

Gezondheidszorgdoelstellingen: advies van de Commissie GDOS

April 2025

Structuur van het advies

1. Wettelijk kader
2. Algemene principes en lessen uit het buitenland
3. Gezondheidsdoelstellingen (GD) en gezondheidszorgdoelstellingen (GZD)
 - (a) Definities GD en GZD
 - (b) De Belgische GD als startpunt
 - (c) Het “NEED” project (KCE en Sciensano)
 - (d) Besluit
4. Hoe kunnen we GZD vastleggen? Ideaal en realiteit
 - (a) Algemene principes
 - (b) Creatie van een draagvlak: inspraakprocedure
 - (c) Bestaande lijsten van GZD voor België
 - (d) Twee grote benaderingen en een tussenweg
5. Een concreet voorstel
 - GZD1. Beter gebruik van data
 - GZD2. Verhogen van de doelmatigheid
 - GZD3. Betere organisatie van eerstelijnszorg en afstemming van de verschillende zorglijnen
 - GZD4. Persoonsgerichte zorg en verhoogde betrokkenheid van de patiënten
 - GZD5. Betere toegankelijkheid van zorg
 - GZD6. Hervorming van de gezondheidsberoepen en welzijn van de professionals
 - GZD7. Meer inzetten op preventie en screening
 - GZD8. Sectoren die speciale aandacht verdienen
 - Tand- en mondzorg
 - Geestelijke gezondheidszorg
 - Belangrijke lacunes
 - Ecologische duurzaamheid van het gezondheidszorgsysteem
 - Zeldzame ziekten
6. Verdere uitwerking en opvolging
 - (a) Tijdslijn
 - (b) Opdracht van de expertengroepen
 - (c) Samenstelling en werkwijze
 - (d) Opvolging
 - (e) Opdrachten op langere termijn
7. Inschatting budgettaire effecten: complementariteit van de Technische Ramingen en PROMES
 - Referenties
 - Appendix 1. Analyse van de KCE-studie

Appendix 2. Groepering van indicatoren uit het KCE-performnatierapport volgens gezondheidszorgdoelstellingen

Appendix 3. Scoring van de voorgestelde GZD op de Quintuple Aim

Wettelijk kader

De Wet van 6 November 2023 definieert een gezondheidszorgdoelstelling (verder GZD) als:

- “een doelstelling die bijdraagt tot het realiseren van een gezondheidsdoelstelling en die erin voorziet dat het gezondheidszorgsysteem zijn centrale rol zo goed en duurzaam als mogelijk kan vervullen betreffende de verbetering van de gezondheid van de gehele bevolking op basis van hun gezondheidsbehoeften, de verbetering van de door het individu ervaren kwaliteit van de zorgverlening, het efficiënter gebruiken van de beschikbare middelen, de vermindering van de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid en het verbeteren van het welzijn van de zorgverleners. De verwezenlijking van een gezondheidszorgdoelstelling gebeurt aan de hand van concrete initiatieven.”

Dezelfde Wet introduceert ook een duidelijk tijdspad voor de formulering van gezondheidszorgdoelstellingen en voor de rol van de Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen (GDOS) daarin:

- **Art. 18/2. § 1.** De Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen legt binnen de veertig dagen volgend op elke ontbinding van de Kamer van Volksvertegenwoordigers, op basis van enerzijds een gestructureerde bevraging bij het brede werkveld van de gezondheidszorg en anderzijds wetenschappelijke evidentie en alle beschikbare nationale en internationale gegevens en rapporten betreffende de performantie van gezondheidssystemen, gezondheidszorgsystemen en sociale zekerheidssystemen inzake gezondheid, rekening houdende met zowel de gezondheidsdoelstellingen als de gezondheidszorgdoelstellingen die golden voor de vorige legislatuur, een rapport voor met de gezondheidszorgdoelstellingen die gedurende de termijn van de volgende legislatuur prioritair nagestreefd zouden moeten worden. De Commissie maakt terzelfdertijd een evaluatie van de realisatie van de gezondheidszorgdoelstellingen tijdens de voorgaande legislatuur.

En verder:

- De Algemene Raad bepaalt, binnen de 90 dagen volgend op de eerste Regeringsverklaring van een nieuwe federale regering, op basis van onder meer het document bedoeld in artikel 18/2, § 1, eerste lid, opgeleverd door de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen en rekening houdend

met de budgettaire context, de voor de legislatuur prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen binnen het kader van de verplichte ziekteverzekering. Hij wordt geacht hiertoe het Verzekeringscomité te raadplegen. Het advies van het Verzekeringscomité wordt gegeven binnen de dertig dagen volgend op de vraag daartoe van de Algemene Raad. Bij ontstentenis van een advies binnen die termijn wordt het advies geacht gegeven te zijn. Deze doelstellingen kunnen worden herzien gedurende de legislatuur volgens diezelfde procedure.

De bevoegdheid van de Algemene Raad gaat verder dan enkel het vaststellen van de budgettaire middelen, maar omvat ook de uitwerking en evaluatie van meer concrete beleidslijnen. De GZD, zoals vastgelegd door de Algemene Raad, zijn richtinggevend voor de jaarlijkse begrotingen en voor de overeenkomsten- en akkoordencommissies. De wet stelt dat:

- De overeenkomsten en akkoorden bedoeld in de artikelen 42 en 50 alsook het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39 steunen op de doelstellingen bedoeld in 18° en hun concrete vertaling. De Algemene Raad verifieert de afstemming rekening houdende met inzonderheid de in artikel 18/2, § 1, tweede en derde lid, bedoelde documenten van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen.

Het ideale tijdsschema zoals voorzien in de Wet is natuurlijk niet haalbaar. De Commissie was 40 dagen na de ontbinding van de Kamer van Volksvertegenwoordigers nog niet gevormd. Dit advies past wel in de opdracht van de Algemene Raad om 90 dagen na de vorming van een regering expliciete GZD te formuleren. Ook dan is het tijdsbestek voor dit advies zeer kort. In andere landen is het proces van formulering van gezondheids(zorg)doelstellingen een proces van maanden, zelfs jaren. Binnen de Belgische context en de thans gebruikte begrotingsprocedures binnen RIZIV is er ook nog absoluut geen ervaring met deze aanpak. We zitten dus nog in een experimentele fase, en het is zeer waarschijnlijk dat de clausule die in de wet voorzien wordt om de doelstellingen gedurende de legislatuur te herzien zal moeten worden toegepast. We zullen in ons advies steeds (zo duidelijk mogelijk) een onderscheid maken tussen de beste aanpak op middellange termijn en wat op de korte termijn mogelijk is.

We concentreren ons in dit advies vooral op de federale bevoegdheden. Het zal echter duidelijk worden dat nauwe samenwerking op interfederaal niveau noodzakelijk is voor een coherent beleid in de richting van GZD. De betrokkenheid van de deelstaten in de werking van GDOS is wettelijk voorzien:

- Elk van de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden heeft de mogelijkheid om een vertegenwoordiger met raadgevende stem af te vaardigen.

Het zou nuttig zijn om in de toekomst stappen in deze richting te zetten.

Algemene principes en lessen uit het buitenland

In verschillende landen wordt gewerkt met gezondheidsdoelstellingen (zie bv. het recente rapport van OSE (Martini en Davesne, 2024) en het licht verouderde maar interessante rapport van het KCE (Obyn et al., 2017)).¹ Uit deze ervaringen kunnen we wel enige lessen trekken, maar de setting waarin de GDOS zal werken is toch zeer verschillend. Het volgende lijstje is oppervlakkig en oneerlijk tegenover sommige concrete initiatieven, maar schetst wel een algemeen, zij het subjectief, beeld van de internationale voorbeelden:

- Er is geen consensus over de gebruikte terminologie en concepten, maar in het algemeen gaat het meer over gezondheidsdoelstellingen (GD) dan over gezondheidszorgdoelstellingen (GZD). De samenhang tussen deze twee wordt meestal niet op een logische wijze gehanteerd. De lijsten met GD zijn dispaaraat en niet altijd doorgedacht vanuit een globale samenhangende visie op gezondheid en welzijn.
- Er is een tendens om het begrip “gezondheid” ruim te interpreteren en te mikken op een breder concept van individueel welzijn, waarbij ook het belang van de inbreng van de patiënt wordt beklemtoond. In elk geval wordt er voortdurend gewezen op het belang van het principe “health in all policies” en zijn de doelstellingen niet enkel gericht op de gezondheidszorg in de enge zin.
- Aan de formulering van de doelstellingen gaat meestal een proces van vele maanden, zelfs jaren, vooraf. Dat proces is soms sterk gestuurd door de overheid (of verwante instellingen), maar kan ook bestaan uit een ruim overleg waarin verschillende instanties (ook niet-overheidsinstellingen) betrokken zijn.
- In de meeste gevallen blijft de formulering van de doelstellingen nogal vrijblijvend. Soms gaat het overigens over honderden doelstellingen, zonder dat duidelijke prioriteiten worden vastgelegd. Ze functioneren eerder als een oproep tot actie, als een inspiratiebron, dan als richtinggevend voor specifiek beleid. De verantwoordelijke actoren zijn niet duidelijk benoemd en het proces van ex post-evaluatie wordt onvoldoende geëxpliciteerd. Vooral: zeer vaak ontbreekt een expliciete reflectie over de resources die nodig zijn om de GD te realiseren, en, daarmee samenhangend, een expliciete prioritering.

Met dit (eenzijdige) beeld in ons achterhoofd kunnen we de sterke en zwakke kanten van de positionering van GDOS beschrijven:

¹ Enkele nuttige referenties in de academische literatuur over het gebruik van doelstellingen: Van Hertem en Gunning-Schepers (2000a, 2000b), Busse en Wismar (2002), Wismar en Busse (2002).

- In principe schrijft de opdracht van de GDOS zich in in een logisch kader, waar GD worden geformuleerd op het interfederale niveau, en waar GZD op het Belgische niveau (RIZIV) daar logisch mee verbonden zijn. Er is nog een lange weg af te leggen om dit kader consistent en volledig uit te werken, maar de blauwdruk is helder. Meer hierover in afdeling 3.
- De evolutie naar een breed concept van gezondheid en van individueel welzijn (rekening houdend met de levensdoelen van de mensen), en de nood om een gezondheidsbeleid te voeren dat breder is dan de enge sector van de gezondheidszorg zijn ongetwijfeld gunstige evoluties. De opdracht van GDOS situeert zich echter op het niveau van de gezondheidszorg. Het is belangrijk die focus te bewaren, maar tegelijkertijd niet te eng te denken. Tot op zekere hoogte kan dit gerealiseerd worden door zoveel mogelijk rekening te houden met alle doelstellingen van de Quintuple Aim (dus ook welzijn van de zorgverstrekkers, en subjectieve ervaringen van de zorgkwaliteit) en met duurzaamheid. Deze doelstellingen zijn overigens ook, zoals in de eerste afdeling reeds aangegeven, expliciet in de wet als richtinggevend geformuleerd. Ook hierover meer in afdeling 3.
- In principe staat ook in de opdracht van GDOS ingeschreven dat een draagvlak voor de GZD moet gecreëerd worden via een gestructureerde bevraging van het brede werkveld. We kunnen deze brede bevraging plannen op de langere termijn, maar binnen de drie maanden is dat natuurlijk onmogelijk. Dit wordt gedeeltelijk gecompenseerd doordat overleg essentieel is in het Belgische besluitvormingsproces en de bestaande structuren op korte termijn ruimte bieden voor democratische inspraak (zie afdeling 3).
- Gegeven de inbedding van GDOS binnen RIZIV, en meer bepaald binnen het budgettaire proces, zijn de verantwoordelijkheden voor het nastreven van de GZD duidelijk vastgelegd. In principe zouden alle overheidsniveaus, zowel federaal als gefedereerd, moeten kunnen vertrekken van dezelfde, in consensus bereikte GD, waarbij de daaruit volgende GZD dan op het niveau van de gefedereerde entiteiten zouden worden vastgelegd. De GZD zoals voorgesteld door GDOS en vastgelegd door de Algemene Raad hebben als bedoeling om richting te geven aan de besluitvorming op federaal niveau. Er zal wel voortdurend aandacht moeten zijn voor de samenwerking van de overheden op de verschillende niveaus, omdat er in de praktijk onvermijdelijk overlap zal zijn tussen de verschillende bevoegdheden. Voor de hand liggende voorbeelden zijn vaccinatie, en de afstemming van zorg en gezondheidszorg bij de hulp aan chronische zieken.

- Om echt te kunnen fungeren als richtsnoer voor het beleid, mag het aantal GZD niet te groot zijn. Ze mogen niet te vaag en algemeen zijn, maar dienen concreet genoeg te zijn om het beleid te inspireren. Anderzijds mogen ze echter niet herleid worden tot een reeks zeer concrete initiatieven. Het is aangewezen een transparante methode te volgen bij de formulering. Een eerste poging daartoe wordt voorgesteld in afdeling 4, en toegepast in afdeling 5.
- Om tot een coherent beleid te komen, moet er van in het begin nagedacht worden over de ex post-evaluatie van concrete beleidsmaatregelen. Initiatieven die niet voldoende bijdragen tot de GZD moeten worden bijgestuurd of stopgezet (zie afdeling 6).
- Bij het vastleggen van de GZD zal de budgettaire impact steeds een belangrijke rol spelen. Er zal dus aandacht moeten zijn voor de beschikbaarheid van resources. De rol die de GDOS verwacht wordt te spelen binnen het begrotingsproces sluit naadloos aan bij de principes van goede budgettering zoals die door OECD worden voorgesteld (Vammalle et al., 2023). Hierbij is het wenselijk om in de mate van het mogelijke een meerjarenperspectief in te nemen. We gaan hierop verder in in afdeling 7.

Gezondheidsdoelstellingen (GD) en gezondheidszorgdoelstellingen (GZD)

In principe lijkt het onderscheid tussen de twee concepten relatief makkelijk te maken, en kan het aansluiten bij de bekende definities van outcome (of resultaat) indicatoren, procesindicatoren en structuurindicatoren. Gezondheidsdoelstellingen slaan dan op de outcomes, gezondheidszorgdoelstellingen op processen en structuren, waarvan gehoopt wordt dat ze tot de gewenste outcomes zullen leiden. Dit onderscheid valt niet samen met het onderscheid macro/meso/micro. GD kunnen slaan op een beperkte populatie (bv. bij zeldzame ziekten, of bij problemen die geconcentreerd zijn in een bepaalde regio), GZD kunnen op macroniveau gesitueerd zijn (bv. algemeen rookverbod). Het is wel logisch dat de GZD volgen op de GD en die als leidend denkkader hanteren.

Definities GD en GZD

We kunnen de definities van GD en GZD meer inhoud geven:

- Een gezondheidsdoelstelling mikt op een verbetering van de gezondheid van de bevolking en op het verhogen van de algemene

performantie en efficiëntie van het gezondheidsbeleid in ruime zin, d.w.z. met het oog op de levenskwaliteit in zijn verschillende dimensies. Hierbij gaat het om lange-termijn strategische doelstellingen.

- Vertrekkend van algemene lange-termijn gezondheidsdoelstellingen worden meer specifieke GD afgeleid, gericht op specifieke doelgroepen en aandoeningen. Deze kunnen ook gezien worden als intermediaire GD, als voorwaarden om de fundamentele GD te bereiken (bv. bestrijden van hypertensie om cardiovasculaire problemen te verminderen). Ook bij die meer specifieke GD blijft de klemtoon liggen op de resultaten van het beleid.
- De Belgische wetgever heeft uitdrukkelijk een brede visie op deze doelstellingen uitgetekend, waarbij niet alleen rekening gehouden wordt met de algemene gezondheid van de bevolking, maar ook met de andere elementen van de Quintuple Aim (rechtvaardigheid en toegankelijkheid, kosteneffectiviteit, gepercipieerde kwaliteit van de zorg, welzijn van de zorgprofessionals), en met ecologische duurzaamheid.

De performantie van het gezondheidszorgsysteem moet dus beoordeeld worden in functie van de verschillende elementen van de Quintuple Aim. Wanneer er een afwijking is tussen het wenselijke resultaat voor deze outcomes en de actuele prestaties, moeten gezondheidszorgdoelstellingen geformuleerd worden die als bedoeling hebben dit verschil te verkleinen of weg te werken. Zoals we verder nog zullen uitwerken, moeten hierbij duidelijke targets en SMART-indicatoren worden vastgelegd.

- De gezondheidszorgdoelstellingen zijn operationele doelstellingen. Zij beogen de implementatie van de specifieke GD via gerichte interventies in zorgprocessen en zorgstructuren.

Het spreekt vanzelf dat de GZD moeten geformuleerd worden vanuit de wetenschappelijke evidentie over de relatie tussen kenmerken van het zorgsysteem en zorgprocessen enerzijds en resultaten voor de Quintuple Aim-doelstellingen anderzijds. De gezondheidsresultaten worden door vele factoren bepaald en het is daarom niet triviaal om causale verbanden aan te tonen tussen zorg en gezondheid. Het verzamelen en evalueren van deze evidentie is een wetenschappelijke uitdaging, waarvoor GDOS een belangrijke stimulerende rol kan spelen. De prioritering van de GD echter is op zichzelf een maatschappelijke beslissing, die niet door wetenschappers kan/mag genomen worden. Dit is des te meer duidelijk omdat er ook afwegingen zullen moeten gemaakt worden om het relatieve belang van de verschillende dimensies van de Quintuple Aim vast te leggen. Nochtans vormt ook bij deze beslissing de beschikbare evidentie over de haalbaarheid van doelstellingen een belangrijk element. Het heeft immers niet veel zin GD te formuleren die volstrekt onhaalbaar zijn (bv. tegen 2030 mogen er geen personen met Alzheimer meer zijn).

De Belgische GD als startpunt

De huidige Belgische GD zijn vastgelegd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Er wordt uitgegaan van drie grote gezondheidsdoelen:

1. Het verlengen van de levensduur in goede gezondheid

2. Het verminderen van de gezondheidsongelijkheden tussen de meest en de minst bevoorrechte bevolkingsgroepen
3. Het verzekeren van een zo gezond mogelijke leefomgeving.

Op basis van de bestaande wetenschappelijke evidentie kunnen die GD verder worden ingevuld (zie de nota van Pol Gerits en Sofie Waebens, FOD Volksgezondheid). De “burden of disease” kan het beste gereduceerd worden door te focussen op zes ziektegroepen (mentale en middelengerelateerde aandoeningen, kanker, cardiovasculaire aandoeningen, chronische respiratoire aandoeningen, musculoskeletale aandoeningen en neurologische aandoeningen). Het rapport wijst erop dat tabak, alcohol, voedingsgewoonten en lichaamsbeweging de belangrijkste risicofactoren zijn.

Voor de tweede GD wordt gewezen op “het belang van het zetten van specifieke targets per socio-economische groep, op het verminderen van ongelijkheden in financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg, het sensibiliseren van zorg- en welzijnsprofessionals en het voorzien van hulpmiddelen voor het aanpakken van de problematiek van gezondheidsongelijkheden, het verminderen van ongelijkheden in levensomstandigheden (huisvestingskosten, toegang tot groene ruimten, toegang tot kwaliteitsvolle voeding, enz.) en het identificeren van de sociale determinanten die de meeste impact hebben op het verminderen van gezondheidsongelijkheden en van doelgerichte maatregelen om deze te verminderen” (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2024). Voor deze tweede GD merken we een verschuiving in de richting van proceskenmerken, die eigenlijk beter bij de GZD zouden opgenomen worden, maar veel breder gaan dan de gezondheidszorg in enge zin.

De derde GD, de creatie van een zo goed mogelijke levensomgeving bv. via verbetering van de luchtkwaliteit en de vermindering van het omgevingslawaai, valt buiten de opdracht van GDOS. De band tussen gezondheidszorg en milieu (bv. via klimaatverandering) is echter ook voor ons relevant, en dat geldt dus ook voor de subdoelstelling die geformuleerd wordt als het identificeren van kritieke behoeften op het gebied van gegevensverzameling en evaluatie van de belangrijkste milieurisico's voor de gezondheid en van maatregelen om deze te verbeteren.

Deze GD zijn voorbeelden van wat we “algemene GD” hebben genoemd en dienen in een volgende fase verder geoperationaliseerd en SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en gekoppeld aan een uitgewerkt tijdschema) geformuleerd te worden. Hierbij moet rekening gehouden worden met de bevoegdheden en de gezondheidsdoelstellingen van de deelstaten. Zolang deze fase niet is afgewerkt, blijft de kloof tussen de vooropgestelde GD en de operationele GZD die van GDOS verwacht worden, zeer groot. De algemene GD kunnen wel een brede richting schetsen, maar niet veel meer.

Het is wel belangrijk dat bij de toekomstige uitwerking van de specifieke GD ook oog is voor de toepassing ervan binnen het vastleggen van de GZD door GDOS. Het moet inderdaad de bedoeling blijven dat de GD de basis vormen voor het vastleggen van de GZD. We pleiten er daarom voor dat GDOS expliciet bij het overleg over de GD betrokken wordt. Enkele belangrijke aandachtspunten hierbij:

- Zoals reeds eerder benadrukt, wordt bij de omschrijving van de opdracht van GDOS expliciet verwezen naar de Quintuple Aim en naar duurzaamheid. Die benadering is ruimer dan de algemene GD waarover de Interministeriële Conferentie een akkoord heeft bereikt en omvat, naast gezondheid van de bevolking en verminderen van de ongelijkheden, ook het welzijn van de zorgverstrekkers, de kwaliteit van de zorg zoals ervaren door de patiënt en de betaalbaarheid van de zorg. Als de huidige formulering van de GD behouden blijft, bieden ze geen houvast voor de formulering van GZD die slaan op andere componenten van de Quintuple Aim. In de toekomst zou het medische perspectief van waaruit de GD benaderd worden, wellicht moeten verruimd worden naar een bredere visie op gezondheid.
- Zoals hierboven reeds aangehaald, dreigt er bij de invulling van de GD “verminderen van de ongelijkheden” verwarring te ontstaan tussen GD en GZD, omdat sommige van de voorgestelde elementen betrekking hebben op het proces van gezondheidszorg.
- Vanwege het belang dat toegekend wordt aan “totale ziektelast” en “totale vermijdbare ziektelast”, focust de huidige formulering van de GD vooral op grote aandoeningengroepen en op de hele bevolking. Hierbij bepaalt de indeling van de aandoeningen in grote groepen sterk de resultaten. Opdelen van een groep verandert de gewichten toegekend aan specifieke aandoeningen binnen een groep. Nochtans wordt de groepsindeling sterk gedreven door medisch-functionele overwegingen en niet door overwegingen van sociale wenselijkheid. Bovendien impliceert de sterke stijging van de multimorbiditeit dat een eenzijdige focus op specifieke aandoeningen moet vermeden worden. Tenslotte zou er bij de operationalisering ook aandacht moeten zijn voor mogelijk ernstige problemen bij subgroepen van de bevolking. Het aanpakken van deze problemen kan sociaal zeer wenselijk zijn, ook wanneer de impact op de globale ziektelast beperkt blijft.
- Bij de bepaling van de gezondheidsdoelstellingen wordt niet veel rekening gehouden met haalbaarheidsoverwegingen. Er wordt wel een gewicht toegekend aan “vermijdbare” ziektelast maar “vermijdbaar” betekent niet noodzakelijk dat het beleid er veel effect kan op hebben. De effectiviteit van mogelijke beleidsmaatregelen moet wel in rekening genomen worden bij de formulering van GZD.

Het “NEED” project (KCE en Sciensano)

Zeer specifieke doelstellingen worden voorgesteld binnen het “NEED” project (een synthese van de werkzaamheden en alle publicaties kunnen gevonden worden op de website van het NEED project: health-needs.eu). De specificatie van “unmet

needs” in dat project richt zich in de eerste plaats op specifieke aandoeningen (zie de afzonderlijke rapporten, bv. over zeldzame ziekten en Crohn), maar de bedoeling is wel om het beleid – en ook het onderzoek in de geneesmiddelensector – aan te sporen om vooral in te zetten op wat geïdentificeerd wordt als de belangrijkste “unmet needs”. Het project kan input geven aan zowel GD als GZD door *evidence* aan te reiken over specifieke behoeften binnen specifieke aandoeningen. De relatie is echter ook wederkerig: het *unmet needs* initiatief kan bij de keuze van aandoeningen ook rekening houden met de reeds gestelde prioriteiten met betrekking tot GD en GZD. Het is vooralsnog niet duidelijk op welke wijze dit concreet zou moeten gebeuren. Op lange termijn, wanneer voor meerdere aandoeningen *evidence* is verzameld over de *unmet needs*, zou er echter een sterke wisselwerking tussen de verschillende benaderingen moeten ontstaan. Hierbij moet wel vermeden worden dat de behoeften te eenzijdig vanuit een medische invalshoek worden beschreven. Het concept van “unmet needs” moet ook ruimte laten voor andere aspecten (zoals toegankelijkheid in zijn verschillende dimensies, health literacy, enz.).

Besluit

In principe zouden de door GDOS voorgestelde GZD in de lijn moeten liggen van de GD, zoals die door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid werden vastgelegd. Op dit ogenblik blijven die echter zeer algemeen en kunnen ze wel als inspiratiebron dienen, maar (nog) niet als concreet vertrekpunt. In de toekomst zou het verband tussen GD en GZD echter expliciet moeten uitgewerkt worden. Het zou ook wenselijk zijn dat in de toekomst de resultaten van het NEED-project meegenomen worden voor de operationalisering van de GD. Hierbij moet een eenzijdige medische invalshoek vermeden worden.

Hoe kunnen we GZD vastleggen? Ideaal en realiteit

(a) Algemene principes

Op basis van de voorgaande beschouwingen kunnen de volgende algemene principes naar voor geschoven worden:

- GDOS formuleert operationele doelstellingen, gericht op processen en structuren. Bij de keuze van die doelstellingen moet vanzelfsprekend rekening gehouden worden met de effectiviteit van de voorgestelde processen in functie van de te verwachten outcomes. Die te verwachten outcomes worden bepaald door de Quintuple Aim, met duurzaamheid als zesde doelstelling. De voorgestelde GZD houden ook zoveel mogelijk rekening met het bestaande kader van de GD en zijn flexibel genoeg om zich aan te passen aan toekomstige evoluties binnen die GD.
- Er moet gestreefd worden naar de formulering van een beperkt aantal gezondheidszorgdoelstellingen, zodat ze ook adequaat kunnen opgevolgd

worden en het beleid kunnen helpen sturen. De voorgestelde GZD moeten wel concreet zijn, maar niet beperkt tot specifieke “acties”. Ze moeten integendeel uitnodigen om na te denken over een gemeenschappelijke set van acties, die de bestaande silo-aanpak overstijgen (indien dat noodzakelijk is).

- Om de link tussen de gezondheidszorgdoelstellingen enerzijds en de gezondheidsdoelstellingen en Quintuple Aim anderzijds op te volgen, is het wenselijk dat ook de belangrijkste uitkomstenindicatoren structureel opgevolgd worden.
- De voorkeur gaat uit naar doelstellingen waarvoor kwantitatieve indicatoren kunnen worden voorgesteld. Wanneer kwantitatieve indicatoren niet voorhanden zijn, moet er toch gestreefd worden naar de formulering van duidelijk en expliciet geformuleerde kwalitatieve doelstellingen. Er moet over gewaakt worden dat er niet uitsluitend gedacht wordt aan het realiseren van kwantitatieve targets: die targets zijn immers slechts een benadering van de meer fundamentele onderliggende doelstellingen.
- Er moet van in het begin nagedacht worden over de noodzaak aan toekomstige ex post-evaluatie. Verzameling van gegevens, nodig voor de evaluatie, moet van bij de start gepland worden.
- De formulering van GZD past in de formulering van de begroting van de gezondheidszorg. Bij het formuleren van prioriteiten moet er daarom steeds expliciet rekening gehouden worden met de budgettaire realiteit. Dit betekent niet dat er geen doelstellingen zouden kunnen geformuleerd worden in perioden van budgettaire spanningen (zie verder).
- Er moet een zo sterk mogelijk democratisch draagvlak voor de GZD gecreëerd worden. GDOS geeft overigens uitsluitend een advies, de beslissingen worden genomen en de prioriteiten worden vastgelegd binnen de daartoe aangeduide organen.

(b) Creatie van een draagvlak: inspraakprocedure

De wet voorziet dat GDOS zijn doelstellingen zal formuleren na een ruime consultatie van het brede werkveld. Het is echter niet mogelijk om op korte termijn een dergelijke grote bevraging op te zetten. In de toekomst vormt de organisatie van een bevraging zeker een uitdaging. Een grote inspraakronde kan bijdragen tot de creatie van een draagvlak voor het beleid, en kan interessante ideeën opleveren om dat beleid te verbeteren. Een inspraakprocedure kan echter nooit in de plaats komen van de inzichten op basis van wetenschappelijke evidentie. In deze fase formuleert GDOS een advies over mogelijke GZD en schakelt zich in in de huidige besluitvormingsprocedure. Vanuit dat oogpunt lijkt het aangewezen

om een reeks van mogelijke GZD voor te stellen, zonder een expliciete prioritering aan te geven.

(c) Bestaande lijsten van gezondheidszorgdoelstellingen voor België

Er bestaan op dit ogenblik in België reeds vele lijsten met G(Z)D. Een (niet up-to-date) overzicht wordt gegeven in Obyn et al. (2017). Sommige zijn uitgebreid besproken en vastgelegd in een lange procedure (vb. de Vlaamse GD), andere zijn rechtstreeks toegesneden op de organisatie die ze heeft voorgesteld. Die lijsten bevatten meer GD dan GZD, en, gegeven de zeer uiteenlopende oorsprong, zijn ze (allemaal samen) natuurlijk ook dispaars en onsamenhangend. Ze kunnen dan ook moeilijk gebruikt worden als startpunt voor de bepaling van GZD gedurende de volgende maanden. Toch lijkt het nuttig om de inventaris, die opgemaakt werd door Obyn et al. (2017) te actualiseren. Waar mogelijk zouden de GZD die in die lijsten zitten ook kunnen/moeten mee opgenomen worden in de latere reflectie van GDOS.

Een speciaal geval vormen de talrijke voorstellen over doelstellingen die ingediend werden tijdens de inspraakronde voor het project meerjarenbegroting. Zoals reeds gesuggereerd, zijn die niet samenhangend, maar misschien is het wel goed om ze waar mogelijk een plaats te geven. Dit zou ertoe bijdragen om de geloofwaardigheid van een nieuwe inspraakronde in de toekomst te vergroten.

(d) Twee grote benaderingen en een tussenweg

Wanneer we niet vertrekken van een eenvoudige compilatie van reeds bestaande GZD, lijken er grosso modo en zeer vereenvoudigend gesteld, twee mogelijke benaderingen te zijn. Geen van beide is optimaal en uiteindelijk heeft GDOS geoordeeld dat de meest interessante en realistisch haalbare methode in deze experimentele fase erin bestond om de twee benaderingen te combineren.

Vertrekken van een a priori-visie op uitdagingen en problemen

Een eerste (ambitieuze) mogelijkheid zou erin bestaan om te vertrekken van een algemene samenhangende visie op de grote uitdagingen voor de toekomst van het Belgische gezondheidszorgsysteem, die kunnen vertaald worden in brede beleidsopties. Gedurende de laatste jaren zijn er daarvoor verschillende aanzetten geweest en deze aanpak zou ook kunnen aansluiten bij de langetermijnvisie van RIZIV, zoals bv. beschreven in RIZIV (2024).

Als voorbeeld (en enkel als voorbeeld), hierbij de structuur zoals ze was voorgesteld door het Wetenschappelijk Comité (2022) in haar advies over het meerjarig begrotingstraject²:

- Uitdagingen voor de toekomst: maatschappelijke evoluties
 - Vergrijzing
 - Stijging van de prevalentie van chronische ziekten

² De basisbenadering ligt zeer dicht bij de langetermijnvisie van RIZIV (2024), maar wordt meer gestructureerd voorgesteld.

- Reactie op technische wijzigingen en nieuwe behandelingen/inzichten
- Preparedness, veerkracht en duurzaamheid
- Structuuruitdagingen
 - Verruiming sociale bescherming
 - Verbetering patiëntgerichtheid – van fysieke gezondheid naar welzijn
 - Uitbouw geestelijke gezondheidszorg
 - Vernieuwing financierings- en organisatiemodellen

Onder elk van deze hoofdingen werd dan een reeks van meer specifieke gezondheidszorgdoelstellingen gerangschikt, en het voorstel was om ze te beoordelen in functie van de Quintuple Aim, zodat alle informatie voorhanden was om prioriteiten te stellen.

In het tweede deel van het rapport van het Wetenschappelijk Comité (2022) worden overigens ook concrete en specifieke GZD voorgesteld na een analyse van de situatie voor drie domeinen: geestelijke gezondheidszorg, uitbouw van geïntegreerde en doelgerichte zorg en financiële toegankelijkheid van de zorg.

De voordelen van deze methode zijn duidelijk:

- De voorgestelde GZD vormen een samenhangend geheel dat bovendien aansluit bij een brede visie op uitdagingen voor de Belgische gezondheidszorg.
- De grote hoofdingen kunnen op een coherente wijze gekoppeld worden aan gezondheidsdoelstellingen.
- De benadering biedt een nuttig startpunt voor een democratisch debat over de toekomst van de gezondheidszorg, en laat toe een al te enge kijk te vermijden.

De nadelen zijn echter even duidelijk:

- Deze benadering is enkel zinvol als ze het resultaat is van een brede inspraakprocedure. Zonder een dergelijke procedure, zullen de voorgestelde GZD steeds als arbitrair en/of ideologisch vertekend beschouwd worden door degenen die de analyse of het onderliggende waardenkader niet delen.
- Zelfs wanneer er consensus zou zijn over de brede analyse, is er nog een lang traject af te leggen om hieruit concrete GZD af te leiden, laat staan om duidelijke prioriteiten te bepalen.

Op langere termijn zou er kunnen gedacht worden aan een brede inspraakprocedure om deze benadering vorm te geven. Zelfs dan lijkt de ambitie om tot een brede consensus te komen eerder onrealistisch. Op de korte termijn is deze aanpak niet haalbaar.

Een concrete operationele aanpak: Obyn et al. (2017)

In Obyn et al. (2017) wordt een concrete en operationele benadering voorgesteld, waarbij vertrokken wordt van de performantierapporten over het Belgische gezondheidszorgsysteem, in hun geval dat van 2015 (Vrijens et al., 2015). De concrete methode is geïnspireerd door voorbeelden in Frankrijk en de VS. De structuur die gevolgd wordt is die van de performantierapporten, en voor de verschillende indicatoren van het project wordt de volgende aanpak toegepast:

- Voor de indicatoren waar België het relatief goed doet, bestaat de GZD erin om ten minste het huidige niveau te behouden en in 10 jaar te evolueren naar het gemiddelde van de 3 best presterende EU-15-landen, of, als er geen gegevens beschikbaar zijn voor een zinvolle internationale vergelijking, de performantie voor die indicator te verbeteren met 10% in 10 jaar, vergeleken met het basisniveau uit het rapport van 2015.
- Voor de indicatoren waar de prestaties van België slecht zijn of middelmatig:
 - als België onder het gemiddelde van de EU-15 presteert, is het doel om naar het gemiddelde van de EU-15 te gaan
 - als België boven het gemiddelde van de EU-15 presteert, is het doel om naar het gemiddelde van de 3 beste landen van de EU-15 te evolueren
 - als er geen gegevens beschikbaar zijn voor een zinvolle internationale vergelijking, is de doelstelling een verbetering met 10% in 10 jaar, vergeleken met het basisniveau van de gegevens in het rapport van 2015.
- Voor die domeinen waar aanzienlijke ongelijkheden genoteerd worden, wordt er een waarschuwingssignaal toegevoegd aan de voorgestelde doelstelling. In dat geval kan het doel worden opgesplitst in subdoelen om ongelijkheden te verminderen en tegelijkertijd het gemiddelde niveau van de bevolking en het niveau van de zwakste subgroep te verbeteren.

Ook hier zijn de sterke en de zwakke punten evident. De voordelen zijn:

- De aanpak is van in het begin reeds zeer concreet en specifiek.
- De gebruikte indicatoren zijn bekend (ook hun zwakheden) en kunnen relatief gemakkelijk opgevolgd worden.

Anderzijds zijn ook de beperkingen van deze methode duidelijk (ze wordt om deze redenen in Obyn et al. (2017) ook slechts als een ruwe schets beschreven):

- De methode levert een mechanisch afgeleid “boodschappenlijstje” op, en een samenhangende onderliggende visie ontbreekt. De lijst is lang en onoverzichtelijk, en bevat zowel (specifieke) GD als GZD. Er worden geen prioriteiten vastgelegd.
- De lijst wordt sterk bepaald door de beschikbare indicatoren. Er kunnen belangrijke beleidsprioriteiten ontsnappen aan de aandacht, als er daarvoor geen indicatoren beschikbaar zijn.

- Het verband met de meer algemene GD ontbreekt, en er wordt ook slechts indirect rekening gehouden met de wetenschappelijke evidentie over de causale effecten van hervormingen in het zorgproces op de gezondheidsresultaten.
- De kwantitatieve invulling van de GZD (met de referentie naar andere EU-landen, of het streven naar +10%) blijft arbitrair. Waarom zou het gemiddelde voor de EU-15 landen automatisch een interessant normatief referentiepunt vormen? Het streven naar een constant percentage verbetering over een specifieke tijdsperiode voor diverse doelstellingen lijkt overigens weinig realistisch.

Een tussenweg?

Uiteindelijk besliste GDOS om de methode van Obyn et al. (2017) ondanks de evidente beperkingen toch te gebruiken in een eerste voorbereidende stap, en ze dan in een tweede fase te combineren met de eerste methode. Concreet zijn we hierbij als volgt tewerk gegaan:

Vorbereidende stap:

- Uit de meest recente performantierapporten (Gerken et al., 2024, en voor de billijkheid, Bouckaert et al., 2020), werden de indicatoren gehaald (a) die kunnen gezien worden als GZD, en (b) waar de performantie van België middelmatig of slecht is.
- Uit de fiches, verzameld in het project “meerjarenbegroting voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024”, werden de fiches geselecteerd die een voldoende kwaliteit halen. Deze fiches werden ingediend door de akkoorden- en overeenkomstencommissies, de academische wereld, onderzoeksinstellingen, bedrijven, zorgverleners en patiëntenorganisaties. De inhoud van deze fiches werd vergeleken met de resultaten uit de meest recente performantierapporten om eventuele lacunes in deze rapporten te identificeren.
- Die indicatoren werden gegroepeerd op basis van de structuur die ook in de performantierapporten werd gevolgd.
- Het resultaat van deze gedetailleerde analyse is opgenomen als appendix 1 bij dit advies.

Groepering rond specifieke beleidsdomeinen

- De lijst van indicatoren en GZD zoals opgenomen in de appendix blijft een redelijk disparate lijst, waarbij het moeilijk is om prioriteiten te formuleren of duidelijke beleidslijnen uit te zetten.
- GDOS is daarom van die lijst vertrokken om de indicatoren op een coherente wijze onder een reeks meer globale GZD te groeperen. Deze methode is de enige die op zeer korte termijn mogelijk was, maar moet in de toekomst zeker verfijnd worden, onder meer door duidelijker te refereren naar bestaande wetenschappelijke literatuur.

- In deze fase en gegeven het tijdsperspectief was het niet mogelijk om voor alle GZD duidelijke kwantitatieve targets vast te leggen, maar de specifieke indicatoren (en de gewenste richting van de verbetering) worden wel geëxpliciteerd.
- In appendix 3 wordt aangegeven op welke wijze de voorgestelde GZD kunnen gekoppeld worden aan de Quintuple Aim.

Evaluatie binnen de commissie GDOS

De resulterende indicatoren gecategoriseerd onder meer globale GZD werden vervolgens besproken en geëvalueerd binnen de commissie GDOS. De verschillende expertises binnen deze diverse groep werden aangesproken om eventuele resterende lacunes te identificeren.

Prioritering en inpassing in het budgettaire proces

De lijst van beleidsdomeinen met een voorstel van specifieke GZD (en indicatoren) wordt in detail beschreven in de volgende afdeling. Het is echter onrealistisch om al deze GZD op korte termijn na te streven en het beleid zal prioriteiten moeten formuleren. Deze prioritering is de opdracht van de Algemene Raad.

Zoals hoger aangegeven voorziet de Wet erin dat de voorgestelde GZD richtinggevend moeten zijn voor toekomstige begrotingen en voor het overleg binnen de akkoorden- en overeenkomstencommissies. GDOS wijst op enkele algemene principes die hierbij zouden moeten gevolgd worden:

- Het is logisch om te beginnen met de bepaling van de “ruimte voor nieuwe initiatieven”. Deze budgettaire ruimte kan berekend worden door een projectie van de uitgaven bij ongewijzigd beleid af te trekken van de evolutie van de begroting zoals bepaald door de groeionorm.
- Ook in het geval dat er globaal bespaard moet worden (omdat de groei van de voorspelde uitgaven hoger ligt dan de groeionorm), blijven nieuwe initiatieven mogelijk. Er kan/moet steeds opnieuw gezocht worden naar efficiëntieverbeteringen, ook in sectoren die geen overschrijding vertonen. Kostenbesparingen zonder verlies van kwaliteit kunnen ruimte creëren voor nieuwe initiatieven. Het is overigens ook mogelijk om budgetneutrale hervormingsvoorstellen te formuleren die bijdragen tot de prioritair gestelde GZD. Zeker in periodes met een krap budget zou er expliciet over zulke hervormingsvoorstellen moeten worden nagedacht.
- De prioritair vastgelegde GZD moeten er ook voor zorgen dat noodzakelijke besparingen op een coherente wijze worden vastgelegd. In het thans gehanteerde denkkader over noodzakelijke besparingen worden de vastgelegde partiële begrotingsdoelstellingen als richtinggevend beschouwd om vast te leggen waar er over- en onderschrijdingen van het budget zijn. Er wordt van uitgegaan dat de besparingen vooral moeten

geconcentreerd worden in de sectoren met een budgetoverschrijding. Volgens die redenering signaleren overschrijdingen dat de uitgaven overdreven waren. Dit is echter niet altijd het geval. Het is zeer goed mogelijk dat de overschrijdingen gerechtvaardigd kunnen worden op basis van objectiveerbare factoren. In de toekomst zou er moeten uitgegaan worden van het bredere referentiekader van de GZD. Zowel binnen en tussen sectoren kan en moet expliciet de vraag gesteld worden waar er het beste kan bespaard worden in functie van die GZD, d.w.z. welke besparingen in functie daarvan de kleinste schade aanrichten. De keuze van de besparingen zal dan sterker moeten beïnvloed worden door een analyse van oorzaken van de over- en onderschrijdingen bij de verschillende sectoren. Bovendien zou er meer aandacht moeten uitgaan naar de samenhang tussen de verschillende sectoren om te komen tot een coherent transversaal begrotingsproject. Dit alles impliceert natuurlijk niet dat een sector eenvoudigweg responsabilisering voor een budgettaire overschrijding naast zich neer kan leggen door te refereren naar het kader van de GZD.

- Bij nieuwe concrete initiatieven moet er een zo expliciet mogelijke ex ante-evaluatie gemaakt worden. Bovendien moeten van in het begin de voorwaarden gecreëerd worden om ex post-evaluatie na implementatie mogelijk te maken. Reeds bij het lanceren van een nieuw initiatief moet expliciet gemaakt worden (i) welke doelstelling(en) men met dit initiatief wil bereiken, (ii) welke criteria zullen gebruikt worden om succes of mislukking te evalueren en (iii) op welke wijze de nodige informatie zal verzameld en geregistreerd worden. Zie verder in afdeling 6 van dit advies.
- Het is wenselijk dat bij het opstellen van de jaarlijkse begroting rekening gehouden wordt met een meerjarenperspectief. Beslissingen over nieuwe initiatieven of besparingen voor het volgende jaar moeten immers beoordeeld worden met de daaropvolgende jaren in het achterhoofd. Het simulatiemodel PROMES biedt nuttige informatie voor een dergelijke oefening. Zie verder in afdeling 7.
- In deze eerste fase is het essentieel dat de Algemene Raad de agenda zet voor de komende legislatuur. Het is onrealistisch en onwenselijk dat de focus nu reeds te sterk zou liggen op specifieke initiatieven en operationele doelstellingen. Deze concrete initiatieven moeten passen in de breder geformuleerde GZD van dit advies en

geleidelijk aan worden uitgewerkt in de volgende jaren. In afdeling 6 gaan we dieper in op de tijdslijn die door GDOS wordt voorgesteld.

Een voorstel voor de GZD

In deze afdeling geven we een overzicht van belangrijke aandachtsdomeinen. We volgen de methode zoals die beschreven is in de vorige afdeling. We vertrekken dus van de indicatoren uit de meest recente performantierapporten (Gerkens et al., 2024; Bouckaert et al., 2020), waarop het Belgische gezondheidszorgsysteem onvoldoende presteert. Een gedetailleerd overzicht van deze indicatoren werd opgenomen als appendix 1. Omdat indicatoren onvermijdelijk beperkt zijn, hebben we ze in appendix 2 gegroepeerd in meer algemene aandachtsdomeinen. Het spreekt vanzelf dat deze (relatief enge) indicatoren inderdaad slechts als “indicatoren” mogen gezien worden, en dat de GZD niet tot deze indicatoren kunnen worden herleid. Het zou gevaarlijk zijn deze indicatoren als subdoelstellingen te bekijken. Zij zijn daar niet voor bedoeld en indien de financiering wordt ingezet op deze indicatoren, ontstaat het risico dat de inspanningen slechts worden ingezet op wat kan worden gemeten.

Zoals eerder vermeld, heeft onze benadering als nadeel dat mogelijke prioriteiten, die niet in het performantierapport aan bod komen, bv. omdat er (nog) geen goede indicatoren voor zijn, aan de aandacht kunnen ontsnappen. Ecologische duurzaamheid, de positie van langdurig zieken en de behandeling van zeldzame ziektes vormen belangrijke lacunes, die we daarom expliciet toevoegen.

Elk van deze geformuleerde GZD, met zijn subdoelen, wordt vervolgens in appendix 3 overgenomen en (voorlopig en tentatief) gescoord op zijn verwachte impact op elk van de verschillende aspecten van de Quintuple Aim. De doelen die verwacht worden op veel verschillende aspecten een impact te hebben, verdienen speciale aandacht gezien hun hoge ingeschatte bijdrage aan de verbetering van onze gezondheidszorg. Indien in de toekomst verder uitgewerkt, kan de oefening in appendix 3 een aanzet zijn voor het selecteren en motiveren van de vooropgestelde GZD.

We geven geen expliciete prioritering, omdat dat de opdracht is van de Algemene Raad. In dit eerste advies blijven we op een redelijk abstract niveau, wat aan de Algemene Raad de mogelijkheid biedt om de krijtlijnen voor het beleid van de volgende jaren uit te tekenen. Deze krijtlijnen kunnen/moeten later worden ingevuld in concrete operationele doelstellingen en projecten, waarvoor dan ook nieuwe indicatoren zouden kunnen/moeten ontwikkeld worden. Hiervoor zullen expert werkgroepen worden opgezet (zie ook verder in afdeling 6). Meer operationele doelstellingen zullen voorgesteld worden in toekomstige adviezen van GDOS.

We richten ons in dit advies in de eerste plaats op de federale competenties. Het is natuurlijk evident dat vele van de voorgestelde GZD (bv. geïntegreerde zorg en preventie) niet kunnen bereikt worden zonder nauwe interfederale samenwerking. We bespreken eerst twee belangrijke transversale GZD, gaan dan in op prioritaire beleidsdomeinen en vermelden tenslotte enkele belangrijke GZD die niet sterk aan bod komen in de performantierapporten. Het spreekt vanzelf dat sommige belangrijke elementen in verschillende GZD kunnen voorkomen: denken we bijvoorbeeld aan toegankelijkheid, aan de vermindering van de administratieve last en aan het welzijn van de professionals, aan de inbreng van de patiënten. We

hebben aparte GZD geformuleerd voor deze drie dimensies, en zullen ze niet altijd opnieuw vermelden bij andere GZD waar ze ook belangrijk kunnen zijn.

TRANSVERSALE GEZONDHEIDSZORGDOELSTELLINGEN

We bespreken eerst twee transversale doelstellingen die als hefboomen fungeren om de doelstellingen die in het tweede deel figureren te kunnen realiseren. Het maken van drastische vooruitgang op het vlak van deze eerste twee transversale gezondheidszorgdoelstellingen is een conditio sine qua non voor de realisatie van de daaronder geformuleerde gezondheidszorgdoelstellingen, gelabeld als prioritaire beleidsdomeinen. Ze zijn de randvoorwaarden waarbinnen de beleidsruimte wordt bepaald.

GZD1. Beter gebruik van data

- ***Er moeten verdere stappen gezet worden om digitalisering en verzamelen, delen en gebruiken van data van hoge kwaliteit (ook op het niveau van de individuele patiënt) te stimuleren.***
- ***Er moet werk gemaakt worden van een versnelde implementatie van het BIHR.***
- ***Er moet een gecoördineerde strategie ontwikkeld worden om het risico van cyberaanvallen te verminderen.***

Een eerste overkoepelende GZD, die van fundamenteel belang is om de andere GZD die hieronder opgelijst staan te realiseren, is het streven naar een beter gestructureerde inzameling en een beter gebruik van kwalitatief hoogstaande gegevens.

Het nut van een beter gebruik van data bevindt zich op twee niveaus. Enerzijds is een beter gebruik van data essentieel voor het monitoren en opvolgen van het zorgbeleid op macroniveau. We hebben reeds benadrukt dat goede data onontbeerlijk zijn voor de ex post-evaluatie van specifieke initiatieven, maar het zou een meer algemeen aandachtspunt moeten worden. Wanneer het beleid meer op expliciete GZD gestuurd wordt, kan dit een sterke impetus geven voor een evidence-based evaluatie van concrete initiatieven.

Anderzijds is de naadloze en veilige uitwisseling van gegevens op patiëntniveau (microniveau) noodzakelijk in het licht van de nood aan beter geïntegreerde zorg en meer interdisciplinaire samenwerking. Het is belangrijk om stappen te zetten in de richting van populatiemanagement. Er moeten middelen voorzien worden om het digitaliseren en delen van data te intensifiëren. De inspanningen rond de verdere uitbouw van het BIHR moeten worden verder gezet. Dit moet het mogelijk maken om de patiëntenzorg te optimaliseren en ook om redundantie in bepaalde onderzoeken/analyses te voorkomen. Zo zouden systemen voor beslissingsondersteuning geïmplementeerd kunnen worden die patiënt-specifieke data gebruiken om doelmatige zorg te implementeren en relevante richtlijnen en aanbevelingen te formuleren. Regelgeving met betrekking tot het gebruik van AI is noodzakelijk, waarbij zorgkwaliteit, medisch geheim, alsook diagnostische en therapeutische vrijheid van de zorgverlener niet uit het oog verloren mogen worden. De betere uitwisseling van zorgvuldig gestructureerde data kan ook

bijdragen tot een vermindering van de administratieve belasting van de zorgverleners.

De European Health Data Space integreert beide niveaus door de toegang van individuen tot en de controle over hun persoonlijke elektronische gezondheidsgegevens te verbeteren, terwijl het ook mogelijk wordt om bepaalde gegevens te hergebruiken voor doeleinden van algemeen belang, beleidsondersteuning en wetenschappelijk onderzoek.

Het spreekt vanzelf dat het meer intensief gebruik van individuele data slechts mogelijk is met voldoende aandacht voor een adequate beveiliging van deze (gevoelige) gegevens. Ook (maar niet enkel) in de ziekenhuizen moeten de risico's in verband met cyberbeveiliging worden gemonitord, en moet er een gecoördineerde strategie ontwikkeld worden om het risico van cyberaanvallen te verminderen.

GZD2. Verhogen van de doelmatigheid

- ***Er moet permanent gezocht worden naar specifieke verbeteringen in de richting van doelmatige appropriate care.***
- ***Er moet een dialoog op gang gebracht worden over de grote variaties in medische praktijken, met als uiteindelijke bedoeling deze variaties te reduceren.***

Het streven naar meer doelmatigheid en meer value based zorg is een van de fundamentele doelstellingen van het zorgbeleid en is - net als het beter gebruik van data – een rode draad die doorheen alle GZD loopt. We benadrukken hier toch expliciet dat het belangrijk is om specifieke initiatieven van appropriate care te blijven ontwikkelen waarbij een optimale kwaliteit van zorg wordt nagestreefd maar waarbij onnodige en/of ineffectieve zorg wordt teruggeschroefd. Hierdoor kunnen budgettaire middelen vrijgemaakt worden voor prioritaire GZD en kunnen het schaarse personeel en de uitrusting beter worden ingezet zonder in te boeten aan kwaliteit.

In deze context dient gewezen te worden op de zeer grote variaties in medische praktijken, zoals die gerapporteerd worden op de website [Vers une Belgique en bonne santé - Op weg naar een gezond België](#). Hoewel het aantal bezoeken aan de site voortdurend toeneemt, is er tot nu toe niet veel vooruitgang geboekt om over deze grote praktijkverschillen een dialoog op gang te brengen met wetenschappelijke en professionele verenigingen. Concrete actiepunten dienen geformuleerd en uitgevoerd te worden om deze variaties terug te dringen.

In sommige gevallen worden de medische richtlijnen niet optimaal opgevolgd. Dit is onder andere zichtbaar in het voorschrijfgedrag (in de eerste lijn) voor antibiotica, anticholinergica, antipsychotica, antidepressiva en benzodiazepines. Gezien de nadelige bijwerkingen van anticholinergica en antipsychotica op oudere patiënten, dient het gebruik van deze medicatie vermeden te worden bij deze patiëntenpopulatie, terwijl het gebruik ervan in woonzorgcentra hoog is. Ook in de ziekenhuiszorg kunnen nog vele voorbeelden van ondoelmatig gebruik van de middelen gevonden worden.

Binnen een context van snel stijgende farmaceutische uitgaven valt ook het beperkte gebruik van biosimilars op, wat het efficiënt gebruik van middelen niet ten goede komt.

PRIORITAIRE BELEIDSDOMEINEN

GZD 3. Betere organisatie van eerstelijnszorg en afstemming van de verschillende zorglijnen

- *Er moet ingezet worden op de ontwikkeling van multidisciplinaire eerstelijnssteams, die ook op een soepele manier samenwerken met actoren uit de tweede lijn.*
- *Er moet meer aandacht komen voor de toepassing van principes van populatiemanagement, waar ook rekening gehouden wordt met sociale, ecologische en digitale determinanten van gezondheid.*
- *Zeker voor patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit, zouden er individuele zorgplannen moeten ontwikkeld worden, met een duidelijke taakverdeling binnen het zorgteam en rekening houdend met de levensdoelen van de betrokken patiënt.*

Verschillende indicatoren in de performantierapporten wijzen op de noodzaak van een verdere herstructurering van de eerste lijn en op een betere afstemming van de verschillende zorglijnen. Meer coördinatie is wenselijk, en er moet meer aandacht zijn voor zorgcontinuïteit en voor de uitwerking en implementatie van coherente zorgplannen.

Continuïteit en integratie van zorg zijn voorwaarden om vlotte en gecoördineerde zorg voor patiënten te realiseren, in het bijzonder voor patiënten met een chronische aandoening. Deze continuïteit betreft het verloop van zorg over de tijd, maar ook tussen verschillende zorgactoren/instellingen/niveaus. Continue zorg kent verschillende dimensies. Deze dimensies omvatten de continuïteit van informatie, van de relatie met de patiënt, van de opvolging, en de coördinatie van zorg. De afwezigheid van een dergelijke continuïteit vertaalt zich vaak in een resem aan problemen, waaronder het dubbel uitvoeren van bepaalde onderzoeken, het toepassen van behandelingen die elkaar tegenwerken of ongewenste bijwerkingen veroorzaken, of een gebrek aan opvolging (zoals na een ziekenhuisopname), enz. Communicatie en afstemming tussen alle zorgverstrekkers die betrokken zijn in de behandeling van een patiënt, in samenspraak met de betrokken patiënt, vormen een cruciaal onderdeel in de realisatie van continuïteit. Zo zien we binnen de diabetes-populatie die insuline gebruikt reeds een goede coördinatie van zorg onder de vorm van zorgmodellen, maar dergelijke modellen worden nog niet voldoende gebruikt voor diabetes-patiënten die orale antidiabetica of niet-insuline injecteerbare oplossingen gebruiken. Bovendien laat de evaluatie van de verstrekte zorg bij deze laatste groepen momenteel te wensen over.

Continuïteit van zorg dient ook nog geoptimaliseerd te worden na ontslag (van een oudere patiënt) uit het ziekenhuis. Hoewel een contact met een huisarts binnen de eerste week na ontslag als zeer nuttig wordt beschouwd, ligt het aantal dergelijke contacten bij patiënten van 65 jaar of ouder nog steeds vrij laag. Overigens moet er ook voldoende aandacht zijn voor het zorgpad dat voorafgaand aan een hospitalisatie door de patiënt gevolgd wordt.

In het kader van continuïteit en coördinatie werd sinds 1 oktober 2017 het concept van de dienst “huisapotheker” ingevoerd door het RIZIV voor personen die naar een openbare apotheek gaan met een chronische ziekte. Deze dienst bestaat uit de geïndividualiseerde begeleiding van die patiënten, de opvolging en begeleiding in het goed gebruik van geneesmiddelen, het registreren van geleverde geneesmiddelen in het gedeeld farmaceutisch (elektronisch) dossier, het afleveren van een medicatieschema voor de patiënt, waartoe ook andere zorgverleners toegang hebben. Deze dienst werd ondertussen geëvalueerd en er werden verbetervoorstellen geformuleerd die nog niet allemaal geïmplementeerd werden. Hierbij moet erover gewaakt worden dat er voldoende afstemming is tussen de “huisapotheker” en de andere betrokken zorgverstrekkers.

Het aanbod van thuiszorgdiensten zal de komende jaren geleidelijk moeten toenemen als gevolg van de vergrijzing, de toename van chronische ziekten en de verschuiving naar ambulante zorg. Naarmate de verblijfsduur in het ziekenhuis korter wordt, zal een groter beroep moeten worden gedaan op een reeks zorgdiensten (ambulant en thuis) om de continuïteit van de zorg na het ziekenhuis te garanderen. Dit betekent dat de diensten voldoende uitgebreid moeten zijn om aan deze toename van de behoeften thuis te voldoen en ook in staat moeten zijn om snel te reageren op ongeplande zorgbehoeften. Er moet een duidelijk kader komen met specificatie van de wenselijke locatie voor elk type van zorg, met een versterking van dag- en thuishospitalisatie.

Ook binnen de re-integratie van langdurig zieken speelt de multidisciplinaire aanpak een belangrijke rol waar een afstemming tussen behandelende arts, arbeidsartsen en adviserende artsen van de mutualiteiten gecombineerd dient te worden met een grote inbreng van bv. psychologen, kinesitherapeuten en ergotherapeuten om een optimale uitkomst te bekomen.

Willen we deze concrete objectieven bereiken, dan moet er ingezet worden op de ontwikkeling van multidisciplinaire eerstelijnssteams, bestaande uit tenminste huisartsen, verpleegkundigen, psychologen, kinesitherapeuten, ... die op een gestructureerde wijze voor eenzelfde populatie een geïntegreerd zorgaanbod bieden en die in die setting een gezamenlijke verantwoordelijkheid opnemen door overleg en zorgplanning. Deze eerstelijnssteams kunnen onder één dak functioneren, maar ook de vorm aannemen van eerstelijnsnetwerken. Door taakdelegatie van huisartsen naar andere zorgverleners kan de zorg voor chronisch zieken, zoals patiënten met diabetes of COPD, verbeterd worden. Vooral bij langdurige zorg kunnen andere zorgberoepen een belangrijke rol spelen door de tijdrovende begeleiding van patiënten over te nemen. Dit stelt huisartsen in staat om zich te concentreren op complexe casussen, wat niet alleen de kwaliteit van zorg verhoogt, maar ook leidt tot een hogere patiënttevredenheid. Deze multidisciplinaire eerstelijnssteams moeten op een soepele wijze samenwerken met

professionals uit de tweede lijn. Ze moeten ook zo nauw als mogelijk verbonden zijn met de actoren in de welzijnssector, bv. de diensten van gezinshulp.

De ontwikkeling van multidisciplinaire teams moet het gebruik van evidence based protocollen stimuleren en een meer rationele taakverdeling en gebruik van diagnostiek en medicatie mogelijk maken. Hierbij moet ook gestreefd worden naar de toepassing van principes van populatiemanagement. Bij de uitbouw van zorg moet er ook voldoende aandacht zijn voor de bredere gemeenschap die de levenscontext vormt voor de betrokken patiënten. Populatiemanagement moet ook aandacht besteden aan sociale, ecologische en digitale determinanten van gezondheid. We hebben reeds onder GZD1 het belang van de gestructureerde verzameling en analyse van gedigitaliseerde individuele patiëntgegevens vermeld, die ook een cruciaal aspect vormt om een vlotte samenwerking te kunnen verzekeren binnen de context van multidisciplinaire teams. De versnelde implementatie van het BIHR kan hierbij van groot belang zijn. De ontwikkeling van multidisciplinaire teams vereist daarnaast ook een reflectie over nieuwe financieringsvormen.

Individuele zorgplannen spelen een belangrijke rol binnen de realisatie van continuïteit en coördinatie van zorg, en binnen de optimalisatie van de organisatie van zorg. Zeker bij chronische aandoeningen of situaties van multimorbiditeit kan de complexiteit hoog oplopen door de betrokkenheid van een brede resem aan zorgverleners/specialisaties. Een individueel zorgplan kan een antwoord zijn op deze complexiteit en fragmentatie door alle relevante informatie samen te brengen, en alle onderdelen van zorg op elkaar af te stemmen. Het opstellen ervan gebeurt per definitie in samenspraak met de patiënt. Het omvat onder andere de contactgegevens van alle leden van het zorgteam, de zorgdoelen van het zorgteam, de levensdoelen van de patiënt, en alle afspraken binnen het team waardoor duidelijkheid gecreëerd wordt omtrent wie wat opvolgt (taakverdeling/deadlines). De zorgplannen dienen idealiter niet alleen de perspectieven van de patiënt te omvatten, maar ook die van het zorgteam. Op deze manier kunnen de klinische en patiëntdoelen optimaal op elkaar afgestemd worden. Het spreekt vanzelf dat ook hier voldoende rekening moet gehouden worden met socio-economische ongelijkheden in het beroep doen op zorg en in de capaciteiten om informatie te verwerken.

Dergelijke zorgplannen figureren reeds in de formeel uitgewerkte zorgtrajecten die mede door het RIZIV uitgewerkt werden om de aanpak van chronische aandoeningen te optimaliseren. Zo werden er reeds zorgtrajecten uitgewerkt voor het beheer van diabetes Type 2, chronische nierinsufficiëntie en obesitas/eetstoornissen bij kinderen en jongeren. De invoering van nieuwe zorgtrajecten, die toegespitst worden op één aandoening, moet met de nodige voorzichtigheid gebeuren omwille van de toename van multimorbiditeit en het groeiend inzicht dat de zorg moet rekening houden met de bredere levensdoelen van de patiënten.

Binnen de eerste lijn moet er natuurlijk ook voldoende ruimte gecreëerd worden voor tand- en mondzorg en geestelijke gezondheidszorg. Deze sectoren verdienen omwille van hun multidimensionele problematiek speciale aandacht en worden daarom verder samengebracht onder een aparte GZD8.

GZD 4. Persoonsgerichte zorg en verhoogde betrokkenheid van de patiënten in functie van hun levensdoelen

- *Er moet ingezet worden op het regelmatig gebruik van gestandaardiseerde assessment en evaluatie-instrumenten (ICF, BelRAI, PREMS, PROMS, PRIMs). Er moet onderzocht worden welke combinatie van deze verschillende instrumenten het beste kan geïmplementeerd worden, ook met aandacht voor de administratieve belasting van de zorgverstrekkers.*
- *Patiënten moeten hun levensdoelen kunnen vastleggen in hun persoonlijk dossier.*
- *De inspanningen om de gezondheidsgeletterdheid van de bevolking te verbeteren moeten geïntensifieerd worden.*

Onder GZD3 kwam reeds duidelijk het belang naar voor van de inspraak van patiënten bij het vastleggen van het individuele zorgplan. Het streven naar persoonsgerichte zorg is echter belangrijk genoeg om het als aparte GZD op te nemen. Persoonsgerichte zorg streeft ernaar om mensen in staat te stellen om weloverwogen beslissingen te nemen over hun gezondheid en zorg, zodat ze met succes hun eigen welzijn kunnen beheren. Bij persoonsgerichte zorg wordt er een partnerschap gecreëerd tussen de zorgverlener en de patiënt (en mogelijk ook de naaste familie). Die zorg vereist een doeltreffende communicatie en gezamenlijke reflectie over de baten en kosten van verschillende manieren van behandeling. De patiënten dienen betrokken te worden door hen de nodige autonomie te geven om hun behandeling te beheren en geïnformeerde beslissingen te nemen. Hierbij wordt vanzelfsprekend rekening gehouden met hun eigen levensdoelen, die opgenomen worden in hun persoonlijk dossier (bij voorkeur het BIHR). Er wordt ook over gewaakt dat alle groepen van de bevolking kunnen beroep doen op zorg van hoge kwaliteit (zoals door hen persoonlijk ervaren).

Het hanteren van persoonsgerichte zorg speelt overigens een belangrijke rol in de herintegratie van langdurig zieken in de maatschappij. Door de inhoud van de zorg af te stemmen op de patiënt wordt de opening gecreëerd om arbeidsartsen en adviserende artsen van de mutualiteiten te betrekken in het zorgplan van de patiënten.

De meeste indicatoren in het performantierapport suggereren dat de patiënten globaal genomen tevreden zijn over de eerstelijnszorg. Er blijft echter wel een probleem met de verstrekking van informatie en de betrokkenheid van de patiënten bij het opstellen van de behandeldoelen. In het licht van de vergrijzing, de toenemende multimorbiditeit en de toename van het aantal chronisch zieken, is communicatie met de patiënten over hun levensdoelen nochtans van groeiend belang.

Om de betrokkenheid van de patiënt binnen ons zorgsysteem in kaart te brengen en te bevorderen, kan het gebruik van brede assessment instrumenten een belangrijke rol spelen. We kunnen hierbij denken aan BelRAI en aan de door de WHO ontwikkelde ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Deze aan elkaar verwante instrumenten bieden een bredere kijk op

gezondheid, waarbij niet alleen ziekte, maar ook de functionele beperkingen en mogelijkheden van een patiënt centraal staan. Dit draagt bij aan de visie van de patiënt als "de centrale speler" in het zorgproces, oftewel de "patiënt in de cockpit". Door de patiënt actief te betrekken bij de bespreking van zijn of haar functioneren, kunnen zorgverleners een zorgplan opstellen dat niet alleen de medische diagnose behandelt, maar ook het dagelijks functioneren en de persoonlijke doelen van de patiënt. Dit versterkt de autonomie van de patiënt in het zorgproces en bevordert de samenwerking tussen de zorgverlener en de patiënt. Het zou doelmatig zijn dat er gewerkt wordt in de richting van het gebruik van één assessment instrument, dat de complementariteit tussen de reeds bestaande systemen exploiteert.

In combinatie met patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (PROMs), ervaringsmaten (PREMs) en metingen van incidenten, vooral in een ziekenhuiscontext (PRIMs), versterkt het gebruik van gestandaardiseerde assessment instrumenten de betrokkenheid van de patiënt. Waar PROMs de waargenomen resultaten van de behandeling evalueren, waaronder de ervaren symptomen, levenskwaliteit, fysiek functioneren en psychologisch welzijn, kan een bredere assessment een raamwerk bieden om deze uitkomsten te plaatsen in de context van functioneren, activiteiten en participatie. Dit maakt het mogelijk om gedetailleerder te begrijpen hoe zorg de algehele gezondheid en het welzijn beïnvloedt. De PREMs meten hoe zorggebruikers de gezondheidszorg ervaren en verwijzen naar praktische aspecten van de zorg. Dit omvat aspecten zoals de ervaren toegankelijkheid, coördinatie en continuïteit van zorg. De PRIMs meten de door de patiënt gerapporteerde veiligheidsincidenten. De gevolgen van een veralgemeende implementatie van deze maatstaven moet verder onderzocht worden, waarbij vanzelfsprekend ook moet gewaakt worden over de administratieve last voor de verstrekkers.

In deze context moet ook gewezen worden op het probleem van onvoldoende gezondheidsvaardigheden bij de Belgische bevolking. Gezondheidsvaardigheden worden gedefinieerd als "de kennis, motivatie en competenties van mensen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te beoordelen en toe te passen om oordelen te vellen en beslissingen te nemen in het dagelijks leven met betrekking tot gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering om de kwaliteit van leven doorheen de levensloop te behouden of te verbeteren (Sorensen et al., 2015)". Het gebrek van dergelijke vaardigheden toont nogmaals het belang aan van zorg en communicatie op maat van de patiënt. Beperkte gezondheidsvaardigheden worden in verband gebracht met een slechte gezondheid, inadequaat gezondheidsgerelateerd gedrag, gebrekkige therapietrouw en zelfzorgbeheer en uiteindelijk hogere sterftcijfers. Een laag niveau van gezondheidsgeletterdheid staat in relatie tot een groter gebruik van gezondheidsdiensten, in het bijzonder de gespecialiseerde zorg. Het kan ook gedeeltelijk het ondergebruik van gratis gezondheidsgoederen of -diensten, zoals georganiseerde borstkankerscreening, verklaren. Vanuit het beleid is er nood aan identificatie van de personen met lage gezondheidsvaardigheden en aanpassing van communicatie naar deze mensen toe. Informatie vanuit de overheid en de ziekenfondsen moet makkelijk toegankelijk en helder zijn. Een

specifiek aandachtspunt hierbij is het wegwerken van administratieve drempels die de toegang tot de zorg bemoeilijken. Hierbij moet er ook aandacht zijn voor socio-economische verschillen in de vaardigheden om gebruik te maken van nieuwe digitale communicatiekanalen (de zgn. “digital divide”). Natuurlijk spreekt het vanzelf dat het adequaat informeren van de bevolking verder gaat dan het niveau van de volksgezondheid en ook inspanningen op andere domeinen zal vergen (volgens het health-in-all-politics principe).

GZD 5. Betere toegankelijkheid van zorg

- *Om de financiële toegankelijkheid te verbeteren, moet speciale aandacht uitgaan naar de supplementen. Het verhogen van de conventioneringsgraad door een hervorming van het conventiesysteem is daarvoor essentieel.*
- *De geografische beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel vormt een groeiende uitdaging voor de toegankelijkheid, vooral door de ongelijke geografische spreiding van de graad van conventionering van de zorgverstrekkers. Deze bekommernis moet mee opgenomen worden bij de herorganisatie van de zorg (zie GZD6).*
- *Er moet blijvende aandacht zijn voor de beschikbaarheid van essentiële geneesmiddelen.*
- *Verschillen in kwaliteit en aangepastheid van zorg tussen socio-economische groepen dienen weggewerkt te worden.*

Toegankelijkheid van zorg heeft verschillende dimensies. In de eerste plaats zijn er ongelijkheden in de mate waarin de behoeften van verschillende sociale groepen worden geïdentificeerd en het voorkomen van aandoeningen zoveel als mogelijk wordt vermeden. Dit betreft niet uitsluitend, maar toch ook, inspanningen van preventie en screening, die we verder behandelen onder GZD7. Drie andere dimensies (financiële toegankelijkheid, de mate waarin gezondheidsdiensten geografisch goed toegankelijk en tijdig beschikbaar zijn, en horizontale rechtvaardigheid (gelijke behandeling bij een gelijk ziektebeeld) komen in deze afdeling aan bod. De nood aan een verbeterde administratieve toegankelijkheid door het aanbieden van heldere informatie en het wegwerken van administratieve drempels werd reeds geformuleerd onder GZD 4 en gaat gepaard met een noodzakelijke verbetering in gezondheidsgeletterdheid van de bevolking. De dimensie van bekendheid van informatie verdient hierbij bijzondere aandacht om te verzekeren dat de heldere informatie die aangeboden wordt ook effectief de bevolking bereikt. Andere dimensies (zoals ongelijke toegang tot informatie) werden reeds behandeld onder andere GZD. We concentreren ons in deze afdeling in de eerste plaats op socio-economische ongelijkheden, maar het spreekt vanzelf dat ook andere factoren, zoals de genderongelijkheden, niet uit het oog verloren mogen worden.

1. Financiële toegankelijkheid van het zorgsysteem voor de bevolking is één van de voorwaarden voor een goed werkend gezondheidszorgsysteem. Wanneer mensen geconfronteerd worden met grote financiële kosten voor gezondheidszorg

heeft dat twee mogelijke effecten. In de eerste plaats is het mogelijk dat die kosten een “catastrofaal” groot aandeel in hun totale bestedingen (vaak gedefinieerd als meer dan 40% van de betalingscapaciteit van een huishouden) gaan innemen waardoor andere, voor hun welzijn belangrijke, uitgaven verdrongen worden. In de tweede plaats kan het onvermogen om voor zorg te betalen zich vertalen in het beperken of uitstellen van noodzakelijke zorg. Dit kan op zijn beurt leiden tot een verdere achteruitgang van de gezondheidstoestand van het individu en bijgevolg tot een verdere verhoging van de kosten voor zowel patiënt als zorgsysteem. Hoewel financiële toegankelijkheid van groot belang is voor de gehele populatie, treft het gebrek eraan uiteraard vooral de gezinnen met lage inkomens. In een internationaal perspectief blijven de eigen betalingen van de patiënten (als % van het huishoudbudget) in België zeer hoog.

Problemen van financiële toegankelijkheid hangen in de Belgische context in de eerste plaats samen met (a) de niet-terugbetaling van gezondheidsdiensten die niet of slechts gedeeltelijk opgenomen zijn in het verzekerde pakket (zoals brillen, hoorapparaten, dure tandprotheses en sommige geneesmiddelen) en (b) het gebruik van supplementen. De publieke ziekteverzekering biedt hier immers geen bescherming voor. Het recente verbod (sedert januari 2025) op aanrekenen van supplementen in ambulante zorg bij sociaal en financieel kwetsbare patiënten zet hierbij reeds een belangrijke stap in de juiste richting om de meest kwetsbaren in onze maatschappij te beschermen.

De problematische situatie op het vlak van supplementen kan mede verklaard worden door de afname van het aantal geconventioneerde artsen, tandartsen en paramedici, en door de financiële impact van het gebruik van supplementen op vergoedbare verstrekkingen. De afname van de conventionering is bijzonder acuut bij tandartsen, kinesitherapeuten, en specialismen zoals fysische geneeskunde, dermatologie, orthopedie, urologie, plastische chirurgie, oogheelkunde, KNO, stomatologie en gynaecologie. De situatie wordt verder gecompliceerd door de grote geografische verschillen in de conventioneringsgraad.

Andere potentieel belangrijke maatregelen zijn een uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling, de verbetering van de financiële toegankelijkheid tot voorgeschreven niet-terugbetaalde geneesmiddelen (categorie D) en andere niet vergoedbare maar nodige zorg- en hulpmiddelen, en de uitbreiding van het toepassingsgebied van de maximumfactuur.

De sociale bescherming is thans in grote mate gebaseerd op het Verhoogde Tegemoetkoming-statuuut. Dit concept heeft echter duidelijke beperkingen. In het licht van de toename van de prevalentie van chronische ziekten, zou er een betere sociale bescherming moeten ontwikkeld worden voor mensen die door de chroniciteit van hun aandoening moeilijkheden ondervinden om toegang te krijgen tot zorg, hetzij financieel, hetzij anderszins. In deze context zou de creatie van een nieuw statuut van “beschermd patiënt” geanalyseerd kunnen worden, gebaseerd op het statuut van “chronische aandoening” (zie de suggestie in Maertens de Noordhout et al., 2022).

2. Een tweede facet van toegankelijkheid is de **beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel**, en meer in het algemeen, van **geschikte gezondheidszorgdiensten**. Dit betreft meer specifiek zaken als het aantal actieve gekwalificeerde zorgverleners en beschikbare bedden of plaatsen in de verschillende sectoren. Gedeeltelijk als gevolg van de beperkte beschikbaarheid van zorgverstrekkers is er een toename van de wachttijden, die in sommige gevallen een bedreiging vormen voor de toegankelijkheid. Mede door de verschillen in conventioneringsgraad, vormt de slechte geografische spreiding van artsen en andere zorgverleners een groeiende uitdaging voor de toegankelijkheid. Dit betekent natuurlijk niet dat het aanbod van voorzieningen in een periode van arbeidsschaarste onbeperkt kan uitgebreid worden (zie GZD6).

Wat betreft de beschikbaarheid van gezondheidsdiensten, is er ook groeiende ongerustheid over de **beschikbaarheid van essentiële geneesmiddelen**. Het aantal meldingen van tijdelijk niet beschikbare verpakkingen van geneesmiddelen voor menselijk gebruik met een kritieke impact kent een ongewenste stijgende trend gedurende de laatste jaren. **Deze trend blijft zorgwekkend, ook wanneer de bijkomende kost voor de patiënten van het invoeren of vervangen van essentiële geneesmiddelen die niet beschikbaar zijn in de Belgische voorraden wordt terugbetaald.**

3. Er blijven ook opvallende **verschillen in de behandeling** van verschillende socio-economische groepen. Volgens het principe van horizontale rechtvaardigheid zouden mensen met identieke zorgbehoeften ook dezelfde (toegang tot) behandeling moeten krijgen, ongeacht hun andere kenmerken. Wanneer effectief zorggebruik gecorrigeerd wordt voor zorgnood, blijken mensen in een financieel precaire situatie (zoals werklozen of mensen met een risico op armoede) echter nog steeds minder dan gemiddeld beroep te doen op bepaalde types zorg, zoals specialistische zorg en tandzorg (Bouckaert et al., 2020). Anderzijds gaan deze groepen meer naar de spoeddienst. In het algemeen moet er aandacht zijn voor de beschikbaarheid van kwalitatief hoogstaande zorg voor alle lagen van de bevolking.

GZD6. Hervorming van de gezondheidsberoepen en welzijn van de professionals

- ***Het potentieel van nieuwe technische mogelijkheden (zoals bv. telemonitoring) moet actief geëxploreerd worden.***
- ***Administratieve vereenvoudiging blijft noodzakelijk om de werklast van de professionals te verlagen en ruimte te creëren voor rechtstreeks contact met de patiënten.***
- ***Er moet gestreefd worden naar een flexibele inzet van het personeel in gestructureerde zorgteams waarbij de bestaande beschotten tussen formele kwalificaties doorbroken worden om vlot en goed samen te werken met behoud van kwaliteit van de zorg.***

De personeelsproblemen die hierboven werden geschetst hebben niet alleen een impact op de toegankelijkheid of kwaliteit van zorg, maar ook op het welzijn van de professionals. De staffing problemen zijn welbekend en worden duidelijk bevestigd in de beschikbare indicatoren. Het aantal patiënten/bewoners per verpleegkundige in ziekenhuizen en woonzorgcentra is te hoog in vergelijking met de kwaliteitsnormen. Zo denkt bijna de helft van het zorgpersoneel in ziekenhuizen dat de personeelsbezetting in ziekenhuizen onvoldoende is om de werklast en werktijden aan te kunnen die nodig zijn om patiënten de beste zorg te kunnen bieden. In steeds meer huisartsenpraktijken is er een patiëntenstop. Deze problemen kunnen niet enkel aangepakt worden door een uitbreiding van het aanbod, zelfs niet in de onrealistische veronderstelling dat die uitbreiding gemakkelijk zou kunnen gerealiseerd worden. De reorganisatie van de eerste lijn met grotere multidisciplinaire praktijken (zie GZD3) zou een belangrijke stap in de goede richting zijn. En er moet ook creatief en open gedacht worden over het optimale aanbod van ziekenhuisdiensten, met oog voor de kwaliteit van de dienstverlening.

Nieuwe technische mogelijkheden (zoals bv. telemonitoring) kunnen ertoe bijdragen om de personeelsschaarste gedeeltelijk te compenseren en hun potentieel moet daarom ook actief geëxploreerd worden.

Het welzijn van de professionals moet een grote bekommernis zijn voor het beleid in de toekomstige jaren. Financiële prikkels zijn noodzakelijk om de aantrekkelijkheid van de gezondheidsberoepen te verhogen. Financiële prikkels zijn echter onvoldoende. De gezondheidsberoepen kunnen ook aantrekkelijker gemaakt worden door de organisatie van het systeem te veranderen. Er moet sterk ingezet worden op administratieve vereenvoudiging om de werklast te verlagen en meer ruimte te creëren voor direct contact met de patiënten.

Meer fundamenteel vereist de evolutie naar meer geïntegreerde zorg ook een hervorming in de zorgberoepen. Binnen de multidisciplinaire praktijken waarover sprake in GZD3 is er ruimte voor praktijkverpleegkundigen en praktijkassistenten. Er moet gestreefd worden naar een flexibele inzet van het personeel in gestructureerde zorgteams waarbij de bestaande beschotten tussen formele kwalificaties doorbroken worden om vlot en goed samen te werken. België kent een hoog opleidingsniveau in verschillende gezondheidszorgberoepen, en er is vaak een grote kloof tussen de competenties waartoe professionals worden opgeleid en de verantwoordelijkheden die ze in de gezondheidszorg effectief mogen opnemen. Deze kloof moet gedicht worden. Idealiter zou de erkenning van de actuele competenties van de gezondheidsberoepen worden opgenomen in een herziening van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Dit zou niet alleen bijdragen aan een betere positionering en waardering van deze beroepen, maar kan ook helpen om de uitstroom uit het beroep tegen te gaan.

GZD 7. Meer inzetten op sensibilisering, preventie en screening

- ***Het beleid moet zich sterk richten op vroegdetectie en doelgroepgerichte vaccinatie.***

- *De prevalentie van zorginfecties bij gehospitaliseerde patiënten moet gereduceerd worden.*
- *Levensstijlfactoren (roken, tabak, voeding, beweging) vormen één van de belangrijkste prioritaire risicofactoren voor de gezondheid. Verschillende beleidsinstrumenten moeten ingezet worden om een meer gezonde levensstijl te bevorderen.*
- *In plaats van te individualiseren en culpabiliseren, moet de overheid inzetten op het creëren van een gezondheidsbevorderende omgeving.*
- *Socio-economische verschillen in effectiviteit van preventie en screening dienen aangepakt te worden.*
- *Zeker voor preventie en screening moeten samenwerking en gegevensdeling tussen de federale en de gefedereerde entiteiten verankerd worden in duidelijke akkoorden.*

Het relatieve falen van de preventieve zorg in België vertaalt zich in een vrij hoge vermijdbare sterftegraad in België die zich boven het EU-gemiddelde bevindt. Een sterfgeval wordt namelijk als vermijdbaar beschouwd als deze vermeden had kunnen worden door effectieve interventies op het gebied van volksgezondheid en preventie. Primaire, secundaire en tertiaire preventie moeten dan ook een centrale plaats krijgen in het beleid.

Het verbeteren van preventieve zorg betreft een gedeelde bevoegdheid tussen de federale en de gefedereerde entiteiten. Een gecoördineerde aanpak is dus absoluut noodzakelijk. Er moet een haalbaar bestuursmodel uitgewerkt worden, waarbij samenwerking en gegevensdeling verankerd worden in duidelijke akkoorden.

Vele indicatoren wijzen op de suboptimale performantie van België op het gebied van preventieve zorg via **overheidsprogramma's**, waaronder vaccinatie en screening. Verschillende doelstellingen met betrekking tot vaccinatiegraad worden niet behaald. Zo liggen voor de tweede dosis van het mazelen-bof-rubella vaccin en voor volledige vaccinatie tegen HPV bij meisjes de vaccinatiegraden lager dan de doelstelling van de WHO (Grammens et al., 2021). Ook de vaccinatiegraad tegen het rotavirus in Brussel en Wallonië verdient bijzondere aandacht. Daarnaast is de deelname aan screeningprogramma's voor borstkanker, baarmoederhalskanker of colorectale kanker te laag en spelen socio-economische verschillen een belangrijke rol binnen de ongelijke verdeling in deelname aan screening. Deze socio-economische verschillen in participatiegraad suggereren dat er andere dan financiële barrières in rekening dienen genomen te worden, aangezien zelfs gratis gezondheidsgoederen of -diensten, zoals georganiseerde borstkankerscreening, gekenmerkt worden door onderconsumptie met een belangrijke sociale gradiënt. Ook het regelmatig contact met de tandarts vormt een belangrijk onderdeel van preventieve gezondheidszorg dat aanzienlijk verbeterd dient te worden. Onze gezondheidszorg dient in te spelen op het evoluerende veld van mogelijkheden van detectie van ziekten in een vroegtijdig stadium, waar evolutie kan geremd worden of complicaties kunnen vermeden worden (vb. Type 2 diabetes, Type 1 diabetes, overgewicht, vroege stadia COPD...). Er moet hierbij voldoende aandacht zijn voor seksuele gezondheid met klemtonen op preventie

van soa's en van ongewenste zwangerschappen (door verhoogd gebruik van anticonceptie). Vroegdetectie is ook van bijzonder groot belang in de geestelijke gezondheidszorg.

Ook tertiaire preventie speelt een belangrijke rol binnen het verzekeren van veilige zorg door te vermijden dat het gezondheidszorgsysteem schade berokkent aan de patiënt. De prevalentie van zorginfecties bij gehospitaliseerde patiënten kan geïnterpreteerd worden als een maat voor de effectiviteit van maatregelen voor infectiepreventie. In België blijft deze prevalentie vrij hoog ten opzichte van Europese standaarden en kent deze geen positieve evolutie over de tijd.

Hoewel er op overheidsniveau veel initiatieven genomen kunnen worden om aandoeningen te vermijden of vroegtijdig op te sporen, speelt de levensstijl van het **individu** een bepalende rol binnen zijn gezondheid. De mate van gezondheidsgeletterdheid (zie GZD4) is hier natuurlijk een belangrijke factor, maar individuele keuzes worden vanzelfsprekend sterk beïnvloed door de **omgeving**, vaak gestuurd vanuit de industrie. In plaats van te individualiseren en culpabiliseren, moet de overheid daarom inzetten op het bewaken van een gezondheidsbevorderende omgeving, oa via het reguleren van productformulering, reclame, prijszetting, restrictie van verkooppunten, leeftijdslimieten. Hierbij moet speciale aandacht besteed worden aan socioeconomische ongelijkheden. Dit beleid overstijgt natuurlijk het domein van de gezondheidszorg in enge zin en wijst nogmaals op het belang van "health in all policies".

Gebruik van tabak en alcohol, het gewicht, de mate van lichaamsbeweging, en de voedingsgewoonten zijn belangrijke determinanten van gezondheid. Al deze leefstijlfactoren worden ook in het Interministerieel Akkoord over de gezondheidsdoelen als prioritaire risicofactoren vermeld. Hoewel het aantal rokers afneemt en onder de gemiddelde prevalentie in de EU-15 ligt, dient preventie nog steeds voortgezet te worden en zich nog meer te richten op mensen met een lagere sociaaleconomische achtergrond. Het selectieve verbod om vapes te verkopen is een belangrijke stap in de goede richting, maar kan worden uitgebreid. Het alcoholgebruik daalt weliswaar, maar blijft toch hoog in België, en zeker jongeren zijn een belangrijke doelgroep waarvoor strategieën voor alcoholpreventie ontwikkeld dienen te worden. Zoals in de meeste geïndustrialiseerde landen, vormt ook overgewicht een belangrijk probleem, met bovendien een veel hogere prevalentie onder mensen met een lager opleidingsniveau. Het Belgische dieet voldoet niet aan de WHO-voedingsrichtlijnen. Op het niveau van lichaamsbeweging scoort België eveneens ondermaats. Minder dan 30% van de volwassen bevolking voldoet aan de WHO-aanbevelingen om gedurende de week ten minste 150 minuten aan matige intensiteit aerobe fysieke activiteit te doen. Ook bij kinderen worden de WHO-aanbevelingen omtrent fysieke activiteit door de meerderheid niet gehaald.

Een laatste belangrijke determinant van gezondheid is die van luchtkwaliteit. Hoewel de blootstelling aan stikstofdioxide afneemt in België, blijft meer dan 80% van de bevolking blootgesteld worden aan waarden boven de WHO-richtlijn, meestal in stedelijke gebieden.

GZD 8. Sectoren die speciale aandacht verdienen

Een aantal specifieke sectoren worden geconfronteerd met een simultane combinatie van verschillende problematieken (bv. toegankelijkheid, preventie, nood aan een meer gecoördineerde benadering) die reeds hierboven besproken zijn, en verdienen bijgevolg specifieke aandacht. Dit kan zich vertalen in een noodzakelijke reservering binnen het globale budget. Het blijft hierbij natuurlijk belangrijk om te benadrukken dat “specifieke” aandacht niet betekent dat deze sectoren los van de andere beleidsdomeinen moeten gezien worden. Integendeel, hervormingen binnen deze sectoren moeten passen in de meer algemene hervorming van de eerste lijn zoals die geschetst werd onder GZD3.

Tand- en mondzorg

- ***Het regelmatig en preventief tandartsbezoek moet worden gestimuleerd, mede door een verbetering van de financiële toegankelijkheid.***
- ***Binnen het verzekerde pakket moet meer ruimte gecreëerd worden voor orthodontie en parodontologie..***
- ***Tand- en mondzorg moeten geïntegreerd worden in de globale reorganisatie van de eerste lijn, zoals beschreven onder GZD3.***

De sector van de tand- en mondzorg verdient bijzondere aandacht aangezien deze sector slecht scoort op verschillende gebieden. Het regelmatig en preventief tandartsbezoek ligt relatief laag en bovendien is er een grote socio-economische ongelijkheid. Vooral bij ouderen schiet de huidige tand- en mondzorg tekort. Bovendien zijn er ook blijvende lacunes in de verzekeringsdekking voor gespecialiseerde tandzorg, bv. voor parodontologie en orthodontie. De malaise wordt verder geïllustreerd door een zeer lage conventioneringsgraad bij tandartsen, een frequent gebruik van supplementen, en (daaruit volgende) hoge eigen bijdragen voor de patiënt. Een grondige aanpak van deze uitdagingen vereist een globale reorganisatie van de tandzorg, in lijn met de algemene principes die onder GZD3 werden beschreven, d.w.z. een integratie in een multidisciplinaire eerste lijn.

Dat tandzorg niet alleen in België een uitdaging vormt, blijkt uit het wereldwijd actieplan voor de mondgezondheid dat bekend gemaakt werd door de WHO (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>). De vier pijlers van het Belgisch actieplan dat aansluit bij het WHO-actieplan liggen in lijn met de indicatoren die als problematisch bestempeld werden op basis van het KCE rapport. Het plan focust zich met name op:

- 1) Een verbetering van de mondgezondheid door middel van initiatieven die de toegang tot preventieve zorg vergroten (voornamelijk de verantwoordelijkheid van het RIZIV);
- 2) Een verbetering van het collectieve promotie- en preventiebeleid voor mondzorg op het niveau van de gefedereerde entiteiten
- 3) Een verbetering van de mondgezondheid bij kinderen, jonge volwassenen en kwetsbare personen (opzetten van gezamenlijke programma's tussen de gemeenschappen/gewesten en de federale overheid);

4) De link leggen tussen andere beleidsmaatregelen voor gezondheidsbevordering en mond- en tandgezondheid. Bestrijding van de armoede is hierbij bijzonder belangrijk.

Parallel aan de geformuleerde GZD's in deze nota, benadrukt het actieplan 100% mondgezondheidspreventie ook het belang van beter gebruik van data. Het aanleggen van een geautomatiseerd tandheelkundig dossier, best gekoppeld aan het BIHR, en een adequate monitoring van patiënten vormen een belangrijke voorwaarde om de positieve effecten van het actieplan niet te beperken tot preventie, maar deze ook achteraf te vertalen naar de curatieve zorg.

Geestelijke gezondheidszorg

- ***De investeringen in de geestelijke gezondheidszorg moeten verder gezet worden met als uiteindelijke doelstelling een geïntegreerd aanbod van ambulante en residentiële zorg.***
- ***De netwerken GGZ spelen een belangrijke rol in de uitbouw van geïntegreerde zorg. In de eerste lijn moet de GGZ een belangrijk element worden in de uitbouw van de multidisciplinaire teams waarvan sprake onder GZD3.***
- ***De uitbouw van de GGZ moet gebeuren in nauwe samenwerking tussen de federale en de gefedereerde entiteiten***

De indicatoren in verband met geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zoals die opgenomen werden in het performantierapport zijn over het algemeen niet positief. Gedurende de laatste jaren zijn er op dat gebied wel belangrijke inspanningen geleverd en het is belangrijk dat deze hervormingen geconsolideerd worden. De GGZ is typisch een domein waar de nood aan geïntegreerde zorg (zie GZD3) zeer nadrukkelijk naar voor komt. Zo zouden forensische zorg en verslavingszorg beter moeten geïntegreerd worden binnen de reguliere zorg. De geschiktheid van het voorschrijfpatroon binnen de GGZ populatie dient vooruitgang te boeken. De GGZ is vanzelfsprekend ook bij uitstek een domein waarbij intensieve samenwerking met de gemeenschappen onontbeerlijk is. Het gebrek aan (gestructureerde) data is bijzonder problematisch binnen de sector van de GGZ, en de nood aan dergelijke data wordt vooral groot bij de uitbouw van inter- en transdisciplinaire samenwerkingen.

De uitbouw van geïntegreerde zorg veronderstelt dat er gestreefd wordt naar complementariteit van het aanbod in de eerste lijn (onder meer via de RIZIV conventie psychologische zorg in de eerste lijn) met het zorgaanbod voor meer complexe problemen. Die laatste moeten op een gecoördineerde wijze worden aangepakt, waarbij een evenwicht tussen ambulante en residentiële zorg wordt nagestreefd. De netwerken GGZ moeten een belangrijke rol spelen bij de uitbouw van integrale zorg en moeten sterk inzetten op een duidelijke communicatie omtrent het beschikbare zorgaanbod. In algemene ziekenhuizen dient er een betere screening van psychiatrische stoornissen te gebeuren via samenwerkingen met psychiatrische ziekenhuizen en mobiele teams.

Speciale aandacht moet hierbij uitgaan naar zeer kwetsbare groepen van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Ook in de geestelijke

gezondheidszorg blijven er bovendien grote socio-economische ongelijkheden. De nood aan een vroege detectie van problemen is hier wellicht nog urgenter dan in andere domeinen van de gezondheidszorg. Bovendien moet de preventie hier scherp vanuit een public health perspectief bekeken worden, met aandacht voor factoren in de sociale en ecologische omgeving en voor andere maatschappelijke instituties (zoals onderwijs en werk).

Belangrijke lacunes

Ecologische duurzaamheid van het gezondheidszorgsysteem

- ***Er moeten indicatoren ontwikkeld worden om de prestaties van het Belgische gezondheidssysteem op het gebied van milieuduurzaamheid te beoordelen.***
- ***Er moeten gerichte inspanningen ontwikkeld worden om de ecologische afdruk van ziekenhuisactiviteit te verminderen.***

De ecologische duurzaamheid van het gezondheidszorgsysteem is tot op heden nog niet (voldoende) onderzocht. Zowel de impact van het zorgsysteem op onze omgeving, als de impact van ecologische veranderingen op ons zorgsysteem zijn hierbij van belang. Zo heeft België zich geëngageerd om duurzame gezondheidssystemen te ontwikkelen met als doel klimaatneutraliteit tegen 2050. De indicatoren die zullen resulteren uit de KCE-studie ("Studie 2024-13 (HSR)") kunnen eventueel gebruikt worden als indicatoren om de prestaties van het Belgische gezondheidssysteem te beoordelen in termen van milieuduurzaamheid. Veel ziekenhuizen zijn al bezig met een grondige reflectie over de milieu-impact van ziekenhuisactiviteit, met aandacht voor (onder meer) de CO₂-uitstoot, het geproduceerde afval (conventioneel en medisch), de transportactiviteiten, de opwerking van afvalwater (vooral besmet met antibiotica en ontstekingsremmers). Deze collectieve inspanning moet ondersteund en versterkt worden om de ecologische voetafdruk van ziekenhuisactiviteit te verminderen.

De impact van klimaatverandering en milieuvervuiling op onze gezondheid, en specifiek op de ontwikkeling van chronische aandoeningen, dient ook nog verder in kaart gebracht te worden om gerichte acties te kunnen ondernemen.

Zeldzame ziekten

- ***Er moet blijvende aandacht zijn voor de specifieke problemen die rijzen rond de behandeling van zeldzame ziekten.***

Mensen die getroffen worden door een zeldzame ziekte worden structureel geconfronteerd met een grotere uitdaging om een optimale gezondheidssuitkomst en levenskwaliteit te bereiken. Verschillende van de reeds geformuleerde GZD's (bv. verzameling en uitwisseling van informatie, persoonsgerichte zorg met aandacht voor de levensdoelen van de patiënt, uitbouw van multidisciplinaire teams, toegankelijkheid van zorg en van geneesmiddelen) krijgen binnen de context van zeldzame ziekten een specifiek invulling. Samenwerking en concentratie van deskundigheid, ook op Europees niveau, zijn hierbij essentieel.

Verdere uitwerking en opvolging

Dit advies tekent de grote krijtlijnen uit waarbinnen de brede gezondheidszorgdoelstellingen voor deze legislatuur kunnen geformuleerd worden. Het spreekt vanzelf dat deze krijtlijnen op zichzelf nog te vaag en algemeen blijven om het beleid concreet te sturen. Voor de prioritaire GZD moeten zo snel mogelijk meer specifieke doelstellingen worden vastgelegd, vertaald in indicatoren die dan verder kunnen opgevolgd worden. Voorbeelden van indicatoren uit het performantierapport werden opgenomen als appendix 2 van dit rapport, maar ze zijn enkel opgenomen ter illustratie.

De formulering van indicatoren is inderdaad een delicate oefening. Concrete kwantitatieve indicatoren zullen veel aandacht naar zich toe trekken en daar zijn risico's aan verbonden. In de eerste plaats, zoals reeds eerder benadrukt, moet vermeden worden dat indicatoren op zichzelf als doelstellingen gaan functioneren, waarbij streven naar betere waarden voor de indicatoren het streven naar betere fundamentele resultaten gedeeltelijk verdringt. In de tweede plaats moet de lijst van indicatoren ook evenwichtig zijn samengesteld. Het heeft geen zin een te lange lijst van indicatoren te formuleren: hoe meer initiële mogelijkheden, hoe belangrijker de keuze ertussen. Bovendien mogen die indicatoren niet onevenwichtig verdeeld zijn over de verschillende GZD. Alle GZD die belangrijk worden geacht moeten vertegenwoordigd zijn. In de derde plaats mag de voorkeur voor scherp geformuleerde kwantitatieve indicatoren niet tot gevolg hebben dat aan goede, meer kwalitatieve, informatie minder belang wordt gehecht. Soms zullen alleen kwalitatieve indicatoren mogelijk zijn. Sommige belangrijke resultaatcomponenten zijn overigens moeilijk te meten (bv. het terugdringen van niet-gediagnosticeerde aandoeningen). Tenslotte moeten de indicatoren idealiter worden geformuleerd op basis van een expliciet uitgewerkte methode, eerder dan op basis van een min of meer arbitraire selectie uit de indicatoren die nu reeds voorhanden zijn.

Nu reeds een lijst van specifieke indicatoren formuleren zou dan ook voorbarig zijn. We stellen daarom voor om rond de prioritaire GZD expertengroepen op te richten die geleidelijk een samenhangende werkwijze moeten ontwikkelen. Daarbij moet ook onmiddellijk nagedacht worden over de beste manier om de ex post evaluatie van maatregelen uit te voeren. Ook dit is een complexe taak, waarbij bijkomende wetenschappelijke inbreng noodzakelijk is. GDOS vraagt om verder te onderzoeken welke middelen hiervoor zullen ter beschikking staan en in welke mate beroep kan worden gedaan op medewerking van andere instellingen (bv. de universiteiten, het KCE en Sciensano).

We schetsen eerst de tijdslijn, gaan dan in op de taken en de samenstelling van de expertengroepen en tenslotte op de opvolging op korte en langere termijn.

(a) Tijdslijn

Het is nuttig om nog eens de officiële tijdslijn voor de werkzaamheden van GDOS in herinnering te brengen. Gegeven deze tijdslijn is het evident dat in eerste instantie prioriteit werd gegeven aan de formulering van dit eerste advies. De vraag is nu hoe de verdere uitwerking van dit advies in dit (wettelijk vastliggend) tijdsschema kan worden ingepast.

Tijdsframe	Benodigde actie
Binnen de 90 dagen volgend op de eerste Regeringsverklaring van een nieuwe federale regering (04/05/2025)	Eerste versie advies nota van Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen opleveren aan Algemene Raad
Binnen de dertig dagen volgend op de vraag van de Algemene Raad (ten vroegste 04/06/2025)	Het advies van het Verzekeringscomité wordt gegeven
Na beslissing Algemene Raad	De door de Algemene Raad bepaalde gezondheidszorgdoelstellingen worden meegedeeld aan de Kamer van volksvertegenwoordigers, het Verzekeringscomité, de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen en de overeenkomsten- en akkoordencommissies
Uiterlijk 30 juni	De Commissie brengt een jaarlijks rapport uit over de voortgang van de realisatie van de voor die legislatuur door de Algemene Raad bepaalde gezondheidszorgdoelstellingen.
Uiterlijk op de tweede maandag van oktober	De Commissie brengt een advies uit aan de Algemene Raad over de conformiteit met de gezondheidszorgdoelstellingen van het globale voorstel van het Verzekeringscomité
Vóór de derde maandag van oktober	het Verzekeringscomité kan bij elkaar komen om eventueel zijn voorstel aan te passen

De werking van de expertengroepen moet nog vastgelegd worden en ze moeten zelfs nog worden samengesteld. Het is ook nog niet bekend of er bijkomende middelen zullen beschikbaar zijn om externe experts te vergoeden. Het lijkt dan ook niet realistisch om voor 30 juni volledig uitgewerkte voorstellen klaar te hebben. Maar dit betekent niet dat minstens enkele van die groepen niet reeds zo snel mogelijk kunnen opgestart worden, zodat voorlopige resultaten reeds richting kunnen geven aan het advies over de begroting 2026. We stellen daarom voor onmiddellijk met de werkzaamheden voor enkele prioritaire GZD te starten. De keuze van de prioritaire GZD kan gebeuren op basis van de beslissing van de Algemene Raad.

Om geen tijd te verliezen en om het mogelijk te maken hierbij rekening te houden met de financiële context, vraagt GDOS dat het actuarieel van RIZIV voor eind april 2025 per sector een onepager zou opleveren met de relevante budgettaire informatie.

(b) Opdracht van de expertengroepen

Het takenpakket van de expertengroepen kan als volgt omschreven worden:

1. Inventariseren van bestaand wetenschappelijk onderzoek rond de geformuleerde GZD (zowel internationaal, als specifiek voor België). Belangrijk daarbij is een beschrijving van de beschikbare evidentie die de betreffende GZD koppelt aan de nagestreefde outcomes. Indien mogelijk en noodzakelijk, moet een strategie ontwikkeld worden om dat verband ook in de Belgische context verder te onderzoeken. Het gaat hierbij niet enkel om de gezondheidsdoelstellingen, maar om alle dimensies van de Quintuple Aim. Dit komt in feite neer op een grondige uitwerking van de benadering die nu reeds geïllustreerd wordt in appendix 3 van dit advies. De formulering van de doelstellingen mag niet gebaseerd zijn op een medische benadering, maar moet ook rekening houden met een bredere visie op de levensdoelen van de mensen.
2. Op basis hiervan een meer duidelijke en scherpe formulering van de nu nog redelijk abstract en algemeen geformuleerde GZD, met concreet gespecificeerde targets geplaatst op een tijdslijn, en met de explicitering van de betreffende doelgroep (de hele bevolking of specifieke subgroepen). Dit impliceert het omzetten van de geformuleerde GZD naar SMART doelstellingen. Binnen de geformuleerde SMART doelstellingen een prioritering aanduiden in functie van de grootte van de verwachte impact verwacht op de gewenste outcome.
3. Inventariseren van bestaande indicatoren die relevant zijn binnen de geformuleerde GZD. Voorstellen van indicatoren die gebruikt zullen worden om de doelstelling te operationaliseren: bij voorkeur kwantitatief, in elk geval specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en gekoppeld aan een uitgewerkt tijdschema. Bepalen welke indicatoren het best geschikt zijn om de gewenste vooruitgang/outcomes te monitoren. Evalueren of er bijkomende indicatoren nodig zijn om die impact op de Quintuple Aim en op de gezondheidsdoelstellingen in kaart te brengen. Hierbij moet vermeden worden dat verbetering van een imperfecte indicator een doel op zichzelf wordt.
4. Uitwerken van een procedure om de nodige gegevens voor de evaluatie op regelmatige basis te verzamelen. Daarbij wordt een tijdslijn uitgewerkt voor de aangewezen meetmomenten.
5. Explicitering van de nulmeting die essentieel is voor de ex post-evaluatie: de huidige situatie met betrekking tot die GZD (vooraleer het beleid specifieke initiatieven heeft genomen) en een voorspelling van de “counterfactual”

evolutie, d.i. een voorspelling van hoe de indicatoren zouden evolueren bij ongewijzigd beleid. Wanneer een specifiek initiatief niet tot de gewenste resultaten leidt, moet de moed opgebracht worden om het ook stop te zetten.

6. Het expliciteren van de budgettaire implicaties van het nastreven van de GZD (dat kan overigens ook een vermindering van de uitgaven zijn).

(c) Samenstelling en werkwijze

GDOS in zijn huidige samenstelling bestaat uit experts met verschillende disciplinaire achtergrond, maar is niet even competent voor alle deeldomeinen van de gezondheidszorg – en dus ook niet voor de evaluatie van alle specifieke GZD. Externe inbreng is noodzakelijk. De expertengroepen die zullen opgericht worden mogen nochtans absoluut geen eigen leven gaan leiden, los van GDOS. Op die manier dreigen we immers een nieuwe soort van silo's op te zetten. Ze moeten gezien worden als werkgroepen van GDOS. Bovendien moeten ze hun werkzaamheden ook zo goed mogelijk op elkaar afstemmen. Hieruit volgt:

1. Om samenwerking van de expertengroepen met GDOS te optimaliseren, moet de samenstelling ervan door GDOS worden vastgelegd, en zijn steeds leden van GDOS in deze werkgroepen aanwezig. Idealiter is de voorzitter een lid van GDOS met relevante expertise binnen het domein van de desbetreffende GZD.
2. De bedoeling van de groepen is niet om politieke keuzes te maken, wel om evidentie over de toepassing van de GZD te verzamelen. Ze moeten dan ook uitsluitend uit experts bestaan. Belangrijk is dat hierbij twee complementaire soorten expertise aan bod komen: naast mensen met academische expertise, moeten ook mensen opgenomen worden met concrete kennis van het terrein.
3. Om de budgettaire opvolging te realiseren, moet er ook een inbreng zijn van de daarbij betrokken RIZIV-experten. In de volgende afdeling gaan we dieper in op de budgettaire uitdaging.
4. De verslagen van de vergaderingen van de expertengroepen worden gedeeld met de volledige GDOS commissie. De GDOS commissie geeft input over de verslagen en (tussentijdse) resultaten van deze expertengroepen. De voorzitters van de expertengroepen organiseren een overleg op regelmatige basis om hun werkwijze op elkaar af te stemmen.

(d) Opvolging

Zoals reeds eerder benadrukt, is het belangrijk om bij elk van de door de Algemene Raad vastgelegde prioritaire GZD een expliciete procedure voor opvolging uit te werken. Deze opvolging hoort ook expliciet bij de wettelijke taken van GDOS, die geacht wordt jaarlijks voor juni een evaluatierapport in te dienen. GDOS stelt voor om voor elk van de voorgestelde GZD, en op basis van de indicatoren die werden voorgesteld, een fact sheet op te stellen en regelmatig te actualiseren. De expertengroepen zijn verantwoordelijk voor deze actualisering en evaluatie, maar de uiteindelijke adviezen blijven natuurlijk de exclusieve bevoegdheid van de

complete GDOS commissie. Een belangrijk kanttekening hierbij is dat de formulering van de gezondheidszorgdoelstelling onderhevig is aan een constante (her)evaluatie, en dat deze herzien kunnen worden gedurende de legislatuur. Zo zal er bijvoorbeeld een herevaluatie plaatsvinden zodra de gezondheidsdoelstellingen duidelijker geformuleerd zijn om onderlinge afstemming te garanderen.

(e) Opdrachten op langere termijn

Op langere termijn moet verder gewerkt worden aan de volgende opdrachten (deze lijst is niet limitatief):

- Het belangrijkste is de verdere analyse en uitwerking van de ex post-evaluatie.
- De werkzaamheden van GDOS moeten gecoördineerd worden met de evoluties rond de specifieke operationalisering van de GD en met de evoluties in het NEED-project.
- Er moet een gestructureerde vorm van samenwerking met de Commissie voor Budgetcontrole opgezet worden.
- Er moet een meer ambitieuze en brede inspraakprocedure opgezet worden. Lessen kunnen getrokken worden uit de ervaringen met de brede bevraging die in 2021 werd opgezet in het kader van de opstart van het meerjarig begrotingstraject (dat geresulteerd heeft in de rapporten van de werkgroep Quintuple Aim (2022) en van het Wetenschappelijk Comité (2022), en uiteindelijk zelfs in de creatie van GDOS). Er werd enthousiast op deze brede bevraging gereageerd en er werden meer dan 300 fiches ingediend. Uiteindelijk is daar echter niet veel van in de concrete besluitvorming doorgedrongen. Zoals toen reeds in de rapporten beschreven, was het hele proces waarschijnlijk te weinig gestructureerd, zodat het moeilijk bleek om tot een coherente beleidsvisie te komen. In de nabije toekomst moet er nagedacht worden over een gestructureerd inspraakproces dat voldoende open is, niet in conflict komt met de bestaande concertatiestructuur, en inspirerend kan werken voor de vastlegging van een set van samenhangende GZD.

Inschatting budgettaire effecten: complementariteit van de Technische Ramingen en PROMES³

Omdat de GZD moeten ingepast worden in het begrotingsproces is de inschatting van de budgettaire effecten ervan essentieel. De begrotingscyclus is jaarlijks, maar om tot een goed uitgewerkt beleid te komen is het toch aangewezen om een meerjarenperspectief in te nemen. Tot nu toe berusten de budgettaire voorspellingen op de Technische Ramingen (TR) die door de administratie van RIZIV worden opgesteld. Deze zijn in de eerste plaats geconcipieerd voor de voorbereiding van het budget van volgend jaar en daarvoor 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 gevolgde methode is nochtans eerder mechanisch en houdt bv. geen rekening met gedragseffecten op langere termijn of met structurele wijzigingen in de maatschappij.

Deze laatste elementen worden wel in rekening genomen in het econometrische model PROMES (geconstrueerd door Federaal Planbureau onder contract met RIZIV). PROMES vertrekt van econometrische schattingen op basis van de individuele gebruiks- en uitgavendata in de Permanente Steekproef die wordt geconstrueerd door het IMA. Vraageffecten gelinkt aan wijzigingen in de leeftijdsstructuur van de bevolking en in andere bepalende kenmerken zoals de morbiditeit en het verzekeringsstatuut, worden gedetailleerd in het model opgenomen.

De pros en cons van de twee benaderingen kunnen gemakkelijk samengevat worden. De informatie waarvan gebruik gemaakt wordt bij de TR is 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 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 leeftijdssamenstelling 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. Deze diagnose 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 gehercalibreerd op de meest recente data van de TR en wordt voor de evolutie vanaf jaar T+2 overgeschakeld op de groeivoeten van PROMES. GDOS stelt voor om in de toekomst concrete stappen te zetten om deze geïntegreerde aanpak integraal deel uit te laten maken van het budgettaire proces. Hierbij moeten wel niet al te drastische conclusies getrokken worden. In essentie trekt PROMES de

³ Een meer gedetailleerde technische analyse van de complementariteit tussen de twee benaderingen kan gevonden worden in hoofdstuk 5 van het rapport van het Wetenschappelijk Comité (2022).

historische consumptiepatronen door. Deze oefening is noodzakelijk, maar kan niet beschouwd worden als een normatief referentiepunt.

Inschatting van de budgettaire effecten is ook essentieel, zowel voor de ex ante-inschatting van de kostprijs van nieuwe initiatieven en van efficiëntieverhogende initiatieven van “appropriate care”, als voor de ex post-evaluatie ervan. Essentieel hierbij 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. Voor deze meerjarenoefening, die rekening houdt met dynamische effecten en interacties tussen de verschillende sectoren, zijn de TR 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. Daartoe zou het model echter uitgebreid moeten worden door de integratie van bijkomende meer verfijnde aanbodfactoren en het gedrag van vragers en verstrekkers.

Noch de TR, noch PROMES zijn dus optimale instrumenten om de reële kostprijs van initiatieven (ex ante of ex post) te berekenen. GDOS is van oordeel dat daartoe de nodige expertise moet 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. GDOS stelt voor om de samenwerking tussen het RIZIV en het Federaal Planbureau te versterken. Er kan ook naar synergieën gezocht worden met de ziekteprojecties van Sciensano.

GDOS wil in de toekomst graag betrokken blijven bij deze inspanningen, omdat ze essentieel zijn om prioritaire GZD binnen een haalbaar budgettair kader voor te stellen, en om de uitwerking ervan te evalueren. Het is ook aangewezen dat binnen deze context nauw samengewerkt wordt met de Commissie voor Budgetcontrole.

REFERENTIES

- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid. *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports, 334A*. doi:10.57598/R334AS
- Busse, R., & Wismar, M. (2002). Health target programmes and health care services—any link? *Health Policy, 59*, 209–221. doi:10.1016/s0168-8510(01)00179-8
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, . . . Meeus, P. (2024). Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports, 376A*.
- Grammens, T., Cornelissen, L. (2021) Jaarrapport VPD 2021, Vaccinatiegraad. *Sciensano*. Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (2024), *Interfederale gezondheidsdoelstellingen*, Vergadering 17 april 2024.
- Maertens de Noordhout C, Devos C, Adriaenssens J, Bouckaert N, Ricour C, Gerkens S. (2022) Evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem: zorg voor mensen met een chronische aandoening. *Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 352A*.
- Martini, J., & Davesne, A. (2024). Health and health care targets. *OSE Research Papers*.
- Obyn, C., Cordon, A., Kohn, L., Devos, C., & Léonard, C. (2017). Exploratory steps for the formulation of Belgian health system targets. *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports, 292*.
- OECD. (2024). *Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework*. OECD. doi:10.1787/107182c8-en
- RIZIV. (2024). *60 jaar van het RIZIV, onze bakens voor de toekomst*.
- Sorensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. Eur J Public Health. 2015;25(6):1053-8.
- Vammalle, C., Penn, C., & James, C. (2023). Applying good budgeting practices to health. *OECD Journal on Budgeting, 23*.
- van Herten, L. M., & Gunning-Schepers, L. J. (2000). Targets as a tool in health policy, part I: Lessons learned. *Health Policy, 53*, 1–11. doi:10.1016/s0168-8510(00)00081-6
- Van Herten, L. M., & Gunning-Schepers, L. J. (2000). Targets as a tool in health policy. Part II: Guidelines for application. *Health Policy, 53*, 13–23. doi:10.1016/s0168-8510(00)00082-8
- Vrijens, F., Renard, F., Camberlin, C., Desomer, A., Dubois, C., Jonckheer, P., . . . Meeus, P. (2015). Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2015. *Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports, 259A*.
- Werkgroep Quintuple Aim. (2022). *Finaal rapport werkgroep Quintuple Aim (QA): Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen*. RIZIV.
- Wetenschappelijk Comité. (2022). *Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen*. RIZIV.

Wismar, M., & Busse, R. (2002). Outcome-related health targets—political strategies for better health outcomes. *Health Policy*, 59, 223–241. doi:10.1016/s0168-8510(01)00180-4

APPENDIX 1. ANALYSE VAN DE KCE STUDIE

QUALITY OF CARE – 1.EFFECTIVENESS OF CARE		
“the degree of achieving desirable outcomes, given the correct provision of evidence-based healthcare services to all who could benefit but not those who would not benefit”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive	Five-year survival rate following a diagnostic for colon and rectal cancer (=> advances in public health interventions: greater awareness of the disease, improvement of screening programmes + improved treatments) Treatable mortality for men	Avoidable hospital admissions for asthma and diabetes (=> improvement in the quality of primary care) Five-year relative survival after colorectal cancer for stage III patients. Case-fatality rates after AMI have decreased Postoperative mortality rate after surgery for colon cancer
Negative	Diabetes and COPD hospital admissions (=> poor effectiveness of first-line care, as well as to poor coordination or continuity of care). 5-year survival rates for breast cancer	
QUALITY OF CARE – 2.SAFETY OF CARE		
““the degree to which the system does not harm the patient”		
Outcome	International comparison	Evolution over time

Positive		Incidence of healthcare-associated MRSA (Possible result of national recommendations to control MRSA)
Negative	Prevalence of healthcare-associated infections in hospitalised patients Overall perceptions of patient safety in hospitals	
QUALITY OF CARE – 3. APPROPRIATENESS OF CARE “the degree to which provided healthcare is relevant to the clinical needs, given the current best evidence”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive		Amount of global imaging of the spine
Negative	Diabetes: -Insulin treatment: bottleneck is consultation with the ophthalmologist - Glucose-lowering drugs other than insulin: bottleneck is microalbuminuria testing (Due to new guidelines or problem of care coordination (between medical specialists) or of accessibility of care (such as long waiting time)?) Antibiotics consumption Preventive care: breast cancer screening Mental healthcare & care for older people: inappropriate prescription of medication (antidepressants)	Caesarean section rates
QUALITY OF CARE – 4.CONTINUITY OF CARE		

“the extent to which healthcare for specified users, over time, is smoothly organised within and across providers, institutions and regions, and to which extent the entire disease trajectory is covered”		
Outcome	National results	Evolution over time
Positive	Proportion of patients under a diabetes care model for patients using oral antidiabetics or non-insulin injectable solutions	Amount of insured people with a GMR Multidisciplinary team meetings as the predominant model of cancer management
Negative		Having a contact with a GP within the week after hospital discharge
QUALITY OF CARE – 5. PEOPLE – CENTERED CARE		
“the extent to which the healthcare system empowers individuals to make informed decisions regarding their health and care, enabling them to successfully manage their well-being”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive	Time spent during consultations with specialists or generalists Involvement in care decisions Discussions about key health management points with physicians Satisfaction with the most recent consultation	Patient experience in inpatient setting
Negative	Presence of a care plan that takes patients' needs into account Quality of the information received to help the patient at least take charge of his or her health and well-being	
ACCESSIBILITY OF CARE – 1. FINANCIAL ACCESS TO HEALTHCARE		
“the ease with which health services are reached by the population in terms of physical access, costs, time, and availability of qualified personnel”		

Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive	Share of activity by conventioned GPs Incidence of catastrophic health spending among households in the poorest quintile Unmet needs for medical care due to financial reasons	Rate of catastrophic health spending* in Belgium. *Catastrophic health spending is an indicator to assess financial hardship. It refers to OOP payments that are greater than 40% of a household's capacity to pay for healthcare, with capacity to pay defined as total household consumption minus a standard amount to cover basic needs (food, housing, and utilities) Share of the population that experienced unmet needs
Negative	OOP payments for dental care, outpatient care, inpatient care (due to supplements + main drivers for catastrophic health spending) Gap in OOP payments between high and low incomes further increasing Outpatient consultations of medical specialists performed by conventioned medical specialists Gap in incidence of unmet needs between the richest and poorest income quintiles	Amount of OOP payments Outpatient consultations of medical specialists performed by conventioned medical specialists Share of outpatient activity by conventioned dentists
ACCESSIBILITY OF CARE – 2. HEALTH WORKFORCE DISTRIBUTION “the ease with which health services are reached by the population in terms of physical access, costs, time, and availability of qualified personnel”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive	Number of practising nurses per 1 000 population	Number of practising nurses per 1 000 population The density of practising dentists per 1000 population

Negative	Increase in, and density of practising physicians per 1000 population	Share of dentists acceding to the agreement
	Number of patients / residents per nurse in hospitals and nursing Share of dentists acceding to the agreement	

ACCESSIBILITY OF CARE – 3. HEALTH SERVICES DISTRIBUTION

“the ease with which health services are reached by the population in terms of physical access, costs, time, and availability of qualified personnel”

Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive	Unmet needs for medical care due to geographic reasons Delay in healthcare due to distance/transport problems (low income!) Unmet medical needs + delay in healthcare due to waiting time Mortality rate among people on a waiting list for organ transplant	Unmet needs for medical care due to geographic reasons
Negative		Delay in healthcare due to distance/transport problems % of patients: wait > two weeks for a medical specialist appointment % of patients: wait a day or more for a GP appointment Number of GPs not accepting new patients

SUSTAINABILITY OF THE HEALTH SYSTEM – 1. FINANCIAL SUSTAINABILITY

“the system’s capacity to remain durably financed by public sources; to provide and maintain workforce, infrastructure and equipment; to be innovative; to be responsive to emerging needs, and to reduce its environmental impact”

Outcome	International comparison	Evolution over time
---------	--------------------------	---------------------

Positive		
Negative		Projected future increase in public expenditure on medicines
SUSTAINABILITY OF THE HEALTH SYSTEM – 2. HEALTH WORKFORCE CAPACITY “the system’s capacity to provide and maintain (in the future) a sufficient and qualified health workforce”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive	Nursing graduates per 100 000 population	Recruitment of foreign-trained physicians Percentage of medical graduates becoming GPs Proportion of physicians aged 55 years and over Proportion of foreign-trained nurses among all nurses licensed to practice in Belgium Practising nurses aged 50 years and over
Negative	Many foreign medical students (physician and nurses) complete their studies in Belgium and then return to their country Proportion of physicians aged 55	Number of new nursing graduates Percentage of nursing graduates with a bachelor’s degree Expected increase in number of FTEs nurses active in the hospital sector is insufficient to ensure sustainable safe patient-to-nurse ratios in hospitals
SUSTAINABILITY OF THE HEALTH SYSTEM – 3. HEALTH TECHNOLOGIES AND INFRASTRUCTURE “the system’s capacity to provide and maintain (in the future) sufficient infrastructure and (innovative) health technologies, including health products, medical equipment and information technology (eHealth)”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive		share of GPs meeting the thresholds for a selection of 6 eHealth services eligibles for the integrated practice premium

		acute care bed days per capita
Negative		number of notifications of temporarily unavailable packs of medicines for human use with a critical impact (mostly Immunoglobulins)
SUSTAINABILITY OF THE HEALTH SYSTEM – 4. GOVERNANCE “the capacity of health decision makers to ensure accountability and agency, transparency, provide fit-for-purpose institutions and be responsive to the needs of the population”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive	Satisfaction of the Belgian population with the healthcare system	Level of trust in the healthcare system in Belgium
Negative	data availability of health-related SDGs for at least one year	
SUSTAINABILITY OF THE HEALTH SYSTEM – 5. ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY “the system’s capacity to minimize negative impacts on the environment and leverage opportunities to restore and improve it to the benefit of the health and well-being of current and future generations”		
	International comparison	
	NA	
	NA	
EFFICIENCY OF THE HEALTHCARE SYSTEM “the relation between inputs (i.e. financial resources, workforce, infrastructure) and intermediate outputs (i.e. waiting times, etc.) or ultimate health outcomes (i.e. the life years gained)”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive		Shift from inpatient (at least one night) to one-day surgical hospitalisations Use of low-cost medication Length of stay for a normal delivery Degree of substitution of biological treatments with biosimilars

		Use of alternative dialysis techniques
Negative	Degree of substitution of biological treatments with biosimilars	
INEQUITY AND INEQUALITY – 1. SOCIOECONOMIC INEQUALITIES IN USE OF HEALTH SERVICES “even distribution of health and healthcare across the society”		
Outcome	National observations	Evolution over time
Positive	Continuity of care in disadvantaged groups	Unmet needs for medical and dental care due to costs in disadvantaged groups
Negative	Unmet needs for medical and dental care due to costs in disadvantaged groups Share of households that face catastrophic out-of-pocket (OOP) payments in the poorest quintile Delay in getting healthcare due to distance or transport issues or postponement of care due to waiting time in low-income patients Use of preventive care in disadvantaged groups (even if free)	
INEQUITY AND INEQUALITY – 2. SOCIOECONOMIC INEQUITIES IN USE OF HEALTH SERVICES “equal (access to) care for people with the same healthcare needs, irrespective of other characteristics such as income, educational attainment, place of residence, race, etc.”		
Outcome	National observations	Evolution over time
Positive		
Negative	Financial situation more important driver of inequities than education	

	Use of specialist care in disadvantaged groups (low) Use of emergency care in disadvantaged groups (high) Regular (preventive) dental care in disadvantaged groups (especially for children)	
HEALTH SYSTEM RESILIENCE “the capacity of a health system to (a) proactively foresee, (b) absorb, and (c) adapt to shocks (...) in a way that allows it to (i) sustain required operations, (ii) resume optimal performance as quickly as possible, (iii) transform its structure and functions to strengthen the system, and (iv) (possibly) reduce its vulnerability to similar shocks and structural changes in the future”		
Outcome		
Positive	persons aged 65 years or more were vaccinated with primary course vaccination (and booster)	
Negative	Increase in ICU bed capacity was difficult to manage due to a lack of nurses with ICU expertise Share of healthcare professionals considering leaving the profession Shortage of staff resulting from absence of healthcare professionals, in particular nurses working in hospital services Hospital beds closures due to staff absences or force majeure	

PREVENTIVE CARE		
“the ability to reduce or suppress the occurrence of a disease, or to detect the occurrence of a disease at early stage, in order to initiate treatment as early as possible to limit the consequences”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive		Infant vaccination
Negative	Second dose of measles vaccination National coverage for HPV vaccination for girls under 15 years Breast cancer screening Colorectal cancer screening Regular contacts with a dentist Vaccination against influenza in older people Preventable mortality (especially men)	
MENTAL HEALTHCARE		
“services devoted to treating and supporting patients with mental illnesses or impairments”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive		number of psychiatric hospitalisation days decreased
Negative	density of practising psychiatrists rates of antidepressant use	percentage of emergency room visits in general hospitals for social, mental or psychic reasons (did not decline) number of involuntary committals in psychiatric hospitals
CARE FOR OLDER PEOPLE		
“Healthcare targeted at people aged 65 years and over”		
Outcome	International comparison	Evolution over time

Positive	bed capacity in homes for older people	Use of anticholinergic drugs in people over 65years old (but still needs to decrease more)
Negative	use of antipsychotics and antidepressants in homes for older people	practising geriatricians (growth is too low)
CARE AT THE END OF LIFE “Healthcare focused on improving quality of life for the patients and their families when the end of life is near and recovery is no longer possible”		
Outcome	International comparison	Evolution over time
Positive		Appropriateness of end-of-life care
Negative		Inappropriateness of end-of-life care

APPENDIX 2. GROEPERING VAN INDICATOREN UIT HET KCE-PERFORMANTIERAPPORT VOLGENS GEZONDHEIDSZORGDOELSTELLINGEN

Gezondheidszorgdoelstelling	Voorbeelden van partiële indicatoren uit het performantierapport
GZD2. Verhogen van de doelmatigheid	• <i>Reduceren van ongepaste medische beeldvorming: lumbale wervelkolom</i> • <i>Meer inzetten op gebruik van biosimilars</i> • <i>Optimalisatie van voorschrijfgedrag door eerste lijn</i> ○ <i>Vermindering van voorschrijving van antibiotica (minstens één keer per jaar), of van tweedelijnsantibiotica</i> ○ <i>Reductie in het gebruik van antidepressiva</i> ○ <i>Reductie in het gebruik van anticholinergica bij ouderen</i> ○ <i>Reductie in het gebruik van antipsychotica en antidepressiva in woonzorgcentra</i>
GZD 3. Betere organisatie van eerstelijnszorg en afstemming van de verschillende zorglijnen	<u>Korte termijn doelen</u> met voorbeelden van een aantal potentiële specifieke indicatoren uit het performantierapport • <i>Verbetering van de continuïteit en coördinatie van zorg</i> ○ <i>Toename van het aantal patiënten met chronische aandoeningen die een gepaste opvolging krijgt (o.a. patiënten met diabetes met een conventie/opstarttraject bij patiënten die met niet-insuline antidiabetica behandeld worden)</i> ○ <i>Toename van aantal personen met een huisapotheker die daarvoor in aanmerking komt</i>

	○ <i>Toename van aantal personen die contact heeft met een huisarts binnen 7 dagen na ziekenhuisopname</i> ○ <i>Toename van aantal patiënten met een chronische aandoening die een zorgplan heeft</i> ○ <i>Toename van aantal patiënten met een chronische aandoening die een zorgtraject heeft</i> ○ <i>Uitbreiding van doelgroepen waarvoor een zorgtraject bestaat</i> <u>Langere termijn doelen</u> met voorbeelden van een aantal potentiële specifieke indicatoren • Het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames reduceren ○ <i>Reductie van hospitalisaties voor COPD bij volwassenen</i> ○ <i>Reductie van hospitalisaties voor complicaties bij diabetes bij volwassenen</i>
GZD 4. Persoonsgerichte zorg en verhoogde betrokkenheid van de patiënten	• Verbetering van de informatieverlening aan patiënten ○ <i>Toename van het aantal patiënten die verklaren dat ze nuttige informatie ontvangen en een zorgplan hebben waarin al hun behoeften inzake gezondheid en welzijn aan bod komen</i> ○ <i>Toename van het aantal patiënten die verklaren dat ze nuttige informatie ontvangen wanneer ze die nodig hebben, om hen te helpen bij het beheer van hun gezondheid en welzijn</i>

	• Toename van gebruik van patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten en ervaringsmaten
GZD 5. Betere toegankelijkheid van zorg	• Verhogen van de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg ◦ <i>Eigen betalingen voor medische zorg (als % van totale huishoudbudget) onder controle houden</i> ◦ <i>Verhogen van volume van de ambulante activiteit van “geconventioneerde” specialisten</i> • Verzekeren van een toegankelijke gezondheidszorg voor de hele bevolking ◦ <i>Wegwerken van socio-economische en regionale verschillen in opvolging van diabetes</i> ◦ <i>Wegwerken van socio-economische verschillen in gebruik van antidepressiva</i> ◦ <i>Wegwerken van socio-economische verschillen in gebruik van een kortermijnbehandeling met anti-depressiva</i> • Verhogen van beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel, en van geschikte gezondheidszorgdiensten ◦ <i>Reductie van het aantal meldingen dat geneesmiddelen voor menselijk gebruik tijdelijk niet beschikbaar zijn, met een kritieke impact</i>

	○ <i>Verhogen van gebruik van goedkopere biosimilars</i> ○ <i>Verhogen van het percentage zorgprofessionals die vinden dat er voldoende personeel is in ziekenhuizen om de werklast aan te kunnen en dat het werkschema toelaat om de beste patiëntenzorg te garanderen</i> ○ <i>Verlagen van het aantal patiënten dat een wachttijd van meer dan twee weken hebben voor een afspraak bij een medisch of paramedisch specialist</i> ○ <i>Verlagen van het aantal patiënten dat een wachttijd van één dag of langer hebben voor een afspraak bij de huisarts</i>
GZD6. Hervorming van de gezondheidsberoepen en welzijn van de professionals	• <i>Verlagen van het percentage hulp- en zorgverleners die overwegen om het beroep te verlaten</i> • <i>Reduceren van het aantal gesloten ziekenhuisbedden</i> • <i>Verhogen van het aantal ingevulde vacatures voor verpleegkundigen in ziekenhuizen</i>
GZD 7. Meer inzetten op preventie en screening	• <i>Verhogen van de vaccinatiegraad</i> ○ <i>Vaccinatie tegen mazelen bij volwassenen</i> ○ <i>Griepvaccinatie</i> ○ <i>HPV-vaccinatie bij meisjes</i> • <i>Verhogen van de screeninggraad</i> ○ <i>Borstkankerscreening (via het georganiseerd programma)</i> ○ <i>Cervixkankerscreening</i> ○ <i>Dikkedarmkankerscreening</i> ○ <i>Overgewicht</i>

	○ <i>Vormen van diabetes die vroegtijdig kunnen opgespoord worden</i> • Reduceren van vermijdbare sterfte door preventie • Reduceren van zorginfecties in ziekenhuizen • Aanpakken van determinanten van gezondheid ○ <i>Reduceren van tabaksgebruik</i> ○ <i>Reduceren van obesitas en overgewicht</i> ○ <i>Reduceren van opnames in ketoacidose bij diagnose type 1 diabetes</i> ○ <i>Reduceren van alcoholgebruik</i> ○ <i>Stimuleren van lichaamsbeweging</i> ○ <i>Stimuleren van gezonde eetgewoontes</i> ○ <i>Verbeteren van gezondheidsvaardigheden</i> ○ <i>Verbeteren van luchtkwaliteit</i>
GZD 8. Sectoren die speciale aandacht verdienen	<u><i>Tand- en mondzorg:</i></u> • <i>Regelmatig tandartsbezoek (bevolking >3 jaar)</i> • <i>Reduceren van socio-economische ongelijkheid in regelmatige contacten met tandarts</i> • <i>Reduceren van socio-economische ongelijkheid in regelmatige preventieve contacten met een tandarts</i> • <i>Toename realiseren in het aantal tandartsen dat toetreedt tot het akkoord inzake nationale tarieven</i> <u><i>Geestelijke gezondheidszorg</i></u> • <i>Inzetten op een betere verzameling en gebruik van data binnen de geestelijke gezondheidszorg</i> • <i>Optimalisatie van het voorschrijfgedrag binnen geestelijke gezondheidszorg</i>

APPENDIX 3. SCORING VAN DE VOORGESTELDE GZD OP DE QUINTUPLE AIM

Legende:

Q1 = Kwaliteit van zorg

Q2 = Gezondheid van de bevolking

Q3 = Kosteneffectiviteit

Q4 = Rechtvaardigheid en toegankelijkheid

Q5 = Welzijn professionals

Q6 = Ecologische duurzaamheid

Kleurcode:

Donker groen = sterk effect

Licht groen = licht effect/bijwerking

GZD 1. Beter gebruik van data						
Doelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Er moeten verdere stappen gezet worden om digitalisering en verzamelen, delen en gebruiken van data (ook op het niveau van de individuele patiënt) te stimuleren.	Licht groen	Donker groen	Licht groen		Licht groen	
GZD 2. Verhogen van de doelmatigheid						
Doelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Er moet permanent gezocht worden naar specifieke verbeteringen in de richting van doelmatige appropriate care.		Licht groen	Donker groen			
Er moet een dialoog op gang gebracht worden over de grote variaties in medische praktijken, waaruit concrete acties dienen voort te vloeien om deze variaties te reduceren.	Licht groen	Licht groen	Donker groen			Licht groen
GZD 3. Betere organisatie van eerstelijnszorg en afstemming van de verschillende zorglijnen						
Doelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Er moet ingezet worden op de ontwikkeling van multidisciplinaire eerstelijnssteams, die ook op een soepele manier samenwerken met specialisten uit de tweede lijn.	Licht groen	Donker groen	Licht groen		Licht groen	

Zeker voor patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit, zouden er individuele zorgplannen moeten ontwikkeld worden, met een duidelijke taakverdeling binnen het zorgteam en rekening houdend met de levensdoelen van de betrokken patiënt.						
--	--	--	--	--	--	--

GZD 4. Persoonsgerichte zorg en verhoogde betrokkenheid van de patiënten						
Doelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Er moet ingezet worden op het regelmatig gebruik van gestandaardiseerde assessment instrumenten met een brede kijk op gezondheid en functioneren. Hierbij moet zoveel mogelijk gestreefd worden naar harmonisatie (bv. tussen ICF en BelRAI).						
De inspanningen om de gezondheidsgeletterdheid van de bevolking te verbeteren moeten geïntensifieerd worden.						

GZD 5. Betere toegankelijkheid van zorg						
Doelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Om de financiële toegankelijkheid te verbeteren, moeten de supplementen worden beperkt. Het verhogen van de conventioneringsgraad door een hervorming van het conventiesysteem is daarvoor essentieel.						
Verschillen in toegang tot zorg en kwaliteit van zorg tussen socio-economische groepen dienen weg gewerkt te worden.						
De geografische beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel vormt een groeiende uitdaging, mede door de ongelijke geografische spreiding van de graad van conventionering van de zorgverstrekkers. Deze bekommernis moet mee opgenomen worden bij de reorganisatie van de zorg.						

Er moet blijvende aandacht zijn voor de beschikbaarheid van essentiële geneesmiddelen.						
--	--	--	--	--	--	--

GZD6. Hervorming van de gezondheidsberoepen en welzijn van de professionals						
Doelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Het potentieel van nieuwe technische mogelijkheden (zoals bv. telemonitoring) moet actief geëxploreerd worden.						
Er moet gestreefd worden naar een flexibele inzet van het personeel in gestructureerde zorgteams waarbij de bestaande beschotten tussen formele kwalificaties doorbroken worden om vlot en goed samen te werken.						

GZD 7. Meer inzetten op preventie en screening						
Doelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Het beleid moet zich sterk richten op vroegdetectie en doelgroepgerichte vaccinatie.						
De prevalentie van zorginfecties bij gehospitaliseerde patiënten moet gereduceerd worden.						
Levensstijlfactoren (roken, tabak, voeding, beweging) vormen één van de belangrijkste prioritaire risicofactoren voor de gezondheid. Verschillende beleidsinstrumenten moeten ingezet worden om een meer gezonde levensstijl te bevorderen.						
Socio-economische verschillen in effectiviteit van preventie en screening dienen aangepakt te worden.						
Zeker voor preventie en screening moeten samenwerking en gegevensdeling tussen de federale en de gefedereerde entiteiten verankerd worden in duidelijke akkoorden.						

GZD 8. Sectoren die speciale aandacht verdienen						
Doelen	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Tand- en mondzorg						
Het regelmatig en preventief tandartsbezoek moet worden gestimuleerd, mede door een verbetering van de financiële toegankelijkheid.						
Binnen het verzekerde pakket moet ruimte gecreëerd worden voor meer specialistische tand- en mondzorg.						
Geestelijke gezondheidszorg						
De investeringen in de geestelijke gezondheidszorg moeten verder gezet worden met als uiteindelijke doelstelling een geïntegreerd aanbod van ambulante en residentiële zorg.						
De netwerken GGZ spelen een belangrijke rol in de uitbouw van geïntegreerde zorg. In de eerste lijn moet de GGZ een belangrijk element worden in de uitbouw van de multidisciplinaire teams waarvan sprake onder GZD3.						
De uitbouw van de GGZ moet gebeuren in nauwe samenwerking tussen de federale en de gefedereerde entiteiten						