisie.....	90
Hoe kan een duurzame oplossing worden gerealiseerd? .....	92
Wat zal dit kosten? Welke tijdslijn?.....	93
9. Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg.....	95
a) Uitdagingen.....	95
b) Een betere toegang tot geconventioneerde zorgverleners .....	97
c) Meer transparantie voor beleidsmakers over de eigen betalingen van patiënten.....	100
d) Meer transparantie voor de patiënt over de eigen betalingen .....	102
e) Beheersing van de eigen betalingen via prijsregulering .....	104
f) Een publieke ziekteverzekering die de volledige bevolking dekt.....	106
g) Betere toegang tot zorg door uitbreiding of aanpassing van bestaande maatregelen....	107
10. Besluit.....	108
Referenties.....	111

## 1. Inleiding

Op 19 oktober 2020 keurde de Algemene Raad van het RIZIV de begroting van de gezondheidszorg voor 2021 goed en aanvaardde daarbij ook het voorstel van het Verzekeringscomité “om het begrotingskader van de ziekteverzekering aan te passen om het overleg binnen een voorspelbaar meerjarenperspectief mogelijk te maken, de ontschotting aan te moedigen en de uitvoering van de noodzakelijke hervormingen met betrekking tot de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen te ondersteunen.” Verder werd gesteld dat “in overleg met het Verzekeringscomité zal gewerkt worden aan de ontwikkeling van een concrete methode voor de integratie van de gezondheidsdoelstellingen in de keuzes van de ziekteverzekering”.

Vanaf maart 2021 werd een procedure opgestart waarbij drie *task forces* ("Appropriate Care", voorzitter Manfredi Ventura, "Gezondheidszorgdoelstellingen", voorzitter Ann Ceuppens, en "Dynamisch Meerjarenkader", voorzitter Erik Schokkaert) en een Wetenschappelijk Comité nadachten over de te volgen methode. Bovendien werd een inspraakprocedure opgestart waarbij ook geïnteresseerden en belanghebbenden die niet in de traditionele overlegorganen zetelen, voorstellen van doelstellingen en initiatieven konden indienen. Deze hele inspanning resulteerde in een Intermediair Rapport dat op 14 juli 2021 werd voorgelegd aan het Verzekeringscomité en de Algemene Raad (zie: RIZIV, 2021a). Uiteindelijk werd er beslist dat, vertrekkend van dit Intermediair Rapport, een finaal rapport zou voorgelegd worden tegen eind 2021.

Er werd besloten dat het Wetenschappelijk Comité niet zou meewerken aan de eindredactie van het finaal rapport, maar in volle onafhankelijkheid een eigen reflectie zou opstarten. De opdracht van dat Comité werd als volgt omschreven in de brief van de Minister van 8 september 2021: *“In navolging van de gedachtewisseling naar aanleiding van het intermediair rapport (cf. nota’s Verzekeringscomité en Algemene Raad “begrotingstraject 2022 – 2024 – intentieverklaring” en intermediair rapport m.b.t. het begrotingstraject 2022 – 2024 [CGV 2021/241 & ARGV 2021/043]) en de oprichting van een werkgroep in de schoot van het verzekeringscomité, aangevuld met vertegenwoordigers van de sociale partners om tegen 20 december een definitief rapport op te maken, verzoek ik u, naast voormelde werkgroep, ook met een wetenschappelijk comité de reflectie verder te zetten. Het is de bedoeling op een wetenschappelijk onderbouwde manier verder na te denken over de methodologie van een meerjarenkader, in relatie met gezondheids(zorg)doelstellingen, doelmatige zorg, geïntegreerde zorg en zo verder. Deze reflecties moeten kunnen bijdragen tot de verdere uitwerking van een meerjarenbenadering in functie van gezondheids(zorg)doelstellingen, zoals gewenst door de regering, mezelf en de Algemene Raad. Het is de bedoeling dat dit Wetenschappelijk Comité rechtstreeks aan mij rapporteert.”*

Dit rapport probeert aan deze opdracht te beantwoorden. Binnen de zeer beperkt beschikbare tijd (3-4 maanden) was het natuurlijk niet mogelijk gedetailleerde en volledig gekwantificeerde voorstellen uit te werken, maar we beschrijven wel concreet een mogelijke hervorming van de overlegprocedure en we illustreren de methodologie van een meerjarenbegroting voor drie toepassingsdomeinen: geestelijke gezondheidszorg, geïntegreerde en doelgerichte zorg en financiële toegankelijkheid.

Tijdens onze discussies werden we voortdurend geconfronteerd met de spanning tussen enerzijds het uitwerken van een wervende, innovatieve langetermijnvisie en anderzijds de formulering van meer pragmatische voorstellen die in principe op relatief korte termijn kunnen worden geïmplementeerd. Deze twee benaderingen zijn complementair: pragmatische voorstellen zonder visie kunnen incoherent zijn, een visie die niet kan geïmplementeerd worden is nutteloos. Maar toch zijn de twee benaderingen essentieel verschillend. We hebben in dit rapport voor de meer pragmatische aanpak geopteerd, maar het is wel belangrijk om te realiseren dat onze pragmatische voorstellen moeten geprojecteerd worden tegen een bredere achtergrond.

Wat de organisatie van de zorg betreft, zijn we van mening dat zich een aantal cruciale hervormingen opdringen, met name met betrekking tot het systeem van ziekenhuisfinanciering, de nomenclatuur, de mogelijkheid voor de verstrekkers om supplementen aan te rekenen, de financiering van de zorgverstrekkers en de omschrijving van de taken van de verschillende zorgberoepen. Wat de structuur van de besluitvorming betreft, zijn we van oordeel dat de huidige institutionele structuur en de bevoegdheidsverdeling tussen federale en gefedereerde entiteiten niet functioneel is en tot coördinatieproblemen leidt. Op termijn moet daar zeker aan gesleuteld worden, en moet de besluitvormingsstructuur, ook wat betreft de meerjarenbegroting, aan deze nieuwe realiteit worden aangepast.

We zijn van oordeel dat er grondig moet worden nagedacht over deze grote structurele hervormingen, maar deze kunnen natuurlijk in verschillende richtingen gaan. Al deze aspecten analyseren en daarvoor concrete voorstellen doen behoorde niet tot onze opdracht – en zou ook niet mogelijk geweest zijn binnen het tijdsbestek van drie maanden. We hebben onze voorstellen daarom gepositioneerd (a) binnen de huidige federale bevoegdheden, en (b) rekening houdend met de huidige overlegstructuur op RIZIV. Overigens stellen we het belangrijke principe van overleg niet in vraag.

Hoofdstuk 2 geeft een ruwe schets van de grote uitdagingen waarmee het Belgische systeem van gezondheidszorg geconfronteerd wordt, en waarover een brede consensus bestaat. De kern van ons rapport bestaat uit twee grote delen. In deel I gaan we in op de vraag hoe een meerjarenperspectief met gezondheids(zorg)doelstellingen er zou kunnen uitzien: welke basisprincipes er aan ten grondslag liggen (hoofdstuk 3), hoe de huidige overlegprocedure op het RIZIV kan worden vernieuwd (hoofdstuk 4), wat de beperkingen en de mogelijkheden zijn van op dit ogenblik beschikbare instrumenten om uitgavenprojecties te maken (hoofdstuk 5) en welke specifieke uitdagingen worden gesteld door de COVID-19-situatie (hoofdstuk 6). Vervolgens illustreren we deze algemene principes in deel II voor drie beleidsdomeinen, die ook zowel in het regeerakkoord als in het Intermediair Rapport aan bod kwamen: geestelijke gezondheidszorg (hoofdstuk 7), geïntegreerde en doelgerichte zorg (hoofdstuk 8), en financiële toegankelijkheid (hoofdstuk 9).

Dit rapport is een gemeenschappelijke tekst van alle leden van het Wetenschappelijk Comité. Voor sommige vragen hebben we specifieke competentie opgezocht door bijkomende experts te raadplegen. Deze experts hebben allen actief geparticipeerd aan de discussies over het betreffende onderwerpen hebben ook meegewerkt aan de redactie van de teksten. Ze zijn echter niet verantwoordelijk voor de inhoud van de hoofdstukken waaraan ze niet hebben meegewerkt.

### 2. Langetermijndoelstellingen, grote uitdagingen

#### a) Inleiding

De uitdagingen waarmee het Belgische gezondheidsstelsel wordt geconfronteerd, zijn grotendeels bekend en zijn in diverse teksten en studies beschreven. Wij zullen ze hier niet in detail herhalen, maar bondig de belangrijkste punten samenvatten, waarvoor we ons vooral baseren op de volgende documenten:

- Het rapport "[De performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem](#)", van Devos et al. (2019) en gepubliceerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE);
- Het rapport "[Performance of the Belgian Health System: Evaluation of Equity](#)", of "Equity Report", van Bouckaert et al. (2020) en gepubliceerd door het KCE;
- De infobrochure "[Mijlpalen van het verleden, bakens voor de toekomst - Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen](#)", die begin 2014 door het RIZIV werd gepubliceerd en waarin onder meer de tien grote werven voor de hervorming van de ziekteverzekering in België worden voorgesteld (RIZIV, 2014);
- Het document "De toekomst van de gezondheidszorg in België. Strategische visienota", geschreven in samenwerking tussen RIZIV & Living Tomorrow vzw (2020);
- De "Visie gezondheidsbeleid 2030", gepubliceerd door het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) in 2016;
- De nota "[De gezondheidszorg in België in 2030: "Anders, of meer van hetzelfde?". Naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg in een solidaire samenleving](#)", geschreven door J. De Maeseneer (2019);
- Het document "State of Health in the EU, Belgium. Country Health Profile 2021" (OECD & EOHSP 2021) - [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2021\\_chp\\_be\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2021_chp_be_english.pdf)
- De website "[GezondBelgië](#)".

De bondige beschrijving van deze grote uitdagingen in dit hoofdstuk zal het uitgangspunt vormen van de voorbeelden in de tekst en van de toepassingsdomeinen die in deel II worden voorgesteld. Het tussentijds verslag (RIZIV, 2021a) van de eerste fase van het [meerjarig begrotingstraject](#) voor de gezondheidszorg, dat werd voorgesteld in juli, en waarvan parallel met dit verslag een definitieve versie wordt opgesteld, vertrok in de eerste plaats van een bottom-up benadering waarin projectvoorstellen werden ingezameld bij een groot aantal spelers in de Belgische gezondheidszorgsector aan de hand van zgn. fiches. De structuur waarin de positief beoordeelde doelstellingen en initiatieven werden voorgesteld en geïnventariseerd is zeer gelijklopend met de structuur die in dit rapport zal gevolgd worden. We zijn ook geïnteresseerd in het vaststellen van gezondheidszorgdoelstellingen en daaraan gerelateerde initiatieven, maar we volgen meer een top-down benadering: we gaan uit van de uitdagingen waarmee het gezondheidszorgsysteem in België wordt geconfronteerd om een voorstel te doen voor gezondheids(zorg)doelstellingen op lange termijn. In de hoofdstukken 3 en 4 zullen we echter ook beschrijven op welke wijze externe experts en de bevolking op een democratische en participatieve manier een inbreng kunnen hebben bij de vaststelling van de doelstellingen. We introduceren dus ook elementen van een co-creatiebenadering, halverwege tussen *top-down* en *bottom-up*.



In paragraaf B beschrijven we de belangrijkste maatschappelijke ontwikkelingen die ons denken over de zorg bepalen, en in paragraaf C het waardenkader dat we hanteren, namelijk een uitgebreide en aangepaste versie van de *Quintuple Aims*. Op basis van een confrontatie van dat waardenkader met de maatschappelijke ontwikkelingen, leiden we een overzicht af van de grote uitdagingen waarmee het Belgische gezondheidssysteem wordt geconfronteerd (paragraaf D). We selecteren daaruit de volgens ons meest urgente uitdagingen (paragraaf E) en illustreren in brede termen hoe deze kunnen worden vertaald in gezondheids(zorg)doelstellingen (paragraaf F).

In dit hoofdstuk geven we geen overvloed aan empirisch materiaal. Meer details zullen gegeven worden in deel II van ons rapport, waarin voorstellen voor specifieke doelstellingen en initiatieven worden uitgewerkt voor drie gebieden: geestelijke gezondheidszorg, geïntegreerde en doelgerichte zorg en financiële toegankelijkheid. Hier willen we vooral een algemeen referentiekader schetsen, dat als achtergrond kan dienen voor de latere hoofdstukken.

### b) Belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen

Het zou overdreven ambitieus (en zelfs illusoir) zijn om te proberen een volledige lijst op te stellen van de belangrijkste maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op ons systeem van gezondheidszorg. Omdat die maatschappelijke ontwikkelingen toch een noodzakelijk uitgangspunt zijn om de uitdagingen waarmee ons gezondheidssysteem wordt geconfronteerd te begrijpen, hebben we getracht de belangrijkste maatschappelijke factoren die het Belgische gezondheidslandschap beïnvloeden te identificeren. Een niet-exhaustieve lijst zal zeker de volgende elementen moeten omvatten:

- *Demografische* veranderingen en in het bijzonder:
  - de vergrijzing van de bevolking
  - de ontwikkeling van de beroepsbevolking en de nettobevolkingsgroei
  - de veranderende gezinsstructuren (bv. het groeiende aandeel alleenstaanden en de toename van de participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt, met grote gevolgen voor de beschikbaarheid van informele zorg)
  - de toenemende diversiteit van de samenleving, op verschillende niveaus (cultureel, gender, etnisch, religieus);
- De uitdagingen op de *arbeidsmarkt*: voor de komende decennia wordt een groeiend tekort aan arbeidskrachten verwacht, met specifieke (zorgwekkende) ontwikkelingen voor de gezondheids(zorg)beroepen;
- De toename van het aantal chronische patiënten en van de *multimorbiditeit*;
- Een toenemend en hoog percentage van eigen betalingen van de patiënt (23%, waarvan 5% premies voor de aanvullende verzekeringen) (OECD, 2021). Daarbij aansluitend is er ook een tendens om van een socialezekerheidsstelsel te evolueren naar een stelsel van sociale bijstand, waarbij in de eerste plaats de armsten door het publieke systeem worden verzekerd en door anderen aanvullende verzekeringen kunnen worden afgesloten;
- *Technische* ontwikkelingen (bv. telegeneeskunde, AI, big data, nieuwe geneesmiddelen) met de bijbehorende kansen en bedreigingen;

- Een positieve evolutie in de richting van een meer actieve en co-creërende zorg, waarbij de mondige *patiënt* meer en meer bij beslissingen wordt betrokken;
- Aantasting van het *milieu*, waaronder:
  - de wereldwijde gevolgen van klimaatverandering, waaronder migratie en de toenemende kans op pandemieën
  - het effect van meer lokale milieuproblemen (zoals luchtverontreiniging) op de gezondheid.

### c) Een waardenkader: gezondheid voor de hele persoon en voor iedereen

Om een visie te kunnen ontwikkelen over de richting waarin het systeem van gezondheidszorg moet evolueren, is een duidelijk waardenkader nodig. Vanuit deze optiek laten we ons inspireren door een licht aangepaste versie van de *Quintuple Aims*. Voor ons zijn de volgende waarden primordiaal:

- Gezondheid van de bevolking, waarbij gezondheid in ruime zin wordt opgevat en niet wordt gereduceerd tot fysiek welzijn alleen;
- De kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door mensen met zorg- en ondersteuningsbehoeften, met voldoende ruimte voor hun inbreng en met als uiteindelijke doelstelling om de levensdoelen van de persoon zo goed mogelijk te bereiken;
- Kosteneffectiviteit, d.w.z. een gunstige verhouding tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde waarden. Waarden worden hierbij niet in een beperkte economische zin opgevat, maar omvatten ook individuele ontplooiing en sociale cohesie;
- Rechtvaardigheid en inclusiviteit in de samenleving, met specifieke aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (d.w.z. niet alleen financieel) en voor de integratie van verschillende vormen van diversiteit. Rechtvaardigheid houdt ook in dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen in de financiering van de zorg;
- Welzijn van de zorgprofessionals met specifieke aandacht voor *work-life balance*; inscholings- en retentiebeleid en integratie in het zorgsysteem;
- Duurzaamheid van het systeem op lange termijn, rekening houdend met de (macro)evolutie van de kosten, de beschikbaarheid van zorgverstrekkers, de noodzakelijke veerkracht van burgers en zorgprofessionals, de duurzaamheid vanuit milieustandpunt en de paraatheid voor pandemieën.

Terwijl de eerste vijf waarden grotendeels overeenstemmen met de traditionele *Quintuple Aims* is de zesde een toevoeging die begrijpelijk is in het licht van de hierboven opgesomde uitdagingen. Het zou verleidelijk zijn te denken dat, vermits al deze waarden essentieel zijn, ze ook allemaal gelijktijdig kunnen of moeten worden gerealiseerd. Deze opvatting is echter onrealistisch en misleidend. Concrete initiatieven kunnen een positief effect hebben op één criterium en tegelijkertijd (of later) een negatief effect hebben op een ander criterium. Het relatieve gewicht dat aan de verschillende waarden wordt toegekend, is een kwestie van ethische, sociale en politieke keuzes. In dit opzicht zien we deze waarden louter als een denkkader om onze ideeën te structureren en uit te werken. De vraag naar de hiërarchie tussen deze waarden, of naar de wenselijke trade-offs ertussen, laten we open.

Een andere manier om onze fundamentele waarden te formuleren is dat we streven naar *value-based health care* binnen een *public health* perspectief. Dit populatieperspectief kadert de zorg binnen een maatschappelijke context. Het zet de patiënt centraal in het proces vanuit de vraag “Welke behandeling is geïndiceerd voor de patiënt?”, maar tegelijkertijd, en inherent hieraan verbonden, streeft het naar de creatie van een kader van zorg van met elkaar verbonden zorgactoren die garant kunnen staan voor samenwerking en geïntegreerde zorg. Deze zorg moet *goal-oriented* zijn, dit wil zeggen niet enkel gericht op het behandelen van een stoornis maar met een focus op functioneren en integratie in de maatschappij, vertrekkend vanuit de eigen levensdoelen van de patiënt. Hierbij veronderstellen we dat gezondheidszorg *value-based* moet zijn. Waarde wordt hier dan gedefinieerd in functie van de realisatie van de levensdoelen van de patiënt waarbij de gecreëerde waarde moet afgewogen worden tegen de kosten voor de maatschappij om die uitkomsten te bereiken (Porter & Teisberg, 2006). Deze benadering gaat er van uit dat beleidsmakers op basis van wetenschappelijk verzamelde gegevens antwoorden zoeken op fundamentele vragen, zoals welke organisatie van zorg het best geschikt is in termen van specifieke uitkomsten, welke ontwikkelde samenwerkingsverbanden tussen actoren leiden tot een betere continuïteit van zorg, welke opties moeten worden genomen in functie van de organisatie van de zorg vanuit gezondheidseconomisch perspectief.

### d) Uitdagingen voor ons systeem van gezondheidszorg

Als we de belangrijkste maatschappelijke ontwikkelingen afzetten tegen het voorgestelde waardenkader, kunnen we onmiddellijk een reeks grote institutionele uitdagingen voor het systeem van gezondheidszorg en ziekteverzekering formuleren:

- Om de uitdagingen van een vergrijzende bevolking, multimorbiditeit, (preventie van) chronische ziekten en kosteneffectiviteit vanuit een breed perspectief op gezondheid op te vangen, moet de gezondheidszorg uitgaan van de behoeften van de bevolking. Dit vereist twee belangrijke heroriëntaties: een *paradigmaverschuiving van ziektegerichte naar doelgerichte zorg*, waardoor het zorgproces gericht is op het bereiken van de levensdoelen van de patiënt, en een *populatieperspectief*.
- Deze heroriëntatie moet gebaseerd zijn op het idee van *geïntegreerde zorg*. Geïntegreerde zorg, d.w.z. zorg die zowel de integratie als de coördinatie van de gezondheidszorg verbetert en tegelijkertijd participatie van de patiënt bevordert, moet het immers mogelijk maken de effecten van de demografische veranderingen, inclusief de toenemende multimorbiditeit, beter te beheren en de efficiëntie van de zorg te verbeteren door de versnippering ervan te verminderen (Devos et al., 2019). De huidige silologica moet worden doorbroken om mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, centraal te stellen. Om dit te bereiken moet gesleuteld worden aan de huidige organisatiemodellen en financieringsystemen. Zo is het bijvoorbeeld nodig meer transversaal te denken door de levenskwaliteit van chronisch zieken op verschillende niveaus tegelijkertijd aan te pakken.
- Een *geïntegreerde visie op gezondheid*, bijvoorbeeld gebaseerd op het "eco-bio-psycho-sociaal" model, vereist dat (a) naast curatieve zorg minstens evenveel aandacht wordt besteed aan preventie; (b) ook geestelijke gezondheidszorg wordt ontwikkeld; en (c) actief wordt samengewerkt met de sociale diensten. Dit vereist dus ook interprofessionele samenwerking.

- Geïntegreerde zorg vereist een *naadloze informatievoorziening*, gecreëerd door, met en rond de patiënt, en toegankelijk voor de verschillende zorgverleners en de betrokken patiënt. Niet alleen moeten deze gegevens toegankelijk worden gemaakt, maar ook moet ervoor worden gezorgd dat zij op passende wijze worden gebruikt. Vanzelfsprekend moet daarbij oog zijn voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het mogelijke misbruik van informatie.
- De grote heterogeniteit in de medische praktijken suggereert dat niet alle zorgverlening even adequaat is. *Adequate zorgverlening* vereist ook *transparantie* bij de totstandkoming van prijzen en tarieven, een territoriale organisatie van de gezondheidszorg op basis van indicatoren van de lokale behoeften en openheid voor de democratische participatie van burgers en verenigingen.
- In een situatie van sterk stijgende uitgaven en technische vooruitgang is het systeem van ziekteverzekering op lange termijn enkel houdbaar, als *uitsluitend kosteneffectieve behandelingen* waarvoor sterk wetenschappelijk bewijs bestaat worden vergoed. Een tweeledige aanpak is noodzakelijk: enerzijds moet de financiële basis worden versterkt; anderzijds moeten de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg, die een steeds groter deel van het Bruto Nationaal Product innemen, in de hand worden gehouden.
- Solidariteit blijft belangrijk, vooral wanneer zij in de samenleving onder druk staat. Bij de ontwikkeling van geïntegreerde zorg, preventie, geestelijke gezondheidszorg en de integratie van medische innovaties, moet de *toegankelijkheid* van de zorg voor iedereen altijd een essentiële doelstelling zijn. Sociale en financiële ongelijkheden moeten worden aangepakt.
- De hierboven beschreven belangrijke waarden moeten de basis vormen van het gezondheidsbeleid, maar gezondheidszorg en ziekteverzekering zijn niet voldoende om deze waarden te realiseren. Het is noodzakelijk verder te gaan dan de gezondheidszorg in enge zin en te werken aan een beleid van "gezondheid in alle beleidsdomeinen" ("*health in all policies*"), dat een dynamiek van intersectorale samenwerking inhoudt, die zeker de sectoren arbeid, onderwijs, infrastructuur, milieu, en huisvesting omvat.

### e) Prioritaire beleidsdomeinen

In de vorige paragraaf zijn in algemene termen de contouren van een wenselijk gezondheidsbeleid geschetst. Met één enkele hervorming, zelfs een ingrijpende, zullen echter niet alle noodzakelijke veranderingen kunnen worden doorgevoerd. In een realistische visie zullen deze veranderingen geleidelijk, en gedeeltelijk, moeten worden doorgevoerd. Dit betekent dat er prioriteiten moeten worden gesteld. Zoals bij het vastleggen van de waardenhiërarchie (en daarmee onmiddellijk verbonden), weerspiegelen deze prioriteiten onvermijdelijk politieke, maatschappelijke en ethische keuzen.

Het is niet de taak van een wetenschappelijk comité om deze prioriteiten vast te stellen. De performantierapporten van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en de website GezondBelgië vormen echter een interessant uitgangspunt. Het KCE beschrijft "*Health System Performance Assessment (HSPA)*" als een proces waarmee het gezondheidssysteem van een bepaald land in zijn totaliteit wordt beoordeeld (een "*check-up*"), gebaseerd op indicatoren die een signaalfunctie hebben. Op die manier levert het een bijdrage aan de strategische planning van het gezondheidssysteem door de beleidsmakers (Devos et al., 2019). Deze rapporten passen dus perfect in de logica van onze vraagstelling omdat ze een solide empirische basis verschaffen voor een evaluatie van het Belgische gezondheidssysteem. Ze geven expliciet aan waar België slecht presteert op basis van internationale vergelijkingen (voornamelijk ten opzichte van de resultaten van de EU-15) of ten opzichte van wetenschappelijk aanvaarde prestatiecriteria (bv. nationale of internationale streefcijfers), en doet dat op basis van monitoring en regelmatige actualisering van relevante indicatoren. De vijf dimensies die het conceptuele kader vormen voor hun evaluatie van de prestaties van het Belgische systeem zijn toegankelijkheid, kwaliteit, efficiëntie, duurzaamheid en rechtvaardigheid van de zorg. Deze structuur is niet helemaal gelijk aan, maar toch sterk verwant aan ons waardenkader, dat in de voorgaande paragrafen is beschreven.

Op basis van het Performantierapport van 2019 (Devos et al., 2019), aangevuld met de specifieke rapporten over "equity" (Bouckaert et al., 2020) en duurzaamheid (Lefèvre & Gerkens, 2021), kunnen we de volgende domeinen beschouwen als zeer problematisch in België:

### PREVENTIE

De indicatoren voor preventieve zorg in België zijn verontrustend. Het KCE rapport (2019) omvat drie categorieën van indicatoren om te beoordelen of preventieactiviteiten doeltreffend zijn: indicatoren voor vaccinatie, voor kankerscreening en voor mondgezondheid. Een voorbeeld van suboptimale preventie is dat van de borstkankerscreening bij doelgroepen. Het percentage gescreende vrouwen in de aanbevolen leeftijdsgroep van 50 tot 69 jaar bedroeg in 2016 iets meer dan 61% (en is lager bij socio-economisch meer kwetsbare vrouwen), terwijl een totale dekking van 75% wordt beschouwd als de drempel om een aanvaardbare kosteneffectiviteit te bereiken (GezondBelgië). Voor borstkankerscreening is er zowel een lage participatiegraad aan georganiseerde screeningprogramma's als een oververtegenwoordiging van leeftijdsgroepen die niet tot de doelgroep behoren (Devos et al., 2019). Preventie moet een deel worden van geïntegreerde en doelgerichte zorg, wat we verder zullen behandelen in hoofdstuk 8 van dit rapport.

### GEESTELIJKE GEZONDHEID

Het Performantierapport bevat 11 indicatoren met betrekking tot geestelijke gezondheid in België. Het gaat zowel om outputindicatoren (bv. zelfmoordcijfers) als om procesindicatoren, met name toegankelijkheid van de zorg, kwaliteit en continuïteit van de zorg. Het verslag wijst op grote uitdagingen: "Hoewel bepaalde indicatoren een verbetering tonen, blijven de resultaten voor de geestelijke gezondheids- en gezondheidszorgindicatoren alarmerend. De voorbije hervormingen zijn (nog) niet voldoende zichtbaar en de zelfdodingscijfers blijven hoog. Bovendien blijft performantiemonitoring in dit domein een uitdaging omdat men met de gegevenssystemen het volledige zorgtraject van patiënten (met inbegrip van de ambulante zorg) niet voldoende kan opvolgen" (Devos et al., 2019).

Bijzondere aandachtspunten zijn het hoge zelfmoordcijfer in België, vooral in vergelijking met het Europese gemiddelde (15,8 per 10.000 inwoners in 2015, tegenover 10,2 voor het gemiddelde van de EU-11 in hetzelfde jaar); de wachttijden voor een eerste contact in ambulante settings (bijna de helft van de patiënten moet een maand of langer wachten op een eerste contact); en het gebruik van antidepressiva (79 voorgeschreven DDD (standaard dagdoseringen) per 1000 inwoners per dag in 2016, tegenover slechts 42 in 2002) (GezondBelgië).

De uitdagingen in de geestelijke gezondheidszorg komen meer uitgebreid aan bod in hoofdstuk 7.

### SOCIALE EN FINANCIËLE ONGELIJKHEDEN BIJ DE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG

In 2020 publiceerde het KCE een verslag over de "*equity*" van het Belgische gezondheidssysteem. Dat concept van *equity* is nauw verbonden met de toegankelijkheid van de zorg, d.w.z. het gemak (fysiek, financieel, geografisch) waarmee verschillende mensen met verschillende noden toegang krijgen tot de zorg (GezondBelgië).

Er is een sterk verband tussen de socio-economische situatie van een persoon en zijn of haar gezondheid: mensen met een lager socio-economisch profiel zijn over het algemeen minder gezond dan mensen met een hoger socio-economisch profiel (Bouckaert et al., 2020). De levensverwachting van de laagst opgeleide mannen en vrouwen is vijf jaar korter dan die van de hoogst opgeleide. Deze kloof is een van de grootste in West-Europa (OECD & EOHSP, 2019). Ze heeft weliswaar niet enkel met de toegang tot de gezondheidszorg te maken, maar verbeterde toegang kan wel bijdragen tot het gedeeltelijk dichten ervan.

In België blijkt een zeer grote meerderheid van de bevolking (naar schatting 99%) gedekt te zijn door de publieke ziekteverzekering. Dan blijven de vragen waarom niet iedereen onder het stelsel valt, en in hoeverre het bestaande stelsel voldoende bescherming biedt. Binnen dit systeem constateren we grote socio-economische ongelijkheden.

De financiële situatie is hierbij een van de belangrijkste verklarende factoren. De kloof in onvervulde medische behoeften tussen het armste en het rijkste inkomenskwintiel is de grootste van alle westelijke EU-landen en ligt boven het EU-gemiddelde (OECD & EOHSP, 2019). Deze tendens is bijzonder sterk voor bepaalde soorten zorg, waaronder preventieve tandzorg en consultaties van specialisten in het algemeen. Het aantal mensen in de laagste inkomensgroepen die zorg uitstellen om financiële redenen is gedurende de laatste jaren toegenomen. Het gaat dan vooral om mensen met een armoederisico of die al in een situatie van materiële deprivatie verkeren: in de cijfers van 2016 gaf 26% van de huishoudens in een situatie van materiële deprivatie aan dat zij te maken hadden met onvervulde medische behoeften, voor tandzorg bedroeg dat aandeel zelfs 32% (Bouckaert et al., 2020). Het lijkt erop dat de stijging van de eigen betalingen, en met name van de supplementen, een van de belangrijkste verklaringen vormt.

Wat het uitstellen of afzien van zorg betreft, lijkt met name de tandzorg in België een probleem te vormen. Een groot aantal mondbehandelingen wordt niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering (bv. het plaatsen van vaste prothesen, het merendeel van de parodontale behandelingen, tandheelkundige implantaten, orthodontie bij volwassenen, enz.). In 2017 werd amper 38,6% van de kosten voor tandzorg gedekt door de verplichte verzekering. Toepassing van het meest recente akkoord tandartsen-ziekenfondsen zal die situatie wellicht verbeteren. Uit de gegevens van de Huishoudbudgetenquête van 2018 bleek ook dat de catastrofale bijdragen van huishoudens in inkomenskwintiel 3 tot 5 voornamelijk verband houden met uitgaven voor brillen, tandzorg, ziekenhuisopname, specialistische zorg en fysiotherapie. Meer in het algemeen is een aanzienlijk deel van de eigen betalingen van de Belgische bevolking bestemd voor geneesmiddelen (27%) en medische hulpmiddelen (brillen, prothesen, enz.) (14%) (Bouckaert et al., 2020).

Hoofdstuk 9 gaat verder in op de uitdagingen waarmee het Belgische systeem wordt geconfronteerd op het vlak van de financiële toegankelijkheid.

### PERCENTAGE ZORG DAT ALS "INAPPROPRIATE" WORDT BESCHOUWD

Adequaatheid van zorg kan worden gedefinieerd als "de mate waarin de gezondheidszorg een antwoord biedt op de medische noden, rekening houdend met het best beschikbare wetenschappelijke bewijs" (Devos et al., 2019). De sterkste methode om deze adequaatheid te onderzoeken is nagaan in hoeverre de medische praktijk de klinische richtlijnen volgt. Een andere vaak gebruikte maar meer indirecte methode is de analyse van de geografische verschillen in zorg. In het Performantierapport 2019 vermeldt het KCE verschillende indicatoren waarop België zorgwekkende resultaten behaalt: de follow-up van chronische patiënten, geëvalueerd voor diabetespatiënten; het voorschrijven en het verbruik van antibiotica, dat te hoog is; het slechte gebruik van medische beeldvormingstechnieken, met name het ongefundeerde gebruik van CT-scans van de lumbale wervelkolom. Er is ook een tendens om antidepressiva voor te schrijven voor een kortere duur dan de aanbevolen minimumduur (Devos et al., 2019).

### DUURZAAMHEID VAN HET SYSTEEM OP LANGE TERMIJN

De duurzaamheid van een systeem is zijn vermogen om "duurzaam gefinancierd te blijven door publieke middelen; een infrastructuur, een personeelsbestand (bv. door opleiding en training), voorzieningen en materiaal ter beschikking te stellen en te behouden; innoverend te zijn; in te spelen op nieuwe noden" (Devos et al., 2019). België heeft weliswaar een financiële houdbaarheid die vergelijkbaar is met het Europese gemiddelde, maar het aanbod van zorgverleners kan als zeer problematisch beschouwd worden. De dichtheid van artsen per hoofd van de bevolking ligt onder het EU-gemiddelde en de evolutie van het aantal verpleegkundigen moet zorgvuldig worden opgevolgd. Zorgwekkend is ook dat artsen een aanzienlijk deel van hun tijd besteden aan taken die gemakkelijk kunnen worden gedelegeerd.

Het is niet de bedoeling van dit rapport om een volledige blauwdruk voor het toekomstige beleid te formuleren. De toepassingen in het tweede deel werden wel geselecteerd met de geschetste prioriteiten in het achterhoofd. We zullen ons concentreren op de geestelijke gezondheidszorg, de ontwikkeling van geïntegreerde en doelgerichte zorg (met inbegrip van preventie) en de financiële toegankelijkheid. Bovendien is de bekommernis om "appropriate care" te voorzien een rode draad doorheen onze tekst. Het probleem van het aanbod van zorgverleners zal slechts indirect aan bod komen, onder meer omdat belangrijke beleidsinstrumenten (onderwijs en arbeidsmarkt) niet op federaal niveau liggen. We willen nochtans wel benadrukken dat het een cruciaal en acuut probleem is dat dringend moet worden aangepakt.

### f) Naar specifieke gezondheids(zorg)doelstellingen

In de drie basisvoorbeelden van deel II (geestelijke gezondheidszorg, geïntegreerde en doelgerichte zorg, toegankelijkheid) moet een rigoureuze empirische analyse leiden tot de formulering van concrete doelstellingen voor het beleid. In de gebruikelijke terminologie moeten die doelstellingen "smart" zijn: specifiek, meetbaar, bereikbaar (achievable), realistisch en gekoppeld aan een uitgewerkt tijdschema, dat evaluatie mogelijk maakt. Bij de formulering van doelstellingen kunnen verschillende niveaus onderscheiden worden.

In de eerste plaats zijn er "gezondheidsdoelstellingen". Deze terminologie is wat misleidend omdat we ze gebruiken voor alle langetermijndoelstellingen die rechtstreeks verbonden zijn met het waardenkader dat we beschreven hebben in paragraaf C: ze verwijzen dus naar na te streven resultaten in termen van gezondheid van de bevolking, rechtvaardigheid en toegankelijkheid van de zorg, welzijn van de zorgprofessionals, langetermijnhoudbaarheid en *preparedness*. Het tijdsperspectief kan hier ongeveer tien jaar zijn (we werken dat verder uit in de volgende hoofdstukken), maar ook deze doelstellingen moeten voldoende specifiek zijn en er moeten meetbare indicatoren worden geformuleerd. Bij deze brede gezondheidsdoelstellingen zal het niet gemakkelijk zijn om het overheidsbeleid achteraf te beoordelen, omdat deze uitkomsten medebepaald worden door maatschappelijke factoren die gedeeltelijk aan de controle van de beleidsmakers ontsnappen. Nog moeilijker is het om het gezondheidsbeleid in enge zin op basis van deze indicatoren te evalueren, omdat ook beslissingen in andere beleidsdomeinen grote effecten kunnen hebben en overigens vaak onmisbaar zijn om een goed resultaat te bereiken.

Op een tweede niveau kunnen aan deze gezondheidsdoelstellingen, geïnterpreteerd in de brede betekenis die we beschreven hebben, meer specifieke gezondheidszorgdoelstellingen gekoppeld worden. Het gaat dan om wenselijke wijzigingen in de organisatie van de zorg. Om die organisatiewijzigingen te realiseren moeten specifieke projecten en initiatieven worden voorgesteld. Deze zeer concrete initiatieven kunnen geïnterpreteerd worden als een derde niveau.



Ook bij de formulering van gezondheidszorgdoelstellingen en concrete initiatieven moeten specifieke en meetbare indicatoren vastgelegd worden, die toelaten om de beleidsmaatregelen te evalueren – en op basis van die evaluatie initiatieven ofwel verder te zetten en uit te bouwen, ofwel ermee te stoppen. Deze beoordeling is bij uitstek een wetenschappelijke uitdaging. De formulering van de doelstellingen is een politieke keuze, de evaluatie van de effecten van maatregelen moet berusten op grondig empirisch onderzoek. Omdat gezondheidszorgdoelstellingen en initiatieven in sterke mate beperkt blijven tot het gezondheidszorgbeleid op zich, is het minder moeilijk om hun effecten op een min of meer betrouwbare wijze in te schatten. Toch blijft dit een niet-triviale oefening, zoals we in deel I verder zullen bespreken.

- Een voorbeeld

We illustreren deze redenering met een voorbeeld. We hebben reeds vermeld dat er in België een belangrijk verschil in gezonde levensverwachting is naargelang het opleidingsniveau. In het Regeerakkoord van deze regering wordt als “gezondheidsdoelstelling” geformuleerd: “De bedoeling is om tegen 2030 de gezondheidskloof tussen mensen met het hoogste en het laagste aantal te verwachten gezonde levensjaren met minstens 25% te verkleinen” (Federale Regering, 2020). In hoofdstuk 9 wordt concreter ingegaan op toegankelijkheid van gezondheidszorg, één van de elementen die belangrijk kunnen zijn om deze doelstelling te realiseren. Dat leidt tot een scala van mogelijke gezondheidszorgdoelstellingen, bv. “De eigen betalingen voor brillen of lenzen en hoortoestellen moeten met de helft verminderen”, en concrete initiatieven, bv. “De verplichte ziekteverzekering wordt uitgebreid tot 100% voor optische en audiologische zorg, waarbij aan de sector de verplichting wordt opgelegd om voldoende producten (bv. brilmonturen, brilglazen, hoortoestellen) aan te bieden aan een vastgelegde maximumprijs”. Om de indicator “eigen betalingen voor brillen of lenzen en hoortoestellen” op te volgen moet natuurlijk de noodzakelijke informatie daarover worden verzameld. In hoofdstuk 4 stellen we voor dat er een Observatorium voor de Eigen Betalingen van de Patiënten wordt opgericht.

Het spreekt vanzelf dat beleidsmaatregelen “betaalbaar” moeten zijn om de financiële houdbaarheid van het systeem niet in gevaar te brengen. Vermits de doelstellingen slechts kunnen gerealiseerd worden en het beleid slechts kan geëvalueerd worden na een periode van minstens enkele jaren, moet het beleid rond die doelstellingen zich inschrijven in een meerjarenbegroting. Timing is belangrijk: zelfs maatregelen die op langere termijn tot besparingen kunnen leiden, kunnen op korte termijn de kosten opdrijven omdat er investeringen moeten worden gedaan. Het opvangen van dit fenomeen is precies één van de grote voordelen van het werken binnen een budgettair meerjarenkader.

Deze basisideeën zullen nu verder worden uitgewerkt in het eerste deel van ons rapport. In dat deel bespreken we de technische en procedurele aspecten van de integratie van gezondheids(zorg)doelstellingen in een meerjarenbegroting. In een tweede deel illustreren we dan de algemene principes aan de hand van een concrete toepassing op de drie vermelde domeinen: geestelijke gezondheidszorg, financiële toegankelijkheid en geïntegreerde en doelgerichte zorg.

## **DEEL I. Een meerjarenperspectief in een vernieuwde overlegstructuur**

Een toepassing van de conclusies die in hoofdstuk 2 werden aangehaald introduceert nieuwe dimensies in het begrotingsproces:

- een tijdsdimensie: er moet vertrokken worden van een langetermijnvisie, van langetermijnprojecten die moeten vertaald worden in concrete acties via een jaarlijkse lijst van innovatieve projecten.
- een globale dimensie, gericht op de populatie en op de patiënt: de verschillende actoren, zorgverstrekkers, zorgorganisaties en –voorzieningen, ziekenfondsen, medebeheerders en financiers van het systeem zullen moeten vertrekken van globale gezondheids- en gezondheidszorgdoelstellingen, die dan moeten geconfronteerd worden met de bestaande organisatie van het systeem en met de huidige structuur van het aanbod.
- een transversale dimensie: wanneer men algemene doelstellingen wil bereiken, is een gecoördineerde, geïntegreerde en transversale benadering noodzakelijk. Men moet daarbij het traditionele competentiedomein van de individuele akkoorden- en overeenkomstencommissies overstijgen.

In hoofdstuk 3 werken we deze principes verder uit, los van de bestaande overlegstructuur. Deze principes zijn immers algemeen toepasbaar in om het even welk gezondheidssysteem. In hoofdstuk 4 zullen we dieper ingaan op de vraag hoe deze principes kunnen geïntegreerd worden in de Belgische besluitvorming, meer bepaald welke hervormingen in de Belgische overlegstructuur daarvoor noodzakelijk zijn. Hoofdstuk 5 bespreekt de moeilijkheden (en mogelijkheden) om uitgavenprojecties te maken in de Belgische setting. We kunnen natuurlijk niet voorbijgaan aan het feit dat de COVID-19-pandemie de omgeving waarbinnen prognoses moeten gemaakt worden, zeer onzeker maakt. Hoofdstuk 6 is specifiek aan deze bijkomende uitdaging gewijd.

### 3. Een meerjarenbegroting met gezondheidsdoelstellingen

#### a) Analyse van de huidige situatie

Het huidige proces van begrotingsopmaak in België heeft enkele grote voordelen. Door de sterke integratie van technische ramingen en auditrapporten in het proces van besluitvorming, wordt de evolutie van de uitgaven van dichtbij opgevolgd. Bovendien sensibiliseert het bestaande overlegmodel met de participatie van belangrijke spelers in de besluitvorming, al die spelers ook om de contouren van het budget te respecteren. Die sterke punten zouden ook na een hervorming bewaard moeten blijven.

Maar een hervorming is echt wel noodzakelijk, omdat het huidige overlegsysteem geen afdoende antwoord biedt op de grote uitdagingen die in het vorige hoofdstuk werden vermeld. De meest belangrijke tekortkomingen zijn de volgende:

- Er zijn geen expliciet gedefinieerde gezondheids- en gezondheidszorgdoelstellingen. De “nieuwe” initiatieven worden vaak op een ad hoc manier geformuleerd, eerder op een reactieve dan op een proactieve wijze. Er is wel een brede consensus over de noodzaak om de uitgaven onder controle te houden, maar weinig strategische reflectie over breed gedragen doelstellingen. Daardoor is het moeilijk om het beleid in een duidelijke richting te sturen.
- Deze nieuwe “initiatieven” zijn vooral geïnspireerd door individuele akkoorden- en overeenkomstencommissies. Ze blijven daardoor vaak beperkt tot de eigen “silo” en er is weinig ruimte (of belangstelling) voor transversale initiatieven. Om doelstellingen te bereiken is het echter noodzakelijk dat initiatieven in verschillende sectoren op elkaar afgestemd worden.
- In dit verband is het opvallend dat er op dit ogenblik afzonderlijke beslissingsprocedures bestaan voor belangrijke items zoals het geneesmiddelenbudget en de financiering van de ziekenhuizen. Gegeven de samenhang tussen de verschillende componenten van de begroting, moeten ook deze domeinen in de globale besluitvorming worden geïntegreerd.
- Er wordt gewerkt met jaarlijkse begrotingen, en meestal ontbreekt een meerjarenperspectief. Daardoor wordt het verschil tussen one-shot en “permanente” interventies (met de daarbij horende gedragsveranderingen) onvoldoende onderkend. In sommige gevallen zijn tijdelijke investeringen noodzakelijk om achteraf zorg van betere kwaliteit of meer efficiënte zorg te realiseren. Een klassiek voorbeeld is een shift van ziekenhuis- naar ambulante zorg, die onmiddellijk investeringen vereist in de ambulante sector zonder dat er op korte termijn kostenverlagingen zijn in de ziekenhuizen. Dergelijke initiatieven kunnen slechts in een meerjarenperspectief worden geëvalueerd.
- Er is onvoldoende aandacht voor een ex post evaluatie van nieuwe initiatieven. Hebben ze werkelijk de voorziene kwaliteitsverbeteringen of kostenverminderingen teweeg gebracht? Indien de resultaten ontgoochelend zijn, moet het initiatief dan niet opgegeven worden?

De algemene lijnen van deze diagnose worden door het Verzekeringscomité en de Algemene Raad gedeeld en er is beslist om te evolueren in de richting van een meerjarenbegroting met doelstellingen. Deze ambitie is ook ingeschreven in het regeringsprogramma. Bij de begrotingsopmaak van 2021 (begroting 2022) werden de eerste stappen in een nieuwe richting gezet door een brede bevraging van vele stakeholders over wenselijke doelstellingen en initiatieven. Dit resulteerde in de opname van een reeks van concrete transversale initiatieven in de begroting van 2022. In het voorlopige Intermediaire Rapport werd ook een eerste schets gegeven van een mogelijke structuurhervorming. We schetsen in dit hoofdstuk een mogelijkeweg om in deze richting verder te gaan.

### b) [Van gezondheidsdoelstellingen naar gezondheidszorgdoelstellingen en concrete initiatieven](#)

In het vorige hoofdstuk werd reeds een eerste ruwe beschrijving gegeven van de hiërarchische en getrapte benadering waarbij van meer algemene doelstellingen die op langere termijn gerealiseerd kunnen worden, overgegaan wordt naar meer specifieke en concrete initiatieven die onmiddellijk kunnen in gang worden gezet.

- Gezondheidsdoelstellingen

Op het hoogste en meest abstracte niveau worden gezondheidsdoelstellingen geformuleerd. We gebruiken de term "gezondheidsdoelstellingen", maar eigenlijk kunnen deze langetermijndoelstellingen slaan op alle dimensies van de *Quintuple Aims* (gezondheid van de bevolking, zorgkwaliteit, rechtvaardigheid en toegankelijkheid, welzijn van de zorgprofessionals met daaraan toegevoegd kosteneffectiviteit en langetermijnhoudbaarheid). Op dit niveau is het tijdsperspectief ongeveer tien jaar. Het nastreven van deze brede doelstellingen vereist ook gecoördineerde inspanningen en beleidsmaatregelen buiten de sector van de gezondheidszorg, omdat deze uitkomsten medebepaald worden door maatschappelijke factoren die de gezondheidszorg overstijgen. Voor de hand liggende voorbeelden zijn de andere sectoren van de sociale zekerheid, maar ook het onderwijs-, tewerkstellings-, huisvestings- en milieubeleid.

- Gezondheidszorgdoelstellingen

Het feit dat gezondheidsdoelstellingen nopen tot een visie van "*health in all policies*" belet niet dat de gezondheidszorg zelf natuurlijk ook een essentiële bijdrage moet leveren. Dat kan vertaald worden, op een tweede niveau, in gezondheidszorgdoelstellingen, waarbij meer rechtstreeks wordt ingezoomd op het zorgsysteem zelf en op wenselijke wijzigingen en vernieuwingen van dat systeem. Hier zou het tijdsperspectief bv. de lengte van de legislatuur kunnen zijn. Het spreekt vanzelf dat onderzoek en reflectie noodzakelijk zijn om de zorgdoelstellingen te verbinden met de gezondheidsdoelstellingen.

- Concrete initiatieven

Een derde niveau is dat van de specifieke initiatieven en concrete beleidsmaatregelen. Voor elk van die specifieke initiatieven wordt toegelicht op welke wijze ze kunnen bijdragen tot het realiseren van de vooropgestelde gezondheidszorgdoelstellingen. Concrete maatregelen kunnen op relatief korte termijn geëvalueerd worden (enkele jaren), maar het tijdspectief voor deze evaluatie kan wel variëren: zoals reeds vermeld, zullen sommige maatregelen pas na een voldoende lange periode effecten hebben. Bovendien zal het een tijd duren vooraleer de verstrekkers en de patiënten zich op de nieuwe maatregelen hebben ingesteld en kunnen daarom in latere jaren bijkomende gevolgen zichtbaar worden. Een ex post evaluatie van deze initiatieven is noodzakelijk: wanneer ze niet het beoogde effect opleveren, of uiteindelijk veel duurder uitvallen dan geraamd, moeten ze worden aangepast of stopgezet. De raming van de effecten van de maatregelen is een empirisch-wetenschappelijke vraag.

Binnen de gezondheidszorgdoelstellingen en concrete initiatieven kunnen twee soorten onderscheiden worden. De eerste groep wordt gevormd door de zorgdoelstellingen en beleidsmaatregelen die gelinkt zijn aan de gezondheidsdoelstellingen, los van kosteneffectiviteit. De introductie van deze groep is de belangrijkste vernieuwing en we zullen daar dan ook het meeste aandacht aan besteden. Een tweede groep zijn initiatieven die als bedoeling hebben om de kosteneffectiviteit van het systeem te verbeteren. In de context van dit project wordt er gesproken over initiatieven van “appropriate care” (zie ook het Intermediair Rapport: RIZIV, 2021a). Zoals we verder zullen zien, kunnen die ervoor zorgen dat de budgettaire ruimte voor nieuwe gezondheidsinitiatieven wordt vergroot. Ze zullen nochtans niet enkel een budgettaire impact hebben, maar kunnen ook (soms onverwachte en ongewenste) gevolgen hebben voor de uitkomsten. Bij de evaluatie van deze maatregelen mogen deze mogelijke gezondheidseffecten dan ook niet verwaarloosd worden.

- Indicatoren

Om het beleid te sturen moeten aan elk van deze doelstellingen/initiatieven duidelijke indicatoren gekoppeld worden, die later kunnen gebruikt worden om te onderzoeken of de beoogde doelstellingen bereikt worden. Deze indicatoren moeten overigens gedurende het hele traject (met een duur die varieert naargelang het niveau) worden opgevolgd zodat het beleid indien nodig tussentijds kan bijgestuurd worden. We hebben reeds vermeld dat die doelstellingen *smart* moeten zijn: specifiek, meetbaar, bereikbaar (*achievable*), realistisch en gekoppeld aan een uitgewerkt tijdschema, dat evaluatie mogelijk maakt. De formulering van die doelstellingen is niet altijd eenvoudig. In het tweede deel van dit rapport zullen we de algemene denkwijze illustreren voor drie domeinen: toegankelijkheid, geïntegreerde en doelgerichte zorg en geestelijke gezondheidszorg.

Wanneer beleidskeuzes moeten gemaakt worden en prioriteiten moeten vastgelegd worden zou het wenselijk zijn dat op het hogere niveau van abstractie gestreefd wordt naar een homogene set van indicatoren, waarop alle maatregelen kunnen worden vergeleken (bv. aantal levensjaren in goede gezondheid, aantal dalys (disability adjusted life years, een maatstaf van de last van ziekte voor de samenleving waarbij rekening gehouden wordt met levenskwaliteit), vermindering van de socio-economische ongelijkheid in gezondheid). In sommige gevallen is er op dit hoge abstractieniveau voldoende informatie beschikbaar om afwegingen te maken. Men kan bv. redelijk goed inschatten welke effecten een vermindering van het tabaksgebruik heeft op de hoeveelheid kankerpatiënten en vervolgens op de arbeidsongeschiktheid. Men kan zelfs een ruwe schatting maken van de netto-effect op de kosten in de zorg (het resultaat van verminderde behandelingskosten voor kanker en meer uitgaven als gevolg van gewonnen levensjaren). Men zou dan deze effecten kunnen vergelijken met bv. de gevolgen van een stabilisering van het aantal personen met diabetes. Deze en gelijkaardige theoretische simulaties kunnen nuttige informatie geven over de potentiële baten (minder uitgaven en meer levensjaren) van verschillende doelstellingen en helpen om in te schatten welke doelstellingen prioritair zouden moeten zijn.

In sommige gevallen is het zelfs mogelijk om in deze oefening rekening te houden met de probabiliteiten van verschillende uitkomsten.

Dergelijke brede berekeningen zullen echter onvermijdelijk belangrijke aspecten van de werkelijkheid buiten beschouwing laten. Bovendien houden deze generieke maatstaven niet altijd voldoende rekening met meer specifieke kenmerken van de situatie, maken ze soms niet algemeen aanvaarde methodologische keuzes (bv. de meting van levenskwaliteit in de dalys) en zijn ze bovendien op dit ogenblik niet standaard beschikbaar voor de evaluatie van specifieke initiatieven. Op langere termijn kan gedacht worden over de selectie en verzameling van een reeks van algemene generieke indicatoren, op korte termijn is het realistischer (en misschien zelfs wenselijker) om met meer specifieke maatstaven te werken.

Evaluatie via indicatoren is belangrijk. Tegelijkertijd echter moet benadrukt worden dat een indicator op zichzelf geen "doelstelling" vormt. Elke indicator zal slechts een deel van de werkelijkheid capteren en kan dus enkel gezien worden als een leidraad bij het evaluatieproces, die steeds binnen de bredere context moet geïnterpreteerd worden.

- Effecten buiten de gezondheidszorg

In een ideale wereld zouden ook de effecten buiten de gezondheidszorg in de analyse moeten betrokken worden: een meer gezonde bevolking of een beter georganiseerd systeem van gezondheidszorg zullen immers ook terugkoppelingseffecten hebben naar andere maatschappelijke domeinen. Een investering in het mentale welzijn van zorgverstrekkers zal bijvoorbeeld niet alleen een positief effect hebben op de geleverde zorgkwaliteit, maar waarschijnlijk ook op de ziekte-uitkering en dus de productiviteit. Investeren in tandzorg van socio-economisch achtergestelde groepen zal zich op termijn vertalen in hun kansen op de arbeidsmarkt en dus op werkloosheidsuitkeringen. Waar mogelijk, zouden deze effecten minstens op een kwalitatieve wijze moeten mee in rekening gebracht worden bij de besluitvorming.

### c) Ex ante inschatting van budgettaire effecten

Voor elk van de concrete initiatieven moeten de budgettaire effecten ingeschat worden en moet aangeduid worden hoe ze kunnen worden ingepast in een meerjarenbegroting. Bij het opstellen van een meerjarenbegroting kunnen verschillende stappen onderscheiden worden. In de eerste plaats moet een schatting gemaakt worden van de ruimte die binnen het budget beschikbaar is voor nieuwe initiatieven. Daartoe moet het verloop van de uitgaven bij ongewijzigd beleid geraamd worden. Vervolgens moet de budgettaire impact van de verschillende individuele initiatieven zo goed mogelijk voorspeld worden.

#### BUSINESS AS USUAL SCENARIO: INSCHATTING VAN DE BUDGETTAIRE RUIMTE

Wanneer we uitgaan van de idee dat het beleid werkt met een groeicnorm wordt de budgettaire ruimte voor nieuwe initiatieven in het kader van gezondheidsdoelstellingen door twee factoren bepaald:

1. Een eerste element is de voorspelling van de gezondheidszorguitgaven bij ongewijzigd beleid. In het kader van een meerjarenbegroting kan hiervoor gedacht worden aan een termijn van 5 jaar, wat samenvalt met de lengte van de legislatuur. Deze periode is te lang om te kunnen vertrouwen op een methode waarbij de trends van het verleden gewoon doorgetrokken worden. Er moet ook rekening gehouden worden met wijzigingen in de omvang en (vooral) de samenstelling van de bevolking, de introductie van medische innovaties en de evoluties van het aanbod en van de lonen. Technisch is dit niet evident. We zullen in hoofdstuk 5 dieper ingaan op de instrumenten die daarvoor in de Belgische context beschikbaar zijn en wijzen op (a) de complementariteit tussen de technische ramingen van RIZIV en het gebruik van het projectiemodel PROMES van het Federaal Planbureau; (b) de noodzaak om dat instrumentarium verder uit te bouwen.
2. Een tweede element wordt gevormd door de hoger vermelde concrete initiatieven om de kosteneffectiviteit van het zorgsysteem te verbeteren. Wanneer deze initiatieven tot efficiëntiewinsten leiden, kan de geschatte budgettaire ruimte voor nieuwe initiatieven vergroten. We komen in de volgende paragraaf terug op de schatting van de budgettaire ruimte voor nieuwe initiatieven.

Het resultaat van deze oefening (vergelijking van groeicnorm met geraamde uitgaven bij ongewijzigd beleid, rekening houdend met nieuwe initiatieven “appropriate care”) is een inschatting van de budgettaire ruimte, beschikbaar voor nieuwe initiatieven over een termijn van 5 jaar. Het feit dat er met een termijn van 5 jaar gewerkt wordt, betekent natuurlijk niet dat de initiële schattingen in steen gebeiteld zijn. De projecties zullen nooit perfect zijn, en er kunnen zich ook onverwachte schokken voordoen. Het gaat hier dus om een dynamisch proces, waarbij de projecties van de budgettaire ruimte elk jaar geüpdatet worden, maar waarbij tegelijkertijd elke update wel opnieuw een langetermijnperspectief inneemt.

### BUDGETTAIRE IMPACT VAN INITIATIEVEN

Voor de verschillende initiatieven wordt een budgettaire evaluatie gemaakt. Binnen deze evaluatie kunnen verschillende dimensies onderscheiden worden. In deze sectie schetsen we een “ideaalbeeld” van welke informatie er in een wereld zonder databeperkingen beschikbaar zou moeten zijn. Het is natuurlijk evident dat dit in de praktijk niet haalbaar is. De belangrijkste vragen rond de haalbaarheid van deze berekeningen komen in hoofdstuk 5 aan bod.

- Heeft de maatregel een eenmalige/tijdelijke dan wel een structurele budgettaire impact? Wanneer het gaat om een structurele maatregel moeten de effecten ook over verschillende jaren worden geschat en moet er vanzelfsprekend rekening mee gehouden worden bij de bepaling van de toekomstige budgettaire ruimte. Een speciaal en belangrijk voorbeeld van een structureel effect is dat van een maatregel die een initiële investering vergt en zich pas in een later stadium zal vertalen in efficiëntiewinsten.
- Wat uiteindelijk van belang is voor de meerjarenbegroting is de nettokost voor de ziekteverzekering in haar geheel. Dat betekent dat rekening moet gehouden worden met spill-overs van maatregelen in één sector op andere sectoren. Voor de overlegstructuur (zie het volgend hoofdstuk) is het echter ook van belang de effecten op de verschillende sectoren apart te kennen.
- Zoals bij de inschatting van de budgettaire ruimte, is het ook voor de projecties van de kosten van initiatieven op langere termijn niet voldoende om gewoon een initiële kost/opbrengst door te trekken over de vooropgestelde periode. Dynamische factoren zoals demografie, socio-economische context, morbiditeit en zorgaanbod moeten mee in rekening gebracht worden. Essentieel hierbij is de voorspelling van mogelijke gedragsveranderingen van verstrekkers, burgers en patiënten. Deze kunnen gewenste effecten versterken, maar het is net zo goed mogelijk dat de initiële efficiëntiewinst van een maatregel later in de tijd een rebound heeft (bv. het verminderen van een sleutelletterwaarde in de toepassing van de nomenclatuur kan net een prikkel vormen om dit via grotere volumes goed te maken). In principe dient bij de schatting van de budgettaire effecten van individuele maatregelen over een langere periode dus met allerlei dynamische impactfactoren rekening te worden gehouden. Dit zal vaak onmogelijk zijn. Wanneer men zich noodgedwongen dient te beperken tot een statische schatting, moeten de mogelijke beperkingen daarvan kwalitatief worden toegelicht, zodat die beperkingen in de besluitvorming kunnen meegenomen worden.
- Wanneer verschillende maatregelen tegelijkertijd worden ingevoerd, kan het misleidend zijn om voor elk ervan apart de effecten te berekenen, omdat die effecten niet altijd onafhankelijk zullen zijn van elkaar. Er moet steeds rekening gehouden worden met mogelijke interactie-effecten tussen de verschillende voorgestelde maatregelen. Het gevaar om dit uit het oog te verliezen is vooral groot wanneer die maatregelen in verschillende sectoren worden genomen.



- Het zal ondertussen wel duidelijk geworden zijn dat, terwijl in sommige situaties de budgettaire impact van een maatregel vrij eenvoudig op een robuuste manier kan geschat worden (bv. voor een lineaire prijsdaling van geneesmiddelen), in andere gevallen de inschatting veel subtieler zal zijn (denk bijvoorbeeld aan de invoering van de definitie “goedkoopst voorschrijven” die veeleer mikt op een positieve marktdynamiek op de off-patent markt). Inschattingen van de budgettaire impact van specifieke initiatieven zullen dan ook met een verschillende mate van onzekerheid gebeuren. Het is aangewezen om die mate van onzekerheid zeker kwalitatief te duiden, en indien mogelijk ook een kwantitatieve indicatie ervan te geven, bijvoorbeeld bij middel van een betrouwbaarheidsinterval met een onder- en bovengrens.
- Tenslotte rijst de vraag in welke mate budgettaire effecten die zich buiten de ZIV-perimeter (zouden kunnen) realiseren, meegenomen dienen te worden in de evaluatie, en of een kwalitatieve appreciatie in dat geval volstaat of ook een kwantitatieve is gewenst. We hebben hierboven reeds voorbeelden gegeven van dergelijke effecten, die passen in een benadering van “*health in all policies*”. Inschatting van de gevolgen voor het globale overheidsbudget is niet triviaal en wellicht moeten deze effecten vooral kwalitatief worden toegelicht, zodat ze in de toekomst mee kunnen genomen worden in het overleg over de doelstellingen. Bij het opstellen van de meerjarenbegroting van de gezondheidszorg moet men zich enkel richten op de sector van de ziekteverzekering zelf.

In het ideale geval zou men uiteindelijk voor elk initiatief het tijdspad van de budgettaire effecten over de volgende vijf jaren moeten ramen met (a) naast het globale effect ook een uitsplitsing over de verschillende sectoren; (b) een indicatie van de beperkingen van de raming en van de mate van onzekerheid (idealiter met een boven- en een ondergrens); (c) een kwalitatieve beoordeling van de mogelijke budgettaire gevolgen buiten de sector van de gezondheidszorg.

#### d) Prioritering

Wanneer een lijst van initiatieven met hun verwachte effecten en hun budgettaire inschatting is gemaakt, moeten de prioriteiten vastgelegd worden. Hierbij moeten de budgettaire effecten van de verschillende concrete initiatieven in de geschatte budgettaire ruimte worden ingepast. Dit is een politieke en ethische keuze die binnen de bestaande of aangepaste daartoe geëigende organen moet worden genomen. De gekozen initiatieven kunnen ofwel aan een individuele commissie worden toegewezen, of opgenomen worden in een transversale lijn, die in de vernieuwde overlegstructuur voorzien wordt. Deze procedurele elementen worden verder uitgewerkt in hoofdstuk 4.

Wanneer het de bedoeling is om ook geïntegreerde zorg te bevorderen (een uitdaging die sterk aan bod kwam in hoofdstuk 2 en verder zal uitgewerkt worden in hoofdstuk 8), zou kunnen overwogen worden om experimentele initiatieven met een belangrijke component van interprofessionele samenwerking te stimuleren, bv. door voor dit soort van initiatieven in het globale budget startfinanciering (*seed money*) te voorzien. Het spreekt natuurlijk vanzelf dat ook deze initiatieven daarna aan een ernstige ex post evaluatie moeten worden onderworpen.

### e) Ex post evaluatie van initiatieven en bijsturing van beleid

Zoals hierboven reeds benadrukt moeten concrete initiatieven op regelmatige basis geëvalueerd worden, op de twee dimensies: uitkomsten en kosten. Die regelmatige evaluatie heeft twee belangrijke doelstellingen. In de eerste plaats is ze noodzakelijk om het beleid indien nodig bij te sturen. Dat is het directe effect. Er is echter ook een belangrijk indirect effect: de vergelijking van de projecties met de realisaties (zowel wat betreft de effecten op de uitkomsten als wat betreft de budgettaire impact) levert ook essentiële inzichten op in de werking van het systeem van gezondheidszorg. Die verworven inzichten kunnen helpen om de projecties in de toekomst te verfijnen.

#### EVALUATIE VAN EFFECTEN EN BUDGETTAIRE IMPACT

De resultaten van de maatregelen op de vooropgestelde uitkomstenindicatoren moeten afgetoetst worden tegenover de aanvankelijk geformuleerde doelstellingen. Dit vereist dat informatie over de evolutie van deze indicatoren op regelmatige basis wordt ingezameld en geëvalueerd. Op dezelfde wijze moet ook de werkelijke (ex post) kost van de verschillende initiatieven regelmatig geëvalueerd worden en vergeleken worden met de initiële projecties.

Bij deze oefening mogen ook de initiatieven in het kader van “appropriate care” niet verwaarloosd worden. Ook voor deze initiatieven moet de budgettaire impact worden nagegaan en er mag ook niet vergeten worden dat ze (gewenste of ongewenste) effecten op de uitkomsten kunnen hebben.

De inschatting van deze effecten is minder evident dan het op het eerste gezicht kan lijken en vereist een grondige wetenschappelijke evaluatie. Het is immers niet voldoende om de uitgaven of resultaten voor een bepaalde indicator te vergelijken in de periode voor en na de invoering van de maatregel. Ook zonder de maatregel zouden er immers wijzigingen in uitkomsten of uitgaven geweest zijn (we hebben hoger enkele voorbeelden gegeven van mogelijke invloeden in dat verband). Bij de evaluatie van beleidsinitiatieven moet geprobeerd worden om de reële uitkomsten te vergelijken met de “counterfactual” van wat de evolutie zou geweest zijn zonder de maatregel. Onverwachte schokken en exogene evoluties kunnen niet toegeschreven worden aan de maatregel. Dit onderscheid is essentieel in het kader van de incentivering van de akkoorden- en overeenkomstencommissies (zie hoofdstuk 4).

#### AFWEGING KOSTEN EN BATEN

Uiteindelijk moeten natuurlijk kosten afgewogen worden tegen baten om te beslissen of het initiatief wordt verdergezet of stopgezet. Wanneer de verwachte effecten van de maatregel niet bereikt worden, of wanneer de werkelijke kosten hoger uitvallen dan het oorspronkelijk ingeschatte bedrag, moet de maatregel heroverwogen worden. Deze ex post evaluatie zou op een regelmatige en gestructureerde wijze in het proces van besluitvorming moeten worden ingebouwd.

## 4. Een aangepaste overlegstructuur

In dit hoofdstuk bespreken we hoe de algemene principes die voorgesteld werden in hoofdstuk 3 binnen de overlegstructuur van RIZIV zouden kunnen geïmplementeerd worden. Op welke wijze kunnen gezondheidsdoelstellingen en gezondheidszorgdoelstellingen geformuleerd en geëvalueerd worden? Op welke wijze kan een meerjarige begrotingsplanning ingepast worden in de praktijk van jaarlijkse begrotingen?

We stellen een samenhangend pakket van hervormingen aan de bestaande structuur voor om dit alles mogelijk te maken:

- A. Een interfederale structuur voor overleg over gezondheidsdoelstellingen
- B. De oprichting van een Commissie voor de Evaluatie van de Gezondheidszorgdoelstellingen (CEGD)
- C. Aanpassing van de taken van de Commissie voor Begrotingscontrole (CBC)
- D. Nieuwe taken en verplichtingen voor de bestaande overlegorganen
- E. Een responsabiliserende begrotingsprocedure
- F. Oprichting van een Observatorium voor de Eigen Betalingen van de Patiënten

We integreren deze verschillende elementen in paragraaf G in een realistisch tijdschema. In paragraaf H tenslotte wordt de mogelijkheid gesuggereerd om een "transitiefonds" op te richten.

De huidige overlegstructuur van het RIZIV is reeds ingewikkeld en in principe zou het wenselijk zijn om het aantal commissies te verminderen. Ons voorstel gaat niet in die richting. Integendeel, we consolideren en verruimen de bevoegdheden van de recent opgerichte Transversale Overeenkomstencommissie en we voegen nog een nieuwe commissie toe: de Commissie voor de Evaluatie van de Gezondheidszorgdoelstellingen. Daarnaast denken we ook aan de oprichting van een Observatorium voor de Eigen Betalingen van de Patiënten en aan de creatie van een nieuwe Prospectieve Technische Cel. We bouwen de ideeën van transversaliteit, gezondheids(zorg)doelstellingen en meerjarenplanning dus in in de bestaande overlegstructuur. Dat betekent echter niet dat er in de toekomst niet moet gestreefd worden naar een vereenvoudiging van die overlegstructuur. Dergelijke vereenvoudigingen kunnen gemakkelijk verzoend worden met de procedurehervorming die in dit hoofdstuk wordt voorgesteld.

a) Een interfederale structuur voor overleg over gezondheidsdoelstellingen

Zoals in de vorige hoofdstukken werd benadrukt, vereist het nastreven van gezondheidsdoelstellingen op lange termijn de uitvoering van een set van beleidsmaatregelen op verschillende domeinen: huisvesting, voeding, onderwijs, werkgelegenheid, socio-economische ongelijkheden, milieu, ruimtelijke ordening, sociale cohesie ... en gezondheidszorg. Om een resultaat op lange termijn te bereiken, moeten deze beleidslijnen convergeren en op elkaar afgestemd worden. Binnen de huidige bevoegdheidsverdeling impliceert dit noodzakelijkerwijs dat alle institutionele entiteiten het eens zijn over de gezondheidsdoelstellingen. Zodra er een consensus is bereikt over de gezondheidsdoelstellingen en indicatoren, kunnen de verschillende entiteiten, elk binnen het kader van hun eigen bevoegdheden, afspraken maken over de uitvoering van relevante beleidsmaatregelen, projecten of acties. Deze besluitvormingsprocedure is volledig analoog aan wat op Europees niveau de "open coördinatiemethode" (OCM) wordt genoemd.

Het *bepalen en vaststellen van gezondheidsdoelstellingen* is de eerste stap in de ontwikkeling van een gezondheidsbeleid op lange termijn. We hebben eerder vermeld dat deze moeten ingepast worden in een langetermijnvisie, en bv. voor een periode van ongeveer tien jaar. Regelmatige updating is echter noodzakelijk en het is evident dat dit gebeurt aan het begin van een nieuwe legislatuur (d.w.z. in principe eens om de vijf jaar). De voortgang van concrete projecten en acties moet natuurlijk op een meer regelmatige basis, bv. jaarlijks, worden geëvalueerd.

Steun voor en communicatie over deze gezondheidsdoelstellingen zijn van essentieel belang. De methode en het proces voor het vaststellen van deze doelstellingen zijn daarom even belangrijk als de inhoud zelf van de doelstellingen. We denken daarom dat de gezondheidsdoelstellingen uiteindelijk binnen de verschillende parlementen zouden moeten worden besproken en vastgelegd. Door het Parlement en de burgers te betrekken bij de keuze van de gezondheidsdoelstellingen, zou het mogelijk zijn lacunes ervan aan de oppervlakte te brengen, steun op te bouwen voor de doelstellingen en de bevolking erom te mobiliseren. We stellen voor dat de globale, interfederale en intersectoriële methode – bv. op initiatief van de Federale Overheid en/of van een van de deelstaten – op het Overlegcomité vastgelegd wordt. Een brede bevolkingsbevraging zou moeten worden gevolgd door debatten in de verschillende parlementen. Uiteindelijk zou de definitieve beslissing genomen worden in het Federale Parlement. De duur van dit proces zou zich maximaal over 6 maanden mogen spreiden.

In een tweede fase, en op basis van deze democratische inbreng, zouden de politieke leiders moeten streven naar een consensus over de gezondheidsdoelstellingen per beleidsdomein (zorg, huisvesting, milieu, onderwijs, enz.) Deze taak zou kunnen worden toevertrouwd aan de betrokken *Interministeriële Conferenties (IMC)*, samengesteld uit leden van de federale regering en de verantwoordelijken van de gemeenschappen en gewesten. De *IMC Volksgezondheid* zou leiding geven aan deze gesprekken en kunnen worden geadviseerd door een panel van deskundigen en vertegenwoordigers van de stakeholders van de gezondheidssector. De besluitvorming tijdens de COVID-19-pandemie heeft het nut en de noodzaak van dit open coördinatiesysteem aangetoond. De Hoge Gezondheidsraad fungeerde in deze constellatie als één van de wetenschappelijke adviesorganen.

Indien er binnen de IMC geen consensus kan bereikt worden over de prioritaire gezondheidsdoelstellingen, blijft elke entiteit verantwoordelijk voor het vaststellen van haar eigen prioriteiten.

### b) Oprichting van een Commissie voor de Evaluatie van de Gezondheidszorgdoelstellingen (CEGD)

Het gezondheidszorgbeleid moet uiteraard ook bijdragen tot het nastreven van gezondheidsdoelstellingen. Zoals hoger beschreven moeten gezondheidszorgdoelstellingen niet enkel in functie staan van lange-termijnobjectieven voor de gezondheid, maar in een ruimer perspectief ook tegemoet komen aan andere lange-termijnuitdagingen zoals de veranderende zorgbehoeften, het noodzakelijke aanbod en de beschikbaarheid van arbeidskrachten, de problemen van toegankelijkheid, doeltreffendheid en kwaliteit van de zorg. In de eerste helft van 2021, bij de voorbereiding van de begroting 2022, werd een open ronde georganiseerd waarin fiches met gezondheidszorgdoelstellingen en concrete projecten (ook van "appropriate care") konden worden ingediend door geïnteresseerden buiten de traditionele organen van het RIZIV. De gemiddelde kwaliteit van deze fiches was hoog, en er kwamen door deze procedure interessante nieuwe ideeën aan de oppervlakte. Het heeft zin om deze procedure op regelmatige basis te herhalen, zeker aan het begin van de legislatuur, maar desgevallend ook tussentijds. De oproep zou echter meer gestructureerd moeten zijn, en enkel verwijzen naar fiches die aansluiten bij de vastgelegde gezondheidsdoelstellingen. Naast deze inspraakronde, blijft natuurlijk ook de traditionele procedure bestaan waarbij voorstellen kunnen worden ingediend door de akkoorden- en overeenkomstencommissies.

We stellen voor dat al deze voorstellen besproken en voorbereid worden binnen een Transversale Overeenkomstencommissie (TOC) – die zelf gevormd kan worden door een ad hoc combinatie van akkoorden- en overeenkomstencommissies samengesteld op basis van de inhoud van de te bespreken transversale initiatieven (zoals beschreven in de Nota 2021/352 van het Verzekeringscomité). Bovendien moet het hele proces voortdurend geëvalueerd worden door een nieuwe commissie, de *Commissie voor de Evaluatie van de Gezondheidszorgdoelstellingen* (CEGD).

Deze CEGD zou op hetzelfde niveau staan en dezelfde bevoegdheden hebben als de huidige Commissie voor Begrotingscontrole (CBC). Het zou met andere woorden gaan om een nieuw orgaan binnen de huidige overlegstructuur voor de gezondheidszorg, dat tot taak zou hebben de voorstellen voor gezondheidszorgdoelstellingen, de voortgang en de opportuniteit ervan te evalueren, en deze adviezen voor te leggen aan het Verzekeringscomité en de Algemene Raad. Ze zou, net als de CBC, vertegenwoordigers van de verzekeraars, zorgverleners en de Regering omvatten. Bovendien zou er een specifieke post van "adviseur op het gebied van gezondheidsdoelstellingen" gecreëerd worden: deze zou het CEGD coördineren en de beraadslagingen voorzitten. Deze Commissie heeft een adviserende rol en het is mede daarom aangewezen ook een zeer ruime vertegenwoordiging van wetenschappers en andere experts te voorzien. Waar haar adviezen onmiddellijke budgettaire implicaties hebben, kan deze Commissie ondersteund worden door de Gemeenschappelijke Prospectieve Technische Cel, waarvan de werking verder in deze tekst in meer detail zal toegelicht worden.

De oprichting van de CEGD impliceert een wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, die de beheersorganen van de ziekteverzekering in België reguleert (Federale regering, 1994). Naar analogie met de CBC, zal ook dit nieuwe orgaan moeten worden gecreëerd en zullen de taken en de samenstelling ervan in de wet moeten worden vastgelegd.

### c) Aanpassing van de taken van de Commissie voor Begrotingscontrole (CBC)

De overschakeling naar een meerjarenbegroting vereist ook dat de taken van de Commissie voor Begrotingscontrole worden uitgebreid met de volgende elementen:

- opstellen en evalueren van een vijfjarenprojectie van de globale en partiële begrotingen (bij het begin van de legislatuur), met uitdrukkelijke vermelding van de hypothesen, variabelen en onbekenden binnen deze projectie. Hiervoor zal de CBC steun krijgen van een nieuw op te richten technische cel voor begrotingsprojecties, die zal resulteren uit de intensivering van de samenwerking tussen het Federaal Planbureau en de diensten van het RIZIV. We noemen deze cel voorlopig "Gemeenschappelijke Prospectieve Technische Cel", en zullen in het volgende hoofdstuk meer gedetailleerd ingaan op de rationale voor haar oprichting;
- jaarlijks de relevantie van de langetermijnprognoses evalueren met het oog op de invoering van een dynamische begrotingsplanning, waarbij nieuwe informatie over veranderende behoeften, herwaarderingsmaatregelen en exogene factoren kan worden verwerkt.

De taken en plichten van de CBC zijn omschreven in artikel 18 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, die dienovereenkomstig zal moeten worden gewijzigd.

### d) Nieuwe taken en verplichtingen voor de bestaande overlegorganen

De taken en plichten van het Verzekeringscomité en van de Algemene Raad moeten ook worden uitgebreid tot de selectie en formulering van gezondheidsdoelstellingen op lange termijn (die onder meer voortvloeien uit de mogelijke consensus die in de IMC Volksgezondheid wordt bereikt) en van doelstellingen op het gebied van de gezondheidszorg. De taken en plichten van het Verzekeringscomité en van de Algemene Raad zijn nader omschreven respectievelijk in artikel 22 en artikel 16 van de wet van 14 juli 1994, die derhalve zal moeten worden gewijzigd om de nieuwe functies te weerspiegelen.

Ten slotte dienen ook de taken en plichten van de akkoorden- en overeenkomstencommissies uitgebreid te worden met:

- een hoofdstuk over de bijdrage, participatie, steun, acties en maatregelen gerelateerd aan de gezondheids- en gezondheidszorgdoelstellingen;
- een beoordeling van de hypothesen over behoeften die gebruikt worden bij de begrotingsprojecties;
- een analyse van de discrepanties tussen de partiële begrotingsdoelstellingen en de reële uitgaven, om de oorsprong van de discrepanties en de mogelijke toewijzing ervan vast te stellen (zie verder in paragraaf E).

Het is de bedoeling dat de akkoorden- en overeenkomsten zich actief inschrijven in een benadering waarbij de begroting wordt gedacht vanuit expliciete gezondheidszorgdoelstellingen.

In dit verband zullende wetteksten die naar elk van deze commissies (de lijst daarvan is te vinden in artikel 11 en volgende van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Ziekteverzekeringwet [Federale regering, 1996]) moeten worden aangepast aan deze nieuwe taken.

### e) Een responsabiliserende begrotingsprocedure

We zullen nu beschrijven hoe deze nieuwe taken en nieuwe commissies op een coherente wijze kunnen ingeschakeld worden in een coherente responsabiliserende begrotingsprocedure. We bespreken eerst de beperkingen van het "klassieke" begrotingssysteem en stellen dan een alternatieve aanpak voor.

#### HET "KLASSIEKE" BEGROTINGSSYSTEEM EN ZIJN BEPERKINGEN

Het begrotingssysteem dat de afgelopen jaren is toegepast, is niet responsabiliserend of motiverend en blijft beperkt tot een jaarlijkse oefening om een tekort ten opzichte van de wettelijke begrotingsnorm te vermijden. Het belangrijkste criterium voor het nemen van besparingsmaatregelen of het opstarten van nieuwe initiatieven is de naleving van de wettelijke groeिनorm voor het totale RIZIV-budget, d.w.z. enkel de terugbetaalde prestaties, niet de totale gezondheidsuitgaven.

Dit wordt gedaan door het totale resultaat van de technische ramingen bij constant beleid te vergelijken met de norm. Er zijn drie mogelijke situaties:

#### *A) De globale (T+1) prognose van de technische ramingen overschrijdt de begrotingsdoelstelling*

In dit geval zijn besparingsmaatregelen noodzakelijk. Ze zullen in de eerste plaats gericht zijn op de zorgsectoren die in het eerste kwartaal hun eigen partiële begrotingsdoelstelling hebben overschreden. De andere sectoren die onder hun begrotingsdoelstelling zijn gebleven, kunnen de positieve marge van T-1 niet gebruiken, omdat anders de noodzaak om elders extra besparingsmaatregelen te nemen, zou toenemen. Overigens is het duidelijk dat er geen trekkingsrecht op deze positieve marges bestaat.

#### *B) De globale (T+1) prognose van de technische ramingen ligt dicht bij de begrotingsdoelstelling*

De technische ramingen worden dan gehandhaafd, zodat kostenbesparende maatregelen niet nodig zijn. De groeipercentages van de technische ramingen van de verschillende partiële begrotingsdoelstellingen kunnen echter sterk uiteenlopen. Zoals verder toegelicht zal worden in hoofdstuk 5, weerspiegelen zij de groeipercentages van het verleden, al dan niet met de verwezenlijking van reële besparingen door nieuwe initiatieven toe te voegen. De ontwikkelingen in het verleden komen dus uiteindelijk tot uiting in de technische ramingen en in de groeipercentages van de partiële begrotingsdoelstellingen.

*C) De globale (T+1) prognose van de technische ramingen ligt lager dan de begrotingsdoelstelling*  
Er is dus een algemene marge, maar aan wie moet die worden toegekend? In deze situatie is de verleiding groot om de risico's van overschrijdingen in bepaalde sectoren te minimaliseren door deze marge toe te kennen aan de zorgsectoren die in T-1 een overschrijding vertoonden. Dat is ook wat in de realiteit gebeurt. Indien het totale resultaat in T-1 hoe dan ook positief was, is het positieve saldo van dit jaar "verloren" voor de begroting van de gezondheidszorg, maar draagt bij tot het evenwicht van de sociale zekerheid in het algemeen.

Tussen de kennis en de analyse van de uitgaven in T-1 (rond mei van het jaar T) en het moment waarop een voorstel voor T+1 moet worden geformuleerd (september van het jaar T), ligt een zeer korte periode. Gezien de definitieve beslissing door de Algemene Raad wordt genomen in oktober van het jaar T, resten er daarna nog slechts twee maanden (november en december) om voorstellen te concretiseren die effect kunnen sorteren op T+1, en die dus in januari van het jaar T+1 van start gaan. Omwille van de vertragingen in de facturering betekent dit in feite dat er slechts mogelijke gevolgen zijn op T+1 voor maximaal 10 maanden. De enige voorstellen met een zeker effect zijn dan die van het lineaire type, zoals de verlaging of afschaffing van de indexatiemassa; de verlaging van de tussenkomst van de ziekteverzekering; de afschaffing of verlaging van de tarieven van bepaalde diensten. Maatregelen met een effect op het volume (beïnvloeding van voorschrijfgedrag, invoering van vaste prijzen) vergen discussies en meer gedetailleerde en selectieve maatregelen waarvan het effect onzeker is en tijd vereist. Meer structurele maatregelen met een effect op het aanbod en de organisatie van het aanbod (en dus van het zorgpersoneel) vergen nog meer tijd.

#### ANALYSE VAN DE UITGAVEN EN BEGROTINGEN VOOR DE PERIODE 2015-2021: ILLUSTRATIE

De analyse van de uitgaven en begrotingen voor de periode 2015-2019 illustreert de beperkingen van het huidige begrotingsproces. De globale begrotingsdoelstelling op het niveau van het RIZIV is in deze periode reëel met 1,5% per jaar toegenomen, de wettelijke norm. Ondanks dit lage groeicijfer (lager in elk geval dan de projecties van het Planbureau) sloten al deze jaren af met een positief saldo. Aan het begin van jaar T voorspelden de eerste technische ramingen een negatief eindresultaat en waren besparingsmaatregelen noodzakelijk. Deze waren hoofdzakelijk lineair in lijn met wat we hierboven hebben gezegd, d.w.z. verlaging van de indexeringsmassa's, en lineaire verlagingen van de terugbetaling. Er was geen ruimte voor nieuwe initiatieven - of heel weinig, en dan vaak voorwaardelijk op de realisatie van eerdere besparingen. Maar terwijl de 19 "klassieke" sectoren, als gevolg van deze lineaire besparingen en de realiteit van de uitgaven, ver onder hun begrotingsdoelstellingen bleven, overschreed één sector in het bijzonder, de sector van de farmaceutische specialiteiten, elk jaar zijn begroting.



Uiteindelijk werd deze overschrijding voor de farmaceutische specialiteiten dus gecompenseerd door de marges van de andere sectoren, waardoor de rekeningen van het RIZIV in evenwicht konden worden gehouden en zelfs met een licht overschot konden worden afgesloten. Dit onverwachte resultaat was niet gepland en is derhalve een "gelukkig" toeval. De aanzienlijke groei die in 2019 aan de farmaceutische sector is toegekend, was mogelijk omdat de technische ramingen globaal binnen de wettelijke norm van 1,5% bleven. Dit liet echter geen ruimte voor nieuwe initiatieven. Het was enkel mogelijk de zorg te financieren bij ongewijzigd beleid. In 2020 en 2021 konden de technische ramingen ook zonder kostenbesparende maatregelen worden aanvaard vanwege de hogere norm van 2,5% en de toevoeging van buitengewone budgetten (dus buiten deze norm van 2,5%) voor de opwaardering van zorgpersoneel, voor de financiering van geestelijke gezondheidsinitiatieven en voor COVID-gerelateerde maatregelen.

### NAAR EEN RESPONSABILISERENDE BEGROTINGSPLANNING OP LANGE TERMIJN

Een responsabiliserende begrotingsplanning met een perspectief op middellange tot lange termijn vereist overeenstemming over beginselen en incentives die verantwoordelijkheid toewijzen bij over- of onderbesteding. De ziekenhuisfinanciering en het budget van geneesmiddelen moeten in deze oefening geïntegreerd worden.

We stellen daartoe de volgende principes voor:

#### ***Principe 1. Maak een objectieve en goed gedocumenteerde projectie van de uitgaven voor de komende vijf jaar.***

De projectie van de uitgaven voor de volgende vijf jaar zal, zoals ook nu het geval is, gebaseerd zijn op tendensen uit het verleden, maar moet zoveel als mogelijk verder gaan dan het eenvoudig doortrekken van trends en rekening houden met de evoluties van de verschillende variabelen die bepalend zijn voor de ontwikkeling van de uitgaven in elke sector en die door de Gemeenschappelijke Prospectieve Technische Cel zullen worden berekend. Een meer gedetailleerde uiteenzetting van de technische elementen van deze projecties komt aan bod in hoofdstuk 5. Aan alle sectoren zal worden gevraagd de projecties in hun respectieve commissies te analyseren en te bekrachtigen, waarbij de impact van de verschillende variabelen duidelijk zal worden aangegeven:

- demografische evoluties, grootte en samenstelling van de bevolking, vergrijzing;
- impact op de volumegroei (of -daling), bijvoorbeeld als gevolg van de groei van het aanbod van aanbieders, digitalisering, automatisering van technieken of de invoering van nieuwe behandelingen;
- effect van inkomensverhogingen;
- effect van een betere terugbetaling om de toegankelijkheid te verbeteren;
- effect van de besparingen.

In deze projectie moeten nieuwe hervormingen, innovaties, nieuwe initiatieven, kwaliteitsverbetering, toenemende forfaitarisering expliciet in rekening gebracht worden, zodat zij kunnen worden onderscheiden van de evolutie bij constant beleid.

**Principe 2. Beoordeel en analyseer jaarlijks de verschillen tussen de projecties op middellange termijn en de werkelijke uitgaven.**

Elk jaar moet voor elke sector worden nagegaan wat de oorzaak is van eventuele discrepanties tussen de ramingen (begrotingen op basis van projecties) en de werkelijke uitgaven. Er zijn drie mogelijke situaties, die verschillende financiële gevolgen kunnen hebben voor de betrokken sectoren:

- Het verschil tussen projecties en uitgaven is te wijten aan niet voorspelde verschillen in het effect van de verklarende variabelen die in het projectiemodel zijn opgenomen. In het geval van onderbesteding, kan die dus niet geïnterpreteerd worden als het resultaat van nieuw beleid. Het resulterende overschot komt dan niet ten goede aan de sector, maar moet worden gestort in de begroting voor transversale doelstellingen. Indien de begrotingsdoelstelling wordt overschreden, moet een zorgvuldige analyse worden gemaakt van de verschillen (effect van het volume, effect van de eenheidsprijs, effect van wijzigingen in de dienstverlening, enz.) om na te gaan of de overschrijding noodzaakt tot een herziening van het projectiemodel dan wel tot correctiemaatregelen binnen het origineel voorgestelde budget.
- Het verschil tussen projecties en uitgaven is het gevolg van nieuwe beleidsmaatregelen. Als deze resultaten positief zijn, is het verschil aanvaardbaar en blijft de marge gedeeltelijk in de sector waar de besparingengerealiseerd zijn. Het resterende gedeelte gaat naar de begroting voor transversale doelstellingen. Bij negatieve resultaten, moet dit nieuwe beleid worden gecorrigeerd.
- Het verschil tussen projecties en uitgaven is te wijten aan onvoorspelbare exogene factoren. Deze verschillen kunnen niet aan de zorgsectoren worden toegeschreven. Indien er een overschot is, kan het toegewezen worden aan de begroting voor transversale doelstellingen. Als er een tekort is, moet er gezocht worden naar globale oplossingen.

**Principe 3. Toewijzing van marges aan de transversale begrotingsdoelstelling.**

De transversale begrotingsdoelstelling zal gevoed worden door de niet-toegewezen marge tussen de begrotingsnorm (nu 2,5%) en de technische ramingen en projecties op basis van constant beleid. Daarna zal de transversale begrotingsdoelstelling onder meer ook worden gevoed door de marges van de sectoren met onderconsumptie, zoals geraamd door toepassing van beginsel nummer 2. Hierin zit dus ook een gedeelte van de opbrengsten van de initiatieven rond "appropriate care". De marges zouden dus niet langer verdwijnen in het globaal beheer van de sociale zekerheid. Dit principe kreeg reeds concrete uitvoering in het kader van de operationalisering van de gezondheidszorgbegroting 2022 met de invoering van de nieuwe partiële begrotingsdoelstelling "Transversale gezondheidszorgdoelstellingen", die € 48,6 miljoen van de € 123 miljoen budgettaire marge voorbehoudt voor de goedgekeurde 8 transversale projecten (ARGV 2021/086). Dit voorstel bouwt ook verder op de transversale methodologie goedgekeurd door het Verzekeringscomité op 29 november 2021 (CGV 2021/352). Het transversale budget zou ook kunnen worden gebruikt voor de financiering van de overgangskosten die met nieuwe beleidsmaatregelen gepaard gaan (bv. steun voor de omscholing van personeel, vergoeding van bepaalde kosten na de sluiting van diensten, enz.). In deze context kan ook de expliciete oprichting van een Transitiefonds overwogen worden (zie paragraaf H).

Gezien de tijd die nodig is voor de eerste operatie, d.w.z. om overeenstemming te bereiken over prognoses op middellange termijn met significante variabelen en om de effecten van nieuwbeleid te integreren, kan dit realistisch gezien pas voor de periode 2023-2025 worden opgestart. Het jaar 2022 moet worden beschouwd als een hersteljaar, d.w.z. een geleidelijke terugkeer naar de normale situatie. De eerste evaluatie van de langetermijnprognoses zou derhalve in 2024 plaatsvinden op basis van de resultaten voor 2023.

We gaan in dit rapport niet verder in op de implicaties van onze voorstellen voor het systeem van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. In principe kan die zonder probleem in de door ons voorgestelde procedure worden ingepast.

### f) Oprichting van een Observatorium voor de Eigen Betalingen van de Patiënten

Tot nu toe hebben we ons in dit hoofdstuk uitsluitend gericht op de uitgavenbegroting voor het RIZIV. Deze vormt natuurlijk slechts een fractie van de totale uitgaven aan gezondheidszorg. Vanuit een ruimer perspectief bestaan deze laatste uit een deel dat ten laste komt van de solidariteit, de tussenkomsten van de federale verplichte ziekteverzekering, gewesten, gemeenschappen en lokale overheden, en een ander deel dat ten laste komt van de patiënten. Elke verandering in het gezondheidsbeleid heeft direct of indirect gevolgen voor de kosten die door de patiënten worden gedragen. Het is dan ook van belang ervoor te zorgen dat het nastreven van het financiële evenwicht van de begrotingen van het RIZIV en andere instanties niet op de patiënten wordt afgewenteld.

Zoals reeds aangegeven in hoofdstuk 2 en verder toegelicht in hoofdstuk 9, is het aandeel van de patiënten in de kosten van de gezondheidszorg in België nu reeds hoog, volgens internationale vergelijkingen. De precieze raming van deze kosten, en meer bepaald de evolutie van de uitgaven die bovenop de remgelden komen, is echter moeilijk omdat er geen systematische registraties, gegevens of indicatoren bestaan over een hele reeks kosten, waaronder ambulante supplementen, niet-vergoede diensten (niet-vergoede geneesmiddelen, tandartskosten, brillen, gehoorapparaten), of diverse andere ziektegerelateerde kosten (vervoerskosten, oppasdiensten). Uit onderzoek blijkt echter dat het voor patiënten uit lage socio-economische categorieën steeds moeilijker wordt om deze kosten te dragen.

Om een duidelijk en volledig zicht te hebben op de kosten die door de patiënten worden gedragen, om de evolutie van deze kosten en hun weerslag voortdurend te evalueren, om te wijzen op de mogelijke financiële risico's voor de patiënten van projecten en voorstellen inzake gezondheidsbeleid, en ten slotte om proactieve structurele voorstellen te doen om deze kosten te verminderen, stellen we voor om, naar het voorbeeld van het Observatorium voor Chronische Ziekten, een Observatorium voor de Eigen Betalingen van de Patiënten op te richten, dat zou worden opgericht binnen de Wetenschappelijke Raad van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. Desgevallend zou er overwogen kunnen worden om dit nieuwe Observatorium onder te brengen onder het binnen RIZIV geplande patiëntenforum. Het is echter niet de bedoeling dat het Observatorium beperkt zou blijven tot de patiëntenorganisaties. Omdat het ook informatie zal moeten verzamelen over de inhoud van de conventies, over de transparantie van de kosten, over de dekking van de verplichte ziekteverzekering, moeten er ook andere stakeholders bij betrokken worden.

g) [Een realistisch tijdschema](#)

Het formuleren en bewaken van gezondheidsdoelstellingen, doelstellingen op het gebied van gezondheidszorg en begrotingsdoelstellingen dient op een samenhangende en realistische wijze te geschieden. De jaarlijks geformuleerde doelstellingen moeten deel uitmaken van een langetermijnvisie, waarbij het nastreven van deze doelstellingen en resultaten een systematische en stapsgewijze aanpak vereist om de actoren in de gezondheidszorg een stabiel perspectief en kaderte bieden.

Vanuit dit oogpunt moet het eerste jaar van een legislatuur worden gereserveerd voor de mogelijke re-evaluatie van de lange-termijngezondheidsdoelstellingen en voor de formulering van de gezondheidszorgdoelstellingen. Het tweede jaar zal dan, opnieuw maar voor de laatste keer, een exercitie zijn die gebaseerd is op "oude" ontwikkelingen en indicatoren (T-1). Van het derde tot het vijfde jaar van de legislatuur gaat het erom de voortgang van de verschillende etappes, de eerste resultaten en de kosten te evalueren en eventueel bepaalde projecten of maatregelen te corrigeren, te vervolledigen of zelfs te schrappen, of de doelstellingen op lange termijn te herzien in het licht van externe gebeurtenissen, nieuwe kennis of medische innovaties. Dit is het dynamische aspect van de meerjarenplanning. We stellen achtereenvolgens de drie beslissingspaden voor voor gezondheidsdoelstellingen, gezondheidszorgdoelstellingen en specifieke initiatieven en projecten die passen in begrotingsdoelstellingen. Zij zijn aangegeven op een gemeenschappelijke tijdlijn in paragraaf I.

DE ROUTE VAN DE GEZONDHEIDSDOELSTELLINGEN

- Jaar 1

In het eerste jaar van de legislatuur moeten de gezondheidsdoelstellingen op lange termijn worden vastgesteld of geherevalueerd. Om ruimte te bieden voor inbreng van het Parlement en van de burgers zou de eerste helft van jaar 1 voor dit debat worden gereserveerd. Deze input zal worden ingebracht in de Interministeriële Conferentie (IMC), die in de tweede helft van het jaar tot taak heeft om de prioritaire gezondheidsdoelstellingen zoveel mogelijk bij consensus vast te stellen. Zo zullen aan het eind van het eerste jaar de gezondheidsdoelstellingen voor de legislatuur zijn vastgesteld.

- Jaar 2 en verder

Vanaf het tweede jaar tot het einde van het vijfde jaar (einde van de legislatuur) maakt de IMC aan het eind van elk jaar de balans op van de projecten, de verwezenlijkingen en de maatregelen in het licht van de vastgestelde gezondheidsdoelstellingen. Tijdens de conferentie in het tweede jaar zal ook overeenstemming moeten worden bereikt over de indicatoren, enquêtes (eventueel in combinatie met bestaande bronnen, zoals de Belgische gezondheidsenquête) en nieuwe observaties aan de hand waarvan de vooruitgang, de verwezenlijkingen en de moeilijkheden in verband met de gezondheidsdoelstellingen kunnen worden beoordeeld.

### DE ROUTE VAN DE GEZONDHEIDSZORGDOELSTELLINGEN

- Jaar 1

In het eerste jaar zullen de doelstellingen inzake gezondheidszorg worden vastgesteld op basis van de doelstellingen inzake gezondheidszorg waartoe in de vorige legislatuur is besloten en mogelijke nieuwe impulsen waarover de beleidsmakers reeds hebben beslist. We stellen voor dat de concretisering van de doelstellingen inzake gezondheidszorg wordt besproken en voorgesteld door een Transversale Overeenkomstencommissie (TOC). Deze voorstellen moeten goedgekeurd worden door het Verzekeringscomité, zoals het geval is met alle akkoorden- en overeenkomstencommissies. Ze zullen vervolgens worden geanalyseerd en geëvalueerd door de nieuwe Commissie voor de Evaluatie van de Gezondheidszorgdoelstellingen (CEGD). Het voorstel van het Verzekeringscomité en het verslag van de CEGD zullen ten slotte aan de Algemene Raad worden bezorgd voor bespreking, eventuele wijziging en goedkeuring. Net als bij de formulering van de jaarlijkse algemene begrotingsdoelstelling, stellen we een wettelijke en bindende termijn voor, waarbinnen het Verzekeringscomité het voorstel voor de gezondheidszorgdoelstellingen uiterlijk op 1 mei van elk jaar moet indienen.

- Jaar 2 en verder

Het tijdstip voor het vaststellen en evalueren van de gezondheidszorgdoelstellingen zou altijd in de eerste helft van het jaar liggen. In het tweede jaar van de legislatuur kan het evenwel nodig zijn nieuwe gezondheidszorgdoelstellingen op te nemen, rekening houdend met de door de IMC of door de federale overheid vastgestelde doelstellingen. De bespreking en selectie van deze eventuele nieuwe doelstellingen zullen volgens hetzelfde stramien moeten verlopen: Transversale Overeenkomstencommissie – Verzekeringscomité – Commissie voor de Evaluatie van de Gezondheidszorgdoelstellingen (CEGD) – Algemene Raad (AR).

In het tweede jaar en de daaropvolgende jaren moeten ook de voortgang van de projecten en de bereikte resultaten worden geëvalueerd om zo nodig correcties, aanvullingen of schrappingen voor te stellen. Deze procedure dient telkens te worden afgerond met de indiening van een voorstel door het Verzekeringscomité vóór 1 mei.

### DE ROUTE VAN DE BEGROTINGSDOELSTELLING EN VAN DE SPECIFIEKE INITIATIEVEN

- Jaar 1

In het eerste jaar zal een begrotingsprojectie moeten worden gemaakt voor de komende vijf jaar, onder de veronderstelling dat alle andere omstandigheden gelijk blijven. Deze projecties zullen worden gebaseerd op de ontwikkeling van de behoeften, de demografische veranderingen, de ontwikkeling van het consumptiegedrag, de ontwikkeling van de kosten en eenheidsprijzen, tendensen uit het verleden, enz. De Gemeenschappelijke Prospectieve Technische Cel is belast met de raming van deze langetermijnvooruitzichten. Ze zullen vervolgens worden besproken in het Verzekeringscomité en het voorstel zal worden beoordeeld door de CBC. Het voorstel van het Verzekeringscomité en het verslag van de CBC worden in mei aan de Algemene Raad voorgelegd.

De begrotingsprognose met alle hypothesen, variabelen en onbekenden die de ontwikkeling van de volumes en de prijzen zo goed mogelijk verklaren, vormt de basis voor de opstelling van de begrotingen van de verschillende commissies (met inbegrip van de Transversale Overeenkomstencommissie). De financiële gevolgen van de gezondheidszorgdoelstellingen en van de concrete initiatieven in dat verband zullen worden toegevoegd. Op basis van deze informatie zal het Verzekeringscomité vóór de eerste maandag van oktober een voorstel voor een globale begrotingsdoelstelling en partiële begrotingsdoelstellingen formuleren, dat vervolgens samen met het verslag van de CBC aan de Algemene Raad wordt bezorgd.

- Jaar 2 en verder

In het tweede jaar en de daaropvolgende jaren zullen de begrotingsprognoses op lange termijn waarin de gevolgen van de gezondheidszorgdoelstellingen zijn verwerkt, moeten worden beoordeeld in het licht van de werkelijke evolutie van de uitgaven. Deze evaluatie zal in de eerste helft van het jaar plaatsvinden en zal zich toespitsen op de relevantie van de gebruikte variabelen en hypothesen en op de factoren die de (positieve en negatieve) verschillen ten opzichte van de prognoses verklaren. Het doel van deze oefening is om de oorsprong en de oorzaken van de verschillen vast te stellen en derhalve eventuele extra marges voor de begroting voor transversale initiatieven en/of voor de sectoren, dan wel besparingen in het kader van de meerjarenbegroting te bepalen. Deze analyse zal worden uitgevoerd door de Gemeenschappelijke Prospectieve Technische Cel en worden bezorgd aan de verschillende akkoorden- en overeenkomstencommissies. De adviezen van deze commissies zullen vervolgens vóór 1 mei in het Verzekeringscomité worden geconsolideerd. De CBC zal deze evaluatie analyseren en een verslag voorleggen aan het Verzekeringscomité en de Algemene Raad.

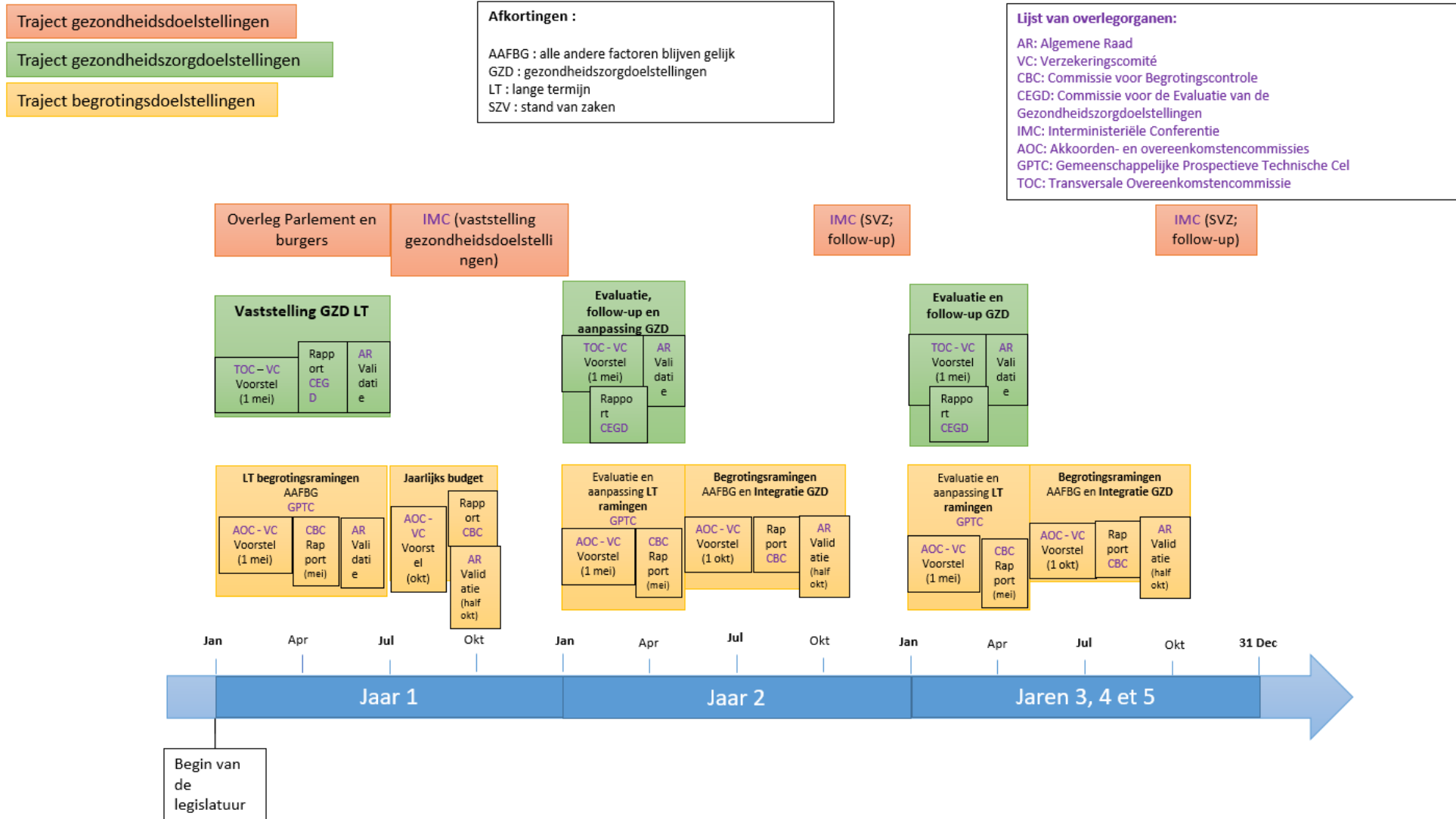
Dit verslag zal de basis vormen voor de bespreking van de jaarlijkse begroting voor het volgende jaar. De opstelling van de jaarlijkse begroting begint in de akkoorden- en overeenkomstencommissies, waarbij rekening wordt gehouden met de door de Algemene Raad vastgestelde doelstellingen op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg (zie hierboven, voor de route van de gezondheidszorgdoelstellingen). Deze voorstellen zullen vervolgens in het Verzekeringscomité worden geconsolideerd, rekening houdend met de wettelijke groeinorm. Het definitieve voorstel moet begin oktober worden ingediend en vervolgens door de CBC worden beoordeeld. Het voorstel en het verslag zullen vervolgens ter goedkeuring aan de Algemene Raad worden voorgelegd.

h) Creatie van een Transitiefonds

We hebben reeds enkele keren vermeld dat voor de realisatie van sommige begrotingsdoelstellingen investeringen, conversies van bestaande voorzieningen en/of nieuwe opleidingen noodzakelijk zijn. Denk maar aan het geïntegreerde elektronische patiëntendossier (dat nog uitvoerig zal behandeld worden in hoofdstuk 8), aan de vermindering van de capaciteit in de psychiatrische ziekenhuizen en de omscholing van het verzorgend personeel, aan de vorming voor nieuwe functies en de begeleiding van de introductie van geïntegreerde zorg, aan het uitbouwen van de noodzakelijke instrumenten voor een populatiegebaseerd beleid, enz. In elk van deze gevallen zal de hervorming over meerdere jaren gespreid moeten worden en gedurende deze opbouwperiode kunnen er tijdelijk hogere uitgaven zijn, omdat de oude structuren nog bestaan en de nieuwe structuren tegelijkertijd uitgebouwd moeten worden. Om deze transities mogelijk te maken zou er kunnen gedacht worden aan de oprichting van een Transitiefonds dat gevoed wordt met een jaarlijkse dotatie uit het globale budget en met een gedeelte van de post factum gerealiseerde surplussen (zie paragraaf E).

Over de concrete uitwerking van dit Fonds moet nog verder worden nagedacht. In elk geval zou de discussie erover geïntegreerd moeten worden in de route voor de gezondheidszorgdoelstellingen (met een evaluatie en rapport door de Commissie voor de Evaluatie van de Gezondheidszorgdoelstellingen) en in de budgettaire route (met een evaluatie en een rapport door de Commissie voor Begrotingscontrole).

i) Tijdschema: tijdschema van gezondheidsdoelstellingen, begrotingszorgdoelstellingen en begrotingsdoelstellingen





## 5. Projecties: PROMES en technische ramingen

In het kader van het opstellen van een meerjarenbegroting is de inschatting van de budgettaire effecten vanzelfsprekend essentieel. Uit de twee vorige hoofdstukken blijkt dat die noodzaak op minstens drie plaatsen in het proces opduikt:

1. (ex ante) inschatting van de budgettaire ruimte voor nieuwe initiatieven door simulatie van een “business as usual” scenario voor de uitgaven, die dan kunnen afgewogen worden tegen het beschikbare budget;
2. (ex ante) inschatting van de kostprijs van nieuwe initiatieven;
3. (ex post) evaluatie van de reële kostprijs van initiatieven die in het verleden genomen werden.

In de paragrafen B-D gaan we achtereenvolgens op deze verschillende vragen in. We beginnen in paragraaf A echter met een beschrijving van de bestaande instrumenten: de Technische Ramingen van RIZIV (verder TR) en het model PROMES, geconstrueerd door het Federaal Planbureau. Deze twee benaderingen zijn complementair en hebben beide hun voor- en nadelen. We schetsen die eerst in algemene termen en passen die dan toe op de drie vragen die hierboven werden opgesomd. In paragraaf E schetsen we enkele stappen die kunnen gezet worden om in de toekomst de informatie te krijgen die nodig is voor het opstellen van een meerjarenbegroting.

In dit hoofdstuk concentreren we ons enkel op de budgettaire effecten en gaan we niet dieper in op de formulering van doelstellingen. Het spreekt vanzelf dat bij de evaluatie van een budgettair traject ook de evaluatie van de uitkomsten van initiatieven essentieel is. Zoals beschreven in de vorige hoofdstukken vormen de budgettaire effecten waar we ons hier op concentreren slechts één zijde van de medaille. Ze moeten geïntegreerd worden in een globale evaluatie waarin ook de uitkomstenindicatoren mee genomen worden. Dit hoofdstuk is eerder technisch en focust op de instrumenten die nu beschikbaar zijn en/of die zouden moeten beschikbaar zijn om meerjarenprojecties te maken. De wijze waarop deze informatie in het overleg moet worden geïntegreerd kwam in het vorige hoofdstuk aan bod en zal hier niet behandeld worden. Wel geven we een meer uitgebreide argumentatie voor het oprichten van de Gemeenschappelijke Prospectieve Technische Cel.

Op dit ogenblik plaatst de COVID-19-pandemie ons in een complexe situatie, omdat het toekomstig verloop van die pandemie en de daarmee samenhangende kosten zo moeilijk te voorspellen zijn. In dit hoofdstuk laten we de COVID-effecten buiten beschouwing: die komen aan bod in hoofdstuk 6.

### a) Technische Ramingen en PROMES: een overzicht

- De Technische Ramingen (RIZIV)

De uitgavenramingen die het budgettaire proces ondersteunen, worden geleverd door het RIZIV. Deze technische ramingen (TR) zijn in de eerste plaats geconcipieerd voor de voorbereiding van het budget van volgend jaar. Voor deze kortetermijnbenadering zijn ze uitermate geschikt. De kracht van de TR is dat ze vertrekken van de meest recente en zeer gedetailleerde gegevens, die bovendien voortdurend geactualiseerd worden. De methodologie varieert tussen de verschillende componenten van de gezondheidszorguitgaven, maar in het meest voorkomende geval wordt vertrokken van een trendanalyse van de geaggregeerde uitgaven per capita voor de verschillende deelposten, waarbij in de projectie rekening gehouden wordt met de evolutie van de totale bevolking, maar niet expliciet met wijzigingen in de samenstelling van de bevolking. Structurele wijzigingen in de bevolkingssamenstelling kunnen wel tot op zekere hoogte opgenomen worden in de trend. De Technische Ramingen gaan uit van een veronderstelling van ongewijzigd beleid: alleen de maatregelen die reeds beslist en geïmplementeerd zijn worden in de projecties meegenomen. Om tot een zo zuiver mogelijke schatting van de structurele trend zonder impact van het beleid te komen, wordt die geschat nadat een raming van de effecten van die maatregelen in het verleden uit de observaties weggehaald is. Deze trend wordt dan naar de toekomst doorgetrokken, en de effecten van beleidsmaatregelen die in voege zijn op het moment van de voorspelling worden er in de projectie opnieuw bij opgeteld (of afgetrokken). Nog niet geïmplementeerde beleidsmaatregelen worden niet meegenomen in de extrapolaties. In sommige gevallen wordt rijkere informatie gebruikt. Dit is bijvoorbeeld het geval voor de uitgaven voor nieuwe farmaceutische specialiteiten waar een overleg met de farmaceutische sector over de waarschijnlijke evolutie is ingebouwd. Soms worden ook de schattingen en de expertise van de individuele akkoord- en overeenkomstencommissies in de projectie verwerkt. Voor de meeste sectoren projecteren de TR de uitgaven met de prijzen van het jaar waarin de begroting wordt opgesteld.

De schatting van de trend vertrekt meestal van de laatste vijf jaren. In principe zou een raming van de trend gebaseerd op een langere tijdsperiode te verkiezen zijn, behalve bij structurele breuken in het gebruik. Het is niet gemakkelijk om deze trend te interpreteren omdat hij in feite een *“catch-all”* variabele is die, naast demografische wijzigingen, ook veranderingen in het aanbod en in het gedrag van patiënten en verstrekkers, de effecten van technologische wijzigingen en van structurele veranderingen in de organisatie van de zorg, enz. opneemt, zonder dat die verschillende factoren van elkaar kunnen onderscheiden worden.

- Het PROMES model (Federaal Planbureau)

De methode gevolgd in het model PROMES is volledig verschillend. PROMES vertrekt van econometrische schattingen op basis van de individuele gebruiks- en uitgavendata in de Permanente Steekproef die wordt geconstrueerd door het IMA. De schattingsmethode is geavanceerd en maakt voor vele sectoren een onderscheid tussen de kans dat een individu met gegeven kenmerken gebruik maakt van zorg, en de hoeveelheid zorg die door dat individu wordt gebruikt, conditioneel op het feit dat hij of zij zorg gebruikt. Gegeven de database waarmee gewerkt wordt is het niet verrassend dat PROMES eerder een vraaggestuurd model is, waarbij de effecten van veranderingen in het aanbod en in het gedrag van de verstrekkers slechts op een eenvoudige manier gemodelleerd worden door de introductie van globale aanbodvariabelen (bv. de artsendichtheid in een bepaalde regio).

Aanbodvariabelen zijn op langere termijn zeker van groot belang: zo kan de beschikbaarheid van zorgpersoneel een remmende factor zijn die voorspelde uitgavenstijgingen afremt. En er zijn ook belangrijke substitutie-effecten: de vraag naar thuisverpleging kan mede afhangen van de beschikbaarheid van RVT-bedden.

Terwijl aanbodeffecten dus slechts op een eenvoudige wijze in PROMES zitten, worden de vraageffecten gelinkt aan wijzigingen in de leeftijdsstructuur van de bevolking en in andere bepalende kenmerken zoals de morbiditeit en het verzekeringsstatuut, gedetailleerd in het model opgenomen. Elke sector ondervindt bijvoorbeeld op een andere manier het effect van de demografische wijzigingen: er wordt rekening gehouden met de wijziging in de leeftijdsstructuur en met het feit dat bepaalde uitgavengroepen in verhouding meer door een oudere bevolking worden geconsumeerd. Zo zal de vraag naar thuisverpleging bv. zeer sterk medebepaald worden door de vergrijzing van de bevolking. De toename van het aantal chronisch zieken en van de multimorbiditeit wordt tot op zekere hoogte gecapteerd in PROMES, omdat morbiditeitsindicatoren worden geïntegreerd die gebaseerd zijn op het geneesmiddelengebruik. Zo zitten indicatoren van chronische ziekten, zoals diabetes, in de modellen. Deze indicatoren zijn natuurlijk niet perfect: patiënten die enkel met dieet en leefstijladvies worden behandeld, worden niet mee opgenomen. Maar ze bieden toch een redelijke benadering. Wanneer men hypothesen formuleert over de toekomstige evolutie van deze indicatoren, kan het effect van wijzigingen in de prevalentie van chronische aandoeningen in de projecties worden verwerkt.

In de standaard simulaties van PROMES worden de nominale uitgaven gedefleerd met een globale prijsdeflator, de gezondheidsindex: hierdoor wordt dus rekening gehouden met de evolutie van de relatieve prijzen van gezondheidszorg versus andere goederen en diensten. Technisch is er echter ook de mogelijkheid om in prijzen van het basisjaar te werken, wat de projecties met PROMES beter vergelijkbaar maakt met de TR. We komen daar in de volgende paragraaf op terug.

De set van variabelen die expliciet opgenomen is in de schattingen van het model is natuurlijk niet volledig en kan daarom de evolutie in het verleden niet perfect verklaren. Om dit op te vangen wordt gebruik gemaakt van twee trendvariabelen:

- In de schattingen van het gebruik wordt een zgn. residuele trend opgenomen, die de “trend” evolutie weergeeft nadat gecontroleerd wordt voor de evolutie van alle beschikbare variabelen. Deze trend kan een structurele wijziging opnemen, die niet in de opgenomen variabelen zit. Wanneer bv. de levensverwachting in goede gezondheid stijgt en mensen op latere leeftijd zorgen nodig hebben, kan zich dat in PROMES vertalen in een dalende residuele trend, voor zover dit effect niet wordt opgenomen door de indicatoren van de chronische aandoeningen. De trend kan ook de globale effecten captureren van de beleidsbeslissingen die in het verleden werden genomen.

- Wanneer overgegaan wordt van volumes naar uitgaven gaat de prijsevolutie in het verleden een rol spelen. Deze prijsevolutie wordt als dusdanig niet gemodelleerd. Maar het is natuurlijk wel mogelijk dat de relatieve prijs van een bepaald item van gezondheidszorg anders evolueert dan de globale prijsevolutie, bv. omdat een groep verstrekkerse een inkomenstoename krijgt, of omdat in een bepaalde sector de prijzen sterk stijgen (of dalen). Deze evolutie wordt verwerkt in de zogenaamde “WAP”'s (welvaartsaanpassingen), die ook kunnen geïnterpreteerd worden als een trendvariabele maar dan één die speelt in de evolutie van de relatieve prijs van één component van de gezondheidszorg. Ook de WAP's zijn residueel berekend en capteren alles wat niet in pure inflatie en volumegroei zit. Ze zijn overigens niet op de Permanente Steekproef gebaseerd, maar wel op de totale uitgaven per uitgavengroep. In sommige sectoren, waar de volumegroei erg sterk is, kunnen de WAP's negatief zijn, om uit de hand lopende uitgaven te compenseren. Als de volumes heel sterk stijgen, dan zou de nominale groei zonder WAP's of bij een positieve WAP heel hoog worden. Wanneer er dan wordt ingegrepen, komen er tariefaanpassingen die ervoor zorgen dat de eenheidskost afneemt. Een voorbeeld van zo een negatieve WAP wordt gevonden in de klinische biologie. Een ander voorbeeld: in het geval van thuisverpleging zal de WAP vooral de invloed van de loonstijging opvangen. De interpretatie van de WAP moet dus zorgvuldig van sector tot sector bekeken worden.

Noteer het verschil tussen de residuele trends in PROMES en de trendschatting in de TR. Bij PROMES gaat het om een trendeffect dat overblijft nadat de effecten van alle opgenomen variabelen (inclusief het doortrekken van het beleid in het verleden) zijn opgenomen. In de TR zitten de effecten van al die variabelen, behalve het beleid in het verleden, in de schatting van de trend.

Technologische innovaties vormen een belangrijke (de belangrijkste?) verklarende factor voor de volumegroei in de gezondheidszorguitgaven. Denken we maar aan de digitalisering, de introductie van nieuwe en dure geneesmiddelen, de evoluties in artificiële intelligentie waardoor sneller diagnoseprotocollen kunnen geformuleerd worden, de evolutie in de technische en robotgeneeskunde, en dergelijke. Deze technologische wijzigingen kunnen moeilijk expliciet meegenomen worden in micro-modellen zoals PROMES. Ze kunnen deels in volume-effecten zitten, en dan in de residuele trend, en deels in prijseffecten die dan op hun beurt in de WAP's zitten. Uiteindelijk blijven die residuele trends echter vaak een moeilijke te openen black box.

Een andere onvermijdelijke beperking vloeit voort uit de vaststelling dat modellen zoals PROMES (net zoals de trendextrapolaties van de TR) gebaseerd zijn op informatie uit het verleden, en dus de beleidsevoluties en het gedrag van de actoren in het verleden capteren. De effecten van grote structurele wijzigingen kunnen daardoor moeilijk voorspeld worden (bv. de verschuiving van betaling per prestatie naar forfaitaire betaling, of de uitbouw van geïntegreerde zorg), omdat ze leiden tot gedragsaanpassingen in een verschillende omgeving dan degene die gebruikt werd voor de schatting van het model.

Om de projecties met PROMES te maken moet het toekomstige tijdspad van de verklarende variabelen worden ingevoerd. Vele van die variabelen hangen samen: als het aandeel van ouderen in de populatie toeneemt, zal allicht ook het aantal personen met dementie toenemen. PROMES projecteert dat tijdspad van de verklarende variabelen op een gesofistikeerde wijze, omdat ook de samenhang tussen die variabelen in een statistisch model wordt verwerkt.

Een essentieel verschil tussen de TR en PROMES ligt in de interpretatie van “ongewijzigd beleid”. Zoals gezegd, vertrekken de TR van nul (hun standaardprojectie is gebaseerd op een “gezuiverde” trend) en nemen ze enkel de geraamde effecten op van beleidsmaatregelen die reeds geïmplementeerd zijn. Nieuwe maatregelen kunnen dan expliciet ingevoerd worden. Het is echter zeer moeilijk zijn om de reële impact van het historisch beleid uit te zuiveren. Bij PROMES zitten de effecten van beleidsmaatregelen uit het verleden voor een groot deel in de residuele trend en in de WAP's en wanneer die in de projecties worden doorgetrokken betekent “ongewijzigd beleid” eigenlijk dat de overheid in de toekomst gemiddeld gesproken hetzelfde beleid zal aanhouden als in het verleden.

#### b) Inschatting van de budgettaire ruimte

Zoals hoger beschreven is de eerste stap die we moeten zetten bij het opstellen van een meerjarenbegroting een zo correct mogelijke projectie maken van de evolutie van de uitgaven bij ongewijzigd beleid. Deze projectie kan dan vergeleken worden met het beschikbare budget om tot een raming te komen van de ruimte die beschikbaar is voor nieuwe initiatieven. Initiatieven van appropriate care kunnen die ruimte overigens nog verder uitbreiden (zie de volgende paragraaf).

De pros and cons van de TR en PROMES voor de inschatting van de budgettaire ruimte kunnen gemakkelijk samengevat worden. De informatie waarvan gebruik gemaakt wordt bij de TR is in zekere zin rijker, meer gedetailleerd en meer recent. PROMES maakt gebruik van de individuele data van de Permanente Steekproef van IMA, en heeft in het jaar T slechts informatie tot en met T-2. Het RIZIV heeft recentere informatie. Voor essentiële posten, zoals de farmaceutische specialiteiten, is er bovendien overleg tussen RIZIV en de experts van pharma.be; dit levert ongetwijfeld een betere schatting op van de uitgaven voor geneesmiddelen op de korte termijn. Op de langere termijn botst de benadering van de TR echter op zijn limieten. Voor kortetermijnprojecties kunnen de effecten van wijzigingen in de socio-economische omgeving of in de leeftijdsamenstelling van de bevolking grotendeels verwaarloosd worden. Op langere termijn is dat echter veel minder adequaat. PROMES krijgt dan voor lange-termijnprojecties wellicht een beslissend voordeel.

De algemene idee dat de TR best geschikt zijn voor de analyse van de huidige situatie en voor projecties op korte termijn (onder meer omdat ze gebaseerd zijn op rijkere en meer recente gegevens) terwijl PROMES in de eerste plaats langetermijneffecten kan weergeven, lijkt tot de voor de hand liggende conclusie te leiden dat het aangewezen is om de twee te combineren. Hierbij worden de absolute niveaus van PROMES dan voor de jaren T en T+1 geheralibreerd op de meest recente data van de TR en wordt voor de evolutie vanaf jaar T+2 overgeschakeld op de groeivoeten van PROMES. De voordelen van deze gecombineerde aanpak zijn duidelijk, maar tegelijkertijd is er ook voorzichtigheid bij de interpretatie geboden:

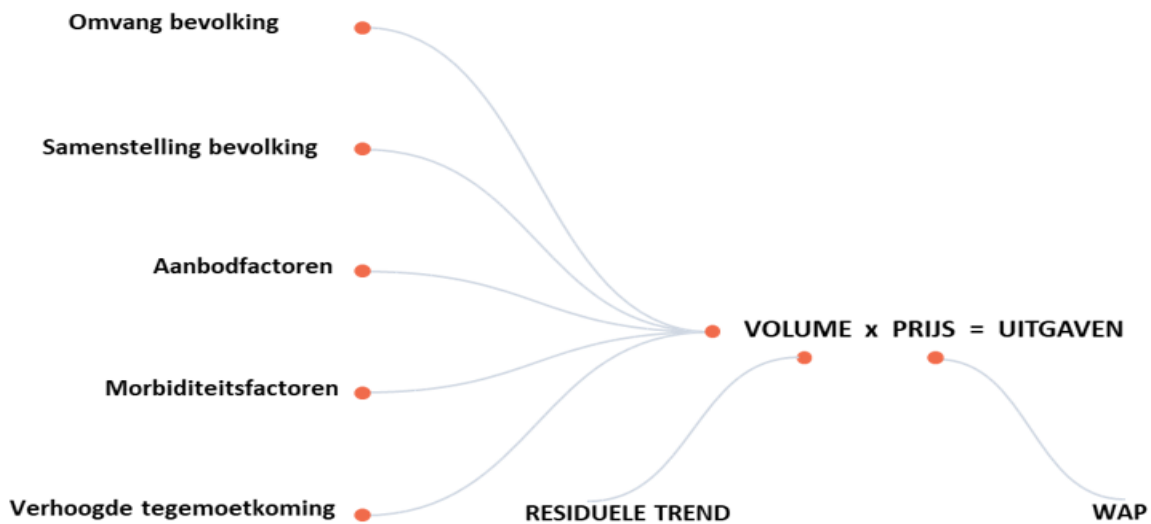
- Voor de inschatting van de budgettaire ruimte is het belangrijk om een zo concreet mogelijke projectie te hebben van de uitgaven bij ongewijzigd beleid. We hebben in de eerste paragraaf gewezen op de verschillende interpretaties die in de twee benaderingen gegeven wordt aan dit concept van ongewijzigd beleid. Zoals reeds beschreven, zijn de TR daarin strikter: ze nemen enkel de effecten op van maatregelen die beslist en geïmplementeerd zijn. Bij de invoering van nieuwe maatregelen wordt er geen rekening gehouden met gedragsveranderingen. PROMES, van zijn kant, neemt door te kijken naar de dynamische historische bewegingen, alle effecten van het beleid in het verleden op een impliciete manier in rekening en veronderstelt dat dit beleid “gemiddeld” in de toekomst wordt doorgetrokken. Deze twee benaderingen hebben allebei hun voor- en nadelen, maar het is essentieel het verschil voor ogen te houden. Zo kan PROMES bv. een constant of dalend uitgavenniveau voorspellen, maar waarbij dat resultaat wordt verkregen door de veronderstelling van “ongewijzigd beleid”: hier betekent dat dan dat die constante of dalende uitgaven enkel zullen gerealiseerd worden als de overheid het beleid van het verleden actief verder zet. Voor zuivere projecties van een middellange-termijnevolutie, waarbij de overheid als een exogene factor beschouwd wordt, is de PROMES-benadering adequaat. Het is echter niet eenvoudig om de gevolgen van verschillende beleidskeuzes te evalueren.
- PROMES hanteert in zijn standaardsimulaties een prijsdeflator, die vanuit macrostandpunt een goed idee geeft over de relatieve kost van de gezondheidszorg in vergelijking met andere sectoren van de economie. De TR werken met constante prijzen van het jaar waarin de begroting wordt opgesteld. Wanneer men de verschillen tussen beide benaderingen begrijpt, leveren deze benaderingen complementaire informatie op. Vanuit het standpunt van de besluitvorming rond een meerjarenbegroting, waarbij de klemtoon ligt op de budgettaire effecten, is de benadering met constante prijzen nuttiger. Dat is geen probleem, omdat PROMES ook deze simulatiemogelijkheid heeft. De evolutie van de prijzen is essentieel, vermits de groei van de uitgaven in het verleden meer door prijs- dan door volume-evoluties werd gestuurd.
- We hebben hoger uitgelegd hoe de residuele trends in de volumes en in de prijzen (de WAP's) moeten geïnterpreteerd worden. Deze trends kunnen enkel in de toekomst worden doorgetrokken wanneer men kan veronderstellen dat de structurele evoluties die in het verleden hebben plaatsgevonden stabiel blijven tijdens de projectieperiode. Deze veronderstelling moet zorgvuldig van sector tot sector worden geëvalueerd.

Hierbij moeten nog twee belangrijke elementen vermeld worden, die ook reeds in hoofdstuk 3 aan bod kwamen. In de eerste plaats veronderstelt het combineren van de korte termijnprojecties in de TR met de langere-termijngroeivoeten van PROMES dat de projecties voortdurend dynamisch worden aangepast. Elk jaar moet opnieuw gebruik gemaakt worden van de meest recente beschikbare informatie om de projecties up te daten. Afwijkingen tussen vroegere projecties en actuele resultaten kunnen nuttige informatie geven om de modellen te verfijnen.

In de tweede plaats mag de voorspelling van de uitgaven niet beperkt worden tot het globale niveau. Zoals de TR, zijn ook de projecties van PROMES op sectorniveau uitgewerkt. In het vorige hoofdstuk werd uiteengezet op welke wijze de individuele sectoren in het kader van een meerjarenbegroting kunnen geïncentiveerd worden. Daarvoor is het van essentieel belang dat de verschillende componenten van de groei van de uitgaven kunnen onderscheiden worden. Sectoren kunnen bv. niet verantwoordelijk gesteld worden voor demografische wijzigingen, maar misschien wel voor de wijze waarop nieuwe initiatieven geïmplementeerd werden. Precies hier kan het rijkere denkkader van PROMES nuttig zijn, omdat het toelaat de effecten van de verschillende variabelen per sector te differentiëren. We illustreren dat in het bijgevoegde tekstkader.

GESTILEERD VOORBEELD

De volgende figuur geeft op een zeer gestileerde wijze weer hoe een model zoals PROMES werkt. De volumegroei wordt verklaard door de evolutie in een reeks van verklarende factoren (in het voorbeeld demografie, morbiditeit, aanbodfactoren en socio-economisch statuut). Het belang van elk van deze factoren voor het gebruik wordt geraamd op basis van de evolutie in het verleden en zal variëren van sector tot sector. Zo heeft de veroudering van de bevolking bijvoorbeeld een zeer verschillend effect op de thuisverpleging en op de uitgaven voor gynaecologie. Voor zover de evolutie van het gebruik in het verleden niet kan verklaard worden door de evolutie in de opgenomen variabelen wordt hij toegeschreven aan de residuele trend, die in feite een samenvatting is van de effecten van alle niet opgenomen variabelen. Om van het volume naar de uitgaven te gaan wordt er vermenigvuldigd met een prijsindex. Alle elementen die niet in pure inflatie en volumegroei zitten worden opgenomen in een tweede trendvariabele: de WAP. Wanneer de tarieven bijvoorbeeld naar beneden worden aangepast (zoals in de klinische biologie) zal de eenheidskost afnemen: dit wordt dan weerspiegeld in een negatieve WAP. Ook loonwijzigingen zullen door de WAP's worden opgevangen.



De projecties van de volumes in de toekomst vertrekken van de meest waarschijnlijke evolutie van de verklarende variabelen (leeftijd en samenstelling bevolking, aanbod, morbiditeit, aantal mensen met verhoogde tegemoetkoming) en veronderstellen dat wijzigingen in die variabelen in de toekomst hetzelfde effect zullen hebben als in het verleden, en dat die effecten op de volumes dus kunnen worden geprojecteerd op basis van de voor het verleden geschatte verbanden. Zoals in de tekst betoogd, moet daarbij grondig nagedacht worden over het al dan niet lineair doortrekken van de residuele trend in de volumes en van de WAP.

Stel nu dat later blijkt dat de geprojecteerde uitgaven in een bepaalde sector grondig afwijken van de realiteit. Het is dan belangrijk te onderzoeken wat de verklaring is voor het verschil:

- er zijn beleidsmaatregelen in de sector doorgevoerd die de volumes of de uitgaven rechtstreeks hebben geïmpacted (bij PROMES betekent dat dus: die bovenop de effecten komen die voorspeld worden bij het doortrekken van het gemiddeld beleid in het verleden).
- beleidsmaatregelen in andere sectoren hebben spillover effecten gehad die in de projectie onvoldoende waren ingecalculiseerd.
- de werkelijke evolutie van de verklarende variabelen verschilt van de geprojecteerde evolutie, bv. omdat men de vergrijzing heeft onderschat of omdat er een onverwachte demografische schok is geweest (zoals COVID-19).
- er hebben zich gebeurtenissen voorgedaan die een structurele breuk met het verleden betekenen, en die daardoor noch in de residuele trend noch in de WAP's weerspiegeld worden.

Afhankelijk van de "diagnose" die men maakt over de oorzaken van de verschillen, zullen ook de financiële gevolgen voor de betrokken sectoren verschillen. Dit werd verder toegelicht in het vorige hoofdstuk.

c) De kostprijs (of budgettaire opbrengst) van nieuwe initiatieven

De budgettaire ruimte kan groter worden door efficiëntieverhogende initiatieven van “appropriate care”. De budgettaire opbrengst van die initiatieven moet dan natuurlijk worden ingeschat. Wanneer men in de volgende stap nieuwe initiatieven, bv. in het kader van gezondheidszorgdoelstellingen, wil prioriteren, moet ook voor deze beleidsvoorstellen de budgettaire impact worden berekend.

We hebben in hoofdstuk 3 reeds beschreven dat de inschatting van deze budgettaire effecten vele dimensies heeft. In principe kan men de kostprijs, zeker op langere termijn, enkel voorspellen indien men beschikt over een volledig gedragsmodel van patiënten én verstrekkers. Voor sommige initiatieven is de gedragscomponent van in het begin essentieel (bv. invoering van de definitie “goedkoopst voorschrijven”, of verhoging of verlaging van specifieke remgelden). Een duidelijk voorbeeld is ook het preventiebeleid: men kan geen uitspraken doen over de kostprijs van een preventiebeleid, indien men de veranderingen in levensstijl niet kan inschatten. Inschatting van de gedragseffecten is zeer ambitieus en geen van de beschikbare modellen levert deze informatie op. De trendextrapolatie van de TR laat dit zeker niet toe: het enige wat mogelijk is, is de introductie van ad hoc veronderstellingen over mogelijke gedragseffecten. Maar ook PROMES laat niet toe in te schatten hoe het aantal gevallen evolueert in functie van bepaalde vormen van preventiebeleid. Gelijkaardige vragen rijzen met betrekking tot het gedrag van de verstrekkers. De opname van geaggregeerde aanbodvariabelen in PROMES is ongetwijfeld nuttig, maar de analyse zou verder moeten verfijnd worden. Een voorbeeld: men kan vermoeden dat, wanneer er maatregelen genomen worden om het verbruik in de klinische biologie af te bouwen, er tegenreacties aan de aanbodzijde kunnen komen, die het verbruik toch nog op peil houden.

Essentieel voor het opstellen van een globale meerjarenbegroting is de evaluatie van de dynamische effecten (bv. eenmalige/tijdelijke maatregelen en effecten dan wel maatregelen met een structurele budgettaire impact, een initiële investering die zich in een later stadium kan vertalen in efficiëntiewinsten) en van de effecten op andere sectoren dan degene waarin de maatregel in eerste instantie kan gesitueerd worden. Veranderingen in de prijzen, zoals een lineaire vermindering van tarieven of het sleutelen aan de indexering van honoraria, zullen een onmiddellijk effect op de uitgaven hebben, dat later nochtans door aanbodeffecten kan afgezwakt worden. Volume-effecten komen in het algemeen later tot uiting omwille van de inertie in praktijken en voorschrijfgedrag. Zoals eerder gezegd is het de uiteindelijke nettokost voor de ziekteverzekering in haar geheel, en de spreiding over meerdere jaren, die van belang is voor de budgettaire oefening.

Voor deze meerjaren oefening, die rekening houdt met dynamische effecten en interacties tussen de verschillende sectoren, zijn de TR zeker onvoldoende. In principe zou een model zoals PROMES hier beter voor geschikt zijn, omdat het de mogelijkheid biedt om de effecten van maatregelen te simuleren en de resulterende projectie te vergelijken met het business as usual -scenario (waarbij de veronderstelling van ongewijzigd beleid wel op de correcte wijze moet geïnterpreteerd worden). Daartoe zou het model echter uitgebreid moeten worden door de integratie van bijkomende meer verfijnde aanbodfactoren en het gedrag van vragers en verstrekkers. Dit is met de huidige beschikbaarheid van data en van mankracht niet realistisch.



Bij de inschatting van de kostprijs van nieuwe initiatieven moet daarom zeker en vast beroep gedaan worden op gedetailleerde expertise en gericht onderzoek. Deze benadering werd ook reeds gevolgd bij de voorbereiding van het Intermediair Rapport. Die specifieke resultaten moeten dan natuurlijk meegenomen worden bij de uitstippeling van het meerjarenbudget. Hierbij moet de evaluatie van individuele initiatieven overstegen worden omdat er interacties zijn tussen de effecten van die individuele initiatieven. Die effecten kunnen elkaar versterken: de nascholing van huisartsen rond het voorschrijven van antibiotica gekoppeld aan een informatiecampagne voor het publiek heeft waarschijnlijk een sterker effect dan elk van die twee maatregelen afzonderlijk. Ze kunnen echter ook in een verschillende richting gaan en mekaar tot op zekere hoogte opheffen.

Vanuit het standpunt van het brede beleid zijn ook de effecten van maatregelen buiten de gezondheidssector zeer relevant. Voor de hand liggende voorbeelden zijn de gevolgen van maatregelen in de zorg voor de situatie op de arbeidsmarkt, de werkloosheidsuitkeringen en meer in het algemeen het sociale beleid. Zoals eerder vermeld, moeten deze effecten wellicht vooral kwalitatief worden toegelicht, zodat ze in de toekomst mee kunnen genomen worden in het overleg over de doelstellingen. Waar een meer volledige kwantificering mogelijk is, moet die echter wel nagestreefd worden.

#### d) Evaluatie van de reële kostprijs van de initiatieven uit het verleden

Noch de TR, noch PROMES zijn geconstrueerd met als bedoeling de reële kostprijs van initiatieven uit het verleden te berekenen. We hebben echter in de vorige hoofdstukken gezien dat dergelijke evaluatie een essentiële component is binnen een meerjarig budgettair kader met gezondheidsdoelstellingen. Daartoe moet de nodige expertise worden ontwikkeld. De audits die nu reeds door het RIZIV worden opgezet vormen hiertoe een noodzakelijke eerste aanzet, maar moeten verder ontwikkeld worden om het effect van de fundamentele onderliggende variabelen te analyseren.

Op het eerste gezicht kan het makkelijk lijken om ex post de kostprijs van initiatieven uit het verleden te schatten. Uiteindelijk gaat het immers om observaties. Maar, zoals ook reeds benadrukt in hoofdstuk 3, is dat een te eenvoudige redenering. De grote uitdaging bestaat erin om de juiste “counterfactual” te berekenen. Stel (een volledig hypothetisch en zeer eenvoudig voorbeeld) dat men beslist om de remgelden voor een bepaalde behandeling te verhogen. Stel dat die behandeling vooral gebruikt wordt door jongere patiënten en dat de bevolking verouderd. Wanneer we een daling van het gebruik observeren, zal die geobserveerde evolutie dan het gecombineerd effect van twee evoluties (de beleidsmaatregel en de veroudering) reflecteren – en wanneer we het effect van de maatregel zelf willen berekenen, moeten we dat gecombineerd effect zuiveren van de demografische evolutie. Dit is niet evident en in principe zou een model als PROMES daarvoor het best mogelijke instrument zijn. Zoals hierboven reeds beschreven, moet het daarvoor wel verder verfijnd worden zodat meer beleidsinstrumenten (ook aan de aanbodkant) in de analyse worden opgenomen.

e) Beleidsconclusies: de oprichting van een Gemeenschappelijke Prospectieve Technische Cel

De combinatie van TR en PROMES biedt interessante mogelijkheden voor de inschatting van de budgettaire ruimte voor nieuwe initiatieven in een meerjarencontext. Het gebruik van TR voor de korte termijn en van PROMES voor de langere termijn (na recalibratie) biedt zeker een goed vertrekpunt. Het is wel belangrijk dat in de twee modellen hetzelfde prijsconcept wordt gebruikt, in het kader van een meerjarenbegroting bij voorkeur de prijzen van het basisjaar. Er moet ook voorzichtig omgesprongen worden met de notie van “ongewijzigd beleid”. We stellen dus voor om de budgettaire ruimte vast te leggen op basis van de gecombineerde resultaten van TR en PROMES. In de huidige situatie wordt voor de kortetermijnramingen beroep gedaan op de TR, voor de projecties op middellange termijn op PROMES. Naar de toekomst toe moet gewerkt worden aan een betere integratie van de twee benaderingen.

Bij de projecties met PROMES moet expliciet nagedacht worden over de interpretatie van de residuele trends en van de WAP's en, meer bepaald, moet een onderbouwd standpunt ingenomen worden over de vraag of de trends en de WAP's geheel of gedeeltelijk over de projectieperiode kunnen doorgetrokken worden. Daarvoor is sectorspecifieke info nodig. Deze expertise is aanwezig op het RIZIV en zou in de werkzaamheden van PROMES moeten geïntegreerd worden. Daartoe zou er een structureel overleg moeten komen tussen het PROMES-team en de RIZIV-experten van alle sectoren. Gezien er een veertigtal sectoren moet onderzocht worden, vergt dit een grote inspanning, die tijd en middelen zal kosten. Zoals reeds beschreven in het vorige hoofdstuk zijn we van oordeel dat er een organisatiestructuur moet opgezet worden die zich expliciet richt op het uitwerken van een projectie van de uitgaven. Deze Gemeenschappelijke Prospectieve Technische Cel geeft advies aan de nieuw op te richten Commissie voor de Evaluatie van de Gezondheidszorgdoelstellingen en aan de Commissie voor Begrotingscontrole. Voor de oprichting en ondersteuning van deze cel moeten de nodige bijkomende middelen worden voorzien.

Een specifieke vraag is die naar de toekomstige evolutie van de uitgaven voor geneesmiddelen. Het RIZIV beschikt over recente informatie (vanuit pharma.be), ook over de introductie van nieuwe medicijnen of van minder dure medicijnen met grote volumes. PROMES kan zich momenteel enkel baseren op informatie uit de Permanente Steekproeven van de voorbije tien jaar, maar men kan hopen dat het “Horizon-scanning”-initiatief informatie op langere termijn zal opleveren over nieuwe geneesmiddelen die binnen bepaalde klassen op de markt gaan komen.

Ondanks de beperkingen kan er voor de projectie van de globale uitgaven dus gebruik gemaakt worden van het bestaande instrumentarium. De situatie is veel minder rooskleurig voor de schatting van de budgettaire kosten/opbrengsten van specifieke initiatieven. De trendanalyse van de TR biedt daartoe weinig mogelijkheden: de specifieke experts van de verschillende sectoren kunnen, samen met de individuele akkoord- en overeenkomstencommissies, wellicht redelijke projecties maken, maar het zal moeilijk zijn om (a) de interacties tussen de effecten van verschillende maatregelen mee te nemen; (b) voldoende rekening te houden met gedragseffecten; (c) de dynamische projecties voor specifieke initiatieven te integreren in de globale budgettaire oefening. Een model zoals PROMES zou in principe een antwoord kunnen bieden op de uitdagingen (a) en (c), maar op dit ogenblik is de informatie te beperkt om alle aanbods- en gedragseffecten (zowel aan de kant van de vraag als van het aanbod) in het model op te nemen. Bovendien is het niet evident om binnen PROMES het onderscheid te maken tussen de effecten van “nieuwe” initiatieven en de gevolgen van de verderzetting van het bestaande beleid. De introductie van een nieuw geneesmiddel kan bv. een duidelijk nieuw initiatief zijn, maar ook in het verleden werd er op regelmatige basis beslist om nieuwe geneesmiddelen terug te betalen en deze effecten zitten verweven in de residuele trends en in de WAP's.

De beperkingen van de modellen voor de inschatting van de budgettaire effecten gelden ook voor de ex post-evaluatie van in het verleden genomen maatregelen, tenminste wanneer men daar de relevante counterfactual moet berekenen, d.w.z. de situatie die zich zou hebben voorgedaan wanneer de maatregel niet was ingevoerd.

Anderzijds zijn er voor sommige van de voorgestelde maatregelen specifieke schattingen van de budgettaire kost beschikbaar, hetzij in de academische literatuur, hetzij in de onderzoeksrapporten van instellingen zoals het KCE, Sciensano of IMA. Die bronnen kunnen ook interessante evidentie opleveren over de aard en de omvang van de gedragseffecten. Het verzamelen van die informatie is opnieuw een substantiële opdracht. We stellen voor ook deze opdracht toe te vertrouwen aan de nieuw op te richten Technische Cel waarover hoger sprake. Voor elk nieuw initiatief zou de Gemeenschappelijke Prospectieve Technische Cel dus de beschikbare informatie verzamelen over de budgettaire effecten, zoals die kan gevonden worden in vroeger onderzoek, en die informatie confronteren met de expertise die beschikbaar is op RIZIV. Ze zou ook moeten proberen om de beschikbare evidentie te interpreteren in een meerjarenperspectief. Het spreekt vanzelf dat de opdracht van de GPTC er niet in bestaat nieuw onderzoek uit te voeren. Dan zou haar opdracht immers overlappen met die van de andere instellingen (zoals KCE, Sciensano en IMA). Het is wel haar opdracht het beschikbare onderzoeksmateriaal te verzamelen en in te passen in het globaal budgettair kader.

Een gelijkaardige oefening werd reeds opgezet voor het Intermediair Rapport, maar dat moest onder zeer grote tijdsdruk gebeuren. We stellen voor om de nodige middelen te voorzien om die Technische Cel een permanente opdracht te geven en, binnen het tijdschema dat beschreven werd in het vorige hoofdstuk, zijn adviezen over de budgettaire implicaties van de voorgestelde maatregelen te formuleren.

## 6. De budgettaire effecten van de COVID-19 pandemie

Het is nu een zeer moeilijk moment om over te schakelen naar een meerjarenbegroting. De externe schok van de COVID-pandemie heeft immers een uitzonderlijke situatie gecreëerd, waarin het uiterst moeilijk is om projecties te maken. Zoals beschreven in het vorige hoofdstuk, vertrekken de Technische Ramingen van het RIZIV van een trendanalyse over de laatste vijf jaren. De structurele breuk in 2020 maakt deze trendanalyse echter zeer moeilijk. Het afzonderen van de COVID-19-gerelateerde uitgaven en het gebruiken van de trend tot 2019 is een aanvaardbare noodoplossing, maar het blijft een noodoplossing omdat die trend moeilijk als constant kan verondersteld worden en geen rekening houdt met de effecten van COVID-19 op de niet-COVID-19-uitgaven. Zoals vermeld, kunnen structurele breuken ook moeilijk via PROMES geanalyseerd worden, omdat de verbanden die PROMES heeft geschat, geldig waren in een situatie (voor 2020) die grondig verschilde van de huidige situatie, en het is (nog) niet duidelijk waar er grote en blijvende structurele veranderingen in het systeem zijn opgetreden.

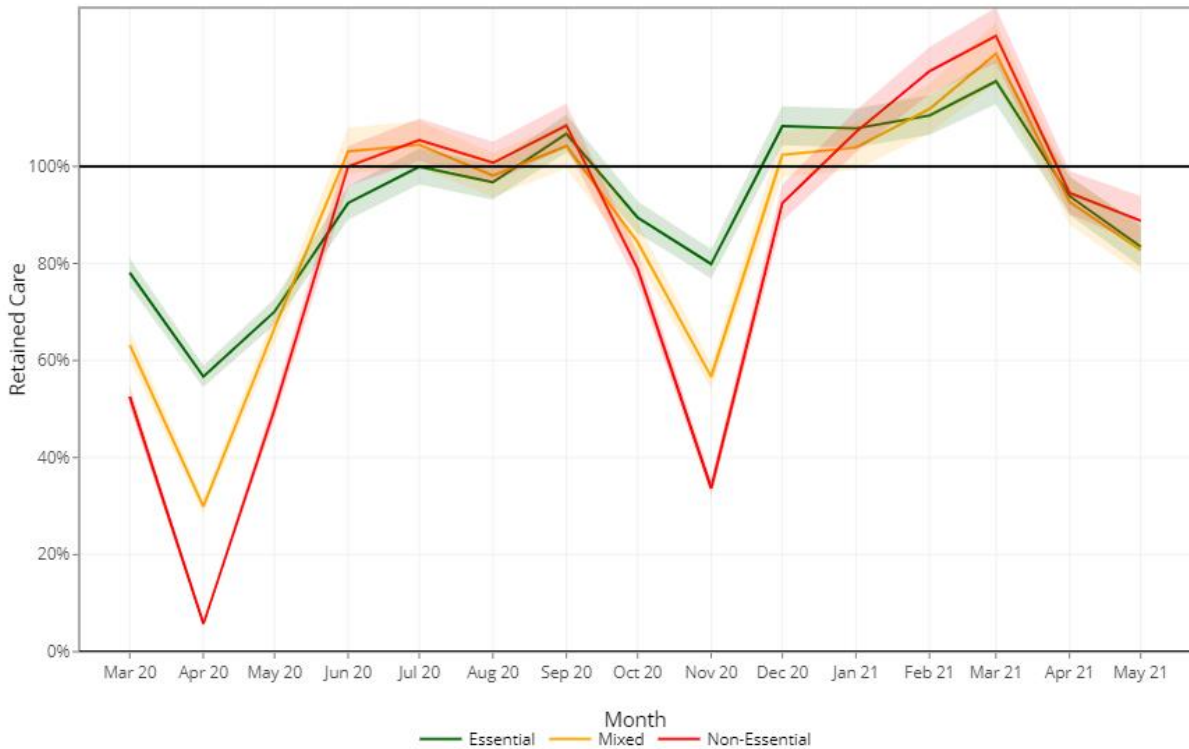
In dit hoofdstuk bespreken we eerst in detail de uitgavenevolucie in de COVID-19-periode. In paragraaf B schetsen we de uitdagingen die COVID-19 heeft gecreëerd voor het opstellen van een meerjarenbegroting. Paragraaf C beschrijft dan bondig enkele ervaringen in het buitenland.

### a) In welke mate heeft COVID-19 aanleiding gegeven tot extra zorg en extra kosten?

Door het uitstellen van zorg, heeft COVID-19 een belangrijke impact gehad op de terugbetalingen van de gezondheidszorg in 2020. Het RIZIV raamt de mindere uitgaven voor verstrekkingen zowel binnen als buiten de ziekenhuizen op € 1,474 miljard, waarvan € 1,227 miljard gedurende het eerste semester (inclusief de eerste golf in maart, april en mei). In de maanden juni, juli, augustus en september 2020 werd heel wat uitgestelde zorg van de eerste golf ingehaald (RIZIV, 2021b).

Het RIZIV berekende ook de medische terugval en achterstand ten gevolge van COVID-19 in ziekenhuizen. In een analyse van 30 september 2021 worden de cijfers weergegeven t.e.m. mei 2021 (FOD VVVL, FAGG & RIZIV, 2021). Om de achterstallige chirurgische zorg te kunnen inschatten vergelijkt het rapport het aantal verstrekkingen die uitgevoerd werden tijdens de pandemie met die van de voorbije jaren (2018-2019). Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen essentiële zorg, waarvan het uitstel kan leiden tot ernstige gezondheidsschade; niet-essentiële zorg, waarvan het uitstel leidt tot geen of beperkte gezondheidsschade; en gemengde zorg, waarbij de gezondheidsschade afhangt van de context. Figuur 6.1 geeft een overzicht van het uitstel voor die drie categorieën zorg (*essential*, *non-essential* en *mixed*). We observeren een aanzienlijke inhaalbeweging in februari en maart 2021, zowel bij de chirurgische, de internistische als de psychiatrische verstrekkingen. Tijdens de derde golf in april en mei 2021 stagneert deze inhaalbeweging of lopen de achterstanden terug op.

Het rapport raamt ook de inlooptijden voor een scenario waarbij gemiddeld 5% extra capaciteit, deels via een hogere efficiëntie, ten opzichte van 2019 kan vrijgemaakt worden. Onder die veronderstelling zou er 1,2 jaar nodig zijn voor het inhalen van alle essentiële en gemengde chirurgische verstrekkingen. Voor de niet-essentiële zorg zou het gaan om 4,6 jaar, het inhalen van overgebruik inbegrepen. Efficiëntiewinsten zijn mogelijk wanneer men de achterstand voor verstrekkingen waarvoor er in België overgebruik is ten opzichte van de wetenschappelijke richtlijnen, slechts gedeeltelijk zou inhalen.



Figuur 6.1: Het aantal uitgevoerde chirurgische verstrekkingen tijdens de COVID-19-periode t.e.m. mei 2021 t.o.v. referentiejaren 2018-2019 (Bron: FOD VVVL, FAGG & RIZIV, 2021)

We bespreken nu eerst in meer detail de geobserveerde evoluties in de uitgaven. In de volgende paragraaf stellen we vragen bij het geschetste scenario over de inhaaloperatie.

HEELKUNDIGE VERSTREKKINGEN

De meeste heelkundige disciplines hebben eind mei 2021, de laatste maand met beschikbare gegevens, een gecumuleerde achterstand in prestaties tussen de 10 en de 15% van de normale jaarproductie. Begin 2021 is er weliswaar een inhaalbeweging, maar vanaf april lopen de achterstanden opnieuw op ten gevolge van de derde golf. De derde golf had wel een veel kleinere impact op de zorgverstrekking dan de twee eerste golven en er is ook minder verschil tussen de verschillende types van verstrekkingen.

Enkele heelkundige verstrekkingen vertonen een aanzienlijke achterstand (20%) en kunnen een sterke impact hebben op de levenskwaliteit en/of levensverwachting. Het gaat hierbij om verschillende open hartoperaties, bepaalde revascularisaties en de transplantaties van hart, hart-long en nieren. Deze ingrepen vertonen ook relatief weinig inhaalbeweging. Het is belangrijk om hiervoor voldoende capaciteit te vrijwaren zowel op het operatiekwartier als op intensieve zorgen.

De meeste oncologische verstrekkingen (chirurgische en andere) zijn over het algemeen behoorlijk goed gevrijwaard. De aanzienlijke achterstanden bij endoscopische onderzoeken met biopsie (pneumologisch en gastro-enterologisch) kunnen de diagnosestelling of opvolging van kankerpatiënten wel negatief beïnvloeden.

De achterstanden voor verschillende electieve heelkundige ingrepen zijn groot en nemen gestaag toe. Hierbij zijn echter meerdere ingrepen met gekend overgebruik, zoals de meniscectomies, amygdalectomies transtympanale drains (Devriese et al., 2005; Venekamp et al., 2018), Specifiek voor meniscectomies is het bijvoorbeeld geweten dat het merendeel van deze ingrepen uitgevoerd wordt bij oudere patiënten (Meeus et al., 2021), wat niet strookt met de wetenschappelijke richtlijnen ter zake (Siemieniuk et al., 2018). Het feit dat in de eerste en tweede golf de achterstanden bij de meeste ingrepen met gekend overgebruik hoog zijn, wijst –in algemene zin– op een correcte indicatie- en prioriteitstelling. Een uitzondering vormen de “gastric bypass”-operaties, waarbij ondertussen zelfs 9% meer ingrepen uitgevoerd werden dan in pre-COVID-19 tijden. De indicatiestelling dient hier onderzocht te worden. De piek lag daarbij in de maand maart 2021 met 26% méér niet-essentiële chirurgische activiteiten t.o.v. verwachting, en 18% meer essentiële. De gemengde groep ligt hiertussen met een geraamde extra activiteit van 24%. Dit kan wellicht verklaard worden doordat op dat moment het grootste deel van de inhaaloperatie voor essentiële zorg reeds achter de rug was.

#### INTERNISTISCHE VERSTREKKINGEN

Voor de interne disciplines zijn er vooral bij de pneumologie (21%) en geriatrie (20%) hoge achterstanden, dit in combinatie met het uitblijven van een inhaalbeweging. De achterstand lijkt niet gerelateerd aan de COVID-19-golven en neemt gestaag toe: bv. inzake evaluatieonderzoeken en algemene consultaties in de geriatrie is de achterstand zelfs opgelopen tot 30%, hoewel deze mogelijks deels ondervangen zijn via telegeneeskunde. De hoge werkdruk op geriaters en pneumologen en hun assistenten zal dus nog een hele tijd aanhouden. Voor gastro-enterologie en neurologie nemen de achterstanden af (daling vanaf december 2020 tot respectievelijk 11% en 9%). Voor de cardiologie (3%) is de opgebouwde achterstand haast volledig weggewerkt. Ook voor de oncologie ziet men geen achterstanden.

#### PSYCHIATRISCHE VERSTREKKINGEN

De gecumuleerde zorgachterstand t.o.v. pre-COVID-19-tijden bereikte volgens de RIZIV-ramingen een piek in november 2020. In die maand liep de geraamde zorgachterstand op tot 11% in de acute ziekenhuizen en 10% in de psychiatrische ziekenhuizen. Vanaf december is een inhaalbeweging op gang gekomen. Deze stagneerde vanaf het begin van de derde golf. De gecumuleerde zorgachterstand eind mei nam af tot een 8% in de acute ziekenhuizen en een 6% in de psychiatrische ziekenhuizen. Aandachtspunt vormen de oplopende achterstanden inzake psychiatrische consulten op vraag van de behandelende arts in de acute ziekenhuizen. In de kinderpsychiatrie zien we meer “toezichtshonoraria bij langere ligduur” dan geraamd. Dit wijst op veelal langere opnames, maar niet op meer opnames. In deze analyse is nog geen rekening gehouden met de mogelijke impact van de toename aan psychische klachten in de algemene populatie ten gevolge van de pandemie (Simpson et al., 2021). Tot op heden zijn hierover weinig tot geen data ter beschikking.

#### MEDISCHE BEELDVORMING

Voor de eerste golf (voorjaar 2020) heeft een duidelijke impact gehad op het aantal prestaties medische beeldvorming. De twee volgende golven hebben aanzienlijk minder impact gehad. Voor CT en MRI (ledematen/schedel/wervelzuil/thorax) was er een inhaalbeweging begin 2021 met een beperkte impact van de derde golf. We zien een aanhoudend sterk verhoogd (bijna 150%) aantal “Thorax CT’s” vanaf de eerste COVID-19 golf. Dit is conform de verwachtingen, aangezien deze worden aangewend in de diagnostiek en opvolging van COVID-19-patiënten. Bij de nucleaire beeldvorming met SPECT en PET is er eveneens een “inhaalbeweging” begin 2021 met een terugval voor de SPECT onderzoeken tot de basislijn in mei.

#### CONSULTATIES EN TELECONSULTATIES

Tijdens de COVID-19-periode werd de mogelijkheid gecreëerd van zorg op afstand. Een analyse van de terugbetalingen van het RIZIV voor het jaar 2020 geeft een inzicht in de omvang van de “teleconsultaties” en van de mate waarin deze consultaties op afstand tot een substitutie-effect leiden voor terugvallende consultaties en bezoeken bij artsen (RIZIV, 2021b). De zorg op afstand vond plaats in verschillende sectoren, maar uit een verdere analyse van de uitgaven voor de verstrekkingen blijkt dat de honoraria voor artsen met betrekking tot de raadplegingen, bezoeken en adviezen 95,2% van de verrichte uitgaven vertegenwoordigen. Bij de overige zorg gaat het grootste deel naar logopedie, kinesitherapeuten en tandartsen.

Wanneer men alle gebruikelijke verstrekkingen bij verschillende zorgverstrekkers (dus zonder de verstrekkingen op afstand) van 2020 bekijkt, ziet men dat er een daling is van 15,3% in vergelijking met de verstrekkingen van 2019. Indien men hier voor 2020 ook de verstrekkingen op afstand bijtelt, komt men tot een uiteindelijke daling van slechts 0,8% verstrekkingen ten opzichte van 2019.

Hiermee samenhangend ziet men ook een daling van de raadplegingen bij artsen en artsen-specialisten (zowel de gebruikelijke raadplegingen als de raadplegingen op afstand) tegenover 2019 met een sterke afname van de raadplegingen in de eerste golf (vooral april -mei) maar met een groei vanaf juni tot december, met enkel nog een afname van 1,9% in november. Deze groei in de laatste maanden is ook wel grotendeels toe te schrijven aan de verstrekkingen die op afstand gebeurden, in het kader van de teleconsultaties. Zonder de verstrekkingen op afstand zou er in deze maanden nog steeds een daling van het aantal raadplegingen geweest zijn met percentages die variëren van 0,1% in september tot 17,7% in november. Er is een duidelijk substitutie-effect van de teleconsultaties ten aanzien van de gebruikelijke consultaties.

### AMBULANT BUITEN HET ZIEKENHUIS

Voor de sectoren met meer dan 75% van de uitgaven buiten het ziekenhuis, liggen de totale verrichte uitgaven in 2020 0,1% lager dan in 2019. De daling situeert zich vooral in de eerste golf (volledige lockdown): in de periode maart-juni is er een afname van 11,1%. Tijdens de tweede golf zijn er geen grote dalingen meer vast te stellen: in de periode oktober-december is er een toename van 5,1%.

De sectoren die de grootste impact hebben van de crisis zijn de tandartsen (-12,1%), de kinesitherapeuten (-7,9%), de orthopedisten (-9,7) en de audiocisten (-9,3%). Lichter geïmpacteerd zijn de artsen (raadplegingen, bezoeken en adviezen) (-0,2%) en de bandagisten (+1,7%, met dalingen in april en mei van 10,5% en 6,9%). Sectoren zonder impact zijn de verpleegkundigen (+7%), en de farmaceutische specialiteiten – openbare officina's, waar in maart door hamstergedrag zelfs een stijging van 18,5% opgetekend wordt en die uiteindelijk afsluit met een toename van 3,1% ten opzichte van 2019.

### ENKELE LESSEN

De gedetailleerde analyse van de evolutie van de uitgaven in 2020 en 2021 is een eerste noodzakelijke stap voor de actualisering van de projecties van de uitgaven vanaf 2023. Belangrijk is daarbij na te gaan in hoeverre het gaat om afwijkingen van trends, die zich daarna zullen herstellen (afgezien van de inhaalbeweging waarop we zullen terugkomen in de volgende paragraaf), dan wel om structurele trendbreuken die zich ook in de toekomst zullen doorzetten. Deze gedetailleerde analyse zou een van de eerste opdrachten kunnen zijn voor de Gemeenschappelijke Prospectieve Technische Cel (zie hoofdstuk 5).

De wijze waarop zal omgegaan worden met overgebruik in het verleden is daarbij belangrijk. Deze vormen van overgebruik zijn immers duidelijk voorbeelden van INappropriate care die in een gerichte inspanning om de kosteneffectiviteit en de kwaliteit van de zorg te verbeteren zouden moeten aangepakt worden.

De verwerking van de COVID-19-crisis zal ook gevolgen hebben voor de financiering en organisatie van de zorg. We geven twee voorbeelden. Ten eerste zal het eventueel laten wegvallen van de financiering voor ingrepen met overgebruik een impact hebben op de globale ziekenhuisfinanciering. Deze heroriëntering van middelen en de gevolgen op het totale ziekenhuisbudget moet en geanalyseerd en meegenomen worden in een globaal plan van aanpak voor de ziekenhuisfinanciering in de komende jaren.



Ten tweede bieden teleconsultaties zonder meer voordelen, en ze zullen ter vervanging of als aanvulling bij de *face-to-face* consultaties niet snel uit ons zorglandschap verdwijnen. Het aanmaken van nomenclatuurcodes voor de telegeneeskunde, zoals dit nu gebeurt is, is evenwel niet de meest doeltreffende aanpak. De betaling per prestatie lijkt immers moeilijk te verzoenen met het streven naar meer *goal-oriented care* (zie hoofdstuk 8). Financiering via capitatie of via forfaitaire uurvergoedingen zijn mogelijke alternatieven. Een studie van het KCE specifiek rond videoconsultaties die in de loop van 2022 zal worden afgerond zal hierover verder uitsluitsel kunnen geven.

### b) Uitdagingen voor het opstellen van een meerjarenbegroting

Naast de moeilijkheid om gedetailleerde projecties per sector te maken, zijn voor het opstellen van een meerjarenbegroting vooral vier elementen relevant, die we nu achtereenvolgens zullen behandelen. Wat met de specifiek aan de COVID-19-pandemie gerelateerde uitgaven? Zal de oversterfte in de voorbije jaren invloed hebben op de toekomstige uitgaven? Wat zullen de gevolgen op langere termijn zijn van het ziektebeeld "Long COVID"? Zal alle uitgestelde zorg ingehaald worden en, zo ja, wanneer?

#### HERORIËNTERING VAN DE MIDDELEN IN 2020 EN SPECIFIEKE MIDDELEN VOOR COVID-19

Om de zorgcontinuïteit tijdens de pandemie te garanderen, heroriënteerde RIZIV zijn middelen binnen de begroting van 2020:

- De mogelijkheid werd gecreëerd om bestaande verstrekkingen van op afstand uit te voeren;
- De vergoeding voor het bijhouden van het globaal medisch dossier door artsen werd éénmalig met € 20 verhoogd;
- Er werd een uitzonderlijke federale financiële tegemoetkoming van € 2 miljard toegekend aan de algemene en psychiatrische ziekenhuizen (RIZIV, 2021b).

In de strijd tegen COVID-19 werden ook bijkomende uitgaven voor extra maatregelen goedgekeurd. Volgens de meest recente interne gegevens van het RIZIV gaat het voor 2020 om een totaalbedrag van ruim € 950 miljoen. De gegevens voor 2021 zijn nog niet volledig maar het totaalbedrag overschrijdt nu al anderhalf miljard. Belangrijke uitgavenposten zijn testing (meer dan 374 miljoen in 2020 en al bijna 728 miljoen in 2021) en het beschermingsmateriaal voor de zorgverleners (367.303 miljoen in 2020 en al meer dan 518 miljoen in 2021). In 2020 werd 200 miljoen voor de uitzonderlijke aanmoedigingspremie uitgegeven. Voor de vaccinatiecampagne in 2021 werd op het moment van de gegevensverzameling al € 80 miljoen ingeboekt.

Verschillende uitgaven zullen ook in 2022 terugkeren en de aanslepende pandemie zal wellicht ook nog nieuwe uitgavenposten met zich meebrengen. Men kan hier bijvoorbeeld denken aan de uitgaven voor de zogenaamde antivirale middelen die zich steeds duidelijker aandienen. De kost van een behandeling wordt ingeschat op € 600 à 700. Een behandeling gedurende 5 dagen met 2 pillen per dag, zeer snel na het begin van de symptomen, is aangewezen voor risicopatiënten (minstens één comorbiditeit). Om het meest efficiënt te zijn moet het middel toegediend worden binnen 3 à 5 dagen na eerste symptoom bij PCR+ bevestigde risicopatiënten.

Het is daarbij vooral belangrijk vast te stellen dat deze uitgaven tot nu toe buiten het budget werden gehouden dat voorzien was voor de gezondheidszorg. Meer concreet worden deze bijkomende uitgaven gefinancierd via een toewijzing vanuit de interdepartementale provisie aan het budget FOD Sociale Zaken en is er een overheveling van het budget FOD Sociale Zaken naar het RIZIV via een specifieke dotatie. Het is niet onlogisch dat tot op heden de COVID-19-gerelateerde uitgaven buiten het budget werden gehouden. De pandemie was immers een grote en onverwachte schok. Er kan nu echter verondersteld worden dat de COVID-19-situatie geleidelijk aan "normaal" zal worden. De organisatie van onze gezondheidszorg zal zich aan deze nieuwe realiteit moeten aanpassen en het wordt nu dan ook wellicht tijd om actie te nemen om deze uitgaven in het reguliere gezondheidszorgbudget op te nemen. De volgende golven kunnen daarbij als testcase gebruikt worden. De begroting 2022 werd nog opgesteld zonder rekening te houden met deze COVID-19-uitgaven. Vanaf 2023 zouden ze echter binnen de begrotingsraming opgenomen kunnen worden en vervolgens opgevolgd en bijgestuurd via de begrotingscontroles. In deze oefening kan dan worden ingeschat in welke mate de geraamde middelen ook echt toereikend waren en waarom wel of niet. Uiteraard kan dit enkel op voorwaarde dat het budget voor gezondheidszorg, en dus de groeinom, aanzienlijk wordt opgetrokken. De kosten lopen immers hoog op, zoals hierboven is vermeld.

IN WELKE MATE ZAL LONG COVID AANLEIDING GEVEN TOT VERHOOGDE UITGAVEN?

Een tot nu toe redelijk onbekend domein is dat van Long COVID en de daarmee gepaard gaande bijkomende uitgaven. Een recent KCE-rapport concludeerde dat Long COVID prevalent is zowel na een milde als ernstige acute COVID-19 en dat in alle leeftijdsgroepen (Castanares-Zapatero et al., 2021). De mediane prevalentie en de spreiding zijn samengevat in tabel 6.1 in functie van de follow-up periode. De analyse van de epidemiologische literatuur toonde een enorme variatie in de gerapporteerde prevalentiecijfers.

Mediaan (range)	< 3 maanden	3-6 maanden	> 6 maanden
Gehospitaliseerd	32% (5-36%)	57% (13-92%)	60%
Niet-gehospitaliseerd	51% (32-78%)	26% (2-62%)	25% (13-53%)

Tabel 6.1: Prevalentie van Long COVID bij gehospitaliseerde en niet-gehospitaliseerde patiënten (geconstrueerd op basis van Castanares-Zapatero et al., 2021)

De prevalentiecijfers lijken hoger te zijn bij vrouwen dan bij mannen. In het algemeen is er bij personen die gehospitaliseerd werden een hogere prevalentie van Long COVID. Het kan echter niet worden uitgesloten dat sommige van deze symptomen verband houden met hun verblijf in het ziekenhuis of op de afdeling intensieve zorgen (post-intensieve zorgen syndroom) en niet zozeer met het virus. De studies met een follow-up van langer dan 6 maanden zijn nog beperkt. Hoewel de symptomen bij een grote groep patiënten na 6 maanden lijken te verbeteren, blijven de gerapporteerde prevalentiecijfers hoog, zowel voor patiënten die tijdens de acute COVID-19-periode in het ziekenhuis werden opgenomen als voor patiënten die dat niet waren. Op dit ogenblik is het echter zeer moeilijk, zelfs onmogelijk, om een goed onderbouwde uitgavenprognose te maken.

In hoofdstuk 8 doen we een voorstel om ambulante proefprojecten geïntegreerde zorg op te starten in het kader van de revalidatie van Long COVID-patiënten.

### DEMOGRAFISCHE WIJZIGINGEN

Het totale aantal sterfgevallen “alle oorzaken” in 2020 wordt geraamd op 127 800 (Federaal Planbureau, 2021). Dit kan vergeleken worden met het totaal aantal sterfgevallen van 111 800, dat voor België in 2020 kan geraamd worden uitgaande van de “normale” sterftetekansen per leeftijd en geslacht in een niet-COVID-19-periode. De oversterfte (alle oorzaken) kan dan geschat worden op 16 000 personen. Deze extra sterfgevallen kunnen verdeeld worden volgens leeftijd en geslacht en dan vermenigvuldigd met de levensverwachting (zonder COVID-19) per leeftijd en geslacht in 2020. Dit levert een totaal van 124 000 verloren levensjaren op. Gemiddeld per overlijden gingen dus 7,7 levensjaren verloren.

Ongeveer één derde van de 124 000 verloren levensjaren is terug te vinden bij de 85-plussers, terwijl zij omwille van hun lagere levensverwachting (5 jaar) 57% van de oversterfte vertegenwoordigen. Het aandeel van de 65-74-jarigen in de extra sterfgevallen bedraagt slechts 14%, maar omwille van hun hogere levensverwachting van 17 jaar is het aandeel van deze leeftijdsgroep in het totale aantal verloren levensjaren 31%. COVID-19 heeft dus blijkbaar niet enkel geleid tot oversterfte bij de meest kwetsbare personen die, zonder de epidemie, een paar weken of maanden later toch gestorven zouden zijn.

In elk geval zal de COVID-19-pandemie de leeftijdssamenstelling van de bevolking veranderd hebben. Eenvoudige *back of the envelope*-berekeningen kunnen tot misleidende resultaten leiden, omdat ze geen rekening houden met de meer subtiele effecten die we hier beschreven hebben. Simulaties met het PROMES-model zouden hier nuttige informatie kunnen opleveren. Het wordt dan immers mogelijk twee uitgavenprojecties met elkaar te vergelijken: één met de vroegere demografische prognoses en een andere met de voor COVID-19 aangepaste prognoses. Binnen het tijdsbestek van dit rapport was het echter niet mogelijk om deze simulatieresultaten te produceren.

### IN WELKE MATE ZAL DE UITGESTELDE ZORG TIJDENS DE PANDEMIE WORDEN INGEHAALD?

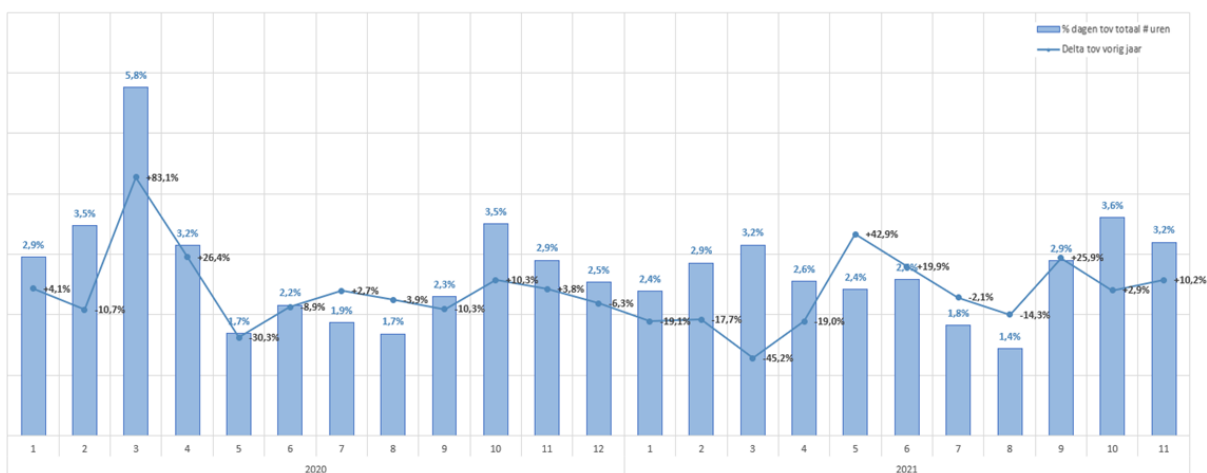
Zoals hoger beschreven, wordt voor de ramingen van inlooptijden een scenario naar voor geschoven waarin gemiddeld 5% boven de normale capaciteit gewerkt wordt (FOD VVVL, FAGG & RIZIV, 2021). Het is echter hoe dan ook heel moeilijk om een precieze inschatting te maken, en dit omwille van 3 belangrijke onzekerheidsfactoren:

- er is nog geen zicht op de impact van golf 4, en op de invloed van de omikronvariant (golf 5);
- er zijn nog onvoldoende data inzake personeelsuitval en personeelsverloop;
- er is geen zicht op wat de impact van het griepseizoen zal betekenen.

In paragraaf A werd vermeld dat de inlooptijden voor essentiële en gemengde chirurgische ingrepen op basis van dit scenario op respectievelijk 1,17 en 1,24 jaar worden geraamd. Voor de niet-essentiële ingrepen wordt een raming van 4,55 jaar vooropgesteld. Dit is echter het resultaat voor een “worst case” scenario waarin alle overgebruik zou worden ingehaald. Dit is uiteraard niet de bedoeling en de omvang van de inhaalbeweging zal sterk afhangen van preventieve maatregelen tegen het inhalen van gekend overgebruik. Een studie uit Israël die focust op oncologen, suggereert alvast dat artsen overmatig gebruik kunnen terugdringen door met patiënten in gesprek te gaan, een vertrouwensrelatie op te bouwen en de relatie tussen patiënt en arts te verstevigen. Overgebruik kan verder teruggedrongen worden door beter teamwerk. Er kan ook verbetering komen dankzij educatieve initiatieven en bottom-up oplossingen. Beleidsmakers en besluitvormers moeten passende interventies ontwikkelen om overmatig gebruik van behandelingen aan te pakken, onder meer door een betere patiëntenvoorlichting en het bijbrengen van vertrouwen en kennis bij artsen (Ellen et al., 2021).

Bij dit alles bestaat de bezorgdheid of er binnen de zorg de nodige capaciteit voor handen is om deze inhaaloperatie uit te voeren. Al in een KCE-studie van 2019 over de verpleegkundige bestaafing in de ziekenhuizen, werd gesteld dat de stijging van het aantal verpleegkundigen onvoldoende bleek te zijn om de toenemende zorgbehoeften op te vangen (Van den Heede et al., 2019). Bovendien gaf toen reeds één op de vier verpleegkundigen aan niet tevreden te zijn met de job en dacht 10% er aan het beroep te verlaten. Volgens deze studie liep ook nog eens 36% van het verpleegkundig personeel risico op een burn-out en was dit risico fors toegenomen over de laatste tien jaar.

De COVID-19-crisis heeft deze bestaande problemen verder aangescherpt. Uit de Sciensano-studie *Power to care* blijkt dat in juni 2021 al één op de vijf bevroegde zorg- en hulpverleners overwoog te stoppen met het uitoefenen van het beroep (Peeters et al., 2021). Hierbij komt nog dat zich recent steeds duidelijker een belangrijke uitval van zorgverleners begint af te tekenen (Godderis et al., 2021). Wanneer alle vormen van ziekteverzuim (kort, middellang en lang) worden samengenomen, heeft de gezondheidszorg in 2020 en 2021 te maken met respectievelijk 36,2% en 35,6% meer verzuim dan de andere sectoren in vergelijking met het jaar daarvoor. Het verschil met de andere beroepssectoren is groter in het geval van langdurige ziekte – afwezigheid van een jaar of langer – met respectievelijk 46,5% en 49,6%. Het kortdurend ziekteverzuim – minder dan één maand – in de Belgische gezondheidssector lag in 2020 en 2021 respectievelijk 24,6% en 14,6% hoger dan het kortdurend ziekteverzuim voor alle sectoren samen. Het ziekteverzuim op middellange termijn – tussen één maand en één jaar – was in de zorgsector 30,6% (2020 vs 2019) en 34,0% (2021 vs 2020) hoger dan het gemiddelde voor alle sectoren samen. Godderis et al. (2021) vergeleken verder de evolutie in 2021 (gegevens tot november) ten opzichte van het voorgaande jaar (dus 2020) in verschillende sectoren voor het kort ziekteverzuim. Daar kan worden vastgesteld dat sinds mei 2021 het kortdurend ziekteverzuim in alle sectoren hoger is dan vorig jaar. Specifiek voor de zorgsector is een vergelijkbare trend te zien, met minder kortdurend ziekteverzuim voor de maanden juli en augustus 2021. De meest recente gegevens lijken echter weinig goeds te voorspellen. Zo ziet men dat in september 2021 er 25,9% meer korte afwezigheid werd opgetekend dan het jaar ervoor (zie figuur 6.2). Door deze alarmerende signalen moeten de geschetste scenario's om de zorg in te halen met zeer zwaar voorbehoud bekeken worden.



Figuur 6.2: Kortdurend ziekteverzuim in de gezondheidszorgsector (Godderis et al., 2021)

Het is onduidelijk welke gevolgen dit heeft voor de toekomstige uitgaven. Een lager niveau van zorg, omwille van uitval van het personeel, is slecht nieuws voor de kwaliteit van de zorg en voor de gezondheid van de bevolking, ten minste als het niet enkel om een vermindering van overgebruik gaat. Het kan echter wel tot lagere uitgaven leiden en de budgettaire ruimte voor nieuwe initiatieven vergroten. Initiatieven die een herorganisatie van de zorg beogen, waarbij het zorgpersoneel meer flexibel en meer efficiënt wordt ingezet, lijken in de eerste plaats aangewezen.

### c) Uitgavenprognoses in andere landen

De op dit ogenblik nog beperkte bevindingen over de zorgachterstand in het buitenland bevestigen grotendeels de inzichten die we hebben afgeleid voor de Belgische data (Carr et al., 2021; Iacobucci, 2021; Teja et al., 2021; Meneghini, 2021). Inhaalprioriteiten zijn essentieel, extra capaciteit is noodzakelijk en een verhoogde efficiëntie kan deels de capaciteitsverhoging versterken. De efficiëntiewinsten bestaan vooral uit het niet inhalen van een deel van de ingrepen waarbij overgebruik bekend is.

In een verslag van de EIU (Economist Intelligence Unit) van medio 2020 wordt opgemerkt dat, contra-intuïtief, de uitgaven voor gezondheidszorg in sommige landen zijn gedaald tijdens de pandemie (Economist Intelligence Unit, 2020). Meer specifiek wordt een vertraging van 2,6% verwacht voor de wereldwijde uitgaven voor gezondheidszorg in 2020 (Deloitte, 2021). Oorzaken van deze vertraging zijn waarschijnlijk de effecten van de COVID-19-gerelateerde lockdowns, en het uitstel van gezondheidszorg als gevolg van sociale afstandsmaatregelen (Deloitte, 2021). In sommige rapporten wordt melding gemaakt van een toename van virtuele bezoeken, die ook in de toekomst wordt verwacht. Het aandeel consumenten dat gebruik maakt van virtuele bezoeken steeg van 15% in 2019 tot 19% begin 2020. Het aandeel sprong naar 28% in april 2020 op wereldniveau (Deloitte, 2021). Hoewel moeilijk te voorspellen, werden eind 2020 en in 2021 een herstel en stijging van de zorguitgaven verwacht, als gevolg van de uitgestelde behandelingen (Economist Intelligence Unit, 2020). De uitgestelde behandelingen die door COVID-19 worden veroorzaakt, zullen helaas waarschijnlijk ook meer sterfgevallen veroorzaken. Uit onderzoek van het University College London en Data-Can, een datahub voor kanker, blijkt bijvoorbeeld dat vertragingen bij de behandeling en diagnose van kanker kunnen leiden tot bijna 18 000 extra sterfgevallen door kanker (Economist Intelligence Unit, 2020).

Op lange termijn zullen de uitgaven voor gezondheidszorg naar verwachting stijgen met een gemiddelde groeivoet van 4% in 2020-24, ten opzichte van 2,8% in 2015-19. Ondertussen zullen de wereldwijde uitgaven voor gezondheidszorg als percentage van het BBP waarschijnlijk rond de 10,3% blijven tot 2023, iets meer dan de ratio van 2019, en de uitgaven zullen ongelijk gespreid blijven, variërend van 12.703 dollar in de Verenigde Staten tot slechts 37 dollar in Pakistan in 2024 (Deloitte, 2021).

Er zijn enkele specifieke landenrapporten beschikbaar die afwijken van deze algemene prognoses. In het *Verenigd Koninkrijk* wordt bijvoorbeeld een nominale stijging van 20% van de totale lopende uitgaven voor gezondheidszorg in 2020 voorspeld ten opzichte van 2019, waarbij het aandeel van het BBP dat wordt toegeschreven aan gezondheidszorg stijgt van ongeveer 10,2% in 2019 tot 12,8% in 2020 (UK Office for National Statistics, 2021). Als belangrijkste verklaring geven zij aan dat de groei van de totale uitgaven voor gezondheidszorg voornamelijk werd aangedreven door een stijging van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg met 25% (nominaal), die op zijn beurt waarschijnlijk wordt veroorzaakt door directe kosten van de pandemie, zoals uitgaven voor nieuwe test- en opsporingsdiensten en indirecte kosten voor bestaande diensten, zoals extra persoonlijke beschermingsmiddelen voor eerstelijns gezondheidswerkers. In overeenstemming met de wereldwijde tendensen stellen de auteurs dat er in 2020 lagere activiteitsniveaus te zien waren. Het aantal electieve behandelingen en bezoeken aan de spoeddiensten is in 2020 gedaald. Ook wordt gezegd (in de context van niet-overheidsuitgaven voor gezondheidszorg) dat met name ambulante diensten, zoals tandheelkundige zorg, werden getroffen. Tegelijkertijd was er echter een toename van huisarts- en specialistenconsulten per video en telefoon. De auteurs benadrukken natuurlijk dat dit "eerste ramingen zijn, gebaseerd op eerste gegevens en daarom onderhevig aan een grotere mate van onzekerheid dan onze vorige ramingen." (UK Office for National Statistics, 2021).

In een *Canadees* rapport van 2021 was men er nog niet zeker van of de uitgaven voor gezondheidszorg in 2020 zouden stijgen of dalen ten opzichte van de vorige jaren, gezien de omvang van twee tegengestelde tendensen: enerzijds hogere uitgaven in verband met COVID-19 (behandeling, tests, persoonlijke beschermingsmiddelen) en de historische stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg, anderzijds uitstel van zorg (Canadian Institute for Health Information, 2021). De studie vermeldt ook enkele richtingen waarin het toekomstige gezondheidszorgsysteem zou kunnen evolueren, gedeeltelijk als gevolg van COVID-19: de voortzetting van een sterkere patiëntgerichte en geïntegreerde gezondheidszorg (thuiszorg en gemeenschapsdiensten; fysieke en geestelijke gezondheidszorg), een grotere aandacht in het beleid voor de langdurige zorg, en virtuele diensten die leiden tot nieuwe manieren om zorg te leveren met het potentieel om de zorg te verbeteren en tegelijkertijd de kosten te verlagen (Canadian Institute for Health Information, 2021).

*Chinees* onderzoek (november 2020) concludeerde dat "de COVID-19-pandemie een aanzienlijk negatief effect had op het gebruik van de gezondheidszorg in China, ongeacht het risiconiveau in de steden, wat de nationale en wereldwijde impact van pandemieën benadrukt. Hoewel het gebruik van de gezondheidszorg in de periode na de uitbraak geleidelijk is toegenomen, is het nog niet terug op het niveau van voor de uitbraak en lijkt het ook niet op schema te liggen om dat te doen." (Zhang et al., 2020).

Bij de vergelijking van de uitgavencijfers in andere landen met die in België, moet er natuurlijk rekening mee gehouden worden dat in ons land de COVID-19-gerelateerde uitgaven buiten het reguliere gezondheidszorgbudget werden gefinancierd. Het is echter opvallend dat het globale patroon van de wijzigingen overal gelijklopend is.

## DEEL II. Enkele toepassingsdomeinen

In dit tweede deel illustreren we de algemene aanpak, die werd beschreven in deel I, voor drie concrete toepassingsdomeinen, die ook reeds in het Intermediair Rapport aan bod kwamen en tevens opgenomen zijn in het regeerprogramma: geestelijke gezondheidszorg, geïntegreerde en doelgerichte zorg, financiële toegankelijkheid.

In principe zouden we moeten vertrekken van brede gezondheidsdoelstellingen en dan voor elk van deze domeinen een reeks gezondheidszorgdoelstellingen en concrete initiatieven definiëren, met daarbij een inschatting van de budgettaire effecten voor meerdere jaren. Om verschillende redenen was dit echter niet haalbaar. In de eerste plaats moet er zeker voor geestelijke gezondheidszorg en geïntegreerde en doelgerichte zorg nog gewerkt worden aan de uitbouw van een samenhangende visie op lange termijn die breed door de verschillende stakeholders gedragen wordt. In de tweede plaats ontbreekt, zoals in algemene termen reeds beschreven werd in hoofdstuk 5, de nodige informatie om budgettaire effecten op een nauwkeurige manier te schatten. Binnen het ons toegemeten tijdsbestek van drie maanden kon er ook niet echt een diepgaand onderzoek naar die budgettaire gevolgen worden opgezet. Ten derde is het niet de taak van een Wetenschappelijk Comité om specifieke prioriteiten te definiëren. De inbreng van onafhankelijke experts is noodzakelijk, zoals we in hoofdstuk 4 gesteld hebben, maar die inbreng dient te worden ingekaderd in een evenwichtige besluitvormingsprocedure.

De drie domeinen die we zullen behandelen hebben elk hun eigen kenmerken, en dat zal ook tot uiting komen in de enigszins verschillende structuur van de volgende hoofdstukken:

- De geestelijke gezondheidszorg (hoofdstuk 7) is in het verleden in België op een weinig coherente wijze uitgebouwd, gestructureerd en georganiseerd. De bevoegdheidsverdeling is ingewikkeld en intransparant en er bestaat zelfs geen betrouwbare schatting van de totale hoeveelheid middelen die thans aan de geestelijke gezondheidszorg worden besteed. De afstemming van ambulante en residentiële zorg is eerder incoherent en onevenwichtig. Bovendien hanteren vele verstrekkers en patiënten nog een zeer microgerichte en narratieve benadering, waarin weinig interesse bestaat voor (en kennis van) een populatieperspectief en voor het gebruik van meetbare uitkomstenindicatoren. De klemtoon in dit hoofdstuk zal dan ook in de eerste plaats liggen op de ontwikkeling van een coherent populatieperspectief, met daarmee samenhangend een graduele verschuiving van een curatief naar een preventief kader. Het zal daarbij zeer duidelijk worden dat een volwaardig geestelijk gezondheidsbeleid de grenzen van de gezondheidszorg in enge zin ver moet overschrijden.

- Terwijl de geestelijke gezondheidszorg kan gezien worden als één discipline binnen de zorg, is de uitbouw van geïntegreerde en doelgerichte zorg (hoofdstuk 8) bij uitstek een interdisciplinaire oefening. Deze oefening illustreert de noodzaak van een transversale en silo-doorbrekende aanpak, met een sterke klemtoon op de uitbouw van een zorgsysteem dat de eigen levensdoelen van de patiënt centraal stelt. De wenselijkheid van geïntegreerde zorg wordt zeer breed aanvaard, maar voor de concrete uitwerking liggen nog verschillende richtingen open. We schetsen die verschillende richtingen en wijzen op het belang van inspraak van het werkveld. We denken wel dat er brede consensus bestaat over de wenselijke invoering van een geïntegreerd interprofessioneel elektronisch dossier. Deze idee zal dan ook in meer detail worden uitgewerkt.
- Financiële toegankelijkheid (hoofdstuk 9) is een overkoepelende doelstelling, waar in alle zorgdomeinen en bij alle beleidsmaatregelen aandacht aan moet worden besteed. We hebben in hoofdstuk 2 reeds gezien dat er nog grote uitdagingen blijven bestaan op dat gebied, ondanks het belang dat er traditioneel in het Belgische beleid aan wordt gehecht. Omdat de doelstellingen hier redelijk duidelijk zijn, gaat hoofdstuk 9 verder in de richting van concrete maatregelen dan de twee andere hoofdstukken.

Deze drie hoofdstukken behandelen dus beleidsdomeinen met een verschillende graad van ontwikkeling. Wat deze drie hoofdstukken echter gemeen hebben, in het licht van de doelstellingen van dit rapport, is dat ze proberen verder te gaan dan de beschrijving van een langetermijnvisie. In elk van de gevallen wordt er wel uitgegaan van een beschrijving van de globale uitdagingen, maar wordt er ook een poging gedaan om mogelijke concrete stappen in de "goede" richting te beschrijven. Er worden ook voorstellen geformuleerd voor specifieke indicatoren die kunnen gebruikt worden om de voortgang van het beleid te evalueren. De algemene idee is om aan te tonen op welke wijze specifieke doelstellingen en initiatieven op een coherente wijze uit algemene principes kunnen worden afgeleid. Het spreekt echter vanzelf dat de volgende hoofdstukken slechts een eerste aanzet vormen in de richting van een uitgewerkt denkkader "gezondheidsdoelstellingen – gezondheidszorgdoelstellingen – initiatieven".



## 7. Geestelijke gezondheidszorg

In hoofdstuk 2 werd er reeds op gewezen dat België zwak presteert in het domein van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). In dit hoofdstuk bespreken we deze problematiek in brede zin. We beginnen met de conceptualisering van psychische problemen, en behandelen daarna de maatschappelijke componenten waarop de uitdagingen en potentiële meetbare maatregelen zich bevinden. Binnen elke component worden vervolgens probleemgebieden en uitdagingen geformuleerd alsook een aantal implementeerbare meetbare maatregelen. Deze vaststellingen, probleemgebieden en oplossingen zijn niet exhaustief maar bakenen een kader af voor een meerjarenbeleid inzake een duurzame verankering van de geestelijke gezondheid(szorg) in de maatschappij.

### a) Psychische stoornissen en het klinische paradigma

#### WERKDEFINITIES

De Wereldgezondheidsorganisatie hanteert als definitie van psychische gezondheid "een toestand van welzijn waarin het individu zijn of haar eigen capaciteiten realiseert, de normale spanningen van het leven aankan, productief en vruchtbaar kan werken en in staat is om een bijdrage te leveren aan zijn of haar gemeenschap" (WHO, web page: [Mental health: strengthening our response](#)). Psychische gezondheid is een breed construct dat kan worden gesitueerd op 3 gebieden: persoonlijk leven, sociale omgeving en functioneren (Trimbos, 2021).

Hierbij is het van belang om een onderscheid te maken tussen *psychische klachten* (zoals angstgevoel of somberheid) en *psychische stoornissen*. Er kan van een psychische stoornis worden gesproken wanneer voldaan is aan de criteria van een specifieke stoornis, conform diagnostische criteria beschreven in officiële diagnostische classificatiesystemen waarvan de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5de versie, de meest bekende is. Psychische stoornissen hebben een chronisch karakter, ook al kunnen ze mild van aard zijn, genereren een belangrijke impact op het individu en op de maatschappij en zijn geïndiceerd voor behandeling.

#### VOORKOMEN VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN IN DE MAATSCHAPPIJ

Op jaarbasis voldoet ongeveer 15% van de volwassenen in België aan de criteria van minstens één psychische stoornis. Op jaarbasis zijn angststoornissen de meest voorkomende stoornissen (7%), gevolgd door stemmingsstoornissen (6%) en alcoholgerelateerde stoornissen (2-3%). Schizofrenie - als een van de psychotische stoornissen met de grootste impact - heeft een lifetime-prevalentie van 0,4 à 1%. Bipolaire stoornissen hebben een 12-maanden prevalentie van 1-1,5%. De schaarse schattingen rond het voorkomen van psychische stoornissen bij minderjarigen tonen aan dat ongeveer 20% van de jongeren voldoet aan de criteria van een psychische stoornis met impulscontrolestoornissen als vaakst voorkomende stoornissen op jaarbasis (8-13%), gevolgd door angststoornissen (6%) en depressie (2%). De prevalentie van autisme spectrum stoornissen (thans tussen 0,1 en 1,7%) en van ADHD dat aan de basis ligt van een groot gedeelte van de externaliserende stoornissen is bekend. Daar bovenop komen ook nog de specifieke leerstoornissen.

Ongeveer 33 tot 50% van de stoornissen is ernstig. Gemiddeld ontstaan psychische stoornissen erg vroeg in het leven, met een respectievelijke mediane en gemiddelde aanvangsleeftijd van 17 en 21 jaar. 75% van alle stoornissen starten vóór de leeftijd van 24-27 jaar. Impulscontrolestoornissen hebben een vroege ontstaansperiode (gemiddeld rond de leeftijd van 9 jaar), gevolgd door angststoornissen die hun oorsprong vinden in de adolescentie (gemiddeld rond 14 jaar). Middelgebonden stoornissen ontstaan dan weer tijdens de jongvolwassenheid (gemiddeld rond 23 jaar) en stemmingsstoornissen ontstaan gemiddeld rond de leeftijd van 38 jaar.

### HET KLINISCHE PARADIGMA VAN BEHANDELING VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN

In lijn met het gegeven dat de geestelijke gezondheidszorg zich in eerste instantie heeft gericht op psychische stoornissen, heeft het klinische paradigma steeds impliciet model gestaan voor wat betreft de behandelaspecten. Het klinische model definieert psychische gezondheid als afwezigheid van een stoornis en houdt zich, ipso facto, bezig met de behandeling van stoornissen bij individuen.

Dit klinische paradigma vertrekt van een aantal veronderstellingen, in lijn met de toepassing ervan in andere disciplines en takken van de geneeskunde:

- De meest belangrijke assumptie is dat personen die voldoen aan de criteria van een psychische stoornis een zekere “last” ervaren die noopt tot behandeling en hen ook in die richting stuurt (Suchman, 1965). In het klinische model wordt dus uitgegaan van de idee dat psychische stoornissen eenzelfde last genereren als somatische aandoeningen, en dat de meeste personen met psychische stoornissen daadwerkelijk in professionele behandeling komen zonder veel omwegen en uitstel van zorg.
- Omgekeerd veronderstelt professionele hulpverlening vaak dat de meerderheid van de behandelde patiënten inderdaad voldoet aan de criteria van een psychische stoornis, *omdat* men professionele hulp heeft ingeschakeld (Goldberg & Huxley, 1980), zonder rekening te houden met de vraag of er überhaupt een stoornis aanwezig is. Het klinische paradigma neemt aan dat de profielen van behandelde patiënten stabiel blijven.
- De behandeling van de stoornis staat centraal in het klinische model. Er wordt veel nadruk gelegd op het ziektemodel (“wat kan de patiënt niet meer?”) en er wordt doorgaans geen nadruk gelegd op een interventiemodel dat mogelijkheden en verbetering vooropstelt (“wat kan de patiënt nog wel, gezien de aanwezigheid van een psychische stoornis?”).

Het is pas sinds het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw dat gestandaardiseerde populatieonderzoeken in Europa deze assumpties op hun houdbaarheid hebben getoetst. Het paradigma van het beleid in de geestelijke gezondheidszorg heeft zich dan wel gedurende de laatste tientallen jaren stilaan gewijzigd, maar de organisationele en institutionele structuur blijven toch nog steeds sterk verankerd in het klinische paradigma. De culturele verschuiving, van het ene paradigma naar een andere, lijkt zich maar moeilijk te realiseren, zowel voor de zorgprofessionals als voor de maatschappij.

b) Maatschappelijke gevolgen van psychische stoornissen

## IMPACT OP SCHOOLUITVAL, ACADEMISCH FUNCTIONEREN EN WERK

Aangezien psychische stoornissen op jonge leeftijd starten, is het duidelijk dat de impact ervan zich laat gelden op verschillende vlakken: sociale exclusie, schools functioneren, rolfunctioneren en kwaliteit van leven en absentisme en presenteïsme binnen een werkgerelateerde omgeving. Socio-economische exclusie is sinds lang één van de meest omschreven gevolgen van psychische stoornissen (Lamy, 1966). Dit maakt het thema blijvend pertinent voor huidig en toekomstig beleid. De maatschappelijke impact van psychische stoornissen op het niveau van het leerplichtonderwijs kan worden geschat op 6% van alle geobserveerde *dropout*. De impact van psychische stoornissen op het academisch functioneren is groter: gemiddeld gezien heeft een student met een psychische stoornis 75% méér kans op niet-slagen (Bruffaerts et al., 2010), wat niet enkel leidt tot een kortetermijneffect maar tegelijkertijd ook tot langetermijneffecten, met name het niet ten volle benutten van *human capital* op de arbeidsmarkt. Eenzelfde impact is af te meten op de jaarpercentages: deze dalen met 3 à 11% bij studenten met een psychische stoornis.

Voor volwassenen kan de impact van psychische stoornissen worden afgemeten aan het aantal dagen per jaar waarop niet of minder goed wordt gefunctioneerd ten gevolge van de aanwezige psychische problematiek. Anno 2000 werd geschat dat psychische stoornissen in België een gemiddelde impact van 5 dagen met volle of gedeeltelijke impact per maand genereren, equivalent aan 60 dagen op jaarbasis. Werkgerelateerde absentie- en presentie-medagen werden geschat op respectievelijk 24 en 40 dagen per jaar (of, in totaal 29% van het aantal reguliere fulltime werkdagen op jaarbasis). Anno 2020 maken psychische stoornissen één derde uit van de invaliditeit, d.w.z. een arbeidsongeschiktheid van langer dan 1 jaar (Goorts et al., 2020; RIZIV, web page: [Statistieken van de uitkeringen](#)): dit is een stijging van 26% sinds 2016.

Specifieke aandacht dient te gaan naar het belang van depressie, zowel voor kinderen en jongeren, studenten als volwassenen. Voor wat betreft het leerplichtonderwijs leidt depressie tot een 2,4 keer hogere proportie van studenten dat het middelbaar onderwijs niet afwerkt. Voor het hoger onderwijs geldt dat depressie leidt tot een 1,5 à 2 keer hogere kans om niet te slagen (D'Hulst et al., 2021). Anno 2000 werd geschat dat volwassenen met een depressie tussen 60 en 120 dagen per jaar niet of slechts gedeeltelijk kunnen functioneren (Bruffaerts et al., 2011a). De specifieke rol van depressie op absentisme is met 70% toegenomen in de periode 2000-2013 terwijl de prevalentie van depressie op populatieniveau cross-temporeel stabiel is gebleven. Anno 2020 wordt het aantal Belgen met depressie in invaliditeit geschat op 75.000.

We hebben in hoofdstuk 3 gewezen op het belang om bij een inschatting van de budgettaire implicaties waar mogelijk breder te kijken dan enkel de perimeter van de RIZIV-uitgaven. De geestelijke gezondheidszorg is bij uitstek een domein waar deze aanpak interessante inzichten kan opleveren.

## BEHANDELING VAN STOORNISSEN

In het begin van de 21ste eeuw werd het 12-maanden zorggebruik voor psychische stoornissen geschat op 28% van diegenen met een vaak voorkomende psychische stoornis. Anno 2021 wordt het 12-maanden zorggebruik geschat op ongeveer de helft voor volwassenen en één derde voor de 0-18-jarigen. Voor stemmingsstoornissen (zoals depressie) en angststoornissen wordt het vaakst hulp gezocht; het minst (minder dan 20%) voor alcoholgebonden en impulscontrolestoornissen. Op lange termijn komt het merendeel van personen (90%) met een psychische stoornis wél in behandeling, maar de uitsteltermijnen zijn erg lang (gemiddeld 10-15 jaar) en bovendien te vergelijken met uitsteltermijnen in landen met een volledig andere structuur, organisatie en toegang tot geestelijke gezondheidszorg (Alonso et al., 2002). Het lange uitstel zorgt voor een hogere kans op een progressief verloop van de stoornis, vooral in de leeftijdscategorie 20-35 jaar, waarbij de ontwikkeling van psychiatrische comorbiditeit reëel is en een impact genereert op relationeel en werkgerelateerd vlak. Bovendien zorgt een lange uitsteltijd voor een hogere kans op *dropout* in de behandeling (Harris et al., 2020).

De laatste twee decennia is de zorgvraag voor psychische stoornissen gestegen met 0,75 à 1% per jaar. Het is opvallend dat deze stijging zich níét zozeer afspeelt in de gespecialiseerde zorg maar veeleer in niet-gespecialiseerde en laagdrempelige settings: de huisarts en de eerste lijn (94% van de Belgen heeft een huisarts en meer dan 75% van de professionele ggz-behandelingen verlopen bij de huisarts, al dan niet in combinatie met een psychiater of klinisch psycholoog), de sectoren die in de eerste plaats patiënten in een crisissituatie behandelen (zoals spoedgevallendiensten en mobiele crisisteam) en internetbehandelingen. Ondanks dit gegeven, wordt geschat dat 5-6% van de Belgische bevolking ambulante behandeld wordt voor een psychische stoornis maar geen psychische stoornis heeft (Bruffaerts et al., 2015). Het gaat dan om ongeveer 440.000 personen. Van de behandelde patiënten zonder psychische stoornis of suicidaliteit, wordt ongeveer 20% in de laatste twaalf maanden behandeld door een psychiater/neuroloog en ongeveer de helft door een psycholoog of psychotherapeut. Ongeveer 15% kreeg psychotherapie en de helft nam psychotrope geneesmiddelen (Bruffaerts, 2017). Vooral het hoge medicatiegebruik bij patiënten zonder psychische stoornis valt op.

### c) Huidige probleemgebieden

#### AFWEZIGHEID VAN EEN KADER TOT VROEGINTERVENTIE EN VROEGDETECTIE

Grosso modo kan worden gesteld dat de prevalentie van de meest voorkomende psychische stoornissen (lees: angststoornissen, stemmingsstoornissen en alcoholgebonden stoornissen) relatief stabiel blijft over de jaren heen. Personen geboren in recentere cohorten hebben een hogere kans op het ontwikkelen van psychische stoornissen, en dan specifiek van impulsgerelateerde stoornissen (zoals eetstoornissen, *binge drinking*, agressieve problemen, middelengebruik). Aangezien (deze) stoornissen een erg vroege aanvangsleeftijd hebben creëert deze vaststelling de vraag naar de mogelijkheden tot vroegdetectie en -interventie. Het federale beleid inzake geestelijke gezondheidszorg heeft echter weinig tot geen aandacht voor vroeginterventies die de maatschappij in staat stellen een progressief verloop te wijzigen of onder controle te brengen. De focus ligt op het curatieve aspect van psychische stoornissen (De Hert et al., 2008).

## PROBLEMATISCH HULPZOEKGEDRAG

Er kunnen vijf specifieke probleemgebieden worden geïdentificeerd:

1. De hoge prevalentie van stoornissen en de lage proportie personen die op korte termijn tot professionele zorg komen leidt tot een hoge *unmet need* voor psychische stoornissen. Geschat wordt dat op jaarbasis ongeveer 280.000 jongeren en 780.000 volwassenen en ouderen met een psychische stoornis niet tot behandeling komen. Voor kinderen en adolescenten met stoornissen wordt dit probleem vaak groter wanneer ze volwassen worden omdat de transitiezorg zeer problematisch is, vooral bij adolescenten die afgehaakt hebben op school en niet geïntegreerd zijn op de arbeidsmarkt. Tenslotte dient rekenschap te worden gegeven van het feit dat een lage socio-economische situatie de toegang tot de gezondheidszorg erg bemoeilijkt.
2. Een kritische factor in het *met/unmet need* debat is de geobserveerde lange uitsteltijd tussen de start van een psychische stoornis en het eerste moment van het zoeken van behandeling. Zoals reeds vermeld, wordt die in België doorgaans geschat op 10-15 jaar na het ontstaan van de stoornis, en dat ondanks een hoge densiteit van zorgverleners. Het grote aanbod van zorg leidt dus niet tot tijdige hulpverlening.
3. Omgekeerd hebben we ook reeds vermeld dat het hoge aantal personen zonder psychische stoornis in professionele behandeling een significant probleem van *overmet need* creëert. Dit is niet enkel het geval in de ambulante sector. Analyse van de diagnostische profielen van psychiatrische opnames toont dat tussen 8.000 à 14.000 opnames op jaarbasis gebeuren voor patiënten met een diagnose die doorgaans niet is geïndiceerd voor een opname. De hoge densiteit en gemakkelijke toegankelijkheid van zorgverleners verlagen de drempel tot de sector voor mensen met eerder beperkte behoefte aan behandeling, maar dit betekent niet automatisch dat die mensen ook adequaat behandeld worden. Er is hier duidelijk een probleem van *inappropriate care*.
4. In dezelfde lijn is er de vraag in welke mate de gekregen behandeling voldoet aan een aantal minimale criteria van bestaande richtlijnen voor die personen die toegang hebben gekregen tot de professionele sector (Wang et al., 2007). In het algemeen kan worden gezegd dat de *Minimal Adequate Treatment (MAT)* voor psychische stoornissen in België ondermaats is en vergelijkbaar of zelfs lager vergeleken met landen die een andere organisatie, structuur en toegang hebben in de geestelijke gezondheidszorg (Thornicroft et al., 2017; Mistiaen et al., 2019). MAT voor psychische stoornissen in de leeftijdscategorie 18+ wordt in België geschat op ongeveer 39% van alle aangeboden behandelingen in een tijdsperiode van 12 maanden.
5. Ondanks de verhoogde kennis omtrent psychische problemen in de maatschappij blijft er nog steeds een sterk stigma kleven aan psychische problemen (Thunus et al., 2019). Recent onderzoek heeft aangetoond dat stigmatisering in het schoolmilieu, op het werk of in de dagelijkse sociale interacties een groot effect hebben op de geestelijke gezondheid, op het beroep doen op en de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg en op de behandelbeslissingen (Thunus et al., 2019; Walker & Thunus, 2020):
  - Geestelijke gezondheid blijft enigszins geconnoteerd aan een taboe in onze samenleving, op het werk en in de school. Deze context maakt het moeilijker om psychische klachten te uiten waardoor die klachten kunnen verergeren.
  - Stigmatisering is een belangrijke hinderpaal om beroep te doen op professionele hulpverlening. Zeker binnen het klinische paradigma betekent dat immers dat men een "etiket" krijgt, dat wordt gesymboliseerd door de diagnose. Dit kan door de patiënt worden gepercipieerd als een vorm van sociale degradatie.

- Stigmatisering kan ook invloed hebben op de behandelbeslissingen en op de oriënterende adviezen die worden gegeven door de behandelaars. Zo is het bv. mogelijk dat een zorgprofessional, die zich bewust is van mogelijke stigmatisering op het werk, precies daardoor begint te twijfelen aan de mogelijkheid om iemand met psychische problemen aan te raden om zich professioneel te herintegreren.

### GGZ-HERVORMINGEN: QUO VADIS?

De doorgedreven hervormingen in de ggz sinds 2011 hebben niet geleid tot een daling van de prevalentie van psychische stoornissen, van de ziektelast die ermee gepaard gaat, van de *unmet* of de *overmet need*, en ook niet tot een verhoging van de MAT. Een andere aanpak van de ggz is ook noodzakelijk om het probleem van de stigmatisering (op de drie geschetste punten) aan te pakken. Vroegere hervormingen hebben wel geleid tot een afbouw van de grote hoeveelheid psychiatrische bedden in België, maar er werden nog geen maatregelen getroffen om de meer fundamentele pijnpunten op te lossen, te evalueren en bij te sturen.

Hoewel in beleidsdocumenten vaak wordt gerefereerd aan “preventie” binnende ggz blijft de inhoud van dit begrip vaak vaag, onbepaald en niet meetbaar. Er wordt niet gewerkt met duidelijke indicatoren om de uitkomsten te evalueren. Zoals we reeds verschillende keren hebben benadrukt, is de meting van die uitkomsten nochtans een noodzakelijke procesvariabele bij hervormingen in de gezondheidszorg.

#### d) [Wegen naar een beter beleid](#)

Het hoge voorkomen van psychische stoornissen, de hoge *unmet* en *overmet need*, de lange uitsteltijd tot het zoeken van behandeling, de lage kwaliteit van de geboden behandeling voor psychische stoornissen en de blijvende stigmatisering stellen scherp dat het klinische paradigma binnen de geestelijke gezondheidszorg onvoldoende in staat is om de actuele klinische, organisatorische en maatschappelijke vraagstukken met betrekking tot een duurzaam 21<sup>ste</sup> eeuws ggz-beleid op te lossen of zelfs maar richting te geven. We stellen voor om dat beleid te enten op het waardenkader dat in hoofdstuk 2 werd geïntroduceerd en gebruik te maken van de beste beschikbare data. Met die uitgangspunten beschrijven we vervolgens een reeks van concrete maatregelen en we suggereren mogelijke indicatoren die voldoen aan de “*smart*” criteria. Om de redenen die hoger werden uiteengezet is het niet mogelijk om aan deze maatregelen becijferde budgettaire gevolgen vast te knopen, maar we schetsen wel duidelijk de richting die het beleid zou moeten inslaan.

### EEN NIEUW PARADIGMA IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG: VALUE-BASED PUBLIC MENTAL HEALTH

De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg vanuit het *public health* perspectief dat in hoofdstuk 2 werd geschetst, heeft een aantal directe implicaties voor de uitwerking en evaluatie van interventies en het identificeren en meten van uitkomsten:

(1) Het stelt expliciet dat de zorg meer moet worden gereguleerd, niet enkel in termen van toegang en toeleiding tot de zorg, maar ook met betrekking tot het implementeren van specifieke interventies binnen de klinische praxis (na de toegang tot de zorg) en binnen de maatschappij (voor de toegang tot de zorg).

(2) Het stelt de noodzaak van vroeginterventie centraal en tegelijk ook de vraag naar mogelijkheden van interventie vanuit een preventief oogpunt. Dit gaat regelrecht in tegen het klinische paradigma, waarbinnen pas wordt ingegrepen op het moment dat de patiënt een diagnose heeft (gekregen). Het *public health* paradigma verruimt de diagnostische focus naar de ruime maatschappij: naar de mogelijkheid tot interventie bij personen die psychische problemen hebben (die nog niet zijn geëvolueerd tot stoornissen) maar ook bij personen/groepen die geen psychische problemen noch stoornissen hebben.

(3) In het nieuwe paradigma moet de zorg "value-based" zijn, en wordt expliciet de vraag gesteld hoe om te gaan met de toename van de vraag in het licht van de beperkte beschikbare middelen.

Bovenstaande punten hebben onmiddellijke en directe gevolgen voor de formulering van gezondheidsdoelstellingen en gezondheidszorgdoelstellingen in het domein van de geestelijke gezondheid. Binnen de doelgroep van beoogde interventies zien we in dit nieuwe paradigma dat (1) niet enkel de individuele patiënt centraal staat, maar ook de bredere maatschappij; (2) de focus niet enkel ligt op de aanwezigheid van een psychische stoornis, maar ook op psychische problemen en doelgroepen die nog geen psychische problemen hebben; en (3) interventies op individueel en groepsniveau niet beperkt zijn tot strikte behandeling, maar een breder kader hebben (zoals interventies die de weerbaarheid verhogen). Binnen de doelstellingen van de beoogde interventies zien we dat het nieuwe paradigma een focus legt op interventies die niet enkel als doel hebben de stoornis te behandelen, maar ook het functioneren van het individu (bijvoorbeeld in het kader van reactivering binnen een school- of werkcontext). Het beleid richt zich op het functioneren van de patiënt in functie van zijn of haar eigen levensdoelen (De Maeseneer & Boeckstaens, 2012).

### EEN KADER VAN MEETBAARHEID

De toekomstige visie van een op waarden gebaseerde geestelijke gezondheidszorg vanuit een *public health* perspectief zal primair geënt zijn op het gestructureerd en gestandaardiseerd collecteren, bijhouden en evalueren van epidemiologische en klinische gegevens. Dit kan worden bereikt door protocollen te gebruiken, door *evidence based* behandelingen te hanteren en door behandeluitkomsten/-kosten als wetenschappelijke data te collecteren en te verzamelen in *case registers*. Ook binnen het veld van de geestelijke gezondheid kunnen meetbare uitkomstindicatoren worden voorgesteld (Baggaley, 2020): op het macroniveau (zoals implementatie van vroegdetectie of preventieve interventies), het mesoniveau (zoals *met*, *unmet*, *overmet need*, MAT) en het individuele patiëntniveau (zoals verbetering in symptomatologie, kwaliteit van leven, absentisme/presenteïsme, dagelijks functioneren op het persoonlijke, sociale en professionele vlak). De doelstellingen en indicatoren op micro-, meso- en macroniveau worden in meer detail besproken in de volgende paragraaf.

We mogen daarbij niet de nuancering vergeten die reeds eerder in dit rapport werd vermeld: meetbaarheid en indicatoren zijn essentiële elementen om het beleid te sturen, maar kwantitatieve indicatoren zijn slechts een beperkende operationalisering van de fundamentele onderliggende doelstellingen en die doelstellingen kunnen niet tot de indicatoren worden herleid.

### MAATREGELEN, INTERVENTIES EN MEETBARE INDICATOREN

Tegen deze algemene achtergrond geven we nu een overzicht van mogelijke maatregelen en interventies. Deze maatregelen blijven niet beperkt tot de zorgsector in enge zin: bij een beleid in verband met geestelijke gezondheid dat inzet op preventie zijn vele verschillende maatschappelijke domeinen betrokken. Bovendien moeten de inspanningen op federaal niveau gecoördineerd worden met de beleidsbeslissingen op andere institutionele niveaus.

- Op het gebied van vroegdetectie en -interventie

Een effectieve reductie van psychische problemen op het niveau van de maatschappij zal in eerste instantie de nadruk leggen op het implementeren, evalueren en bijsturen van interventies bij het jonge kind, zowel binnen de context van het gezin als binnen de context van de schoolomgeving. In de vroeginterventie kan worden gedacht aan drie mogelijkheden: het aanbieden van informatie over psychische problemen en stoornissen, interventies in het onderwijs op school- en klasniveau (met als doel de interacties in de klas te verbeteren), en detectie en doorverwijzing van leerlingen met psychische problemen. Het onderwijs moet op zoek gaan naar aangepaste, doeltreffende methodieken over psychische gezondheid. Dat is een belangrijke stap om zowel bij leerlingen als leerkrachten de basiskennis over geestelijke gezondheid (*mental health literacy*) te verhogen. Met betrekking tot universeel preventieve interventies kan worden gedacht aan *The Good Behavior Game (GBG)*, een *EBM (evidence-based medicine)* methodiek die gebruikt wordt om zelfregulatie, groepsregulatie en prosociaal gedrag bij leerlingen in de lagere school te vergroten en tegelijkertijd problematisch externaliserend storend gedrag te verminderen.

Vroeginterventie dient rekening te houden met de verwachte stijging van impulsgerelateerde stoornissen die vaker voorkomen bij de jongere leeftijdsgroepen. Een duidelijke herkenning van psychische stoornissen door het leerkrachtenteam en een gerichte door zorgcontinuïteit gedragen verwijzing naar professionele gezondheidszorg is dan noodzakelijk. Vanuit de schoolcontext moet snel en gericht kunnen geschakeld worden naar een zorg-/hulpverleningscontext.



Tegen deze achtergrond is het noodzakelijk een kader en context te creëren die vroege detectie van psychische problemen mogelijk maken. Er zijn twee belangrijke perioden voor de vroegtijdige detectie van psychische stoornissen: (1) de kinderleeftijd (<3-5 jaar) voor alle ontwikkelingsstoornissen (autisme, taalproblemen, ADHD); en (2) de adolescentie voor de eerste signalen van volwassenenpathologie (i.c. jongeren met een hoog risico). De school speelt hierin een belangrijke rol. De CLB's moeten worden opgeleid om reeds vanaf de kleuterschool mogelijke problemen te detecteren en kinderen door te verwijzen naar de tweede of derde lijn voor een diagnostische en therapeutische evaluatie. Het GBG kan inderdaad de sociabiliteit en het gedrag verbeteren maar biedt geen antwoord op de specifieke problemen bij gevorderde ADHD: dit is typisch het verschil tussen een psychisch en onderwijskundig probleem (een afwijking van de "norm") en een specifieke kinderpsychiatrische stoornis. Ook Kind en Gezin en ONE kunnen een rol spelen bij vroegtijdige opvolging van kinderen, omdat ze snel taal- en ontwikkelingsproblemen kunnen ontdekken. Kinderen waarvan de ouders kampen met psychische klachten of psychische stoornissen, hebben een verhoogd risico. Specifieke aandacht moet gaan naar kinderen met een ouder in de psychiatrie. Voor de opvang van familiale of opvoedingsproblemen (echtelijke conflicten, scheidingen...), zou hulp aan de ouders vanuit de eerste lijn vlot beschikbaar moeten zijn.

Er is tijdens de COVID-19-crisis veel aandacht gegaan naar de studenten (zie het volgende punt). Er mag echter hierbij niet vergeten worden dat het schoolabsenteïsme bij kinderen en jonge adolescenten in die periode ook gestegen is. 1 tot 5% van de kinderen op schoolleeftijd lijden nu aan schoolfobie. Deze problemen kunnen later wellicht een grote sociale kost hebben in termen van werkloosheid, invaliditeit en psychische stoornissen.

- Op het niveau van het hoger onderwijs

Specifieke maatregelen die binnen het hoger onderwijs kunnen gelden zijn, buiten de psychosociale interventies georganiseerd in de schoot van de studentenvoorzieningen binnen de instellingen, de recent georganiseerde federale investering in de organisatie van laagdrempelige niet-pathologiegerichte groepsinterventies (in het kader van COVID-19). De evaluatie hiervan zal beleidsmakers in staat stellen keuzes te maken op basis van kennis van aantallen behandelde studenten, behandelde problematieken en de effecten van deze groepsinterventies op de doorstroming naar professionele hulpverlening (voor de individuele student) maar ook op het niveau van de studentenvoorzieningen van elke instelling. Mogelijkerwijs kunnen deze interventies worden geïntegreerd in en afgelijnd op de bestaande geconventioneerde eerstelijnspsychologische zorg. Andere maatregelen op maat van de student zijn de organisatie en implementatie van e-treatments voor studenten met stress, slaapproblemen of eetstoornissen (Harrer et al., 2019) en de organisatie van internetplatforms specifiek ontwikkeld om als toeleiding te fungeren voor studenten tot zowel informatie over als mogelijke behandelingen voor psychische problemen (bijvoorbeeld [www.moodspace.be](http://www.moodspace.be)).

- Op het werk

Een uitgebreide synthese van bestaand onderzoek (Steel et al., 2018) vindt matig bewijs voor de effectiviteit van interventies op het gebied van geestelijke gezondheid op de werkplek (Steel et al., 2018). Enkele algemene succesfactoren of effectieve programma's zijn: (a) programma's die zowel mentale als fysieke gezondheidsinterventies, meerdimensionele psychische gezondheid en/of psychosociale interventies omvatten, (b) (geleidelijke) *exposure in vivo* met interventies voor specifieke angststoornissen, (c) hoog-intensieve interventies met toegang tot klinische behandeling en ondersteuning bij het navigeren door programma's voor het beheer van werkonbekwaamheid, (d) het combineren van individuele en organisatorische benaderingen van stress op de werkplek en pestgedrag, (e) deelname van werknemers in de planning, implementatie en evaluatie van veranderingen, en (f) effectieve communicatie door het management. Kortom, vroege beoordeling en revalidatie, inclusief aanpassingen van werk en werkplek, lijken een kosteneffectieve strategie, en programma's met meerdere componenten lijken het meest succesvol en kosteneffectief. Ten slotte is er sterk bewijs voor de impact van het verstandig omgaan met langdurig ziekteverzuim.

- Op het niveau van de hulpverlening

Afbouw van de sterk geïnstitutionaliseerde zorg is mogelijk en doenbaar mits opbouw van een duurzaam en in de maatschappij verankerd systeem van laagdrempelige en tijdige toegang tot zorg, kortdurende EBM-behandeling in een getrappt zorgsysteem (geen open toegang) met continuïteit van zorg, en outreachend naar de maatschappij. De toegang tot zorg dient te worden gereguleerd en in banen geleid. Doel is de creatie van laagdrempelige zorgvormen op indicatie, zodat een brede en open toegang tot ggz wordt vermeden. In dergelijk systeem van ingekantelde zorg ontstaat de mogelijkheid tot oplossing van meer structurele problemen, zoals de wachtlijsten.

Zowel klinische als populatiedata tonen aan dat maatregelen die een laagdrempelige en tijdige toegang tot zorg mogelijk maken, en die het klinische hulpzoekproces van de patiënt volgen (bijvoorbeeld de eerste lijn en de eerstelijnspsychologische zorg, de mobiele crisisteams, de spoeddiensten van een algemeen ziekenhuis, of de opname-eenheden voor korte duur) de hoge *unmet need* kunnen verlagen. Deze toegangspoorten worden vaak gebruikt door personen met psychische stoornissen die nog niet eerder in behandeling waren en door patiënten wiens psychische stoornissen recenter van aard zijn (Jansen et al., in herwerking). Binnen het kader van de eerstelijnszorg geldt dat de invoering van geconventioneerde eerstelijnspsychologische zorg ervoor heeft gezorgd dat de patiënten behandeld binnen deze conventie een uitsteltijd tot het zoeken van zorg hebben van ongeveer 6 jaar, dit wil zeggen een reductie van 4-9 jaar ten aanzien van de gemiddelde uitsteltijd. Bovendien toont de evaluatie van deze maatregel aan dat de gezondheidswinst voor de patiënt groot is (bv. een sterke reductie van het aantal absentie- en presentie-medagen) bij gemiddeld 6 behandelsessies, en dat de reductie van symptomatologie en verhoogde kwaliteit van leven te observeren is tot minstens 6 maanden na de behandeling (Jansen et al., 2021). In lijn met de organisatie van laagdrempelige groepsinterventies voor studenten kan de implementatie van soortgelijke interventies voor volwassenen (georganiseerd op de nulde en/of eerstelijnssetting) als interventie dienen die de laagdrempelige toegang tot zorg kan bevorderen, maar evenzeer een weerbaarheidsverhogend karakter heeft (White et al., 2008). De zogenaamde White-groepen sluiten overigens naadloos aan bij een *public health* perspectief waarin de focus ligt op de organisatie van interventies *buiten* de klassieke hulpverleningssetting, en waarin primair wordt gedacht aan het versterken van psychologische weerbaarheid en zelfredzaamheid. Ook de organisatie van internetbehandelingen (die kunnen worden gestart op eigen tempo en locatie en volgens de timing van de patiënt zelf) kan als een interventiemogelijkheid worden beschouwd die de *unmet need* in de populatie kan laten dalen. Deze internetbehandelingen kunnen fungeren als eerste opstap naar en/of eerste poging om psychische problemen aan te pakken (De Jaegere et al., 2019), op voorwaarde dat er voldoende kwaliteitsborging is.

Andere maatregelen liggen in de uitbouw en versterking van bestaande initiatieven, zoals de implementatie van kortdurende opname-eenheden voor patiënten in psychische crises. Evaluatie van dergelijke behandel mogelijkheden in België heeft aangetoond dat kortdurende opnames voor psychische stoornissen een gezondheidswinst realiseren die vergelijkbaar is met die van langduriger alternatieven, op voorwaarde dat continuïteit van zorg voor de patiënt gegarandeerd wordt. Patiënten opgenomen in korte-duur opname-eenheden aansluitend aan spoedgevallendiensten hebben bovendien vaker geen psychiatrische antecedenten en hebben een kortere uitstelduur (Bruffaerts et al., 2011b). In dezelfde lijn, maar complementair, zijn ook de mobiele crisisteams (de zogenaamde 2a-teams, georganiseerd binnen Artikel 107 van de Ziekenhuiswet) een specifieke toevoeging die leidt tot een verlaging van de *unmet need*: tot 60% van de primaire en secundaire aanmeldingsklachten bij deze teams zijn van suïcidale aard, en een aanzienlijke proportie van de patiënten was nooit eerder in professionele behandeling voor psychische problemen.

Maatregelen die kunnen worden getroffen om de kwaliteit van de zorg te verhogen en te borgen zijn het uitbouwen van kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg waarin een aantal essentiële proces- en uitkomstvariabelen worden geïncorporeerd (zie Porter & Teisberg, 2006; ICHOM), het adopteren van EBM richtlijnen met betrekking tot uitvoering en organisatie van de zorg door de sector (inclusief opleidingscurricula), het garanderen van continuïteit van zorg in het behandeltraject van de patiënt en de organisatie van geïntegreerde zorgmodellen (i.c. zorgmodellen die de zorgnood van de patiënt centraal stellen en die de traditionele schottentussen eerste-, tweede en derdelij en tussen de disciplines doorbreken). Geïntegreerde en doelgerichte zorg in het algemeen, dus ook buiten de geestelijke gezondheidszorg, wordt verder behandeld in het volgende hoofdstuk.

Bij de beoordeling van al deze maatregelen kan beroep gedaan worden op een reeks van meetbare indicatoren. In het tekstkader worden daarvan enkele relevante voorbeelden gegeven.

### **INDICATOREN OP MACRONIVEAU**

- (1) Psychische stoornissen en psychische problemen in de maatschappij/per netwerk, inclusief zorggebruik en functioneren
- (2) Niveau van *mental health literacy* in de maatschappij
- (3) Proportie scholen die pakketten rond psychische gezondheid opnemen in curriculum
- (4) Proportie scholen die GBG implementeren

### **INDICATOREN OP MESONIVEAU**

- (5) Proportie scholen die voor vroegdetectie- en verwijzing een samenwerking hebben met CLB, Kind en Gezin, ONE
- (6) % patiënten met een laagdrempelige en tijdige toegang tot zorg
- (7) Penetratie van niet-pathologiespecifieke groepsinterventies binnen hoger onderwijs
- (8) Proportie patiënten met psychische problemen behandeld binnen eerstelijnspsychologische zorg
- (9) Afstemming van zorg door netwerkactoren voor specifieke doelgroepen op netwerkniveau
- (10) Proportie patiënten op netwerkniveau gemanaged op de eerste lijn/crisiszorg

### **INDICATOREN OP MICRONIVEAU**

- (11) Proportie gebruik EBM richtlijnen
- (12) Proportie verbetering na interventie (in functie van verlaging symptomatologie, verbetering functioneren op persoonlijk, schools of werkvlak, verbetering kwaliteit van leven)

e) Conclusie

De Belgische geestelijke gezondheidszorg staat voor enorme uitdagingen. De hoge prevalentie, het problematische zorggebruik en de hoge impact die stoornissen genereren op mens en maatschappij (bijvoorbeeld werkverzuim) zijn al decennialang gekend, maar de hervormingen binnen de ggz vanaf 2011 hebben niét geleid tot een verlaging van de prevalentie van stoornissen, noch tot een oplossing voor het problematisch zorggebruik of tot een lager werkverzuim. Beleidsmakers dienen een aantal keuzes te maken die een duurzame verbetering van de federale ggz in zich dragen op *elk* van deze drie gebieden.

Samengevat kan worden gezegd dat die keuzes zich bevinden (a) op microniveau op het gebied van het verhogen van de toegang tot EBM behandelingen en het implementeren van nieuwe interventies (onder andere internetbehandelingen en groepsinterventies), (b) op mesoniveau waar de *focus of care* van interventies moet verschuiven (*in* en *met* de maatschappij), gecombineerd met laagdrempeligheid binnen een getrapt zorgsysteem én beperking van de volledig vrije toegang (de toegang moet gereguleerd worden in functie van finaliteit en lengte van de behandeling) en (c) op macroniveau waar ze gestuurd moeten worden vanuit een populatieperspectief, waarin *goal-orientedness* én meetbaarheid van proces- en uitkomstenindicatoren centrale elementen zijn.

Deze basisuitgangspunten sluiten naadloos aan bij de algemene principes van meerjarenbegroting op basis van gezondheids(zorg)doelstellingen zoals die in hoofdstuk 3 werden uiteengezet. De beleidsaandacht voor geestelijke gezondheidszorg is echter relatief recent en een gestructureerd beleid moet nog verder worden ontwikkeld en uitgebouwd. Zoals gezegd is het huidige zorgveld versnipperd en intransparant georganiseerd en weten we zelfs niet hoeveel middelen globaal aan geestelijke gezondheidszorg worden besteed. Bovendien is, nog meer dan in andere domeinen, een beleid van "*health in all policies*" noodzakelijk. De beste optie bestaat er wellicht in om specifieke initiatieven te ontwikkelen en grondig te evalueren, op basis van nieuw verzamelde informatie over uitkomsten en kosten. We hebben in dit hoofdstuk een reeks van mogelijke initiatieven beschreven. Het is belangrijk dat de geselecteerde initiatieven zich inschrijven in het algemene denkkader dat in dit hoofdstuk werd voorgesteld.

## 8. Geïntegreerde en doelgerichte zorg

Geïntegreerde zorg is “par excellence” een benadering waarbinnen onze doelstellingen van een toegankelijke, kwaliteitsvolle, persoons- en populatiegerichte, duurzame zorg tot stand komt. Bovendien biedt het werken in een interprofessioneel team kansen om ook goed zorg te dragen voor de zorgverstrekkers zelf. Tenslotte kan door samenwerking en taakverschuiving meer "waarde" gecreëerd worden met de ingezette mensen en middelen. Geïntegreerde zorg is ook bij uitstek een domein waar transversaliteit centraal staat.

In vergelijking met de geestelijke gezondheidszorg, zijn er in het domein van de geïntegreerde zorg in het verleden reeds meer gestructureerde initiatieven genomen. Het is echter niet gemakkelijk om op basis daarvan één algemeen model af te leiden dat overal op dezelfde wijze zou moeten worden toegepast. In de eerste paragraaf werken we deze idee uit: we pleiten voor een bottom-up benadering die wel gestructureerd wordt in functie van een coherente set van doelstellingen. We stellen ook, zoals in het vorige hoofdstuk, een reeks van indicatoren voor. Geïntegreerde en doelgerichte zorg wordt veel gemakkelijker, wanneer de verschillende datastromen over de patiënt kunnen geïntegreerd worden. In paragraaf B beschrijven we een coherent voorstel om tot een geïntegreerd interprofessioneel *goal-oriented* elektronisch patiëntendossier te komen.

### a) [Geïntegreerde en doelgerichte zorg: niet top-down maar bottom-up](#)

De in België algemeen aanvaarde definitie van geïntegreerde zorg is die van de WHO: "Geïntegreerde zorg is zorg die zodanig wordt beheerd en aangeboden dat mensen kunnen genieten van een continuüm van voorzieningen voor gezondheidspromotie, preventie van ziekten, diagnose, behandeling, ziektebeheersing, revalidatie en palliatieve zorg op verschillende niveaus en plaatsen in het gezondheidsstelsel, en naar gelang van hun behoeften gedurende hun hele leven". Deze definitie is geoperationaliseerd in de doelstellingen die zijn opgenomen in het gezamenlijke plan "Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid" (IMC, 2015). Dit beleidsdocument is het resultaat van een lang proces van overleg tussen federale en gefedereerde entiteiten dat verliep in verschillende stappen en resulteerde in de volgende documenten: het nationaal programma "Prioriteit aan chronische ziekten" (Kabinet van de Chronische Zieken" (vice-Eerste Minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 2008); de "Position paper" van het KCE (Paulus et al., 2012); de leidraad "Een geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België" (FOD VVVL & RIZIV, 2013).

Het gezamenlijke plan heeft onder meer gestalte gekregen in de vorm van twaalf pilootprojecten geïntegreerde zorg, waarbinnen concrete acties ter verbetering van de integratie van de zorg worden opgezet. De proefprojecten zijn bedoeld om geïntegreerde zorg te ontwikkelen in een duidelijk territoriaal omschreven gebied dat ongeveer 100.000 tot 150.000 inwoners omvat.

Tegelijkertijd hebben de gefedereerde entiteiten ook een reeks sleuteldocumenten opgesteld of hebben ze processen van herstructurering opgestart, vooral met betrekking tot de eerstelijnszorg. In Vlaanderen, bijvoorbeeld, kunnen we een lang proces vermelden dat geleid heeft tot het decreet over de organisatie van de eerste lijn in 2019, die vorm heeft gekregen in de creatie van de "eerstelijnszones" (Vlaamse overheid, Decreet van 26/4/2019). In Brussel is een consultatieproces aan de gang met een sterke wens om "buurtzorg" te ontwikkelen. In Wallonië heeft een consultatieproces geleid tot aanbevelingen in het "Get up Wallonia"-plan (Wallonia G task force, 2021). Ook is het de bedoeling "assises de la première ligne" te organiseren, die zouden moeten leiden tot een betere consensus over de definitie van eerstelijnszones.

Een van de huidige uitdagingen is te zorgen voor een grotere samenhang tussen de opzet en de uitvoering van dit zorgbeleid en andere lopende hervormingen, zoals de hervorming van de financiering van ziekenhuizen (met inbegrip van de oprichting van ziekenhuisnetwerken), hervormingen in de sector geestelijke gezondheidszorg, reeds behandeld in het vorige hoofdstuk, en hervormingen van het beleid ter ondersteuning van de ouderen. In deze drie voorbeelden kunnen de federale overheid en het RIZIV een rol spelen, naast de gefedereerde entiteiten. Een studie van het KCE (nog niet gepubliceerd [2022]) zou hierover meer duidelijkheid moeten verschaffen. Deze studie heeft een dubbel doel: (1) nagaan in hoeverre de in de beleidsdocumenten vermelde doelstellingen in verband met geïntegreerde zorg worden bereikt en (2) de maturiteit van het Belgische systeem op het vlak van de ontwikkeling van geïntegreerde zorg evalueren. Daartoe wordt uitgegaan van de perceptie van de huidige situatie door de belanghebbenden. De methodologie voorziet dus in een brede raadpleging van de actoren in het Belgische gezondheidssysteem. Zij moet concrete aanbevelingen doen over de prioriteiten waaraan moet worden gewerkt om de integratie van de zorg in België te verbeteren (de voltooiing van de studie is gepland voor juni 2022).

### GEZONDHEIDS- EN GEZONDHEIDSZORGDOELSTELLINGEN VOOR GEÏNTEGREERDE ZORG

In de verschillende beleidsdocumenten met betrekking tot geïntegreerde zorg worden duidelijk doelstellingen geformuleerd die slaan op het geheel van de gezondheidszorg. Zoals in dit rapport (zie hoofdstuk 2) wordt in die documenten voortdurend verwezen naar de *Quintuple Aims*.

Zoals ook reeds eerder beschreven, is er om deze doelstellingen te bereiken, een combinatie nodig van een individuele doelgerichte benadering van de zorg, gericht op de levensdoelen van de individuele personen (De Maeseneer & Boeckxstaens, 2012), en een populatiebenadering van de zorg (zorg die gericht is op een gemeenschap of op een grotere populatie die in een duidelijk afgebakend gebied woont). Dit vertaalt zich in een reeks meer concrete gezondheidszorgdoelstellingen met betrekking tot het versterken van zorgsectoren, het structureren van het zorgaanbod en het stimuleren van de samenwerking tussen zorgprofessionals en/of zorgorganisaties. In de beleidsdocumenten worden de volgende doelstellingen genoemd:

- (1) versterking van de eerstelijnszorg (of de eerstelijnszorg in de gezondheidszorg);
- (2) versterking van de relatie tussen gezondheidszorg en sociale zorg;
- (3) versterking van de relatie tussen individuele en gemeenschapszorg; versterking van de trajecten tussen verschillende zorgsectoren;
- (4) opname van gezondheidsprioriteiten in een levensloopbenadering;
- (5) verbetering van de subjectieve levenskwaliteit.

### VAN GEZONDHEIDSZORGDOELSTELLINGEN NAAR INITIATIEVEN: EEN *BOTTOM-UP* AANPAK, OMKADERD EN GESTRUCTUREERD VANUIT EEN *TOP-DOWN* AANPAK

Zoals reeds vaak beschreven in dit rapport, bestaat de volgende stap nu uit het formuleren van concrete initiatieven die moeten bijdragen tot de verwezenlijking van die gezondheidszorgdoelstellingen. In het kader van de invoering van geïntegreerde zorg zijn hierbij verschillende sectoren betrokken. De meeste van deze initiatieven moeten in een specifieke context worden geplaatst. De uitvoering ervan moet daarom flexibel genoeg zijn om te kunnen worden aangepast aan bepaalde lokale omstandigheden, maar tegelijkertijd ook voldoende coherent ingekaderd om de bovengenoemde doelstellingen te kunnen verwezenlijken. Dit is een continu proces, dat voortdurende zelfbevraging en aanpassingen vergt. Verschillende van deze initiatieven werden reeds geëvalueerd (of worden nu geëvalueerd).

De huidige uitdaging bestaat er nu dus in om meer samenhang te creëren om de integratie van de zorg te verbeteren en tegelijkertijd implementatievrijheid mogelijk te maken. In het schema geven we een hele reeks voorbeelden (enkele van de strategieën in het gezamenlijke plan) ter illustratie van deze combinatie van *bottom-up* en *top-down*.



	Waarom is contextualisering noodzakelijk? (bottom-up benadering)	Waarom is coherentie nodig? (top-down benadering)	Studies of plannen die kunnen bijdragen tot de reflectie
<p>e-gezondheid en patiëntendossiers op microniveau (in paragraaf B wordt een concreet voorstel uitgewerkt voor de opzet van een geïntegreerd elektronisch dossier op basis van doelgerichte zorg)</p>	<p>Bij de uitvoering van het plan moet rekening worden gehouden met andere "concurrerende" initiatieven</p>	<p>Patiëntendossiers moeten interoperabiliteit mogelijk maken tussen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Een "synthese" bestand (GMD, enz.)</li> <li>- Het geïntegreerde ziekenhuisdossier</li> <li>- De verschillende gespecialiseerde dossiers in de eerste lijn</li> <li>- Instrumenten voor specifieke situaties (bv. BelRAI)</li> <li>- Veiligheid en respect voor het gedeelde beroepsgeheim</li> <li>- Naleving van de wet op de patiëntenrechten</li> <li>- De logica van doelgerichte zorg kan als leidraad dienen voor dit samenvattend dossier</li> <li>- Gebruik van geaggregeerde gegevens             <ul style="list-style-type: none"> <li>- om de behoeften van de bevolking vast te stellen,</li> <li>- in een "leer"logica (vs. controlelogica)</li> </ul> </li> </ul>	<p>e-gezondheidsplan</p>
<p>Versterking van de eerste lijn door interdisciplinaire teams, met name op de volgende aandachtsgebieden:</p> <p><u>Als antwoord op het feit dat taken vaak worden uitgevoerd door overgekwalificeerde professionals in beroepen waar een tekort aan is:</u></p>	<p>De ontwikkeling van de rol van verpleegkundige specialist, van de samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen in de eerste lijn of tussen artsen en apothekers moet worden aangepast aan de plaatselijke realiteit. Voorts moet de functie van receptionist en/of praktijkassistent verder worden ontwikkeld.</p>	<p>Het is van essentieel belang dat de informatiedoorstroming verbetert, maar ook de gedeelde besluitvorming tussen met name de patiënten, de verwijzende apotheker, de verpleegkundige in de eerste lijn en de huisarts.</p>	<p>Karam et al. (2021)</p> <p>Veelbelovende praktijken (FAITH-beoordeling)(*)</p> <p>In Wallonië bestaat reeds financiering voor onthaalmedewerkers, gelijkaardig aan de Vlaamse zgn. praktijkassistenten (om in aanmerking te komen voor Association de</p>

	Waarom is contextualisering noodzakelijk? (bottom-up benadering)	Waarom is coherentie nodig? (top-down benadering)	Studies of plannen die kunnen bijdragen tot de reflectie
<p>- Administratieve en logistieke ondersteuning om beroepsbeoefenaren in staat te stellen zich te concentreren op de competenties waarvoor zij zijn opgeleid (bv. via praktijk-assistenten, zie De Maeseneer et al., 2007)</p> <p><u>Als antwoord op het feit dat de interprofessionele samenwerking moet worden verbeterd:</u></p> <p>– Functiedifferentiatie, om de rollen en functies binnen praktijken te verduidelijken. Dit moet niet alleen de samenwerking tussen beroepsbeoefenaren (bv. verpleegkundige en huisarts, arts en apotheker) verbeteren, maar ook de zorg efficiënter maken. (EXPH, 2019)</p>			<p>Santé Intégrée (ASI)-financiering is een onthaalfunctie vereist).</p> <p>Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan een referentiesysteem voor de competenties van verpleegkundige specialisten.</p> <p>Federaal wordt momenteel het project van de 'Praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg' ontwikkeld.</p>
<p>Positie van de zorgcoördinator en/of case manager (in Vlaanderen) of van de zorgorganisator/zorgmanager (in Wallonië)</p>	<p>De manier waarop de casemanager zijn of haar functie ontwikkelt, hangt af van het functioneren van het bestaande systeem (eerstelijnszorgverleners, zorg- en ondersteuningscoördinatoren, enz.), en de kenmerken van de bevolking. Een van de uitdagingen bestaat erin om de rol van de casemanager te beperken tot de complexe situaties waarin dat nodig is.</p>	<p>Een professional met een specifieke opleiding die tussenkomt in een netwerk in moeilijkheden, voor het volgende type zorgsituatie: onevenwicht tussen aanbod en behoeften in de eerste lijn, patiënt en zijn omgeving in verlies van autonomie, enz.</p>	<p>Beoordeling P3 in Macq et al. (2014)</p> <p>Recent KCE-rapport over verdere Protocol 3-projecten (Cornelis et al., 2021)</p>

	Waarom is contextualisering noodzakelijk? (bottom-up benadering)	Waarom is coherentie nodig? (top-down benadering)	Studies of plannen die kunnen bijdragen tot de reflectie
Transmurale klinische trajecten en zorgplannen (bv. voor hartfalen of kanker, of ook intermediaire zorg)  - zie ook de hieronder in de tekst vermelde actievoorstellen A. en B.	Transmurale klinische trajecten moeten het resultaat zijn van een co-constructie met de actoren van een lokaal netwerk. Het klinische pad moet aangepast zijn aan de plaatselijke realiteit	Klinische paden zijn in de eerste plaats nuttig voor duidelijk omschreven en in de tijd beperkte episodes van zorg	
<i>Governance</i> van inter-organisatiele netwerken in territoriaal omschreven zones op mesoniveau	De wijze waarop de zones en hun beheer zijn gestructureerd, kan per regio verschillen (met name wat betreft de articulatie tussen de verschillende bestuursniveaus)	Eén enkele beheersstructuur in een gebied is wenselijk (om een gebrek aan coördinatie tussen netwerken voor geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuisnetwerken en eerstelijnszones te voorkomen)  Er moeten interdisciplinaire en intersectorale discussieruimten worden gecreëerd om gezamenlijke actie aan te moedigen die leidt tot één beheersstructuur	Eerstelijnszones in Vlaanderen

(\* ) In oktober 2016 startte het FAITH.be consortium met de voorbereiding van de wetenschappelijke begeleiding en evaluatie voor de pilootprojecten geïntegreerde zorg. FAITH.be staat voor Federated consortium for appraisal of integrated care teams in health in Belgium en brengt faculteiten van 6 verschillende universiteiten (UAntwerpen, UGent, KU Leuven, ULiège, UCLouvain, VUB) samen.

BEGROTINGSPRIORITEITEN DIE IN DE MEERJARENPLANNING MOETEN WORDEN OPGENOMEN

Op dit ogenblik zijn er veel lopende projecten nog niet afgerond. Eerder dan vele nieuwe projecten op te starten, is het dan ook aangewezen om de samenhang tussen de huidige projecten te versterken. De uitdaging bestaat erin om het hele systeem van gezondheidszorg te denken als een systeem van geïntegreerde zorg, en niet om de idee van geïntegreerde zorg in te passen in de verschillende bestaande silo's. Binnen een meerjarenbegroting zou men vanuit die optiek financiering kunnen voorzien voor:

- Op het macroniveau
  - Werken aan de flexibiliteit en interoperabiliteit van bestaande databanken over gezondheid en gezondheidszorg en hulpverlening (met het oog op de ontwikkeling van dashboards op territoriaal niveau) - zie ook het voorstel over het geïntegreerd interprofessioneel dossier in deel B van dit hoofdstuk.
  - Versterking van het kennisbeheer en de vertaling daarvan in zorgbeleid, met name door de oprichting van praktijkgemeenschappen op macroniveau (bijvoorbeeld de mogelijkheid van platforms zoals de Plateforme de Première Ligne Wallonne (PPLW) en de PPLB (Brussel) om te fungeren als plaatsen voor multidisciplinaire uitwisseling van praktijken, waarvan de besprekingen zouden worden gevoed door de in het eerste punt genoemde dashboards). Een eerste vereiste is de inventarisatie van deze belanghebbenden, in functie van de te bespreken thema's.
  - Investeren in het verkennen van financieringsmodaliteiten ter versterking van 1) een benadering in termen van levensdoelen van de patiënt; 2) interprofessionele (en patiënten) samenwerking in de eerstelijnszorg, meer bepaald voor een populatie in een afgebakend gebied; en 3) de inter-organisatorische samenwerking, vooral via zorgpaden.
- Op territoriaal (meso)niveau
  - Versterking van de overlegstructuren om de belanghebbenden aan te moedigen overeenstemming te bereiken over *governance* op territoriaal niveau. Dit zou kunnen inhouden dat praktijkgemeenschappen worden gefinancierd en netwerkcoördinatoren en integratiebeheer op territoriaal niveau worden gefinancierd.
  - Financiering van territoriale dashboards als bron van besluitvorming (voortbouwen op de moeilijkheden die FAITH heeft ondervonden, met name wat betreft de verkeerde interpretatie van indicatoren, maar ook op de successen in de context van de COVID-19-crisis)
  - Artikel 8 van de wet van 24 april 2019 betreffende de kwaliteit van de zorgpraktijk operationaliseren (Federale regering, 2019), door de opbouw van competentieportfolio's door beroepsbeoefenaars te financieren, en zo meer mogelijkheden tot samenwerking te creëren. De databank met informatie over deze competentieportfolio's is ook nuttig om zicht te krijgen op het zorgaanbod in de verschillende regio's.
- Op het niveau van persoonsgerichte (micro)zorg
  - Werken aan de interoperabiliteit van de verschillende elektronische patiëntendossiers met een op de levensdoelen van de persoon gerichte aanpak (zie verder in deel B).

- Verbetering van het model van geïntegreerde, aan de behoeften aangepaste capitatievergoeding (het zogenaamd "forfait"), ontwikkeld in art. 52 §1 van de wet van 14.07.1994 (o.a. toegepast in medische huizen, geïntegreerde gezondheidscentra en bepaalde groepspraktijken). Deze vorm van betaling kan de toegankelijkheid, de continuïteit van de zorg, de preventie en de interprofessionele samenwerking stimuleren. De aanpassing van de financiering aan het risicoprofiel van de patiënten wordt thans verder onderzocht in een KCE-studie.

De nood aan articulatie van een bottom-up benadering binnen een coherent kader, betekent niet dat het volstrekt onmogelijk is om nu reeds concrete beleidsmaatregelen te formuleren, die op korte termijn kunnen geïmplementeerd worden en passen in de globale aanpak. Als voorbeeld volgen hier twee specifieke voorstellen:

#### *Voorstel A*

Het opstarten van proefprojecten waarbij bestaande revalidatiediensten met interprofessionele revalidatieteams op het niveau van de eerstelijnsgezondheidszorg samenwerken in "*Community based rehabilitation projects*". Hierbij kunnen innovatieve samenwerkingsmodaliteiten en financieringsmechanismen (bv. gebundelde betaling: ziekenhuis - eerstelijnszorg) uitgetest worden. Eerste aandachtspunten kunnen misschien de revalidatie in het kader van Long COVID en van reïntegratie op de arbeidsmarkt zijn (zie ook hoofdstuk 6).

#### *Voorstel B*

Het versterken van de verticale integratie door een "Geïntegreerd consult voor patiënten met multimorbiditeit (drie of meer chronische aandoeningen)". Dit impliceert de financiering van een interprofessioneel overleg, met deelname van ten minste twee eerstelijnszorgverleners en twee zorgverleners uit het ziekenhuis, die een therapeutische relatie hebben met de patiënt. De patiënt kan ook zelf deelnemen. Dit consult vindt plaats vóór de geplande doorverwijzing van de patiënt naar het ziekenhuis of tijdens de ziekenhuisopname en is gebaseerd op de benadering van "doelgerichte zorg". Het financieringsmechanisme is gebaseerd op het Multidisciplinair Oncologisch Consult. Het consult resulteert in een strategisch zorgplan.

In paragraaf B zullen we ook een uitgewerkt plan voor de invoering van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier voorstellen.

#### FAITH-INDICATOREN VOOR GEÏNTEGREERDE ZORG - GEKOPPELD AAN DE QUINTUPLE AIMS

In de onderstaande tabel hebben we de lijst van indicatoren opgenomen zoals voorgesteld in het kader van de geïntegreerde zorgprojecten. Deze lijst bevat indicatoren die verband houden met de *Quintuple Aims* en dus ook onmiddellijk aansluiten bij het waardenkader dat dit rapport heeft geïnspireerd. Een andere voorbeeldlijst met indicatoren is beschikbaar voor de eerste lijn (zie Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), 2017).

We hebben in hoofdstuk 3 reeds benadrukt dat een indicator niet hetzelfde is als een doelstelling. Deze indicatoren zijn dus niet bedoeld om prestaties te meten en er een financieringsniveau aan te koppelen, maar kunnen fungeren als leidraad voor het (zelf)evaluatieproces in een kwaliteitsverbeteringscyclus van het PDCA (*Plan Do Check Act*)-type. De keuze zelf van de indicatoren is niet neutraal en het gebruik ervan is slechts zinvol binnen een ruimere analyse van de situatie (met name via praktijkgemeenschappen).

Indicator	Detail	Wie zal het berekenen	Transversale indicatoren
Kosten			
Kosten voor de geselecteerde items voor de populatie	Totale kosten voor de door het project geselecteerde items (van de 40 uitgavencategorieën) per persoon en per jaar in €	IMA	Ja
Uitkomsten			
Gezondheid van de bevolking	Nog niet beschikbaar (hangt af van de ontwikkeling van TETRYS) voor opgenomen populatie		Ja
PREMS en PROMS	Mediane waarde van de respondent	FAITH	Ja
Professionele resultaten	Zie ook: EXPH, 2017	FAITH	Ja
Zorgproces			
Lage en hoge waarde zorg kernindicatoren (voor alle projecten)	Percentage van de onderzochte populatie met 2 of meer bezoeken aan de spoedafdeling van een ziekenhuis (binnen een periode van 6 maanden) per jaar	FAITH	Ja
	Percentage van de onderzochte populatie met ziekenhuisheropname binnen 30 dagen	FAITH	Ja
	Percentage van de onderzochte populatie dat in de afgelopen 12 maanden meer dan 10 geneesmiddelen gebruikte, om welke reden dan ook	FAITH	Ja
	Gemiddeld totaal aantal bezoeken aan een arts voor de in aanmerking genomen bevolking per persoon en per jaar	FAITH	Ja
	Index van het aantal consultaties bij specialist/aantal consultaties bij huisarts	FAITH	Ja
	Percentage van de onderzochte populatie met een globaal medisch dossier	FAITH	Ja

Dekking			
Dekking Inbegrepen bevolking / administratieve bevolking	Percentage van de administratieve populatie opgenomen in het project Percentage van de bevolking opgenomen in het project dat deel uitmaakt van de administratieve populatie	FAITH	Ja
	Aantal aanbieders inbegrepen in het project	PROJECT	Ja



## b) [Een concreet voorstel voor het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier](#)

In de vorige paragraaf werd reeds verschillende keren gewezen op het belang voor de uitbouw van doelgerichte geïntegreerde zorg van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier. Recent pleitte ook het Verzekeringscomité van het RIZIV voor een initiatief op korte termijn: "een geïntegreerd, elektronisch en interprofessioneel patiëntendossier is een absolute noodzaak voor efficiënte en veilige zorg: om onnodige onderzoeken of overplaatsingen van patiënten te voorkomen en de continuïteit van de zorg te waarborgen, moet er een efficiënt en beveiligd systeem zijn voor de uitwisseling van belangrijke patiëntgegevens over de zorglijnen heen met respect voor de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en met geïnformeerde toestemming. Het elektronisch, interprofessioneel patiëntendossier is een prioriteit voor alle zorgverstrekkers, zorgverleners, zorgvoorzieningen en mutualiteiten. De deling van gezondheidsgegevens, die van natura strikt vertrouwelijk zijn, moet veilig kunnen gebeuren" (Verzekeringscomité, 2021).

De invoering van het geïntegreerd dossier is bij uitstek een transversaal meerjarenproject, dat in een meerjarenbegroting moet worden gefinancierd. In deze paragraaf werken we hiertoe een gedetailleerd voorstel uit. We beginnen met een beschrijving van de huidige situatie. Vervolgens stellen we een wervende en aantrekkelijke toekomstvisie voor en we suggereren op welke wijze deze kan gerealiseerd worden. We eindigen deze paragraaf met een tijdslijn en een inschatting van de kosten.

### BESCHRIJVING VAN DE HUIDIGE SITUATIE

Ondanks het bewezen nut van gedeelde informatie, moet een beschrijving van de huidige situatie op het vlak van elektronische dossiers in ons gezondheidszorgsysteem kort zijn: er worden heel veel middelen geïnvesteerd in Elektronische Persoonsdossiers (EPD's) van ziekenhuizen en zorgverstrekkers (meer dan € één miljard in de voorbije 5 jaar), maar dat leidt niet tot een geïntegreerde datastroom. De toegang tot het EPD voor patiënten wordt overal als principe onderschreven, maar er zijn weinig voorbeelden van geslaagde, breed uitgerolde systemen die de patiënt op die manier actief bij de zorg betrekken.

In de ambulante sector hebben we in de voorbije decennia geleerd dat een systeem waarbij men standaarden en criteria definieert waaraan de softwarepakketten moeten voldoen niet werkt. Bij het begin van de activiteiten van de zgn. "Homologatiecommissie" waren er achttien producenten van softwarepakketten voor huisartsen. Vandaag zijn er nog acht belangrijke spelers over, wat nog steeds te veel is: de (financiële) kritische massa waarover elk van de providers beschikt is onvoldoende om een goed product te realiseren. Het gaat hier in feite om een marktvaling: de Belgische markt is nu eenmaal veel te klein. De bestaande softwarepakketten voldoen formeel aan de criteria, maar vertonen ernstige tekortkomingen. De snelheid van uitvoering en de implementatie-snelheid bij de uitrol op het terrein zijn te laag. Andere tekortkomingen op vlak van performantie situeren zich rond het implementeren van complexe algoritmen, van artificiële intelligentie, .... "Innovatie" is sterk gericht op verbeteren van functionaliteiten, is vaak zeer partieel (bv. een toepassing voor één groep patiënten met een bepaalde aandoening) of hoofdzakelijk gericht op administratieve processen (de 'de-materialisatie').

Er is momenteel geen enkel softwarepakket dat gebruiksklaar is voor interprofessionele teams (huisartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten). Ook in de eerstelijnsdisciplines buiten de huisartsgeneeskunde is er een grote verscheidenheid aan softwarepakketten die allemaal weinig compatibel en interoperabel zijn. Er is in Vlaanderen wel een startende poging om een DZOP (Digitaal Zorg en Ondersteuningsplan) te ontwikkelen, rond complexe zorgepisoden met interprofessionele samenwerking.

De informatiedeling verloopt vandaag dan ook niet optimaal. Momenteel gebeurt die hoofdzakelijk door het naar elkaar doorsturen van berichten, waarvan dan de essentie zou moeten geïntegreerd en geregistreerd worden in het dossier. Dit laatste gebeurt meestal niet omdat het te omslachtig is. Een andere manier om informatie te delen is de mogelijkheid creëren voor de toegang via HUB's van externe hulpverleners tot bv. ziekenhuisdossiers, maar ook hier is veel variatie in opbouw en procedures. Een poging om systematisch gestructureerde en gecodeerde informatie te delen, is bv. het SUMEHR-project waarbij met ICPC-2 (International Classification of Primary Care) (Hofmans-Okkes & Lamberts, 1996) gecodeerde titels van zorgepisoden en voorgeschreven geneesmiddelen vanuit het huisartsdossier kunnen opgeladen worden in het IT-systeem van de huisartsenwachtpost of van een spoedafdeling van een ziekenhuis.

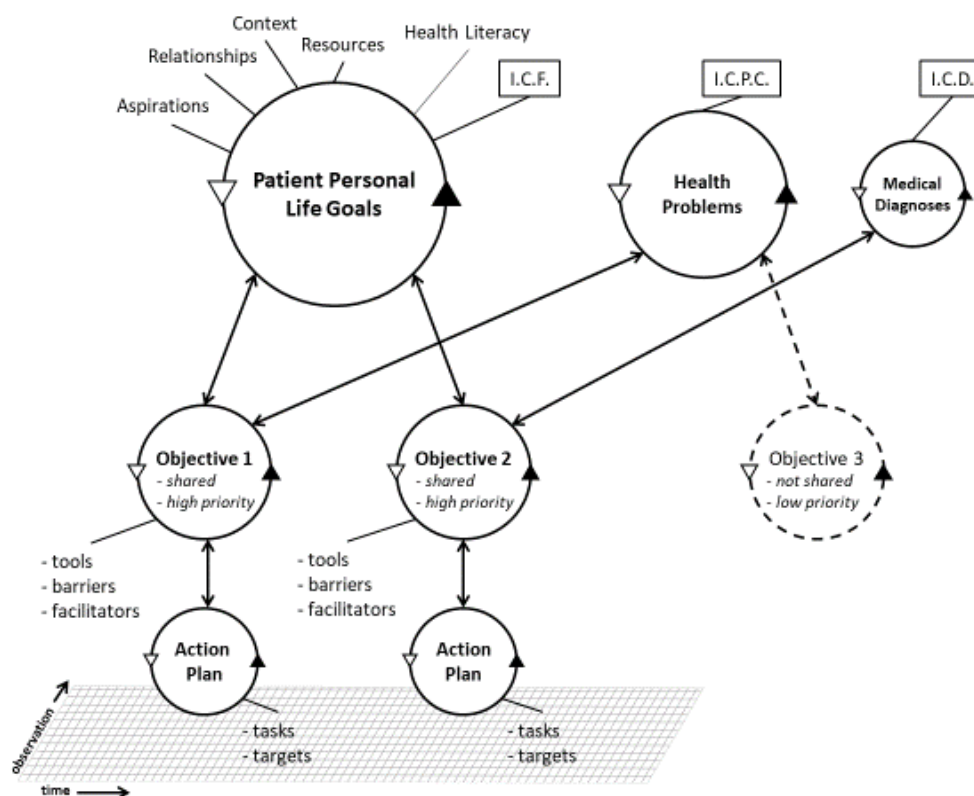
Een belangrijk aspect van het probleem is dat de verwachtingen van de verschillende stakeholders niet samenvallen. Zo wil de overheid performante data-registratie ondersteund met AI in een interprofessionele context, terwijl de gebruiker een programma wil dat helpt om aan de administratieve formaliteiten van het zorgsysteem te voldoen. Hulpverleners blijken steeds moeilijker te motiveren om (gecodeerd) te registreren, omwille van problemen met gebruiksvriendelijkheid, maar ook omdat er weinig "return" voor de registratie-inspanning is (bv. geen systematische feedback over de kwaliteit van de geleverde zorg).

### EEN TOEKOMSTVISIE

Op het terrein zijn er signalen dat er nood is aan snel ingrijpen, en dat kleine wijzigingen en aanpassingen ("meer van hetzelfde") niet zullen volstaan. Er is nood aan een "disruptieve innovatie" waarbij een systeem wordt uitgebouwd (1) met uniforme, unieke registratie in real time van de relevante data en de processen, (2) door alle zorgverstrekkers en zorgvoorzieningen (3) die toegang hebben tot één digitaal "(virtueel) platform", (4) opgebouwd rond het individu en gericht op al wie in België verblijft en hier verzorgd wordt. Belangrijke accenten hierbij:

- De informatie wordt gestructureerd rond zorgepisoden en geïntegreerd interprofessioneel gebruik van internationale coderingssystemen (WHO-Family of International Classifications: ICPC-3; ICD-11; ATC; LOINC; ICF; ...). Meer informatie hierrond kan o.a. gevonden worden op <https://www.icpc-3.info/>. Van belang is dat elk domein in de gezondheidszorg de mogelijkheid moet hebben om zijn taal te gebruiken (bv. de nieuwe "reference GP set" in de Belgische versie van SNOMED CT). De labels zijn bruikbare SNOMED CT-labels (nomenclatuur) gekoppeld aan relevante classificaties (ICPC-3, ICD11...). Deze oefening zal voor alle domeinen in de gezondheidszorg gemaakt moeten worden. De SNOMED CT-labels zijn beschikbaar voor iedereen en in de diepte exploreerbaar via de classificaties van het domein;
- De structuur van de informatie, de toegang ertoe en het gebruik ervan voor andere doeleinden dan de zorg voor het individu (wetenschappelijk onderzoek, *public health*, ...) gebeurt conform de GDPR-regels;

- Het individu (of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger) is de beheerder van het elektronisch dossierplatform, en heeft toegang tot de informatie, net als de betrokken hulpverleners in welzijn en gezondheid, namelijk deze met een “therapeutische relatie”;
- Het individu kan informatie toevoegen, bv. informatie rond levensdoelen in het kader van doelgerichte zorg (De Maeseneer & Boeckxstaens, 2012; Tange et al., 2017). Onderstaande figuur documenteert de relatie tussen levensdoelen, gezondheidsproblemen en diagnoses, zorgdoelen en acties (wat nog ontbreekt zijn de welzijnsaspecten en het belang van context). Het integreren van principes van en informatie relevant voor “goal-oriented care” in het EPD zal een bijdrage leveren tot verbetering van de kwaliteit van de zorg; wellicht kan in de toekomst aan de patiënt de mogelijkheid worden geboden om –via een app– zijn levensdoelen te registreren in het EPD: als een hulpverlener het dossier opent, is het eerste scherm dat verschijnt, het scherm met de levensdoelen van de patiënt: dit kan de oriëntatie op de noden en bekommernissen van de persoon met zorg- en ondersteuningsnood alleen maar versterken.
- In het kader van kwaliteitszorg worden wetenschappelijk onderbouwde algoritmes geïntegreerd;
- Uitgebreide mogelijkheden tot integratie van Artificiële Intelligentie worden ingebouwd;
- Dit dossier kan ook de mogelijkheid integreren om zeer snel diagnostische en therapeutische research te verrichten (bv. zoals de RECOVERY RCT in de UK rond de rol van dexamethasone in de acute aanpak van COVID-19).



Figuur 8.1. Schema van structurering van informatie m.b.t. zorgprocessen in een geïntegreerd interprofessioneel patiëntendossier (Tange et al., 2017)

## HOE KAN EEN DUURZAME OPLOSSING WORDEN GEREALISEERD?

Dit uniek interprofessioneel dossierplatform integreert en structureert de data die momenteel door de verschillende zorgprofessionals en zorgvoorzieningen worden verzameld in hun afzonderlijke EPD's: ze vormen het "inhoudelijk en operationeel distillaat" gebaseerd op de interventies en zorgprocessen. Het platform dient als basis voor reflecties vanuit de zorgverstreker en vanuit het individu (de patiënt), voor maximale integratie van zorgprocessen, voor het populatiemanagement, voor de kwaliteitszorg, voor de toetsing in real time door artificiële intelligentie (Matheny et al., 2019). Zoals in de figuur aangegeven worden de 'life-goals' van de patiënt geïntegreerd in de structuur. De insteek van functioneren, momenteel aanwezig in o.a. BelRai en ICPC-3 is hier mogelijks een belangrijke stap in.

De inhoud betreft zowel lichamelijke als psychische als sociale aspecten, waarbij ook disciplines als maatschappelijk werk, psycholoog of ergotherapeut en voorzieningen (zoals ziekenhuis of revalidatiecentrum) hun inbreng hebben. Over de *content* die op het platform aanwezig moet zijn, dienen heldere afspraken te worden gemaakt, maar onderliggend kunnen professionals uiteraard verder (delen van) hun actuele registratieprocessen behouden en blijven hanteren, op voorwaarde dat de afgesproken "platform-content" correct wordt gedocumenteerd. Zo zal bijvoorbeeld de tandarts op het platform de belangrijkste diagnostische en therapeutische processen, alsmede preventieve boodschappen en *health literacy*, documenteren op een vrij algemeen niveau, terwijl onderliggend in het eigen geconnecteerde systeem meer gedetailleerde info kan worden opgeslagen, zoals de aard van de gebruikte technieken en producten. Er dient maximaal gestreefd naar het *only once*-principe, zodat informatie in de juiste structurele context slechts éénmalig moet worden vastgelegd. De kinesitherapeut zal bv. de relevante anamnestiche, klinische, diagnostische en therapeutische informatie en preventieve boodschappen documenteren op het platform, alsmede de aangewende diagnostische strategieën en methodieken. Ook hier kunnen meer granulaire informatie – niet relevant voor andere disciplines – en intra-disciplinaire organisatorische afspraken en administratieve en financiële documenten in het eigen professionele dossier "onderliggend" (en louter toegankelijk voor de betrokken hulpverlener/discipline/praktijk/zorginstelling) worden opgeslagen. Voor de huisarts vormt het Globaal Medisch Dossier de basis van de bijdrage, voor de apotheker het geïntegreerd Globaal Farmaceutisch Dossier (o.a. door de koppeling van de medicatie aan de zorgepisoden).

Het zal duidelijk zijn dat meer generalistische disciplines een bredere input hebben in het centraal platform, maar er is geen exclusiviteit in hoofde van de zorgverstreker wat betreft de informatie-inbreng: een bloeddrukwaarde kan zowel door de huisarts, de verpleegkundige, de kinesitherapeut, de patiënt, de cardioloog, de apotheker, de huisartsenwachtpost,... worden ingebracht, terwijl een glycemiewaarde door de patiënt, de verpleegkundige, de endocrinoloog, de huisarts... kan worden geregistreerd. Van elk gegeven wordt automatisch de bron, context (raadpleging, huisbezoek, teleconsult, elektronisch advies), datum en tijdstip geregistreerd. Dit geldt ook voor bilateraal en multidisciplinair overleg tussen hulpverleners. Het centraal platform geeft ook toegang tot informatie van laboratoria en beeldvorming (bv. via Picture Archiving and Communication System, PACS). Dit centraal en goed gestructureerd platform kan worden "opengeklapt" voor details als het nodig en relevant is voor de zorgverlener op dat moment. De informatie komt vanuit de originele bronnen. De kern op het centraal platform moet overzichtelijk en behapbaar zijn.

Aan het centraal platform worden algoritmen (bv. medicatiebewaking, EBM, relevante gegevens met betrekking tot de kostprijs,...) gekoppeld en er wordt maximaal ingezet op de implementatie van artificiële intelligentie. Idealiter (in de toekomst), worden regelmatig automatische interprofessionele feedback-rapporten m.b.t. kwaliteit van de zorg gegenereerd.

De keuzen rond welke data op welke manier in het unieke platform komen en hoe zij met welke “evidence” en via welke toepassing van artificiële intelligentie interageren, worden gemaakt door een wetenschappelijk comité én een adviesraad van een brede groep stakeholders (inclusief patiëntenvertegenwoordiging). Hetzelfde geldt voor de ontwikkeling van het project en voor het GDPR-conforme gebruik van data voor wetenschappelijk onderzoek, populatiemanagement, ... Ook de relevantie van en eventuele implementatie van een toegangsmatrix kan daar worden besproken. Bij de ontwikkeling zal de focus liggen op een participatief proces, waarbij de bestaande expertise (bv. bestaande ontwikkelaars) en de gebruikers worden meegenomen.

- Voordelen van deze aanpak

De voordelen van deze aanpak zijn duidelijk:

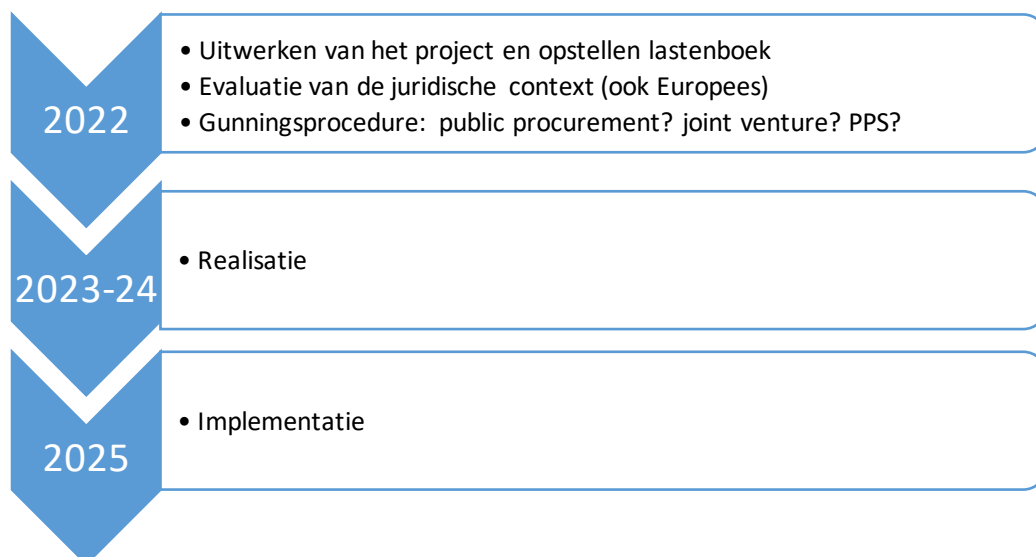
- centraal staat persoonsgerichte, doelgerichte zorg; de patiënt (of zijn wettelijke vertegenwoordiger) beheert het dossierplatform;
- maximale interoperabiliteit van het systeem zowel interprofessioneel als tussen zorgvoorzieningen;
- maximale uniformiteit in registratie en gebruik van internationale codering, waardoor nationale en internationale vergelijkbaarheid en *benchmarking* mogelijk wordt;
- snelle verspreiding en implementatie van EBP (*Evidence Based Practice*)-based innovatie in zorgprocessen via algoritmes en artificiële intelligentie;
- *preparedness* en *responsiveness* in het geval van pandemieën en rampen;
- GDPR-conforme integratie van data voor individuele zorg en *public health* (bv. relevant bij selectie van risicogroepen in het kader van vaccinatiecampagnes).

Een aspect dat ook aandacht verdient is de internationale vergelijkbaarheid van data uit België en dus het gebruik van internationaal gevalideerde classificatiesystemen zoals ICPC-3 (voor de eerste lijn), ICD-11 (voor diagnoses op alle niveaus), ATC (voor geneesmiddelen), ICF (voor het functioneren) en daarmee samenhangend BelRai, LOINC (voor labotesten), enz. Met een aantal van deze classificaties is in België reeds veel ervaring.

### WAT ZAL DIT KOSTEN? WELKE TIJDSLIJN?

Indien men zich bewust is van wat momenteel wordt uitgegeven aan EPD's op verschillende niveaus in België, dan wordt duidelijk dat dit project de inspanningen rationaliseert, en kan leiden tot meer synergie en efficiëntie, maar vooral tot betere data en betere, meer toegankelijke zorg met aandacht voor de belasting voor de zorgverstrekker. Zo valt het te verwachten dat de discipline-specifieke componenten ook geleidelijk tot een reductie van het aanbod aan verschillende pakketten zullen aanleiding geven, precies omwille van de noodzakelijke verbinding met het “centraal platform”.

De ontwikkeling moet een participatief proces zijn, maar terzelfdertijd moet het voldoende snel gaan. Een mogelijke tijdslijn is de volgende:



- Kostprijs ontwikkeling?

Bij de besteding van de middelen voor digitalisering van het Belgische Herstelplan en het Europees Relanceplan heeft de Minister van Volksgezondheid reeds “een financiering van een voorbereidende fase: 'definitie en ontwikkeling van een gestandaardiseerd en geïntegreerd EPD', voor een geïntegreerd elektronisch dossier” voorzien. Het budget hiervoor is zeer bescheiden (€22 miljoen en dan zit daar ook de financiering van SNOMED CT in). Deze investering kan reeds een eerste aanzet vormen tot een toekomstgerichte ontwikkeling.

De kostprijs van de invoering van het hier voorgestelde platform is moeilijk te voorspellen maar het voorzien van een budget van € 150 miljoen lijkt een veilige optie. Men zou best in de voorbereidende fase contact opnemen met landen waar reeds analoge projecten werden ontwikkeld (zoals Finland, Zweden, UK, Estland). In het kader van de uitbreiding van de budgetten ter ondersteuning van innovatie in de gezondheidszorg in de EU, is het onderzoek van mogelijke Europese cofinanciering zeker aangewezen.

De evolutie in de richting van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier lijkt ons van groot belang. Dat betekent natuurlijk niet dat andere mogelijke partiële hervormingen, zoals beschreven in de vorige paragraaf, moeten uitgesteld worden tot het geïntegreerde dossier volledig is uitgerold.

## 9. Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg

Tenslotte bespreken we als laatste toepassing de verbetering van de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. De algemene gezondheidszorgdoelstelling "(ongelijke) financiële toegankelijkheid van de zorg" verbeteren wordt door de beleidsmakers reeds sinds lang naar voor geschoven, maar ondanks de inspanningen blijven er nog steeds grote uitdagingen bestaan. Die werden reeds vermeld in hoofdstuk 2 en worden verder uitgewerkt in paragraaf A.

In de volgende paragrafen B tot en met G zetten we de algemene gezondheidszorgdoelstelling om in meer specifieke doelstellingen die kunnen meegenomen worden in een meerjarenbegroting. Deze lijst is niet exhaustief en het komt de beleidsmakers toe om hierin keuzes te maken. We suggereren steeds een aantal maatregelen om de doelstellingen te bereiken en indicatoren om de voorgestelde maatregelen op te volgen. Waar mogelijk, sluiten de doelstellingen en maatregelen aan bij de initiatieven die werden geïdentificeerd in de voorstellen die werden ingediend door de akkoorden- en overeenkomsten-commissies, en door andere belanghebbenden en experts, en die werden beschreven in het Intermediair Rapport (zie: RIZIV, 2021a).

Zoals beschreven in de inleiding, geldt ook hier dat we een pragmatische benadering volgen en vertrekken van het huidige systeem met supplementen, remgelden en al dan niet geconventioneerde verstrekkers. We stellen concrete beleidsmaatregelen voor die op relatief korte termijn kunnen geïmplementeerd worden. Zoals in de twee vorige hoofdstukken, passen die specifieke beleidsmaatregelen wel in een coherente visie op lange termijn.

### a) Uitdagingen

- Toegankelijkheid van zorg heeft meerdere dimensies

We kunnen verschillende vormen van toegankelijkheid onderscheiden zoals financiële toegankelijkheid (zijn mensen in staat om de nodige zorg te betalen?), geografische toegankelijkheid (zijn voorzieningen of zorgverleners beschikbaar en bereikbaar voor de bevolking?), temporele toegankelijkheid (zijn er wachtlijsten?), culturele toegankelijkheid (zijn er culturele factoren die de toegang tot zorg belemmeren?) en toegang tot informatie over het gezondheidszorgsysteem (is de toegang tot informatie duidelijk, volledig en eenvoudig te vinden?).

In dit hoofdstuk behandelen we hoofdzakelijk de financiële toegang tot zorg. De andere dimensies komen enkel aan bod indien ze een impact hebben op de financiële toegang tot zorg.

- Hoge eigen betalingen die ongelijk verdeeld zijn

Wanneer patiënten beroep doen op zorg, moeten ze ook zelf een deel of het volledige bedrag van de kosten betalen. Eigen betalingen omvatten het remgeld, supplementen en uitgaven voor producten en diensten die niet in het verzekerde pakket opgenomen zijn. De eigen betalingen bedroegen in 2019 in België 18% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Dit percentage ligt in de buurt van het EU-15 gemiddelde (17%) maar is aanzienlijk hoger dan in enkele buurlanden zoals Frankrijk (9%), Luxemburg (10%), Nederland (11%) of Duitsland (13%) (OECD, 2021). In absolute cijfers komt 18% neer op iets meer dan € 9 miljard. Ongeveer 20% van dit bedrag bestaat uit remgelden, de rest uit supplementen en uitgaven voor niet-terugbetaalde zorg (Assuralia, 2021). Nog eens 5% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg wordt besteed aan premies voor aanvullende verzekeringen.

De eigen betalingen zijn ongelijk verdeeld over de bevolking. Een recente studie van het KCE (Bouckaert et al., 2020) heeft aangetoond dat catastrofale eigen betalingen geconcentreerd zijn bij de 20% gezinnen met de laagste gezinsuitgaven. Eigen betalingen zijn “catastrofaal” indien ze meer dan 40% bedragen van de financiële draagkracht van een gezin, waarbij draagkracht gedefinieerd is als de financiële middelen van een gezin na aftrek van uitgaven voor basisbehoeften zoals voedsel, huisvesting en nutsvoorzieningen. Bovendien stijgt het aandeel van de totale gezinsuitgaven dat besteed wordt aan de eigen betalingen voor gezondheidszorg. We stellen de grootste stijging vast voor gezinnen met catastrofale eigen betalingen.

- Betere dekking door beschermingsmaatregelen maar ruimte voor verbetering

Binnen de algemene ziekteverzekering zijn lage inkomens, chronische zorggebruikers of mensen met hoge zorgkosten beter beschermd dan de algemene bevolking door beschermingsmaatregelen zoals de verhoogde tegemoetkoming, de maximumfactuur, de derdebetalersregeling of het statuut van persoon met een chronische aandoening. Zo is het aandeel rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming toegenomen van 13,2% in 2002 naar 18,8% in 2020 (IMA: [IMA-Atlas](#)). Toch zijn er nog belangrijke hiaten. Het systeem van de verhoogde tegemoetkoming bereikt niet iedereen die er recht op heeft: een derde van de mensen met een armoederisico (zij hebben een inkomen dat lager ligt dan 60% van het mediane gezinsinkomen) genieten niet van dit voordeel (Bouckaert et al., 2020). Verdere inspanningen zijn nodig om het recht op de verhoogde tegemoetkoming automatisch toe te kennen. Bovendien zijn de beschermingsmaatregelen vooral gericht op de remgelden, terwijl deze slechts 20% van de totale eigen betalingen uitmaken (Assuralia, 2021).

- Geen billijke toegang tot zorg door financiële problemen

Wanneer effectief zorggebruik gecorrigeerd wordt voor zorgnood, blijken mensen in een financieel precaire situatie (zoals werklozen of mensen met een risico op armoede) minder dan gemiddeld beroep te doen op bepaalde types zorg, zoals specialistische zorg en tandzorg. Anderzijds gaan deze groepen meer naar de spoeddienst. Mogelijke verklaringen zijn dat ze bij een spoeddienst niet onmiddellijk hoeven te betalen of op voorhand een afspraak maken, of dat ze zorg uitstellen om financiële redenen, waardoor ze uiteindelijk verplicht zijn naar de spoeddienst te gaan (Bouckaert et al., 2020; Cès & Baeten, 2020).



- Uitstel van zorg om financiële redenen neemt toe en is zeer ongelijk verdeeld

Naast de socio-economische onbillijkheid bij het gebruik van zorg, belemmeren financiële problemen ook een billijke toegang tot zorg. Het aandeel mensen die zorg uitstellen om financiële redenen nam voor medische zorg (vooral specialistische zorg) toe van 1,4% (2011) van de volwassen bevolking naar 2,2% in 2016; voor tandzorg van 2,9% (2011) naar 3,7% (2016) (Devos et al., 2019). De toename situeert zich hoofdzakelijk bij het eerste en tweede inkomenskwaartil. Bij de laagste inkomens behoort het aandeel mensen die zorg uitstellen in België tot de hoogste in Europa. Een grote meerderheid van hen heeft geen buffer om onverwachte uitgaven op te vangen en moet soms een keuze maken tussen basisbehoeften en gezondheidszorg. In 2016 kon 36% tot 54% van deze mensen zich niet om de andere dag een warme maaltijd veroorloven. Bijna de helft van hen valt terug op een leefloon of een invaliditeitsuitkering (Bouckaert et al., 2020).

### b) Een betere toegang tot geconventioneerde zorgverleners

- Welke voordelen zijn er voor de zorgverleners verbonden aan het volgen van de officiële tarieven?

Artsen en andere zorgverleners (kinesitherapeut, tandarts, apotheker, logopedist of verpleegkundige in hoofdberoep) die toetreden tot het nationale akkoord (voor artsen en tandartsen) of de nationale overeenkomst (voor de andere zorgverleners) tussen hun beroepsgroep en de ziekenfondsen, dienen de officiële tarieven toe te passen die in het akkoord of de overeenkomst zijn vastgelegd. Er is enkel een akkoord of overeenkomst indien minstens 60% van de beroepsgroep toetreedt. Zorgverleners die niet toetreden tot het akkoord of de overeenkomst, mogen een aanvullende vergoeding (ereloon-supplement) aanrekenen. Artsen en tandartsen kunnen ook gedeeltelijk geconventioneerde zijn: zij rekenen enkel op bepaalde plaatsen of tijdstippen ereloon-supplementen aan en volgen voor de rest de officiële tarieven. Voor gedeeltelijk geconventioneerde arts-specialisten bijvoorbeeld is bepaald dat ze maximum viermaal per week een blok van maximum vier aaneengesloten uren niet-conventietarieven kunnen vragen. Minstens de helft van de verstrekkingen aan ambulante patiënten moet gebeuren volgens de officiële tarieven en op elke plaats van praktijkoefening (bv. ziekenhuis of privépraktijk) moet gedurende een bepaalde periode aan het officiële tarief gewerkt worden.

Naast het garanderen van tariefzekerheid voor de patiënt, ontvangen geconventioneerde zorgverleners ook een toelage van het RIZIV. Deze toelage is een jaarlijkse bijdrage die gestort wordt aan een onderneming of erkende instelling waarmee de zorgverlener een contract heeft afgesloten voor een vervangingsinkomen ingeval van invaliditeit en/of een pensioenovereenkomst (RIZIV, web page: [Het sociaal statuut van de arts](#)). De toelage is afhankelijk van de zorgverlener. Voor 2021 bedraagt het bedrag van het sociaal statuut voor een volledig geconventioneerde arts € 5.088,58. Voor artsen en tandartsen is er geen verschil in terugbetaling volgens conventiestatuut. Voor alle andere zorgverleners die niet-geconventioneerde zijn, zoals kinesitherapeuten en verpleegkundigen, vermindert de terugbetaling voor alle verstrekkingen met 25%, behalve voor patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming omdat voor hen de officiële tarieven moeten aangerekend worden.

- Lage conventiegraad bedreigt tariefzekerheid voor de patiënt

Het RIZIV registreert de zorgverleners die zich aan de conventie houden en publiceert (voor sommige zorgverleners) de resultaten op zijn website. Voor de artsen worden de resultaten per specialisme en per arrondissement gepubliceerd, en dit op basis van de woonplaats van de zorgverlener. De percentages weerspiegelen dus niet (noodzakelijk) het beschikbare aanbod in een arrondissement. Alle zorgverleners met een RIZIV-erkenningsnummer zijn in de berekening opgenomen, ongeacht de werkelijke activiteit.

De toetredingsgraad tot de meest recente overeenkomst bedraagt 92,1% voor de huisartsen; 82,8% voor de arts-specialisten; 60,4% voor de tandartsen (met vrije tarieven in 7 arrondissementen waar het % wegeringen meer dan 50% bedroeg) en 83,4% voor de kinesitherapeuten. Voor de arts-specialisten zijn er echter grote verschillen tussen specialismen en arrondissementen.

In een recent gepubliceerde studie van het Intermutualistisch Agentschap zijn twee aanpassingen aan de berekening van het RIZIV aangebracht (De Wolf et al., 2020). Om de financiële toegankelijkheid van de ambulante zorg te meten, werden enkel artsen (huisartsen en arts-specialisten) en tandartsen met ambulante activiteit in de analyse opgenomen. Voor sommige specialisaties, vooral die met hoofdzakelijk ziekenhuisactiviteit, is slechts een minderheid van de zorgverleners die in de RIZIV-statistieken over de conventiegraad zijn opgenomen, ook in de analyses van het IMA opgenomen (bv. 8% van de geriaters). Bovendien werd een activiteitendrempel opgelegd (minstens 500 ambulante contacten in 2018) omdat niet alle erkende zorgverleners actief zijn in de Belgische gezondheidszorg. Doelstelling van de analyse was het evalueren van het risico op ereloonsupplementen en niet van de werkelijk aangerekende supplementen zelf omdat deze niet (exhaustief) beschikbaar zijn bij de ziekenfondsen door het ontbreken van een registratieplicht. In de studie wordt bovendien de conventiegraad niet enkel uitgedrukt in termen van het aantal verstrekkers maar ook in termen van het volume aan ambulante contacten. Artsen in opleiding werden niet in het onderzoek opgenomen.

Voor de huisartsen is de conventiegraad zeer vergelijkbaar ongeacht de meetmethode (RIZIV versus IMA; in termen van verstrekkers of volume aan ambulante contacten). Volgens de RIZIV-methode bedroeg in 2018 het aandeel totaal geconventioneerde huisartsen 86,2%; het aandeel gedeeltelijk geconventioneerden bedroeg 0,8% en het aandeel niet-geconventioneerden was 13%. Volgens de IMA-methode waren de aandelen respectievelijk 84,4%, 1% en 14,6%. Wanneer de conventiegraad wordt uitgedrukt in termen van volume, bedroegen de aandelen respectievelijk 85,1%; 0,9% en 14,0%. Voor de arts-specialisten zijn de verschillen aanzienlijk groter. Het aandeel niet-geconventioneerde arts-specialisten bedroeg 23,5% volgens het RIZIV; 34,5% volgens het IMA wanneer het aandeel wordt uitgedrukt in termen van het aantal verstrekkers en 44,7% in termen van het volume. Voor sommige specialismen bedraagt het aandeel niet-geconventioneerde zorg in termen van volume in de IMA-cijfers meer dan het dubbele van wat met de RIZIV-methode gevonden wordt.

De IMA-studie illustreert ook in overzichtelijke grafieken het aandeel ambulante contacten met niet-geconventioneerde verstrekkers per specialisme en per arrondissement. De arts-specialisten met de hoogste deconventiegraad zijn de dermatologen (77,7%), oogartsen (72,2%), plastisch chirurgen (71,5%) en gynaecologen (62,2%) (cijfers voor 2018). Het aandeel ambulante contacten voor deze specialismen verschilt echter sterk per arrondissement en gaat van 22% tot 97% voor de dermatologen, van 39% tot 90% voor de oogartsen, van 21% tot 98% voor de plastisch chirurgen en van 21% tot 96 voor de gynaecologen.

Vermits niet-geconventioneerde zorgverleners supplementen kunnen aanrekenen, kan een contact met een niet-geconventioneerde verstrekker voor de patiënten tot hogere eigen betalingen leiden en tot minder transparantie over wat ze uiteindelijk zelf moeten betalen (zie ook nog verder in paragraaf D). Verhoging van de conventiegraad verbetert dus de financiële toegankelijkheid van de zorg. In ieder geval zou er moeten voor gezorgd worden dat elke patiënt beroep kan doen op een geconventioneerde verstrekker zonder daarvoor een grote afstand te moeten afleggen.

- Welke maatregelen kunnen de toetreding tot de conventie verhogen?

Een eerste mogelijke maatregel betreft de beschikbaarheid van een voldoende aantal (geconventioneerde) artsen binnen elke discipline. Dit kan door het contingent op te trekken, maar in bepaalde situaties ook door meer in te zetten op taakherschikking. Human resources beleid valt echter buiten de scope van dit rapport. Anderzijds kan het bedrag van het sociaal statuut verhoogd worden, zodat het verschil tussen het bedrag van de toelage bij conventionering en het bedrag van de ereloonsupplementen bij niet-conventionering kleiner wordt. Een andere prikkel is om een onderscheid te maken in terugbetaling tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde zorgverleners, zoals nu het geval is voor de verpleegkundigen en kinesitherapeuten.

De beleidsmaker kan ook beperkingen opleggen voor het aanrekenen van ereloonsupplementen, en dit zowel in de ziekenhuizen als voor ambulante prestaties. Mogelijkheden zijn een maximum supplement per consultatie (uitgedrukt als vast bedrag en niet als percentage van het honorarium) of per opname en een verbod op supplementen voor prestaties waarvoor er geen rechtstreeks contact met de patiënt is (zoals bv. bij medisch-technische prestaties zoals klinische biologie).

Het regelgevend kader voor ereloonsupplementen bij een ziekenhuisopname werd herhaaldelijk en gradueel aangepast, waarbij telkens de voorwaarden voor het aanrekenen van ereloonsupplementen strenger werden. Voor ambulante supplementen daarentegen is er een volledig vrije prijszetting. Een grondige hervorming van de supplementen kan echter niet losgezien worden van een hervorming van de ziekenhuisfinanciering en van de nomenclatuur. Deze twee grote werven worden momenteel voorbereid en het valt niet binnen de scope van dit rapport om hierover concrete voorstellen te formuleren. Anderzijds is een aanpassing van de huidige regelgeving van de supplementen essentieel voor de toegankelijkheid van de patiënt. Er is een grondige reflectie nodig over de noodzaak en relevantie van het aanrekenen van ereloonsupplementen. In 2018 werd door de christelijke ziekenfondsen een stappenplan uitgewerkt voor de afschaffing van ereloonsupplementen, met een budgettaire injectie voor de ziekenhuizen en de artsen honoraria via een transfer van middelen van de aanvullende naar de verplichte ziekteverzekering (Christelijke Mutualiteiten, 2018). Dergelijke ingrijpende maatregelen zouden verder kunnen onderzocht worden.

### Indicatoren

- % geconventioneerde zorgverleners per type zorgverlener en per arrondissement

c) Meer transparantie voor beleidsmakers over de eigen betalingen van patiënten

- Hoge eigen betalingen maar beperkt zicht op samenstelling en verdeling over de bevolking

De totale uitgaven voor gezondheidszorg en de eigen betalingen van patiënten zijn gebaseerd op de methodiek van de gezondheidsrekeningen (SHA of *System of Health Accounts*) en worden berekend door de FOD Sociale Zekerheid. Deze methode levert wel geaggregeerde cijfers op, maar biedt weinig inzicht in de verdeling van de eigen betalingen over de bevolking. Deze informatie is nochtans een eerste maar noodzakelijke stap om een doeltreffend beleid te voeren voor een financieel toegankelijke zorg.

De ziekenfondsen beschikken over het exacte bedrag dat op individueel niveau betaald wordt aan remgelden en supplementen bij een ziekenhuisopname. De registratie van ambulante supplementen is slechts partieel (zie volgend punt). Voor niet-terugbetaalde zorg is er geen gedetailleerd beeld van wie welk bedrag betaalt voor welke zorg. Informatie hierover is enkel beschikbaar via enquêtes, zoals het Huishoudbudgetonderzoek of de EU-SILC ("*European Union Statistics on Income and Living Conditions*"), bij een relatief beperkte steekproef van de bevolking, waarbij slechts een gering aantal observaties is voor de lagere inkomensgroepen. Bepaalde geneesmiddelen van categorie D (niet-terugbetaalde maar voorgeschreven analgetica, laxemiddelen en calciumsupplementen) worden sedert 2009-2010 opgenomen in de Farmanet databank. In een recent advies van het Observatorium voor chronische ziekten (2020) wordt voorgesteld om de registratie uit te breiden tot alle voorgeschreven niet-terugbetaalde geneesmiddelen.

- Registratie van ambulante supplementen neemt af met elektronisch voorschrift

Er werden in het verleden meerdere initiatieven genomen om ervoor te zorgen dat de patiënt zicht zou krijgen op de werkelijke kosten wanneer beroep wordt gedaan op zorg. Zo moeten sedert 1 juli 2015 zorgverleners op het ontvangstbewijs van het getuigschrift voor verstrekte hulp het bedrag vermelden dat door de patiënt aan de zorgverlener wordt betaald (Art. 53 in de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 [Federale regering, 1994], ingevoegd door de Wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid [Federale regering, 2014]). Hetzelfde artikel regelt ook de informatie die aan de ziekenfondsen moet overgemaakt worden in het kader van elektronische facturatie. Hiervoor moet echter eerst een regeling worden uitgewerkt in de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissies, die vastlegt welke gegevens door de zorgverleners aan de ziekenfondsen moeten meegedeeld worden. In de nationale commissie artsen-ziekenfondsen is overeengekomen dat zowel voor e-Fact (elektronische facturatie voor de derdebetalersregeling) als voor e-Attest (elektronische facturatie bij contante betaling) de overdracht van het bedrag van de supplementen facultatief is. Bovendien zijn softwarepakketten soms zo ontworpen, dat een manuele tussenkomst van de zorgverlener nodig is om het bedrag van het ereloonsupplement door te sturen. In het "Wetsontwerp houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid", dat op 17 december 2021 werd goedgekeurd door de Kamercommissie Volksgezondheid (Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers, 2021), wordt de overdracht van gegevens over de supplementen en andere uitgaven voor (niet-vergoedbare) zorg aan de patiënt en ziekenfondsen verder uitgewerkt.

De Socialistische Mutualiteiten analyseerden de ereloonsupplementen die huisartsen, arts-specialisten, tandartsen en kinesitherapeuten aanrekenen voor ambulante verstrekkingen (Willaert & Hens, 2019). De studie is gebaseerd op gegevens van hun leden (met uitzondering van de federatie Brabant) voor 2016 en 2017, wat neerkomt op ongeveer 30 miljoen papieren getuigschriften. Gegevens van de stroom e-Attest (ingevoerd in 2018) en getuigschriften van de derdebetalersregeling (elektronische (e-Fact) en papieren) zijn niet meegenomen in de analyse. De resultaten van de studie kunnen als volgt samengevat worden:

- In 2017 werden bij benadering € 290 miljoen aan ereloonsupplementen betaald (extrapolatie voor de volledige bevolking), in 2016 was dit bedrag 15% lager. Arts-specialisten en tandartsen zijn goed voor meer dan 80% van alle ambulante ereloonsupplementen.
- Op 80% van de getuigschriften was het bedrag van de ereloonsupplementen ingevuld. De arts-specialisten scoorden het best met 85%, de tandartsen het slechtst met 65%.
- In 2017 werd bij 46,6% van de niet-geconventioneerde huisartsen een supplement aangerekend dat minstens 10% bedraagt van het ereloon. Voor de arts-specialisten, tandartsen en kinesitherapeuten was dit respectievelijk 70,2%; 49,7% en 83,3%.
- Het gemiddelde bedrag van het ereloonsupplement voor niet-geconventioneerde zorgverleners bedroeg € 6 voor een huisarts, € 13,8 voor een arts-specialist, € 28,8 voor een tandarts en € 29,6 voor een kinesitherapeut.
- Uit de studie bleek dat patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming evenveel ereloonsupplementen betalen als de gewoon gerechtigden.

Sedert de invoering van de elektronische facturatie bij contante betaling (e-Attest) voor de huisarts in 2018, waar geen verplichting is voor het meedelen van het ereloonsupplement aan het ziekenfonds, is het aandeel getuigschriften waarop het bedrag van het ereloonsupplement wordt meegedeeld aan het ziekenfonds gedaald. In 2017 vermeldde 72% van de getuigschriften verstrekt door een niet-geconventioneerde huisarts en ingediend aan een loket informatie over het ereloonsupplement (Willaert & Hens, 2019). Voor de elektronische getuigschriften in 2020 (62,5% van het totaal aantal getuigschriften) was dit slechts iets meer dan 34% (NCAZ, 2021).

- Oprichting van een Observatorium voor de Eigen Betalingen van de Patiënten (zie hoofdstuk 4)

Ondanks de maatregelen die reeds werden genomen, is er momenteel onvoldoende zicht bij de beleidsmakers over de omvang en verdeling van de eigen betalingen. De eerste analyses van de impact van de invoering van elektronische facturatie zijn bovendien weinig hoopgevend. Om het supplementenbeleid te kunnen opvolgen en sturen, is het aangewezen om voor alle ambulante zorgverleners dezelfde regelgeving uit te werken als voor de ziekenhuissector. Concreet betekent dit dat de informatie omtrent eigen betalingen die op de patiëntfactuur staat, ook integraal wordt overgemaakt aan het ziekenfonds.

Registratie en opvolging van de eigen betalingen voor niet-vergoedbare zorg (zoals bv. geneesmiddelen categorie D, medische hulpmiddelen zoals hoortoestellen of brillen en lenzen) is een grotere uitdaging. Wat verstaan we onder “zorgkosten”? Is het nodig dat de uitgaven beschikbaar zijn voor de volledige bevolking, of volstaat het om met een steekproef te werken? We stellen voor dat deze en andere vragen toevertrouwd worden aan het Observatorium voor de Eigen Betalingen van de Patiënten zoals voorgesteld in paragraaf F van hoofdstuk 4. Dit observatorium heeft als taak om op een permanente basis de evolutie en de verdeling van de eigen betalingen van de patiënt op te volgen en te evalueren, zodat die informatie mee kan genomen worden bij de beleidsbeslissingen.

## Indicatoren

- % getuigschriften met vermelding van het ereloonsupplement, per type zorgverlener en per conventiestatuut
- Beschikbaarheid van betrouwbare en volledige informatie over het bedrag en verdeling eigen betalingen per categorie (zoals remgeld, ereloonsupplement in ziekenhuis en ambulante sector, types niet-terugbetaalde zorg)

### d) Meer transparantie voor de patiënt over de eigen betalingen

- Complexe kostennota's en geen transparante informatie over te verwachten kosten

Een patiënt mag verwachten dat hij inzicht heeft in de financiële gevolgen wanneer hij gebruik maakt van zorg. Een begrijpelijke kostennota na een medische behandeling is daarbij een essentieel element. Transparantie over de kosten voorafgaand aan een medische behandeling kan bovendien bijdragen tot een meer kostenbewuste houding.

Er werden in het verleden een resem maatregelen genomen om de financiële transparantie voor de patiënt te verbeteren. Zo is het sedert 1 juli 2015 verplicht dat het getuigschrift voor verstrekte hulp het volledige bedrag dat door de patiënt betaald wordt, moet vermelden (zie de vorige paragraaf). Een andere maatregel betreft het aanrekenen van ereloonsupplementen in onder andere de klinische biologie voor gedeeltelijk of niet-geconventioneerden. Het KB van 24 oktober 2017 (Federale regering, 2017). legt op dat ereloonsupplementen enkel mogen aangerekend worden indien “de laboratoria aantonen dat zij de betrokken patiënten hier voorafgaandelijk aan de afname over hebben ingelicht, ofwel rechtstreeks ofwel onrechtstreeks via de voorschrijver”. Uit cijfers van het socialistisch ziekenfonds blijkt dat in 2019 een bedrag van €2,5 miljoen aan supplementen betaald werd. Vaak gaat het over kleine bedragen. Voor de patiënt is het echter zeer moeilijk om op voorhand te achterhalen of het labo al dan niet geconventioneerd is. Dit wordt pas duidelijk bij ontvangst van de factuur, die bovendien moeilijk leesbaar is.

- Complexiteit en diversiteit in de vaste en procentuele remgeldstructuur

Het laatste decennium werd de remgeldstructuur aanzienlijk vereenvoudigd en transparanter gemaakt, onder andere door procentuele remgelden te vervangen door vaste bedragen (bv. voor de huisarts, specialist en kinesitherapeut). Ook de remgeldstructuur voor geneesmiddelen zou aan transparantie winnen bij een vast bedrag. Voor geneesmiddelen afgeleverd in openbare officina's bestaan er 5 vergoedingscategorieën (A/Fa, B/Fb, C, Cs en Cx), en is de hoogte van het remgeld bijkomend afhankelijk van het bedrag van de vergoedingsbasis (met een mix van een percentage en een vast bedrag). Een vast remgeld voor geneesmiddelen zou de transparantie sterk verhogen. Verder onderzoek is dan ook wenselijk om de concrete modaliteiten te bepalen van zo een vast remgeld voor geneesmiddelen (hoogte vast remgeld? al dan niet differentiatie volgens vergoedingscategorie? vast bedrag per geneesmiddel of per voorschrift? enz.).

- Gedeeltelijke conventie is voor patiënten moeilijk te begrijpen

Zorgverleners die zich gedeeltelijk conventioneren, kunnen onder bepaalde voorwaarden toch ereloonsupplementen aanrekenen (zie paragraaf B). Voor patiënten is het systeem van gedeeltelijke conventie zeer complex. Er zijn grote verschillen in het aandeel gedeeltelijk geconventioneerden tussen de specialismen (De Wolf et al., 2020). Hoewel er een gevaar bestaat dat artsen zich volledig gaan deconventioneren wanneer dit niet meer op gedeeltelijke basis kan (Baeten, 2021), is het toch aangewezen om het systeem van gedeeltelijke conventionering af te schaffen.

- Hoe kan de transparantie voor patiënten over de eigen betalingen verder worden verbeterd?

In een recente studie van het OSE, waarin werd gepeild naar de houding van experts en belanghebbenden over hervormingsvoorstellen om de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg weg te werken, werden twee voorstellen geformuleerd inzake transparantie voor de patiënt over de eigen betalingen (Baeten, 2021). Er werd eveneens gevraagd om mogelijke ongewenste neveneffecten en noodzakelijke begeleidende maatregelen te formuleren.

Het eerste voorstel is om alle ambulante zorgverleners te verplichten om hun conventiestatus en alle gehanteerde tarieven duidelijk zichtbaar te afficheren aan de buitenkant van hun praktijk en online. Het tweede voorstel is dat patiënten voorafgaand aan een geplande interventie in het ziekenhuis een kostenraming ontvangen die rekening houdt met hun terugbetalingsstatuut en het gekozen kamertype. Beide voorstellen werden door de meerderheid van de respondenten als erg doeltreffend beschouwd, maar er werden ook heel wat mogelijke neveneffecten en randvoorwaarden geopperd. We verwijzen naar de studie voor een gedetailleerd overzicht. Daarnaast werden door de respondenten ook bijkomende voorstellen gedaan om de transparantie voor de patiënt te verbeteren.

Het valt buiten onze opdracht om een selectie te maken van de voorgestelde maatregelen of om een inschatting te maken van hun haalbaarheid of effectiviteit. De belangrijkste boodschap is dat patiënten momenteel onvoldoende zicht hebben op de kosten van een medische behandeling en dat er maatregelen moeten genomen worden om proactief betere informatie te verlenen. Daarnaast zijn ook maatregelen nodig om kostennota's (bv. de ziekenhuisfactuur) transparanter en leesbaarder te maken. In het Wetsontwerp van november 2021 zijn maatregelen opgenomen om de modaliteiten vast te leggen voor een prijsraming.

### Indicatoren

- % van de patiënten die een duidelijke voorafgaande kostenraming van het ziekenhuis kregen (doelstelling = 100%)
- % zorgverleners die gedeeltelijk geconventioneerden zijn (doelstelling = 0%)

e) Beheersing van de eigen betalingen via prijsregulering

- Vrije prijszetting beperkt tariefzekerheid

Een algemeen principe van de verplichte ziekteverzekering in België is dat er eenzelfde vergoeding voor de zorgverleners en eenzelfde remgeld voor elke Belgische verzekerde is, ongeacht de keuze van ziekenfonds. Bovendien is er in de nomenclatuur duidelijk omschreven welke zorg gedekt wordt door de verplichte ziekteverzekering. Deze algemene principes bieden aan de patiënt en zorgverlener tariefzekerheid. Tegelijkertijd is er echter veel ruimte voor vrije prijszetting voor producten of diensten die niet of zeer beperkt gedekt worden door de verplichte ziekteverzekering. Uitstel van zorg voor tandzorg, brillen of lenzen en hoortoestellen is bijgevolg aanzienlijk, met grote verschillen naargelang het inkomen, vooral voor tandzorg en brillen of glazen (Hens et al., 2014; Demarest et al., 2019).

- De “100% santé” hervorming in Frankrijk

Een recente hervorming in Frankrijk, genaamd “100% santé” of ook “*reste à charge zéro*” of “*RAC 0*”, heeft als doel om de toegang tot tandheelkundige, optische en audiologische zorg te verbeteren door een maximumprijs op te leggen voor de producten en diensten die onder de 100% santé-maatregel vallen. In het tekstkader wordt de maatregel meer in detail uitgelegd.

Het is nog te vroeg om de impact van de hervorming te evalueren. De eerste resultaten voor 2020 zijn positief voor tandzorg, namelijk een daling van de eigen betalingen (met uitzondering van orthodontie) met 16%. Voor brillen en lenzen heeft de hervorming haar doel niet bereikt in 2020: de eigen betalingen namen toe met 25%. Het aandeel glazen en monturen dat werd aangeboden met een terugbetaling aan 100% was immers aanzienlijk lager dan het vooropgestelde streefdoel. Bovendien werd met de hervorming ook de terugbetaling door de aanvullende verzekering voor producten en diensten buiten de korf verminderd (Seabird, web page: [100% santé : des résultats positifs en dentaire, décevants en optique](#)).



## DE 100% SANTE-HERVORMING IN FRANKRIJK

### *Korte historiek*

Naast de verplichte ziekteverzekering (PUMa, "Protection Universelle Maladie") speelt ook de aanvullende ziekteverzekering een belangrijke rol in Frankrijk. In 2000 werd de CMU-C ("couverture maladie universelle complémentaire") ingevoerd. Deze aanvullende verzekering wordt gefinancierd met publieke middelen en dekt nagenoeg alle kosten voor de laagste inkomens, ongeveer 7% van de totale bevolking. Deze kosten bevatten ook de uitgaven voor brillen of lenzen, hoorapparaten of tandprothesen. Hiervoor werden maximumprijzen onderhandeld met de aanbieders van deze producten. Voor lage inkomensgroepen die net boven het inkomensplafond van de CMU-C zaten werd in 2004 de ACS-voucherregeling ingevoerd ("Aide à l'acquisition d'une complémentaire") om een aanvullende verzekering bij een ziekenfonds af te sluiten. De CMU-C en ACS werden in 2019 vervangen door de "complémentaire santé solidaire (C2S)", onder andere wegens een grote non-take up van de ACS vouchers (Fonds CMU, 2015; Seabird, web page: [100% santé : des résultats positifs en dentaire, décevants en optique](#)).

### *100% santé*

Bij de invoering van de 100% santé hervorming was er dus al ervaring met het onderhandelen van maximumprijzen voor brillen of lenzen, hoorapparaten of tandprothesen. De hervorming bestaat uit de volgende maatregelen:

- een hogere vergoeding door de basisverzekering;
- een maximumprijs voor de producten of diensten die vallen onder de 100% santé;
- de zorgverleners die tandprothesen, brillen en contactlenzen, en hoortoestellen aanbieden, zijn verplicht om in hun aanbod ook producten of diensten die vallen onder de 100% santé op te nemen.

De nieuwe maatregel is op 1 januari 2020 ingevoerd voor brillen en corrigerende lenzen en voor een deel van de tandprothesen. In 2021 werd de maatregel uitgebreid tot alle tandheelkundige voorzieningen en hoortoestellen. Om te kunnen genieten van de grotere tariefzekerheid, moet de verzekerde een aanvullende verzekering hebben die solidair en verantwoordelijk is (de verzekering respecteert vastgestelde minima en maxima voor vergoedingen). Om kwaliteit te garanderen moet gekozen worden voor materiaal dat voldoet aan de specificaties van "100% santé".

- Voorstel voor prijsregulering in België

Aan de hervorming in Frankrijk is een lang traject voorafgegaan dat specifiek is voor de organisatie van verplichte en aanvullende ziekteverzekeringen in dat land. Toch kan deze hervorming als voorbeeld dienen voor de Belgische ziekteverzekering. Een uitbreiding van de verplichte verzekeringsdekking tot 100% voor tandheelkundige, optische en audiologische zorg kan gekoppeld worden aan de verplichting voor de sector om voldoende producten (bv. brilmonturen, brilglazen, hoortoestellen) aan te bieden aan een vastgelegde maximumprijs. Deze producten moeten eveneens voldoen aan minimale kwaliteitsvereisten. Bovendien moet de patiënt over de nodige informatie over de prijs en kwaliteit kunnen beschikken om een keuze te maken tussen (volledig) terugbetaalde producten en producten met vrije prijszetting. Op 27 oktober 2020 werd hieromtrent reeds een voorstel van resolutie ingediend in de Kamer (Belgische Kamervan Volksvertegenwoordigers, 2020).

Een concrete uitwerking van dit voorstel, met inbegrip van de budgettaire impact, het toepassingsgebied (bv. de behandeling van prothesen en implantaten buiten de drie vermelde sectoren) en de rol van de aanvullende verzekeringen, vraagt verder onderzoek. Een eerste belangrijke stap zou er reeds kunnen in bestaan om het Observatorium voor de Eigen Betalingen van de Patiënten de opdracht te geven om op gestructureerde wijze informatie te verzamelen over de actuele prijzen en de prijsevolutie.

### f) Een publieke ziekteverzekering die de volledige bevolking dekt

- Een solidair systeem maar geen 100% verzekerde bevolking

De laatste grote uitbreiding van de verzekerde bevolking dateert van 2008 met de integratie van de kleine risico's voor zelfstandigen in de verplichte ziekteverzekering. Sedert 2008 is naar schatting 99% van de Belgische bevolking gedekt door de verplichte ziekteverzekering. Dit percentage ligt iets lager in Brussel (ongeveer 2% is niet gedekt) en voor bepaalde leeftijdsgroepen (25-40-jarigen: 2 tot 2,5% is niet gedekt). Dit percentage houdt geen rekening met specifieke kwetsbare personen die niet onder de noemer "Belgische bevolking" vallen omdat ze niet zijn aangesloten bij een ziekenfonds, zoals migranten zonder papieren of daklozen (Devos et al., 2019).

De niet-verzekerden zijn vooral personen wiens administratieve en/of financiële voorwaarden niet zijn vervuld. Redenen hiervoor zijn het niet betalen van de sociale bijdragen (vooral door zelfstandigen), administratieve nalatigheid (bijvoorbeeld door een gebrek aan informatie of wegens mentale gezondheidsproblemen), of de ambtshalve schrapping van personen uit het bevolkingsregister (Cès & Baeten, 2020). In specifieke gevallen is er een vrijstelling van bijdragebetaling of zijn de bijdragen zeer laag (RIZIV, web page: [Persoonlijke bijdrage om verzekerd te zijn indien u géén sociale bijdragen betaalt](#)). De regels hieromtrent zijn echter complex en ook voor gespecialiseerde diensten van de ziekenfondsen niet altijd duidelijk.

- Hoe kan de verzekerde populatie uitgebreid worden?

In de recente studie, uitgevoerd door het OSE in opdracht van het RIZIV (Baeten, 2021), werden diverse maatregelen om de verzekerde bevolking uit te breiden voorgelegd aan experts en belanghebbenden: vooral het voorstel om iedereen die zich niet uit eigen beweging aansluit bij een ziekenfonds ambtshalve aan te sluiten bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) werd als erg doeltreffend beoordeeld om de financiële toegang tot gezondheidszorg te verbeteren. Tegelijkertijd werden ook begeleidende maatregelen voorgesteld om mogelijke ongewenste neveneffecten op te vangen.

Indien we een verzekeringsmodel willen behouden, is het aangewezen om een bijdrageplicht te koppelen aan het recht om gedekt te zijn door de verplichte ziekteverzekering. De groep niet-verzekerden is echter divers, waardoor extra maatregelen op maat van de concrete situatie nodig zijn. Verdere inspanningen zijn nodig om mensen die administratief niet in orde zijn te ondersteunen. Hiertoe zou verder moeten ingezet worden op een versterking van de samenwerking tussen sociale diensten in de gezondheidssector. Anderzijds zouden de regels omtrent de betaling van de persoonlijke bijdrage moeten vereenvoudigd worden.

## Indicatoren

- % verzekerde bevolking.

### g) Betere toegang tot zorg door uitbreiding of aanpassing van bestaande maatregelen

Recent werd beslist om vanaf 2022 een aantal bestaande beschermingsmaatregelen uit te breiden of aan te passen om de toegankelijkheid te verbeteren. Zo wordt een extra remgeldplafond van € 250 voor de maximumfactuur ingevoerd voor de laagste inkomens, en kunnen artsen kiezen om al dan niet de derdebetalersregeling toe te passen.

Bij een uitbreiding van de derdebetalersregeling is het aangewezen om flankerende maatregelen in te voeren, om misbruik van het systeem te beperken. We denken hierbij aan een verplichte eID-verificatie van de patiënt bij elektronische facturatie, zoals sedert 2017 verplicht is voor de thuisverpleegkundigen. Bovendien kan aan het Observatorium voor de Eigen betalingen van de Patiënten de opdracht toevertrouwd worden om de evolutie van ereloonsupplementen op te volgen bij de derdebetalersregeling. Zorgverleners kunnen hun ereloonsupplementen verhogen, omdat de patiënten onterecht de indruk kunnen hebben dat de eigen betaling voor hen verlaagd is. Anderzijds zijn ook een vlotte vergoeding van de zorgverleners door de ziekenfondsen en eenvoudige administratieve procedures voor de zorgverleners noodzakelijk (Baeten, 2021). De toepassing van de derdebetalersregeling is voorlopig op vrijwillige basis. Een evaluatie zal moeten uitwijzen hoe snel kan overgestapt worden naar een verplichte derdebetalersregeling.

De doelstelling van elke sociale beschermingsmaatregel is dat de doelgroep zo goed mogelijk wordt bereikt. Ondanks de uitbreiding van het recht op verhoogde tegemoetkoming en de inspanningen die worden geleverd om de doelgroep te bereiken (Van Gestel et al., 2019), blijkt een aanzienlijk deel van mensen met een armoederisico niet gedekt door dit statuut. Verdere inspanningen zijn nodig om het recht op de verhoogde tegemoetkoming zoveel als mogelijk automatisch toe te kennen. De aanbevelingen hieromtrent in het KCE-rapport over de billijkheid van het Belgische gezondheidssysteem kunnen hierbij als leidraad dienen (Bouckaert et al., 2020).

## 10. Besluit

Het uitgangspunt van dit rapport is dat het beleid in de gezondheidszorg niet mag gevoerd worden op een ad hoc wijze, met redelijk disparate objectieven zonder samenhangende visie. Dat beleid moet integendeel een gericht antwoord bieden op de grote uitdagingen waarmee we als samenleving geconfronteerd worden. Die uitdagingen zijn welbekend, en we hebben ze in hoofdstuk 2 nog eens samengevat. Het antwoord daarop vereist een nieuwe aanpak waarin duidelijke doelstellingen worden geformuleerd en ingepast in een meerjarenperspectief.

Daartoe moeten eerst gezondheidsdoelstellingen geformuleerd worden die gelden voor een periode van ongeveer 10 jaar, maar regelmatig moeten worden geactualiseerd. We interpreteren gezondheidsdoelstellingen wel in de ruime zin: het gaat dan niet enkel om gezondheid, maar om de *Quintuple Aims* met daarbovenop ook nog de houdbaarheid van het systeem. Bij de formulering van de gezondheidsdoelstellingen worden ook de burgers en zeker de parlementen betrokken. Het nastreven van gezondheidsdoelstellingen gaat ruimer dan de gezondheidszorg in enge zin en vereist ook interventies in andere beleidsdomeinen. Voor het domein van de zorg worden ze vertaald in concrete gezondheidszorg-doelstellingen. De invulling gebeurt door de gefedereerde entiteiten volgens het model van de "open coördinatiemethode". Op het federale niveau wordt die rol in de eerste plaats gespeeld door RIZIV, maar ook andere federale instanties (zoals de FOD Volksgezondheid) moeten in de procedure worden ingeschakeld

Daartoe moeten binnen de overlegstructuur van het RIZIV nieuwe taken worden toegewezen. We pleiten concreet voor de oprichting van een nieuwe adviescommissie, de Commissie voor de Evaluatie van de Gezondheidszorgdoelstellingen, die een adviserende taak heeft en waarin een belangrijke wetenschappelijke inbreng moet zijn. We geven ook een nieuwe en ruimere taakomschrijving voor de bestaande commissies.

Ons voorstel schrijft zich volledig in in de bestaande structuur van RIZIV in de hoop de sterke kanten ervan te behouden. Op langere termijn zou men nochtans kunnen streven naar een vereenvoudiging van die structuur, waarbij adviserende en evaluerende functies gegroepeerd worden in een soort van Wetenschappelijke Raad en ook de beleidsfuncties worden gegroepeerd. Deze langetermijnevolutie werd in ons rapport niet behandeld.

Gezondheids(zorg)doelstellingen als antwoord op de toekomstige uitdagingen voor ons systeem van gezondheidszorg en ziekteverzekering kunnen slechts gerealiseerd worden door meer geïntegreerde zorg. Dit vereist de uitbouw van meer transversale mechanismen. We hebben daartoe verschillende wegen voorgesteld:

- Een aparte financieringsstroom voor transversale projecten, met de verdere uitbouw van een Transversale Overeenkomstencommissie en de oprichting van een nieuwe adviserende Commissie voor de Evaluatie van de Gezondheidszorgdoelstellingen;
- De creatie van stimulansen (onder meer onder de vorm van *seed money*) voor de bestaande commissies om bottom-up transversale projecten op te starten. Bovendien zou een gedeelte van de middelen die gecreëerd worden door efficiëntieverhogende initiatieven overgeheveld worden naar de transversale lijn, terwijl er toch voldoende incentivering van de aparte sectoren overblijft;
- D brede oproep naar alle actoren en externe belanghebbenden om projecten in te dienen (zoals vorig jaar gebeurde), maar dan wel beter gestuurd vanuit de geformuleerde doelstellingen.

Om over te gaan naar een meerjarenplanning hebben we ook verschillende concrete voorstellen gedaan:

- Een responsabiliserende manier om met overschrijdingen en onderschrijdingen van de partiële begrotingsdoelstellingen om te gaan;
- Nieuwe taken voor de Commissie voor Begrotingscontrole;
- De oprichting van een Gemeenschappelijke Prospectieve Technische Cel ( met zeker de diensten van RIZIV en het Federaal Planbureau) om langetermijnprojecties te coördineren en de wetenschappelijke evidentie te verzamelen voor de ex ante-inschatting en de ex post-evaluatie van specifieke initiatieven.

De huidige COVID-19-pandemie is een moeilijke periode om deze hervorming door te voeren, vooral omwille van de immense onzekerheid over de toekomstige uitgaven. We denken dat het principe van de interdepartementale provisie voor extreme noodgevallen gedurende de voorbije jaren goed heeft gewerkt, maar dat er nu geleidelijk moet overgeschakeld worden naar een systeem om de COVID-19-uitgaven in de reguliere gezondheidszorgbegroting op te nemen. Daartoe moet het budget vanzelfsprekend worden opgetrokken. De begroting 2023 zou een testcase kunnen zijn waarbij wordt onderzocht op welke wijze deze integratie het beste kan gebeuren.

Vanuit de doelstellingen moeten natuurlijk concrete initiatieven afgeleid worden. We hebben dat gedaan voor drie concrete domeinen. We lijsten die initiatieven hier niet op. Voor geestelijke gezondheidszorg liggen vele gewenste interventies buiten het domein van de gezondheidszorg, maar in paragraaf D van hoofdstuk 7 wordt ook een reeks beleidsmaatregelen in de zorg geformuleerd. Voor de introductie van geïntegreerde en doelgerichte zorg liggen nog verschillende mogelijkheden open, maar in hoofdstuk 8 (paragraaf A) omschrijven we wel twee concrete initiatieven die op korte termijn zouden kunnen worden genomen en in paragraaf B formuleren we een uitgewerkt voorstel voor de invoering van een geïntegreerd interprofessioneel doelgericht elektronisch dossier. Tenslotte worden er in elk van de paragrafen B tot G van hoofdstuk 9 beleidsvoorstellen geformuleerd om de financiële toegankelijkheid te verbeteren. Bij vele van deze voorstellen botsen we op het ontbreken van de nodige informatie om de concrete gevolgen ervan te evalueren. Meer specifiek voor het probleem van de financiële toegankelijkheid stellen we daarom de oprichting voor van een Observatorium voor de Eigen Betalingen van de Patiënten.

De hervormingen in de overlegstructuur die we voorstellen vereisen wetgevende initiatieven. De oprichting van een Gemeenschappelijke Prospectieve Technische Cel vereist ook dat daarvoor bijkomende middelen worden vrijgemaakt. Wat de specifieke voorstellen betreft: het is niet de taak van een Wetenschappelijk Comité om daartussen keuzes te maken, maar we hebben wel geprobeerd op korte termijn haalbare initiatieven te formuleren, die een partieel antwoord kunnen zijn op de uitdagingen die in hoofdstuk 2 werden geformuleerd.

Grotere structurele wijzigingen in de organisatie van de zorg (bv. ziekenhuisfinanciering, nomenclatuur, supplementen) en in de institutionele structuur (bevoegdheidsverdeling tussen de federale en de gefedereerde entiteiten) hebben we in de rapport niet behandeld. Het spreekt echter vanzelf dat die hervormingen niet op de lange baan mogen geschoven worden en dat sommige van onze voorstellen in het licht van die hervormingen kunnen herbekeken worden.

Het kan nuttig zijn om de voortgang van het proces in de richting van een meerjarenbegroting op basis van gezondheidsdoelstellingen regelmatig op een wetenschappelijke wijze te evalueren. Indien de door ons voorgestelde Commissie voor de Evaluatie van de Gezondheidszorgdoelstellingen een sterke wetenschappelijke component heeft en voldoende onafhankelijk kan werken, zoals door ons voorgesteld, is dat de geëigende plaats om deze evaluatie te maken. Zolang die onafhankelijke Commissie met duidelijke wetenschappelijke expertise niet bestaat, moet een voorlopige oplossing worden uitgewerkt.

## Referenties

Algemene Raad. Nota ARGV 2021/043. Begrotingstraject 2022-2024. Intentieverklaring. Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging. Brussel. 2021.

Algemene Raad. Nota ARGV 2021/086. Begrotingsvooruitzichten van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Begrotingsjaar 2022. 2de aanpassing. Brussel. 2021.

Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha TS, Taub N, McColgen Z, de Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh WA, Buist-Bowman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Palacín C, Autonell J, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Arbabzadeh-Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2002. 11(2): 55-67. doi: 10.1002/mpr.123

Assuralia. De nationale uitgaven in de gezondheidszorg: 15de editie. Assurinfo 10. 2021. Available from: <https://www.assuralia.be/nl/studies-en-cijfers/assuralia-studies/39-studies-en-cijfers/assuralia-studies/621-nationale-uitgaven-in-de-gezondheidszorg+>

Baeten R. Wegwerken van de ongelijkheden in de financiële toegang tot gezondheidszorg. Analyse van een bevraging van experts en belanghebbenden. Brussel: European Social Observatory. 2021. Available from: [http://www.ose.be/files/publication/health/2021\\_Baeten\\_APA-stakeholder-quest\\_Report\\_NL.pdf](http://www.ose.be/files/publication/health/2021_Baeten_APA-stakeholder-quest_Report_NL.pdf)

Baggaley MR. Value-based healthcare in mental health services. *BJPsych Advances.* 2020. 26(4): 198-204.

Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers. Voorstel van resolutie over het betaalbaarder en toegankelijker maken van brillen en lenzen. 2020. DOC 55 1614/001. Available from: <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/1614/55K1614001.pdf>

Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers. Wetsontwerp houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid. 2021. DOC 55 2320/001.

Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. HealthSystem Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_334\\_Equity\\_Belgian\\_health\\_system\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_334_Equity_Belgian_health_system_Report.pdf)

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Effect van vroege psychische stoornissen op opleidingsniveau in België; een bevolkingsstudie [Associations between early-onset mental disorders and educational attainment in Belgium; a population study]. *Tijdschr Psychiatr.* 2010. 52(3): 133-42. PMID: 20205077

Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K (Eds.). Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen in de Belgische algemene bevolking. Leuven: Acco, 2011a.

Bruffaerts R, Vanderplasschen W, Van Hal G, Demyttenaere K. (Eds.). Crisisopvang voor middelengebruikers in België / La prise en charge de la crise des usagers. Gent: Academia Press, 2011b.

Bruffaerts R, Posada-Villa J, Al-Hamzawi AO, Gureje O, Huang Y, Hu C, Bromet EJ, Viana MC, Hinkov HR, Karam EG, Borges G, Florescu SE, Williams DR, Demyttenaere K, Kovess-Masfety V, Matschinger H, Levinson D, de Girolamo G, Ono Y, de Graaf R, Browne MO, Bunting B, Xavier M, Haro JM, Kessler RC. Proportion of patients without mental disorders being treated in mental health services worldwide. *Br J Psychiatry*. 2015. 206(2): 101-9. doi: 10.1192/bjp.bp.113.141424. Epub 2014 Nov 13. PMID: 25395690. PMCID: PMC4312965

Bruffaerts R. Mental disorders in the non-institutionalized general population in Belgium. 2013: prevalence, service use, met, and unmet need. 2017. Unpublished.

Canadian Institute for Health Information. National Health Expenditure Trends, 2020. 2021.

Carr A, Smith JA, Camaradou J, Prieto-Alhambra D. Growing Backlog of Planned Surgery Due to Covid 19. *BMJ*. 2021. 339. <https://doi.org/10.1136/bmj.n339>

Castanares-Zapatero D, Kohn L, Dauvrin M, Detollenaere J, Maertens de Noordhout C, Primus-de Jong C, Rondia K, Chalon P, Cleemput I, Van den Heede K. Long COVID: Pathophysiology - epidemiology and patient needs – Synthesis. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2021. KCE Reports 344Cs. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_344C\\_Long\\_Covid\\_Short\\_report\\_2.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_344C_Long_Covid_Short_report_2.pdf)

Cès S, Baeten R. Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels: European Social Observatory. 2020. Available from: [http://www.ose.be/files/publication/health/2020\\_Ces\\_Baeten\\_NIHD\\_Inequalities\\_access\\_care\\_Report\\_EN.pdf](http://www.ose.be/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHD_Inequalities_access_care_Report_EN.pdf)

Christelijke Mutualiteiten. 14e CM Ziekenhuisbarometer. December 2018. Available from: [https://www.cm.be/media/Ziekenhuisbarometer-rapport\\_tcm47-55397.pdf](https://www.cm.be/media/Ziekenhuisbarometer-rapport_tcm47-55397.pdf)

Cornelis J, Desmedt M, Chevalier E, Camaly O, Christiaens W. Care integration in a vulnerable elderly population in Belgium: an evaluation of the third phase of Protocol 3. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2021. KCE Reports 346. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_346\\_Third\\_Phase\\_Protocol\\_3\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_346_Third_Phase_Protocol_3_Report.pdf)

D'Hulst A, Kiekens G, Auerbach RP, Cuijpers P, Demyttenaere K, Ebert DD, Green JG, Kessler RC, Mortier P, Nock MK, Bruffaerts R. Depressieve stoornis bij Belgische eerstejaarsstudenten: voorkomen, academische impact en zorggebruik [Major depressive episode in college freshmen: prevalence, academic functioning and receipt of treatment]. *Tijdschr Psychiatr*. 2021. 63(1): 24-31. PMID: 33537971

De Hert M. et al. (Eds.). Geestelijke gezondheid en preventie. Bouwstenen voor beleid en praktijk. Mechelen: Kluwer. 2008. 47-81.

De Jaegere E, van Landschoot R, van Heeringen K, van Spijker BAJ, Kerkhof AJFM, Mokkenstorm JK, Portzky G. The online treatment of suicidal ideation: A randomised controlled trial of an unguided web-based intervention. *Behav Res Ther*. 2019. 119: 103406. doi: 10.1016/j.brat.2019.05.003. Epub 2019 May 16. PMID: 31176889

De Maeseneer JM, Van Gorp L, De Lepeleire J, Remmen R, Devroey D, Martin S. Beroepscompetentieprofiel voor praktijkassistenten in de huisartsenpraktijk en de eerstelijnsgezondheidszorg. Visietekst van de werkgroep Praktijkassistent. 2007.

De Maeseneer JM, Boeckxstaens P. Multi-morbidity, goal-oriented care and equity. *British Journal of General Practice*. 2012. 62(600): 522-524. doi: [10.3399/bjgp12X652553](https://doi.org/10.3399/bjgp12X652553)



De Maeseneer JM. De gezondheidszorg in België in 2030: “Anders, of meer van hetzelfde?”. Naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg in een solidaire samenleving. 2019. Available from: [https://vwgc.be/wp-content/uploads/2019/09/BELEIDSNOTA-GEZONDHEIDSZORG\\_JDM\\_17092019.pdf](https://vwgc.be/wp-content/uploads/2019/09/BELEIDSNOTA-GEZONDHEIDSZORG_JDM_17092019.pdf)

De Wolf F, Willaert D, Landtmeters B, Lona M, Vandeleene G, Rygaert X. Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering. Intermutualistisch Agentschap. 2020. Available from: [https://www.ima-aim.be/IMG/pdf/nl\\_-\\_rapport\\_-\\_volume\\_van\\_de\\_ambulante\\_activiteit\\_volgens\\_conventionering.pdf](https://www.ima-aim.be/IMG/pdf/nl_-_rapport_-_volume_van_de_ambulante_activiteit_volgens_conventionering.pdf)

Deloitte. 2021 global health care outlook. Laying a foundation for the future. 2021.

Demarest S, Charafeddine R, Drieskens S, Berete F. Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen. Gezondheidsenquête 2018. Brussel: Sciensano. 2019. Available from: [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/AC\\_NL\\_2018.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/AC_NL_2018.pdf)

Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, et al. Performance of the Belgian health system – Report 2019. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 313. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_313C\\_Performance\\_Belgian\\_health\\_system\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf)

Devriese S, Lambert ML, Eyssen M, Van De Sande S, Poelmans J, Van Brabant H, Sermeus W, Vlayen J, Ramaekers D. Prospectief Bepalen van de Honoraria van Ziekenhuisartsen Op Basis van Klinische Paden En Guidelines: Makkelijker Gezegd Dan Gedaan. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2005. KCE Reports Vol. 18A. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20051027319\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20051027319_0.pdf)

Economist Intelligence Unit. Covid-19: The impact on healthcare expenditure. A report by The Economist Intelligence Unit. The Economist. 2020.

Ellen M, Perlman S, Horowitz E, Shach R, Catane R. Understanding Physicians’ Perceptions of Overuse of Health Services in Oncology. Medical Care Research and Review. 2021. 78(5): 511-520.

Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) – European Commission. Opinion on Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care. 2017. Available from: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert\\_panel/docs/opinion\\_primarycare\\_performance\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/opinion_primarycare_performance_en.pdf)

Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) – European Commission. Task shifting and health system design. Report of the EXPH. 2019. Available from: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert\\_panel/docs/023\\_taskshifting\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/023_taskshifting_en.pdf)

Federaal Planbureau. België – oversterfte in 2020: 124 000 verloren levensjaren. Factsheet 5. Demografie. 2021. Available from: [https://www.plan.be/uploaded/documents/202105100808130.FACTSHEET\\_005\\_DEMO\\_12407\\_N.pdf](https://www.plan.be/uploaded/documents/202105100808130.FACTSHEET_005_DEMO_12407_N.pdf)

Federale regering. Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 : bijgewerkt op 31.03.2021 tot het staatsblad van 30.12.2020 - ed.1.

Federale regering. Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 : bijgewerkt op 14.11.2019 tot het staatsblad van 21.10.2019.

Federale regering. Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid. 10 april 2014.

Federale regering. Koninklijk besluit tot uitvoering van het artikel 73, § 1/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de verstrekkingen klinische biologie, pathologische anatomie en genetica. 24 oktober 2017.

Federale regering. Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. 22 April 2019.

Federale regering. Regeerakkoord. 30 september 2020.

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL), RIZIV. Oriëntatienota. Een geïntegreerde visie over de Zorg aan chronisch zieken in België: Nationale conferentie Zorg voor chronische zieken. 28 november 2013. Available from: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/brochurecm\\_c\\_nl.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochurecm_c_nl.pdf)

FOD VVVL, FAGG, RIZIV. Medische terugval en achterstand ten gevolge van COVID19. Rapport op vraag van Comité Hospital & Transport Surge Capacity. 2021. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/nl/nieuws/Paginas/covid19-raming-niet-uitgevoerde-zorg-ziekenhuizen-1e-2de-3de-golf.aspx>

Fonds CMU. Rapport d'activité 2015. Available from: [https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport\\_activite\\_2015.pdf](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2015.pdf)

Godderis L et al. Mental Assessment Group Report describing the mental health of the Belgian population during Covid-19. Update November 2021. Available from: <https://www.info-coronavirus.be/en/ceval/>

Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London: Tavistock. 1980.

Goorts K, Boets I, Decuman S, Du Bois M, Rusu D, Godderis L. Psychosocial determinants predicting long-term sickness absence: a register-based cohort study. J Epidemiol Community Health. 2020. 74(11): 913-918.

Harrer M, Adam SH, Baumeister H, ..., Ebert DD. Internet interventions for mental health in university students: A systematic review and meta-analysis. Int J Methods Psychiatr Res. 2019. 28(2): 1759. doi: 10.1002/mpr.1759. Epub 2018 Dec 26. PMID: 30585363; PMCID: PMC6877279.

Harris MG, Kazdin AE, Chiu WT, Sampson NA, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Altwaijri Y, Andrade LH, Cardoso G, Cía A, Florescu S, Gureje O, Hu C, Karam EG, Karam G, Mneimneh Z, Navarro-Mateu F, Oladeji BD, O'Neill S, Scott K, Slade T, Torres Y, Vigo D, Wojtyniak B, Zarkov Z, Ziv Y, Kessler RC. WHO World Mental Health Survey Collaborators. Findings From World Mental Health Surveys of the Perceived Helpfulness of Treatment for Patients With Major Depressive Disorder. JAMA Psychiatry. 2020. 77(8): 830-841. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1107. PMID: 32432716. PMCID: PMC7240636.

Hens E, Van Duynslaeger M, Van den Heede A, Thys R, Neelen M, Isenborghs K. Onvervulde noden. Enquête onder leden Socialistische Mutualiteiten: Resultaten en analyse. Socialistische Mutualiteiten. 2014.

Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. Family Practice. 1996. 13: 294-302. doi: [10.1093/fampra/13.3.294](https://doi.org/10.1093/fampra/13.3.294)

Iacobucci G. Covid-19: NHS to Trial Rapid Diagnostics and Saturday Clinics to Tackle Elective Care Backlog. BMJ. 2021. 1243. doi: [10.1136/bmj.n1243](https://doi.org/10.1136/bmj.n1243)

IMC (Interministeriële Conferentie). Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken. Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid. 2015. Available from: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/20151019\\_imc\\_plan\\_geintegreerde\\_zorg\\_chronisch\\_zieken.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20151019_imc_plan_geintegreerde_zorg_chronisch_zieken.pdf)

Intermutualistisch Agentschap (IMA). IMA Atlas. Verhoogde tegemoetkoming.

Jansen L, Glowacz F, Yurdadon C, Voorspoels W, Kinard A, Bruffaerts R. Eerstelijnspsychologische zorg in België: gezondheidseconomische perspectieven. KULeuven: Centrum voor Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg. Intern document. 2021.

Jansen L, Glowacz F, Yurdadon C, Voorspoels W, Kinard A, Bruffaerts R. Eerstelijnspsychologische patiënten in België: klinische karakteristieken en zorggebruik. Tijdschrift voor Psychiatrie. In herwerking.

Kabinet van de vice-Eerste Minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. "Prioriteit aan chronisch zieken!" - Programma voor de verbetering van de levenskwaliteit van personen met chronische ziekten 2009-2010 – Voorstellen van Laurette Onkelinx, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Brussel. 2008.

Karam M, Macq J, Duchesnes C, Crismer A, Belche JL. Interprofessional collaboration between general practitioners and primary care nurses in Belgium: a participatory action research. Journal of Interprofessional Care. 2021. doi: [10.1080/13561820.2021.1929878](https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1929878)

KCE - Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Study 2021-54 Integrated Care. Brussels. To be published in 2022. Information available from: <https://kce.fgov.be/nl/node/8003>

Lamy RE. Social consequences of mental illness. Journal of Consulting Psychology. 1966. 30(5): 450–455.

Lefèvre M, Gerken S. Assessing the sustainability of the Belgian health system using projections – Add-on to “Performance of the Belgian health system – report 2019”. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2021. KCE Reports 341C. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_341C\\_Sustainability\\_Belgian\\_health\\_system\\_projections\\_Report\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_341C_Sustainability_Belgian_health_system_projections_Report_0.pdf)

Macq J, Van Durme T, Cès S, et al. Scientific evaluation of projects of alternative forms of care or support of care for frail elderly, in order to allow them to maintain their autonomy and to live independently in their homes. Protocol 3. Brussel: RIZIV. 2014.

Matheny M, Israni ST, Mahnoor A, Whicher D. Artificial Intelligence in Health Care: The Hope, the Hype, the Promise, the Peril. NAM Special Publication. Washington, DC: National Academy of

Medicine. 2019. Available from: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2021/07/4.3-AI-in-Health-Care-title-authors-summary.pdf>

Meeus P, Dalcq V, Beauport D, Vande Velde M, Hoekx L, Sierens K, Swine B. Meniscectomie (15 Jaar En Ouder) - Variaties in Medische Praktijken - Analyse van de verdeling en de evolutie van de medische praktijk in aantallen en volumes per verzekerde in België (Analyses en trends per gewest, provincie en arrondissement) voor het jaar 2019. RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie, Cel Doelmatige Zorg. 2021. Available from: <https://www.gezondbelgie.be/nl/medische-praktijkvariaties/musculoskeletaal-stelsel/onderste-ledematen/meniscectomie-15-jaar>

Meneghini RM. Techniques and Strategies to Optimize Efficiencies in the Office and Operating Room: Getting Through the Patient Backlog and Preserving Hospital Resources. The Journal of Arthroplasty. 2021. 36(7): S49–51. doi: [10.1016/j.arth.2021.03.010](https://doi.org/10.1016/j.arth.2021.03.010)

Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Farfan-Portet MI, Ricour C. Organisation of mental health care for adults in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 318. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_318\\_Mental\\_Health\\_care\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_318_Mental_Health_care_Report.pdf)

Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen (NCAZ). Elektronisch attesten door huisartsen. CNMM-NCAZ 2021-100. 04/06/2021.

Nationaal intermutualistisch college (NIC). Voorstel NIC Visie Gezondheidsbeleid 2030. 2016.

Observatorium voor chronische ziekten. Advies van het Observatorium voor chronische ziekten m.b.t. de registratie van niet-terugbetaalde geneesmiddelen. 2020. Available from: [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/adviezen\\_observatorium\\_chronische\\_ziekten\\_2020\\_01.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/adviezen_observatorium_chronische_ziekten_2020_01.pdf)

OECD, European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP). Belgium: Country Health Profile 2019. State of Health in the EU. OECD Publishing. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels. 2019. Available from: <https://www.oecd.org/belgium/belgium-country-health-profile-2019-3bcb6b04-en.htm>

OECD. Health at a Glance 2021: OECD indicators. Paris: OECD. 2021. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1639153195&id=id&accname=guest&checksum=02C1F214E4A08BFD714DF83D9927880A>

OECD, EOHSP. State of Health in the EU, Belgium. Country Health Profile 2021. Paris: OECD Publishing/Brussel: European Observatory on Health Systems and Policies. 2021. Available from: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2021\\_chp\\_be\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2021_chp_be_english.pdf)

Paulus D, Van den Heede K, Mertens, R. Position paper: Organisation of care for chronic patients in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2012. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 190. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_190C\\_organisation\\_care\\_chronic\\_patients\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_190C_organisation_care_chronic_patients_0.pdf)

Peeters B, Doggen K, Drieskens S. Power to Care. De enquête naar het welzijn van zorgverleners, hulpverleners en mantelzorgers. Belangrijkste resultaten van de derde nationale enquête juni 2021.

Sciensano. 2021. Available from: <https://www.sciensano.be/nl/biblio/power-care-de-enquete-naar-het-welzijn-van-zorgverleners-hulpverleners-en-mantelzorgers-0>

Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: Creating value-based competition on results. Boston, Mass: Harvard Business School Press. 2006.

RIZIV. Mijlpalen van het verleden, bakens voor de toekomst - Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Infobrochure. 2014. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/bakens-verzekering-gvu.aspx>

RIZIV, Living Tomorrow. Toekomst van de Belgische gezondheidszorg. Strategische visienota. 2020.

RIZIV. Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024. Intermediair rapport. 2021a. Available from: [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/meerjarig\\_begrotingstraject\\_verzekering\\_geneeskundige\\_verzorging\\_2022\\_2024.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/meerjarig_begrotingstraject_verzekering_geneeskundige_verzorging_2022_2024.pdf)

RIZIV. Monitoringsrapport COVID-19: De impact van COVID-19 op de terugbetaling van de gezondheidszorg in 2020. 2021b. Available from: <https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/rapport-impact-covid19-terugbetaling-gezondheidszorg.aspx>

RIZIV. Het sociaal statuut van de arts [Web page]. [cited 10/12/2021]. Available from: <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/Paginas/sociaal-statuut-artsen.aspx>

RIZIV. Persoonlijke bijdrage om verzekerd te zijn indien u géén sociale bijdragen betaalt [Web page]. [cited 10/12/2021]. Available from: <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/verzekerbaarheid/Paginas/persoonlijke-bijdragen.aspx>

RIZIV. Statistieken van de uitkeringen. Retrieved from <https://www.inami.fgov.be/nl/statistieken/uitkeringen/Paginas/default.aspx>

SeaBird. 100% santé : des résultats positifs en dentaire, décevants en optique [Web page]. [cited 10/12/2021]. Available from: <https://www.seabirdconseil.com/nos-decryptages/on-en-parle/100-sante%E2%80%AF-des-resultats-positifs-en-dentaire-decevants-en-optique/>

Siemieniuk RAC, Harris IA, Agoritsas T, Poolman RW, Brignardello-Petersen R, Van de Velde S, Buchbinder R., Englund M et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee arthritis and meniscal tears: a clinical practice guideline British Journal of Sports Medicine. 2018. 52: 313. doi: [10.1136/bjsports-2017-j1982rep](https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-j1982rep)

Simpson SA, Loh RA, Cabrera M, Cahn M, Gross A, Hadley A, Lawrence RE. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Psychiatric Emergency Service Volume and Hospital Admissions. Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry. 2021. 62(6): 588-594. doi: [10.1016/j.jaclp.2021.05.005](https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.05.005)

Steel J, Luyten J, Godderis L. Occupational health: the global evidence and value. 2018. London: Society of Occupational Medicine (SOM). 1-92.

Suchman EA. Stages of Illness and Medical Care. Journal of Health and Human Behavior. 1965. 6(3): 114-128.

Tange H, Nagykaldi Z, De Maeseneer J. Towards an overarching model for electronic medical-record systems, including problem-oriented, goal-oriented, and other approaches. *European Journal of General Practice*. 2017. 23(1): 257-260. doi: [10.1080/13814788.2017.1374367](https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1374367)

Teja S, Mann C, Hooper P, Buys Y, Yin VT. The Canadian Ophthalmology Society's Adaptation of the Medically Necessary Time-Sensitive Surgical Procedures Triage and Prioritization Tool. *Canadian Journal of Surgery*. 2021. 64(1): 48-50. doi: [10.1503/cjs.012120](https://doi.org/10.1503/cjs.012120)

Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, ..., Kessler RC. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *British Journal of Psychiatry*. 2017. 210: 119-124.

Thunus S, Neyens I, Walker C, Hermans K, Smith P, Nicaise P, Van Audenhove C, Lorant V. Strengths, weaknesses, gaps, and overlaps in the current mental health care supply: a focus group study. In: Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Farfan-Portet MI, Ricour C (Eds.). *Organisation of mental health care for adults in Belgium*. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 318. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_318\\_Mental\\_Health\\_care\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_318_Mental_Health_care_Report.pdf)

Trimbos. 'Mentale gezondheid' in kaart gebracht. Een participatieve benadering via group concept mapping. Utrecht: Trimbos Instituut. 2021.

UK Office for National Statistics. Healthcare expenditure, UK Health Accounts provisional estimates: 2020. Provisional high-level estimates of healthcare expenditure in 2020 by financing scheme. *Statistical Bulletin*. Office for National Statistics. 2021.

Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, Dossche D, Van de Voorde C, Sermeus W. Safe nurse staffing levels in acute hospitals. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Report 325. Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_325\\_Safe\\_nurs\\_staffing\\_Report\\_2nd\\_edition\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325_Safe_nurs_staffing_Report_2nd_edition_0.pdf)

Van Gestel R, Goedemé T, De Graeve D, Avalosse A. De impact van de proactieve flux en de verhoogde tegemoetkoming op gezondheidszorguitgaven. *CM-Informatie*. 2019. 277: 37-43.

Venekamp RP, Mick P, Schilder AGM, Nunez DA. Grommets (Ventilation Tubes) for Recurrent Acute Otitis Media in Children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018. 5. doi: [10.1002/14651858.CD012017.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012017.pub2)

Verzekeringscomité. Nota CGV 2021/241. Begrotingstraject 2022-2024. Intentieverklaring en intermediair rapport m.b.t. het Begrotingstraject 2022-2024. Brussel. 19 juli 2021.

Verzekeringscomité. Budget 2022 – Begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité. Brussel. 2021.

Verzekeringscomité. Nota CGV 2021/352. Budget 2022: plan van aanpak. Brussel. November 2021.

Vlaamse overheid. Decreet van 26 april 2019 over de organisatie van de eerstelijnszorg. Agentschap Zorg en Gezondheid. Available from: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/decreet-van-26-april-2019-over-de-organisatie-van-de-eerstelijnszorg>

Walker C, Thunus S. Meeting Boundaries: Exploring the Faces of Social Inclusion beyond Mental Health Systems. *Social Inclusion*. 2020. 8(1). <http://dx.doi.org/10.17645/si.v8i1.2193>

Wallonia G task force. Rapport final des travaux de la Task Force Emploi, Social & Santé. 2021. Available from: [Get-up-Wallonia-Rapport-final-des-travaux-de-la-Task-Force-Emploi-Social-et-Sante-janvier-2021.pdf \(codef.be\)](#)

Wang PS, Aguilar-Gaxiola E, Alonso J, ..., Kessler RC. Twelve-month treatment for mental disorders. Results from the World Mental Health Surveys. *The Lancet*. 2007. 370: 841-850.

White J, Joice A, Petrie S, Johnston S, Gilroy D, Hutton P, Hynes N, STEPS: Going beyond the tip of the iceberg. A multi-level, multipurpose approach to common mental health problems. *J Public Mental Health*. 2008. 7(1) : 42-50.

Willaert D, Hens E. Barometer ambulante supplementen 2016-2017. Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten. 2019. Available from: <https://corporate.devoorzorgbondmoyson.be/wp-content/uploads/2020/12/Barometer-ambulante-supplementen-2016-2017.pdf>

Zhang YN, Chen Y, Wang Y, Li F, Pender M, Wang N et al. Reduction in healthcare services during the COVID-19 pandemic in China. *BMJ Global Health*. 2020. 5:e003421. doi: [10.1136/bmjgh-2020-003421](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003421)

## Websites

<https://www.gezondbelgie.be/nl/>

[www.ichom.org](http://www.ichom.org)

<https://www.icpc-3.info/>

[www.moodspace.be](http://www.moodspace.be)

<https://pharma.be/nl>

<https://www.riziv.fgov.be/nl/Paginas/default.aspx>