

# Budget 2022 - Begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité

## Synthese:

- 2022 wordt ook een scharnierjaar voor de ontwikkeling van een actieplan voor de volgende jaren betreffende verschillende silo-overschrijdende hefboomen die het gezondheidssysteem verbeteren, met name: het veilig gedeeld elektronisch patiëntendossier, de aanpassing van de financieringsmodellen en de verbetering van de financiële toegang door de verbetering van de tariefzekerheid en door de verlaging van de eigen bijdragen. Het Verzekeringscomité vraagt met aandrang dat de Algemene Raad zich stevig voor de invoering van het veilig gedeeld elektronisch patiëntendossier engageert met een financiering in 2022 buiten het budget gezondheidszorg omwille van de aard en de kostprijs van het project.
- Al enkele jaren streeft het Verzekeringscomité naar een begrotingsvoorstel voor de gezondheidszorg op basis van een langetermijnvisie. Sinds maart 2021 pakken de zorgverleners, verzekeringstellingen, het RIZIV, een Wetenschappelijk Comité en een delegatie van de beleidscel van minister F. Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, dit aan met een project tot hervorming van het begrotingsproces. Het Verzekeringscomité wenst al meerdere jaren in te zetten op efficiënte samenwerking tussen de zorgverleners zodat het gezondheidsbeleid meer afgestemd geraakt op de reële noden van de populatie. Met het begrotingsvoorstel voor 2022 wil het Verzekeringscomité deze langetermijnvisie concretiseren en dit als basis voor een toekomstige gezondheidszorg vanuit een brede visie op gezondheid.
- Het regeerakkoord van 29 september 2020 voorziet in een groeinorm van 2,5 procent voor de gezondheidszorg vanaf 2022. Dit groeipad zou moeten toelaten om gezondheidszorgdoelstellingen te realiseren en hervormingen door te voeren. Het Verzekeringscomité zet zijn schouders onder dit project. Eind juli 2021 werd een tussentijds rapport opgeleverd. Binnen de schoot van het Verzekeringscomité wordt verder gewerkt aan een eindrapport dat het tussentijds rapport zal verfijnen en afwerken. Het eindrapport dient de basis te vormen voor een transparanter budget gezondheidszorg en voor een gezondheidsbeleid dat in samenwerking met een groot aantal actoren tot stand komt op basis van een coördinatie van gemeenschappelijke waarden en doelstellingen.
- Met het oog op de continuïteit steunt het Verzekeringscomité de voortzetting van de grote lopende projecten met respect voor de oorspronkelijk voorziene planning (herziening van de nomenclatuur, hervorming van de financiering van de ziekenhuizen met inbegrip van de problematiek van de afdrachten, invoering en functionele werking van de ziekenhuisnetwerken, beheersing van het geneesmiddelenbudget en de nieuwe overeenkomst met de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg). Deze projecten moeten eveneens leiden tot bijkomende financiële toegankelijkheid voor de patiënt.

Het begrotingsvoorstel voor 2022 voorziet in de financiering van maatregelen voor “gezondheidszorgdoelstellingen” op basis van de begrotingsmarge en efficiëntiewinsten naar aanleiding van projecten “Appropriate Care”. De prioritering van de initiatieven gebeurt op basis van criteria die toelaten om de volksgezondheid zoveel mogelijk te verbeteren. Een model om dit aan te moedigen moet nog worden ontwikkeld.

## Inleiding

De Covid-19 pandemie heeft duidelijk gemaakt hoe veerkrachtig het Belgische zorgstelsel is. Zorgverstrekkers en zorgverleners hebben zich enorm ingezet om te voldoen aan een enorme toename van de zorgvraag, moeilijke zorgcontinuïteit bij niet-dringende zorg, het behandelen van complicaties naar aanleiding van het uitstel van zorg, meer zorg aan huis, meer preventief handelen om complicaties zoveel mogelijk te vermijden, een adequate behandelmethodede zoeken voor patiënten met Covid-19 enz.

De Covid-19 pandemie heeft ook aangetoond dat ons zorgstelsel kwetsbaar is voor abrupte schommelingen in de zorgvraag waarbij een plotse activiteitsdaling de financiering van ziekenhuizen en artsen compromitteert en een plotse toename voor capaciteitsproblemen zorgt. Deze crisis benadrukt hoezeer onder andere ten tijde van een pandemie de toegang tot gezondheidszorg voor iedereen een reële uitdaging is met grote maatschappelijke gevolgen. Ze heeft niet enkel de ongelijkheid op het gebied van de toegang tot de gezondheidszorg vergroot, maar ook de digitale ongelijkheid, de sociaaleconomische ongelijkheid en de ongelijkheid op het gebied van huisvesting, ongelijkheden die allemaal een invloed op de gezondheid hebben. "The poor, those living in deprived areas and ethnic minorities have also been disproportionately affected."<sup>1</sup>

We kunnen twee belangrijke lessen trekken uit deze gezondheids crisis. In de eerste plaats heeft ze duidelijk gemaakt dat samenwerking en relevante multidisciplinariteit van essentieel belang zijn om snel te kunnen reageren op de talrijke problemen die zich aandienen. Ten tweede heeft de crisis ook de kwetsbaarheid aan het licht gebracht van een grotendeels op "fee-for-service" gebaseerde gezondheidszorg die te kampen had met een liquiditeitscrisis op korte termijn als gevolg van de massale daling in activiteit naar aanleiding van het annuleren of het uitstellen van soms essentiële zorg. Covid-19 is wereldwijd een katalysator om gezondheidszorgsystemen aan te passen, met inbegrip van een toegenomen behoefte om gemeenschappelijke gezondheidszorgdoelstellingen na te streven, om (internationaal) te benchmarken, samen te leren, enz.

Deze gezondheids crisis herinnert ons er ook aan dat gezondheid een "gemeenschappelijk goed" is, dat van vitaal belang is voor het goed functioneren van onze samenleving. Het concept "health in all policies" is des te relevanter: gezondheid moet op de agenda staan van alle beleidsdomeinen en moet worden gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid van de overheid, het individu, zijn leefomgeving en zijn sociale context waar men vanuit een solidaire duurzaamheidsgedachte breed op inzet. Want het gaat om meer dan enkel investeren in gezondheidszorg. Het gaat ook om welbevinden, empowerment, veerkracht, participatie en zingeving.

## 1. Een nieuwe aanpak van de begroting voor 2022

Het Verzekeringscomité wordt verzocht om in een vernieuwend begrotingskader een begrotingsvoorstel voor het budget gezondheidszorg voor 2022 uit te brengen.

### **De norm verhoogd tot 2,5%**

De regering heeft de wettelijke groeicijfer voor de begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorg vastgesteld op 2,5% vanaf 2022. In het regeerakkoord staat dat "deze groeicijfer niet enkel zal dienen ter financiering van het volume-effect in de vraag, maar ook nieuwe zorginitiatieven moet mogelijk maken die mee ten dienste staan van het **realiseren van de vooropgestelde gezondheidszorgdoelstellingen en het verlagen van de patiëntenfactuur**". Dit ambitieuze gezondheidsbeleid zal niet

---

<sup>1</sup> Health at a Glance: Europe 2020 - State of health in the EU cycle, fact sheet

mogelijk zijn zonder de steun van de gezondheidsactoren, zonder hun betrokkenheid bij de identificatie van de behoeften, de cocreatie van aangepaste antwoorden en de implementatie ervan op het terrein.

### **De integratie van gezondheidszorgdoelstellingen**

Voorts heeft de regeringsdelegatie zich in haar begrotingsvoorstel aan de Algemene Raad van 19 oktober 2020 aangesloten bij de wens van het Verzekeringscomité om het budgettaire kader 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”*. In de nota aan de Algemene Raad staat ook: *“In dat verband zal de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, in overleg met het Verzekeringscomité, werken aan de ontwikkeling van een concrete methode voor de integratie van de gezondheidsdoelstellingen in de keuzes van de ziekteverzekering. Meer bepaald zal de begrotingsprocedure vanaf 2022 voorzien in de toekenning van middelen aan de gezondheidsdoelstellingen.”* Ten slotte keurde de regering het voorstel van het Verzekeringscomité goed om *“op het niveau van het RIZIV en in overleg met de verschillende overeenkomstencommissies en de andere bevoegde organen, een Task Force op te richten met de opdracht om een doeltreffend zorgplan uit te werken (vermindering van de variaties in de medische praktijk, rationeel voorschrijven enz.) met als doel om in 2022 op structurele basis efficiëntiewinsten te genereren”*.

De beslissingen van de Algemene Raad van 19 oktober 2020 werden geconcretiseerd door de oprichting op 1 maart 2021 van een stuurgroep en drie task forces. Deze moesten een methode ontwikkelen waarmee gezondheidszorgdoelstellingen geïntegreerd kunnen worden in de keuzes in de ziekteverzekering, in combinatie met een dynamisch meerjarig begrotingskader en een aanpak waarin “appropriate care” essentieel is. Deze werkzaamheden hebben geleid tot een tussentijds rapport op 14 juli 2020. Het Verzekeringscomité dankt het RIZIV en de vele deskundigen die maandenlang hebben gewerkt aan het onderzoeken en prioriteren - op basis van een vernieuwende methodologie ondersteund door een digitale applicatie - van de meer dan 300 voorstellen die door de akkoorden- en overeenkomstencommissies werden ingediend, maar ook door de academische wereld, onderzoeksinstituten, bedrijven en patiënten. Uit dit zeer rijke rapport blijkt de vastberaden wil van de zorgsector om het besluitvormingsproces te moderniseren volgens een geïntegreerde aanpak rond samenwerking en multidisciplinariteit met als doel een strategische visie op (middel)lange voor de ziekteverzekering te ontwikkelen op basis van prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen zodat het gezondheidsbeleid meer afgestemd geraakt op de reële noden van de bevolking. Het belangrijkste voordeel van het proces is dat het mogelijk is geweest om de “quintuple aim” te integreren en beter rekening te houden met de vele uitdagingen waarmee het gezondheidssysteem wordt geconfronteerd. Dit maakt de beleidsrichtlijnen begrijpelijker voor alle actoren en moedigt hen tegelijkertijd aan om hun verantwoordelijkheid erin op te nemen.

Het betreft een **tussentijds** rapport. Het tussentijds rapport vormt een zeer belangrijk vertrekpunt voor het begrotingsvoorstel voor 2022, maar niet het enige.

### ***Gezondheidszorgdoelstellingen***

Willen we in de toekomst een samenhangend en geordend gezondheidsbeleid ten behoeve van de bevolking en de patiënt, dan moet er een algemeen kader met globale gezondheidsdoelstellingen komen die door de federale overheid en de overheden van gemeenschappen en gewesten samen opgesteld worden en moeten er binnen het beleidsdomein gezondheidszorg (RIZIV) gezondheidszorgdoelstellingen geformuleerd worden. Deze helpen mee de globale gezondheidsdoelstellingen te realiseren.

De globale gezondheidsdoelstellingen kaderen in een meer algemeen gezondheidsbeleid dat gericht is op alle beleidsdomeinen (Health in all policies). Gezondheids(zorg)doelstellingen zijn specifieke, meetbare, aanvaarde en realistische doelstellingen (cf. het SMART-principe) waarmee binnen een vooraf bepaalde periode een betere gezondheid bij de bevolking gerealiseerd kan worden. De gezondheidszorgdoelstellingen worden zo gedefinieerd dat het gezondheidssysteem zijn centrale rol in zowel de verbetering van de gezondheid van de gehele bevolking, de kwaliteit van de zorgverlening, het welzijn van de zorgverstrekkers als de vermindering van de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid zo goed mogelijk kan vervullen. Deze aanpak is erop gericht de performantie van het gezondheidssysteem te verbeteren door de investeringen beter af te stemmen op de meervoudige uitdagingen die zich stellen om aan het geheel van zorgbehoeften van de bevolking te voldoen. Een van de belangrijkste voordelen van deze methodologie is dat zij instrumenten aanreikt voor de prioritering van investeringen en te nemen maatregelen op basis van wetenschappelijke kennis en op basis van de standpunten van de betrokken actoren. Deze aanpak stimuleert de inzet van alle actoren rond gecoördineerde en gedeelde doelstellingen. Concreet bestaat de eerste stap erin een consensus te bereiken over de na te streven doelstellingen en actieprogramma's op te stellen om ze te verwezenlijken.

### ***Appropriate Care***

Ook de acties Appropriate Care hebben als doelstelling bijkomende gezondheid te creëren. Appropriate Care baseert zich op het principe van juiste zorg op de juiste plaats, volgens het subsidiariteitsbeginsel. Dit impliceert minder “inAppropriate Care” verlenen zoals het terugdringen van medische praktijkvariëaties, het recupereren van middelen uit “overuse” om te herinvesteren in “underuse” of onderwaardering. Het gaat dan niet over besparingsmaatregelen.

Dit betekent ook meer Appropriate Care. Investeren in kwaliteit van zorg hoeft niet altijd meer te kosten. Vaak zijn er de juiste financieringsmodellen voor nodig, zoals Pay for Performance en Pay for Quality. Verder is het nodig om een model uit te werken dat het realiseren van efficiëntiewinsten aanmoedigt.

### ***Meerjarige partiële begrotingsdoelstellingen***

Een meerjarenbegroting dient in lijn te zijn met het regelgevend kader inzake boekhouding en financiële verantwoordelijkheid. Daarvoor dient de meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg zodanig opgesteld te worden dat de globale begrotingsdoelstelling per jaar niet overschreden wordt.

Voorgesteld wordt om bij het begin van een legislatuur een budgettair kader te schetsen dat, rekening houdend met de beleidsaccenten van de nieuwe regering, tot meerjarige partiële begrotingsdoelstellingen leidt. Het Verzekeringscomité wenst daar vanaf 2023 mee van start te kunnen gaan.

### ***Een lange termijnvisie***

Vanaf juni 2018 ontwikkelde het Verzekeringscomité een toekomstvisie voor de Belgische gezondheidszorg. De strategische denkoefening concentreerde zich rond twee ‘kernonzekerheden’, met name de mate waarin de gezondheidszorg solidair gefinancierd zal worden en de mate waarin met de meer complexe wensen en noden van de patiënt, inclusief zijn omgeving, zal worden rekening gehouden. Het Verzekeringscomité vraagt dat de Algemene Raad de nodige stappen zet om tot een gevalideerd document te komen.

Het Verzekeringscomité wenst met het begrotingsvoorstel voor 2022 een langetermijnvisie zoals aangekondigd in haar voorbije begrotingsvoorstellen op basis van de hierboven beschreven aanpak te concretiseren. Het tussentijds rapport over het meerjarentraject voor de begroting van de

gezondheidszorg 2022-2024 vormt een nuttige gids voor het begrotingsvoorstel 2022 van het Verzekeringscomité. Dezelfde filosofie van cocreatie lag ook aan de basis van het diepgaande overleg tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen dat de afgelopen weken is gevoerd om tot het begrotingsvoorstel voor 2022 te komen. Het begrotingsvoorstel 2022 van het Verzekeringscomité beantwoordt met name aan de doelstellingen van de “quintuple aim”:

1. Verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking en in het bijzonder van chronisch zieken;
2. De ervaring van patiënten en mantelzorgers op het niveau van kwaliteit van zorg verbeteren;
3. De beschikbare middelen efficiënter te gebruiken om de duurzaamheid van het financieringssysteem voor de gezondheidszorg te garanderen;
4. Kansengelijkheid nastreven en ongelijkheden op gezondheidsgebied verminderen;
5. De arbeidstevredenheid van zorgverleners te verbeteren.

Ten slotte worden de volgende verwachtingen naar voor geschoven met betrekking tot het te schrijven eindrapport:

- het eindrapport vertrekt van het tussentijds rapport;
- de Quintuple Aim blijft de opdracht van het rapport;
- aan enkele aspecten van het rapport dient meer aandacht te worden besteed, zoals aan het element innovatie en het begrip “transversaal”;
- de fiches dienen binnen een redelijke termijn te worden afgewerkt (ook diegene die niet in eerste instantie weerhouden zijn) en de berekeningen inzake budgettaire impact moeten worden nagekeken;
- het eindrapport bevat een coherent beleidsvoorstel op basis van gezondheidsdoelstellingen en gezondheidszorgdoelstellingen en flankerende of effectieve maatregelen;
- het eindrapport gaat dieper in op de voorstellen in het tussentijdsrapport inzake het begrotingsproces, de begrotingsopmaak en de opvolging van het budget;
- het eindrapport voorziet in een incentiveringsmodel (zie boven).

## 2. De grote uitdagingen en lopende «werven»

### *De hervorming van de medische nomenclatuur van zorgprestaties*

Het Verzekeringscomité is verheugd over de vooruitgang die is geboekt bij de **structurele hervorming van de medische nomenclatuur van de zorgverstrekking**. Fase 1, waarin de benaming van de prestaties wordt geherstructureerd en aangepast, zal eind 2021 worden afgerond en de twee andere fasen - fase 2: vaststelling van de verhouding tussen de verschillende vergoedingen op basis van objectieve criteria/fase 3: beoordeling van de functioneringskosten die nodig zijn om de zorg te verstrekken - zullen parallel met elkaar van start gaan. Deze hervorming is van cruciaal belang om onredelijke inkomensverschillen tussen artsen te corrigeren en de nomenclatuur aan te passen aan de nieuwe modellen van zorgverlening (telegeneeskunde, multidisciplinaire zorg, enz.). Dit herstel van het evenwicht in de nomenclatuur zou ook moeten bijdragen tot een betere tariefzekerheid. Het Verzekeringscomité dringt er dan ook op aan dat het geactualiseerde tijdschema daadwerkelijk wordt nageleefd (d.w.z. de eerste basisstudie voor de evaluatie van de functioneringskosten tegen december 2024 en een meer diepgaande analyse tegen december 2026). In dit verband verzoekt het Verzekeringscomité de stuurgroep om in de laatste maanden van 2021 bijeen te komen om de stand van zaken op te maken. Ten slotte wenst het Verzekeringscomité erop te wijzen dat dezelfde behoefte aan herstructurering van de nomenclatuur ook door vele andere sectoren wordt geuit.

## ***De hervorming van de algemene ziekenhuizen***

Het Verzekeringscomité dringt erop aan **dat de besprekingen over de ziekenhuishervorming snel worden geopend**. De crisis heeft de kwetsbaarheid aan het licht gebracht van het financieringssysteem van de ziekenhuizen, waarvan een deel van de vaste kosten wordt gefinancierd door honoraria voor dienstverlening. Er is behoefte aan een eenvoudiger, efficiënter, billijker en transparanter model voor de financiering van ziekenhuizen. De hervorming van de financiering staat niet los van de hervorming van de nomenclatuur, die het intellectuele gedeelte van het honorarium van de arts moet onderscheiden van het operationele gedeelte. De hervorming van de financiering dient ook de afspraken over het wettelijke kader van de afdrachten te verduidelijken. De hervorming moet het mogelijk maken om de problematiek van de supplementen te supprimeren of ten minste te verlichten.

Bovendien voorziet het regeerakkoord in een nieuwe vormgeving van het ziekenhuislandschap op basis van verder te ontwikkelen netwerken. In dit verband is het Verzekeringscomité van mening dat de samenwerking tussen ziekenhuizen binnen klinische netwerken moet worden gestimuleerd om infrastructuur, apparatuur en diensten efficiënter in te zetten, waarbij ervoor moet worden gezorgd dat de geografische beschikbaarheid van nabije zorg en de toegankelijkheid van gespecialiseerde zorg op het hele grondgebied behouden blijven. De verdere ontwikkeling van de netwerken vereist dat struikelblokken voor netwerkvorming zoals de BTW-wetgeving aangepakt worden. De netwerkvorming vereist ook nauw overleg met de regio's. Ook moet de band tussen het ziekenhuisnetwerk aan de ene kant en het ambulante en institutionele sociale en gezondheidsnetwerk buiten het ziekenhuis aan de andere kant, worden versterkt, aangezien de crisis eens te meer heeft aangetoond hoe belangrijk het is om in te zetten op een sterke koppeling tussen deze verschillende zorglijnen. Tenslotte moeten de ziekenhuizen ook binnen hun muren, wanneer dit mogelijk is voor de patiënt, inzetten op verder afbouw van klassieke hospitalisaties in het voordeel van daghospitalisatie en poliklinische ten laste name.

Dit is van essentieel belang om een solide continuüm van zorg te garanderen onder optimale kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden voor de patiënten... Ten slotte dienen supraregionale zorgopdrachten gedefinieerd te worden om de concentratie van de meest geavanceerde expertise te garanderen en de kwaliteit van de zorg te versterken. Kortom, de consolidatie van netwerken moet leiden tot meer gepaste zorg: relevante zorg, op de juiste plaats en op het juiste moment.

## ***De farmaceutische sector***

Wat de farmaceutische sector betreft, verwijst het Verzekeringscomité naar het regeerakkoord met onder meer de volgende passage: *“Er wordt bijzondere aandacht besteed aan het beheersen van het geneesmiddelenbudget. (...). Er wordt een nieuw pact afgesloten met onder meer de farmaceutische sector (...). Naast innovatie, toegankelijkheid, tekorten en deontologie, moet het pact eveneens budgettaire verantwoordelijkheid van de sector beogen opdat de patiënt hier maximaal de vruchten van kan plukken.”*

Het budget van de sector farmaceutische specialiteiten bevat vandaag nog steeds een deel van de vergoedingsmassa van de officina-apothekers, die als subsector ook al lange tijd een onderschrijding kent. Het Verzekeringscomité wil onder de aandacht brengen dat besparingen in de sector van de farmaceutische specialiteiten de laatste jaren ook impact hebben gehad op sectoren als officina-apothekers en ziekenhuizen en daarmee moet rekening worden gehouden. Het Verzekeringscomité verzoekt eveneens om de aparte partiële begrotingsdoelstelling voor de officina-apothekers, die eerder beslist werd maar die echter nog niet werd gerealiseerd, zo snel mogelijk in uitvoering te brengen tijdens deze legislatuur.



## *De tandheelkunde*

Het Verzekeringscomité wil de aandacht vestigen op de ontoereikende financiering van de mondzorg en de onderconsumptie van tandheelkundige zorg door een deel van de bevolking. Ook het percentage geconventioneerde tandartsen, dat de laatste jaren alleen maar is gedaald, is een bezorgdheid. Deze situatie heeft de commissie tandartsen-mutualiteiten ertoe gebracht tijdens haar laatste overeenkomst ongebruikelijke en experimentele maatregelen te nemen door maximumtarieven in te voeren voor bepaalde diensten, teneinde de conventioneringsgraad van de beoefenaars van de tandheelkunde te verhogen. Deze bepaling had echter een tijdelijk karakter, omdat het de bedoeling was dat de maximumtarieven op korte termijn in de nomenclatuur van de zorgverstrekking zouden worden opgenomen om voor vergoeding in aanmerking te komen.

## *De kinesitherapie*

De overeenkomstencommissie van de kinesitherapie werkt sedert geruime tijd aan een meerjarentraject rond toegankelijkheid van kwalitatieve zorg. Het Verzekeringscomité wenst dat de overeenkomstencommissie deze werkzaamheden verder zet en dat de essentiële rol van de kinesitherapeuten in revalidatietrajecten in 2022 erkend wordt via de verdere ontwikkeling van zorgtrajecten en geïntegreerde zorg. Uit internationale studies<sup>2</sup> blijkt dat een grotere aandacht voor revalidatie aangewezen is. In voornoemde studie wordt gewezen op het feit dat *“despite its individual and societal benefits, rehabilitation has not been prioritised in countries and is under-resourced”*.

De Covid-crisis heeft duidelijk het belang aangetoond van de kinesitherapie bij de revalidatie van patiënten na een langdurig ziekenhuisverblijf. Maar ook op vele andere domeinen speelt de kinesitherapie een belangrijke rol, onder meer bij de problematiek van lage rugpijn, bij het herstellen en verhogen van de cardiorespiratoire en/of musculoskeletale fitheid bij acute en chronische pathologieën en bij het versterken van de zelfredzaamheid van de patiënt (o.a. in de ouderenzorg). Investerings in kinesitherapie realiseren terugverdieneffecten onder meer dankzij de aandacht voor meer preventie van complicaties bij chronische pathologieën. In dit kader dient in 2022 ook werk te worden gemaakt van het “Stepped Care” programma voor perifeer arterieel vaatlijden (PAV). Wetenschappelijk onderzoek wijst uit dat gesuperviseerde looptherapie (GLT) een effectieve behandeling is. GLT is daarom opgenomen als primaire behandeling in (inter)nationale richtlijnen voor patiënten met PAV, cfr. het lopend proefproject ClaudicatioNet. Volgens het stepped care-model wordt pas tot een invasieve behandeling overgegaan als een adequaat uitgevoerd traject van GLT gefaald heeft.<sup>3</sup> Mogelijkheden om de beschikbare middelen nog efficiënter in te zetten dienen onderzocht te worden.

Verwijzend naar de taskforce kinesitherapie van 2017 dienen de honoraria geherwaardeerd te worden. Dit vergt een meerjarenaanpak met voldoende budgettaire ruimte.

## *Psychologische zorg in de eerste lijn*

Het Verzekeringscomité is verheugd over de sluiting van de nieuwe overeenkomst met de **netwerken voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en kinderen/adolescenten**. Deze nieuwe overeenkomst is een belangrijke stap naar een betere toegang tot psychologische zorg, waarmee een prioritaire gezondheidsdoelstelling wordt verwezenlijkt. Dit nieuwe zorgmodel zal het aanbod van

---

<sup>2</sup> Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study, 2019, The Lancet, 1 december 2020.

<sup>3</sup> Recent onderzoek toonde aan dat de behandeling van claudicatio intermittens volgens dit stepped caremodel doelmatig en kosteneffectief is (Fokkenrood HJ e.a. Eur J Vasc Endovasc Surg 2014; 48(4): 423-9.

gecoördineerde psychologische zorg geleidelijk aan versterken, dankzij een budget van ongeveer 152 miljoen euro die wordt verdeeld via 32 lokale netwerken voor geestelijke gezondheidszorg die heel België bestrijken. Het gaat om eerstelijnspsychologische zorg voor kinderen, adolescenten en volwassenen, of het nu gaat om zorg om een bevredigend psychisch welzijn te behouden of te hervinden, of om meer gerichte zorg vanwege een onderliggend psychisch probleem. Bijzondere aandacht gaat uit naar de kwetsbare doelgroepen die het zwaarst getroffen zijn, vooral in psychologisch opzicht, door de COVID-19-pandemie. Deze ingrijpende hervorming zal geleidelijk uitgevoerd worden, naarmate netwerken en beroepsbeoefenaren uit de geestelijke gezondheidszorg zich bij het nieuwe model aansluiten. De ambitie is dat op termijn de coördinatie van de psychologische ambulante zorg volledig bij de eerste lijn komt te liggen. In dit verband is het ook van belang om op korte termijn een uitgebreid communicatieplan voor de netwerken, de zorgverstrekkers en de bevolking te ontwikkelen. Tegelijkertijd mag het tekort aan K-bedden voor psychiatrische patiënten en de somatische zorg voor psychiatrische patiënten niet uit het oog verloren worden.

### ***Drie hefboomen om het gezondheidszorgsysteem te verbeteren***

Drie hefboomen moeten worden gebruikt om ons gezondheidszorgsysteem te verbeteren, het beter af te stemmen op de behoeften van de bevolking en de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te verhogen.

1. In de eerste plaats is de **verdere digitalisering van de gezondheidszorg** van cruciaal belang. Volgens de task force Appropriate Care is een **geïntegreerd, elektronisch en interprofessioneel patiëntendossier** 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. Relevante multidisciplinariteit, administratieve vereenvoudiging en empowerment van de patiënt zijn de huidige strategische assen van de federale en regionale e-gezondheidsplannen. Deze moeten versneld geïmplementeerd en verder ontwikkeld worden over de ganse gezondheidssector, rekening houdend met de vele bestaande initiatieven in het bijzonder het e-healthplatform en de ervaring die de voorbije 5 jaar is opgedaan in de ziekenhuizen en de (meta)hubs. Belangrijk is om ook grondig te onderzoeken wat op basis van moderne technologie mogelijk is en welke visie we erop nahouden. Een diepgaande reflectie met betrekking tot de gewenste meerwaarde, het actieplan, de risico's en de middelen die in het werk gesteld moeten worden, is nodig. In elk geval wordt geen nieuw gecentraliseerd bestand bedoeld, maar wel een uitwisselingsplatform dat het mogelijk maakt de inhoud van de toegestane uitwisselingen in de verschillende bestanden te integreren. Bijgevolg is een breed overleg nodig waarin alle praktijkervaring en andere expertise verzameld wordt (inclusief gemeenschappen en gewesten, en softwareleveranciers om problemen van compatibiliteit tussen ICT-systemen op te lossen) om op korte termijn te werken op 4 hoofdthema's: interoperabiliteit, structurering van gegevens, decision aid systems en veiligheid van gegevensdeling en informaticasystemen. Cyberattacks vormen een reële bedreiging voor de veiligheid van de patiënten;
2. Ook de financieringsmodellen moeten worden aangepast : de financieringsmodellen moeten de doelstelling van meer gezondheid (fysiek of kwalitatief) ondersteunen. Dit houdt in dat moet gekozen worden voor financieringsmodellen die meer inzetten op preventie, patiënt



empowerment, minder inappropriate care, relevante multidisciplinariteit en samenwerking... Deze financieringsmodellen houden onder meer kwaliteitsparameters in;

3. Ten slotte moet de betaalbaarheid van de gezondheidszorg verder worden verbeterd. Deze doelstelling kan alleen worden bereikt als zij in al zijn dimensies wordt nagestreefd. Ten eerste is er de garantie van tariefzekerheid en de nood aan het verbeteren van de conventioneringsgraad. In de ambulante zorg wordt de garantie van goede zorg tegen betaalbare prijzen en binnen een redelijke termijn bedreigd door de toename van het aantal ongeconventioneerde zorgverleners in bepaalde gezondheidsberoepen. In sommige regio's van het land wordt het erg moeilijk om sommige zorg aan conventioneringstarief te vinden. De honorariumsupplementen stijgen, zowel ambulante voor niet-geconventioneerde artsen als in het ziekenhuis in éénpersoonskamers. In het ziekenhuis veroorzaken de toenemende supplementen en de soms aanzienlijke verschillen in tarifieringspraktijken tussen zorginstellingen ongerustheid bij de publieke opinie. Deze latente privatisering van de financiering van onze gezondheidszorg leidt ons gevaarlijk in de richting van een gezondheidssysteem met "twee snelheden". Het Verzekeringscomité is van mening dat iedere overheidsinvestering die erop gericht is om aan objectief vastgestelde noden (zowel op het niveau van de ziekenhuizen als op het niveau van de nomenclatuur van de zorgverstrekking) tegemoet te komen, gepaard moet gaan met een verbetering van de financiële toegankelijkheid voor de patiënt. De tweede dimensie is de beperking van de persoonlijke bijdrage van de patiënten. Verschillende studies hebben aangetoond dat er nog steeds ongelijkheden bestaan in de toegang tot zorg en dat de financiële lasten voor bepaalde kwetsbare groepen zwaar wegen. Het wegnemen van de financiële belemmeringen voor de toegang tot gezondheidszorg blijft een belangrijke kwestie die vanaf 2022 moet worden aangepakt. Aangezien de bevolkingsgroep die toegangsmoeilijkheden kan ondervinden, een breed scala van uiteenlopende individuele situaties vertegenwoordigt (b.v. personen in ziekteverlof), moet worden gezorgd voor een goed evenwicht tussen specifieke maatregelen ten behoeve van de begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming en maatregelen ten behoeve van de rest van de bevolking. In dit verband moet het mogelijk zijn een betere financiële dekking te bieden, zowel wat betreft de omvang van de zorgverlening die door de ziektekostenverzekering wordt gedekt als wat betreft de verlaging van het eigen aandeel in de zorgverlening die al door de ziekteverzekering vergoed wordt.

### 3. Keuzes maken

Keuzes maken we zowel in de budgettaire marge als in de bestaande budgetten van de ziekteverzekering.

De doelstelling is altijd om de beschikbare middelen op de best mogelijke manier te besteden om het gezondheidssysteem te verbeteren. We vertrekken daarbij van een brede definitie van gezondheid (zie inleiding).

De methodologie die we toepassen is die van de gezondheidszorgdoelstellingen en Appropriate Care, binnen het kader van de Quintuple Aim.

#### ***Binnen de budgettaire marge***

We stellen enkele minimale voorwaarden waaraan een zorgverlening moet voldoen om een recht tot tegemoetkoming binnen de ziekteverzekering te creëren. We sommen ook enkele bijkomende criteria op die toelaten om de best mogelijke keuzes te maken.

### *Minimale voorwaarden:*

- gezondheidseffect: de nieuwe interventie moet leiden tot meer levensverwachting of levenskwaliteit dan de usual care, daarbij ook rekening houdend met mogelijke neveneffecten. Dit kan aangetoond worden op basis van Evidence Based, praktijkrichtlijnen, opinie van experts of andere bronnen met voldoende bewijskracht. Deze richtlijnen omvatten vaak innovatie zowel als samenwerking en multidisciplinaire zorgverlening. De belangrijkste problemen worden eerst aangepakt. Een aanvang hiertoe werd gemaakt in het tussentijds rapport, maar is gedocumenteerd in tal van studies. Gezondheidszorgdoelstellingen zijn bij uitstek voorbeelden van een gemeenschappelijk streven naar gezondheidseffecten. Zie in dat kader bijvoorbeeld de opportuniteiten op het vlak van toegankelijkheid, preventie, zorgtrajecten, geestelijke gezondheidszorg, geïntegreerde zorg...
- kosteneffectiviteit: het moet beter zijn om de beschikbare middelen aan de nieuwe interventie te besteden dan aan een bestaande interventie. We zoeken hier naar een bewijs van kosteneffectiviteit op basis van literatuurstudie;
- de voorgestelde zorg dient duurzaam in het gezondheidszorgsysteem ingevoerd te kunnen worden om te voorkomen dat we op een gegeven ogenblik de dienstverlening binnen de verplichte ziekteverzekering zouden moeten terugschroeven;
- billijkheid: nooit kan een interventie in de ziekteverzekering opgenomen worden die de gezondheidskloof vergroot;
- toegankelijkheid: de interventie moet voor iedereen bereikbaar zijn, namelijk
  - o de financiële toegankelijkheid moet gewaarborgd zijn: er wordt geen financiële bijdrage gevraagd of de bijdrage moet beperkt zijn, met name voor kwetsbare bevolkingsgroepen (sociaaleconomisch achtergestelde personen en personen met aanzienlijke gezondheidsproblemen)
  - o de voorgestelde acties mogen de ongelijkheden in de geografische spreiding van de gezondheidsdiensten niet vergroten (bv. regionale wachtlijsten)
  - o er mogen geen andere belemmeringen tot de toegang tot diensten bestaan (bv. transportproblemen).

### *Bijkomende criteria:*

- er is een indicator nodig waarmee we ontegensprekelijk kunnen meten of we onze doelstelling bereiken dan wel de geïmplementeerde acties moeten bijsturen en waarmee we bij het ruimere publiek verantwoording over de bestede middelen kunnen afleggen (o.a. ook specifieke rapportering tussen zorgverleners (bv. over vooropgestelde Kern Performantie Indicatoren) en een rapportering naar de patiënt);
- de acties die gekozen worden om in het budget van jaar T gezondheidszorgdoelstellingen of Appropriate Care te realiseren, moeten in jaar T realiseerbaar zijn;
- ook moet de budgettaire impact in jaar T gekend zijn zodat de kost ervan in het begrotingsvoorstel kan worden opgenomen.

### ***Binnen de bestaande budgetten***

Meer appropriate care en bijkomende gezondheidszorgdoelstellingen kunnen op elk moment gerealiseerd worden op basis van budgetverschuivingen binnen de partiële begrotingsdoelstelling.

## 4. Begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité voor 2022

Dit begrotingsvoorstel beantwoordt volledig aan het normatief kader van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Het tussentijds rapport “Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024” is een inspiratiebron voor het begrotingsvoorstel 2022.

### *Geïntegreerd, elektronisch en interprofessioneel patiëntendossier*

De prioriteit die door alle zorgverstrekkers en mutualiteiten gedragen wordt, namelijk de invoering van het **geïntegreerd, elektronisch en interprofessioneel patiëntendossier binnen een veilige omgeving** kan niet gefinancierd worden binnen het budget voor gezondheidszorg (post van de zorgverstrekking), maar moet, net zoals andere initiatieven voor de digitalisering van de gezondheidszorg, worden ondersteund door andere financieringsposten, met name binnen het budget gezondheidszorg (bv. post RIZIV-kosten exclusief de beheerskosten van het RIZIV), eventueel aangevuld met bijvoorbeeld middelen in het kader van EU4Health 2021-2027 of de middelen in het kader van ‘Recovery and Resilience facility’(Health) van de Europese Unie of het Belgische relanceplan.

Voor 2022 zal de ontwikkeling van dit project in eerste instantie een concrete afbakening van de contextuele en technische werkingssfeer vereisen door te werken aan 4 hoofdthema's: interoperabiliteit, structurering van gegevens, decision aid systems en veiligheid van gegevensdeling. Deze fase van overleg en analyse/studie moet het mogelijk maken de technische architectuur te specificeren die moet worden opgezet of versterkt om een beveiligde toegang mogelijk te maken tot de relevante informatie die moet worden uitgewisseld en gedeeld tussen de verschillende beroepsgroepen. Op basis van de gekozen architectuur moet het in deze fase ook mogelijk zijn de kosten en het financieringsplan voor de dekking van deze kosten vast te stellen, zowel voor de investeringen als voor het onderhoud of gebruik. Ook moeten de eisen worden geanalyseerd en gedefinieerd waaraan elk elektronisch patiëntendossier, elk elektronisch medisch dossier of elke software moet voldoen om de uitwisselingen mogelijk te maken die het geïntegreerde, elektronische en interprofessionele patiëntendossier voor ogen heeft.

Het Verzekeringscomité verzoekt de gehele Algemene Raad uitdrukkelijk zich voor deze prioriteit in te zetten en te voorzien in de financiering ervan buiten de begroting van de gezondheidszorg (post "Extra"), zowel voor de eerste fase (vaststelling van de architectuur en de uitvoeringskosten) als, op deze basis, voor de operationele fasen vanaf eind 2022".

België bevindt zich immers op de 9<sup>de</sup> plaats in de World Index of Healthcare Innovation. Dezelfde index rangschikt België slechts op plaats 22 wat health digitalisatie betreft. België is innovatief in haar gezondheidszorg, maar presteert zwak op het vlak van digitalisering<sup>4</sup>. De gevraagde inspanning moet toelaten om beter te doen. Het belang van deze prioriteit vergt een structurele inzet van bijkomende middelen.

### *Vergoeding van de zorgverstrekkers*

Een belangrijk en dringend project dat over alle sectoren heen dient gevoerd te worden, is het project van de herziening van de honoraria en de financiële ondersteuning van de praktijk. Dit project dient gepaard te gaan met een hogere conventioneringsgraad. Eerder dan zorgverstrekkingen te

---

<sup>4</sup> <https://freopp.org/belgium-freopp-world-index-of-healthcare-innovation-e8221286bcfb>

vergelijken, dient op basis van enkele grondig bestudeerde en gevalideerde parameters een correcte vergoeding te worden vastgesteld, zoals dat binnen de doelstellingen van de Quintuple Aim past.

Het Verzekeringscomité wenst dat dit project met externe begeleiding in 2022 wordt opgestart. De realisatie ervan zal een meerjarenaanpak vergen, maar het onderzoek wordt dringend opgestart. Deze studie kan parallel met de studie in het kader van de medische nomenclatuur gebeuren.

### ***Middelen voor onderzoek:***

Aan het RIZIV wordt gevraagd om in 2022 middelen vrij te maken voor studies die de financieringsmodellen aanpassen aan de strategische doelstellingen van het gezondheidszorgbeleid, zoals meer nabije zorg samen met de patiënt en versterking van de eerstelijns. Het Verzekeringscomité vraagt in dit kader voor 2022 naar een studie betreffende de netwerkzorg rond de patiënt in samenwerking met andere zorgverleners (zogenaamde “eerstelijnsnetwerken”) met het oog op geïntegreerde zorg en suggereert daarbij te beginnen bij de huidige financiering van de thuisverpleging.

Bovendien is het KCE van plan een nieuwe berekeningsmethode voor de financiering van de “medische huizen” te bestuderen (HSR 2020-06).

### ***Financiering beroepsverenigingen:***

Het Verzekeringscomité vraagt verder naar een herziening van de huidige financiering van sommige beroepsverenigingen en een financiering van de beroepsorganisaties voor de paramedische beroepsgroepen en voor de “medische huizen” die die financiering nog niet genieten. Deze beroepsgroepen zullen vanaf 2022 immers vaker via hun representatieve verenigingen uitgenodigd worden om deel te nemen aan overleg over geïntegreerde zorg rond de patiënt. Het Verzekeringscomité rekent erop dat de betreffende werkgroep binnen het RIZIV haar werkzaamheden verderzet.

### ***Begrotingsdoelstelling voor 2022***

	2022
Strikte normberekening	000 EUR
Globale begrotingsdoelstelling 2021	30.072.305
Compensatie volledige ontvangsten art.111/81 - 2021	-876.153
<b>Strikte norm 2021</b>	<b>29.196.152</b>
Reële groeionorm 2,5%	729.904
<b>Sub-totaal</b>	<b>29.926.056</b>
Gezondheidsindex (0,79%)	138.708
Spilindexmassa 2021 ( meerkost in 2022 t.o.v. doelstelling 2021)	115.064
Spilindexmassa 2022	45.322
<b>Sub-totaal</b>	<b>30.225.150</b>

Sociaal akkoord	250.000
<b>Sub-totaal</b>	<b>30.475.150</b>
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/82-2022	1.280.272
<b>Voorstel begrotingsdoelstelling 2022</b>	<b>31.755.422</b>

De technische ramingen van september van het RIZIV bedragen 31.631.772 duizend euro.

Deze technische ramingen omvatten een niet-toewijsbaar bedrag van 180 miljoen euro overeenkomstig de beslissing van de regering van eind 2020. We begrijpen dat de regering dit bedrag, zoals in het regeerakkoord voorzien, zal realiseren.

De technische ramingen van het RIZIV liggen dus 123.650 duizend euro lager dan de normatieve begrotingsdoelstelling.

### ***Efficiëntiewinsten in 2022***

In 2022 wordt uitzonderlijk afgesproken dat efficiëntiewinsten in de sector geherinvesteerd kunnen worden onder voorwaarde dat deze herinvestering dient om een gezondheidszorgdoelstelling of appropriate care te realiseren. De fiches van het tussentijds rapport dienen zowel inhoudelijk als op het vlak van hun budgettaire impact nog verder met de betrokken sectoren besproken te worden. De geneesmiddelenindustrie engageert zich om mogelijke efficiëntiewinsten in 2022-2024 in het kader van het nieuwe pact met het kabinet te bespreken.

De sectoren opticiens, audiciens, bandagisten en orthopedisten, kinesitherapeuten, logopedisten, vroedvrouwen, thuisverpleegkundigen, tandheelkundigen en Tandarts Specialisten in de Orthodontie vragen aan het RIZIV mankracht of middelen om per overeenkomstencommissie de inhoudelijke actualisatie van de nomenclatuur te onderzoeken. Deze nomenclatuur is vaak niet aangepast aan de huidige realiteit. Een aanpassing ervan zal meer toegankelijkheid van zorg voor de patiënt met zich brengen. De actualisatie ervan zal binnen de partiële begrotingsdoelstelling gebeuren met uitzondering van enkele nieuwe behoeften en innovatie waarvoor bijkomende middelen zullen nodig zijn (vanaf 2023).

### ***Een nieuwe budgetlijn "Gezondheidszorgdoelstellingen en Appropriate Care"***

Een nieuwe budgetlijn "Gezondheidszorgdoelstellingen en Appropriate Care" wordt ingevoerd om de middelen voor de acties in het kader van de gezondheidszorgdoelstellingen of Appropriate Care vast te leggen. Deze middelen worden in 2022 in de beschikbare budgettaire marge gevonden.

De beschikbare marge wordt toegewezen aan initiatieven die de volksgezondheid, in de brede betekenis van het woord, verbeteren en die passen binnen het kader van de Quintuple Aim.

Het budgettaire kader waarin het begrotingsvoorstel voor 2022 moet worden opgesteld, laat nog niet toe om uitspraken over meerdere jaren te doen. Het begrotingsvoorstel zal zich bijgevolg tot het jaar 2022 beperken, maar vertrekt wel van de methodologie waarnaar het Verzekeringscomité vorig jaar in het kader van het begrotingsvoorstel vroeg, met name "*De bedoeling is om meerjarenplannen uit te werken en om middelen toe te wijzen met het oog op doelmatige zorg en het realiseren van de gezondheidszorgdoelstellingen.*". Zoals hoger gesteld, vraagt het Verzekeringscomité dat het tijdschema voor de herziening van de nomenclatuur, mits elke voorafgaande fase werd goedgekeurd, en voor de hervorming van de ziekenhuizen wordt gerespecteerd.

Het Verzekeringscomité is zich bewust van de investeringen die de regering vorig jaar deed, niet in het minst in het kader van het Zorgpersoneelsfonds<sup>5</sup>, de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg en het sociaal akkoord. Het Verzekeringscomité kiest met het begrotingsvoorstel voor 2022 voor enkele urgente leemten in de terugbetalingen binnen de ziekteverzekering op basis van literatuur of expertise en waarvoor geen trajecten in 2023 of 2024 zijn uitgestippeld noch door middel van efficiëntiewinsten kunnen worden gerealiseerd. De geselecteerde initiatieven zijn niet in contradictie met het nog te schrijven eindrapport net omdat ze in lijn liggen van de grotere noden bij de patiënten.

Een thema waarover het KCE nog een rapport zal publiceren, verdient nochtans ook de aandacht, met name de eventueel te nemen maatregelen in het kader van patiënten met langdurige zorgzwaarte naar aanleiding van een besmetting met Covid-19 (Covid Long). Het Verzekeringscomité vraagt aan de regering om in 2022 open te staan voor bijkomende maatregelen om de nodige zorg aan deze patiënten te verlenen. De Covid-19 pandemie is nog niet voorbij.

Het verzekeringscomité ondersteunt de verdere uitbouw en financiering binnen een budget neutrale context van zorg op afstand met implementatie van teleconsultaties, tele-expertise waarbij deze op korte termijn een essentieel en kwaliteitsvol onderdeel van de praktijk van zorgverleners kunnen uitmaken. Ook moeten verdere stappen gezet worden in administratieve vereenvoudiging, onder andere door het afschaffen, digitaliseren of harmoniseren van administratieve uitwisseling tussen de verzekeringsinstellingen en zorgverstrekkers.

De budgettaire marge van 123.650 duizend euro wordt in 2022 toegewezen aan initiatieven die voldoen aan de criteria die hoger in de nota staan vermeld. Dit houdt in dat er op basis van indicatoren een evaluatie van kan gebeuren zodat er bijgestuurd kan worden of beslist kan worden dat een initiatief wordt stopgezet wanneer het niet aan de verwachtingen voldoet. Dit houdt eveneens in dat de maatregelen duurzaam ingevoerd worden. We verwachten geen jaarlijks stijgende kosten met betrekking tot de andere maatregelen, tenzij de gangbare demografische, epidemiologische en socio-economische evoluties. Integendeel, daar waar in (secundaire en tertiaire) preventie geïnvesteerd wordt, mogen er opbrengsten verwacht worden die in de ziekteverzekering kunnen worden geherinvesteerd.

De KCE-performantierapporten<sup>6</sup> leveren alvast heel wat indicatoren waarmee we het resultaat van de genomen maatregelen kunnen meten, zowel in het kader van een gezondheidszorgdoelstelling als in het kader van appropriate care. De KCE-studie 292A toont aan dat er verschillende mogelijkheden zijn om gezondheidszorgdoelstellingen op te volgen. Daar waar een indicator vandaag nog niet zou bestaan, kan hij op basis van cijfers tot 2021 nog ontwikkeld worden zodat er vooralsnog een nulmeting beschikbaar zal zijn. Ook kunnen bijsturingsmechanismen ontwikkeld worden. Dankzij deze werkwijze zijn er garanties op de kwaliteit en op de performantie van de zorg.

Het exacte implementatietraject ligt vandaag nog niet voor elke maatregel klaar, maar voor elke maatregel is al wel zodanig veel voorbereid dat een implementatie ervan in 2022 zeer realistisch is. We vinden het net aangewezen om de concrete implementatie met de betrokken actoren te overleggen. Hoewel sommige beroepsgroepen zich misschien niet meteen in de zorgtrajecten herkennen, is het net wel de bedoeling om de rol van de eerste lijn in elk van die trajecten beter dan vroeger in scope te brengen. Op die manier bieden de onderstaande initiatieven wel perspectief en niet in het minst ook, zij het experimenteel, een kader van meer samenwerking in de voorbereiding van de implementatie van het uitgestippelde beleid.

---

<sup>5</sup> Het Verzekeringscomité merkt op dat het zorgpersoneelsfonds in 2021 niet geïndexeerd is. Vanaf 2022 moet de indexatie ervan binnen de globale indexmassa voorzien worden.

<sup>6</sup> Zie [www.healthybelgium.be](http://www.healthybelgium.be).



Er is een budget voorzien dat niet mag overschreden worden. Wanneer uit een evaluatie van de opgestarte initiatieven blijkt dat een bijsturing nodig is die meer middelen vraagt, dan wordt deze bijsturing gefinancierd op basis van middelen die in het jaar nadien daaraan toegewezen worden.

De boven vermelde werkwijze geldt voor alle maatregelen die hieronder beschreven zijn.

### **1. Preventie onder meer door middel van zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg (48,63 miljoen)**

Zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg gaan uit van de samenwerking van de huisarts en alle eerstelijnszorgverleners, soms de arts-specialist en andere zorgverleners met het oog op een betere opvolging van de patiënt, inclusief secundaire en tertiaire preventie.

Er wordt 48,63 miljoen euro voorzien om hieromtrent enkele stappen in 2022 te zetten, niet in het minst onder meer voor:

- een voortraject voor de patiënt met risico op diabetes en de opvolging van patiënten met diabetes (5 miljoen euro)
- een zorgtraject voor kinderen met obesitas (5 miljoen euro)
- een multidisciplinair perinataal (perinataal en postnataal) zorgtraject voor kwetsbare vrouwen, zie KCE-studie 326 (10 miljoen euro);
- een zorgpad rond de patiënt pre- en post abdominale orgaantransplantatie ter preventie van cardio- en vasculaire risicofactoren, verminderen van verwikkelingen na abdominale transplantatie en verbeteren van de levenskwaliteit en levensverwachting van de patiënt (4,9 miljoen euro);
- investering in meer psychiatrische zorg, maar ook in somatische zorg voor jongeren met psychiatrische problemen. Jongeren met specifieke behoeften en jongeren met een psychiatrische stoornis zijn kwetsbaar voor een toename in psychopathologie. Als voorbeeld denken we aan adequate en geïntegreerde zorg van ernstige eetstoornissen bij jongeren en het verhogen van de toegankelijkheid van de zorg van jongeren met complexe psychiatrische stoornissen in crisissituaties zoals suïcidaal gedrag en acute psychose (5 miljoen euro);
- reductie van de heropnames (nieuwe hospitalisatieperiodes) door de uitrol van een betere pulmonaire revalidatie en het verhogen van de levenskwaliteit van de betrokken patiënten door hun functionele mogelijkheden te verbeteren (5 miljoen euro);
- meerdere projecten in het kader van secundaire en tertiaire preventie in de eerste lijn.

### **2. Verbeteren van de levenskwaliteit (0,4 miljoen euro)**

Advanced care planning:

Het Verzekeringscomité wenst in 2022 de aandacht op advanced care planning te richten door middel van een sensibiliseringscampagne voor de zorgverleners en voor het brede publiek. Gezondheid gaat immers niet enkel over levensverwachting en fysieke beperkingen, maar ook over levenskwaliteit.

Vanaf 2023 wordt het budget van 400.000 euro jaarlijks voor gelijkaardige campagnes aangewend, maar het thema en de campagne wordt nog bepaald en kan van jaar tot jaar verschillen.

### **3. Gepaste zorg (13,320 miljoen euro)**

Kinesitherapeutische zorg aangepast aan noden van de patiënten met hersenverlamming:

De kinesitherapeutische zorg wordt aangepast aan de noden van de patiënten met hersenverlamming (820.000 euro).

### Optimalisatie van het geneesmiddelengebruik:

Een rationeel geneesmiddelengebruik is een absolute must. Meerdere initiatieven lopen daaromtrent. Het Verzekeringscomité schuift de volgende bijkomende maatregelen naar voren:

- medication review via een begeleidingsgesprek “GGG\* Medication Review voor gepolymediceerde patiënten” door de huisapotheker in de ambulante sector (2,91 miljoen euro) met advies en rapportering aan de DMG-houdende arts.  
Een totaal budget van afgerond 3,5 miljoen euro wordt voorzien, om deze Medication Review op basis van een interprofessioneel overleg (IPO), eveneens in de WZC-setting te kunnen opstarten, conform de adviezen uit de Come-On studie.
- Een terugbetaald ontweningsplan via magistrale bereidingen voor het afkicken van benzodiazepines en de ‘zogenaamde’ Z drugs in overleg met en op voorschrift van de huisarts. Dit kan budgetneutraal opgezet worden, niet binnen de sector van de apothekers, maar wel binnen het globale budget voor de ziekteverzekering. Projecten rond vallen in WZC

\*GGG = *Gesprek Goed Geneesmiddelengebruik*

### Meer daghospitalisatie:

De ontwikkeling van het dagziekenhuis is gebaseerd op verschillende complementaire assen (cf. KCE-studie 282 van 2017):

- het wegwerken van financiële obstakels (zowel voor het ziekenhuis als voor de arts als voor de patiënt) voor de ontwikkeling van het chirurgisch dagziekenhuis
  - o enerzijds wordt een tijdelijke financiering van 9 miljoen euro tot 2024 toegekend als stimulans voor de ontwikkeling van het chirurgisch dagziekenhuis, terwijl de rest wordt gefinancierd door een overdracht binnen de BMF. De tijdelijke stimulans van 9 miljoen euro zal in 2024 kunnen worden geheroriënteerd om andere efficiëntiemaatregelen binnen de ziekenhuissector te financieren,
  - o anderzijds is een onderzoek een eerste stap om de belemmeringen voor de financiële toegankelijkheid van het dagziekenhuis voor patiënten weg te nemen, waarbij voorrang wordt gegeven aan het wegwerken van de extra kosten die de patiënt in het dagziekenhuis moet dragen in vergelijking met een klassieke hospitalisatie (concrete maatregelen nader te bepalen).
- specialisten aanmoedigen om gebruik te maken van het dagziekenhuis wanneer de situatie van de patiënt dit toelaat, door middel van regelmatige feedback over het percentage operaties dat in hun instelling in dagchirurgie wordt uitgevoerd (benchmarking) (cf. KCE-verslag 282B). Deze feedback zal ook dienen als indicator om de verwezenlijking van de maatregel te evalueren.

#### **4. Financiële toegankelijkheid (61,3 miljoen euro)**

De verbetering van de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg tegen 2024 komt tot uiting in de volgende doelstellingen:

- het percentage mensen met een laag inkomen dat om financiële redenen geen medische of tandheelkundige verzorging nodig heeft, met 50% verminderen (respectievelijk 4,3% in 2019 en 10,5% volgens de EU-SILC-enquête, Eurostat-website);
- het percentage kinderen in huishoudens die in armoede dreigen te vervallen en die aangeven dat noodzakelijke medische zorg niet aan hun kinderen konden geven, met 50% verminderen (7,8% in 2017, zie EU-SILC-enquête);
- het percentage mensen dat om financiële redenen geen medische zorg nodig heeft (9,7% in 2017, zie EU-SILC-enquête) en een slechte gezondheid rapporteert, met 50% verminderen;

- het percentage mensen met een armoederisico en een hoge financiële last voor gezondheidszorg (28,5% in 2017, cf. EU-SILC) met 50% verminderen.

Voor 2022 zijn de prioritaire acties op het gebied van financiële toegankelijkheid erop gericht een aantal van de belangrijkste financiële hindernissen zoals die in studies zijn aangetoond, weg te werken:

- verbetering van de financiële bescherming van rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming door middel van een verlaging van het plafond van de maximumfactuur tot 250 euro (13,3 miljoen euro);
- uitbreiding van de derdebetalersregeling (budgetneutraal): opheffen van het verbod. Deze afschaffing van het verbod moet worden aangevuld met begeleidende maatregelen, zoals het verplicht lezen van de e-ID of verbintenissen inzake de snelheid van betaling door de verzekeringsinstellingen zodat de gevolgen voor de begroting nihil zijn.
- verhoging van de terugbetaling en tariefzekerheid van de tandheeskundige zorg en van de mondzorg (45 miljoen euro), o.a.
  - o opheffen van de leeftijdsbeperkingen, minstens voor de verstrekkingen die gelinkt zijn aan preventieve doeleinden
  - o eerste stap in de terugbetaling van de maximumtarieven
  - o verdere stappen in de terugbetaling van mondzorg, onder meer door het creëren van nomenclatuur die vandaag nog ontbreekt
  - o invoering van een basisnomenclatuur voor de mondhygiënist
- een betere terugbetaling van de vervoerskosten (3 miljoen euro): de terugbetaling inzake reeksvervoer wordt uitgebreid naar alle kankerpatiënten en de terugbetaling wordt voor iedereen geactualiseerd. Verder dient in 2022 berekend te worden welke kost met het interhospital vervoer gepaard gaat.

Enkele andere prioriteiten in het kader van de financiële toegankelijkheid staan niet vermeld omdat ze nog verder uitgewerkt moeten worden, zoals het uitwerken van nieuwe voorwaarden voor de verhoogde tegemoetkoming die een verregerende automatisering van de toekenning van het recht mogelijk maakt.

	Gezondheidszorgdoelstellingen en appropriate care	Bedrag in 000 EUR
<b>Secundaire en tertiaire preventie onder meer door middel van zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg</b>		
1	voortraject voor de patiënt met risico op diabetes en de opvolging van patiënten met diabetes	5.000
2	zorgtraject voor kinderen met obesitas	5.000
3	multidisciplinair perinataal (perinataal en postnataal) zorgtraject voor kwetsbare vrouwen, zie KCE-studie 326	10.000
4	zorgpad rond de patiënt pre- en post abdominale orgaantransplantatie	4.900
5	meer psychiatrische zorg, maar ook in somatische zorg voor jongeren met psychiatrische problemen	5.000
6	reductie van de heropnames (nieuwe hospitalisatieperiodes) door de uitrol van een betere pulmonaire revalidatie en het verhogen van de levenskwaliteit van de betrokken patiënten door hun functionele mogelijkheden te verbeteren	5.000
7	Diverse projecten in het kader van secundaire en tertiaire preventie in de eerste lijn	13.730
<b>Verbeteren van de levenskwaliteit</b>		
8	Advanced care planning	400
<b>Appropriate care</b>		
9	Kinesitherapeutische zorg aangepast aan noden van de patiënten met hersenverlamming	820
10	Optimalisatie geneesmiddelengebruik	3.500

11	Uitbreiding van daghospitalisatie door het wegnemen van financiële belemmeringen (op ziekenhuisniveau enerzijds en op patiëntniveau anderzijds)	9.000
<b>Financiële toegankelijkheid</b>		
12	Vermindering van het plafond voor de maximumfactuur, in het bijzonder voor de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming	13.300
13	Uitbreiding systeem derdebetaler	0
14	Toegankelijke mond- en tandzorg	45.000
15	Transportkosten	3.000
	<b>TOTAAL</b>	<b>123.650</b>