INAMI-RIZIV

Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging

2022-2024

Finaal Rapport

Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging

2022-2024

Finaal Rapport

Februari 2022

Illustraties : Mats Claus
Binst Architects

Verantwoordelijke Uitgever: RIZIV

Colofon

Eerste stappen

Om de drie jaar publiceert het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een check-up van ons gezondheidssysteem , samen met het RIZIV en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV, thans Sciensano). De belangrijkste conclusie van het KCE-rapport van 2015 was dat de beleidsmakers en de verantwoordelijken van ons gezondheidssysteem meetbare doelstellingen moeten vastleggen teneinde de performantie van ons gezondheidssysteem te verbeteren.

In de startblokken

Tussen juni 2018 en juni 2019 werd door een groep stakeholders van het Verzekeringscomité van het RIZIV, ondersteund door de VZW Living Tomorrow, een strategische visienota uitgewerkt over de toekomst van de gezondheidszorg.

Op de Algemene Raad van 7 december 2020 bracht de administrateur-generaal, de heer Jo De Cock verslag uit over deze visienota en concludeerde dat "een concrete strategie waarbij er verder wordt gekeken dan een volgende begrotingscontrole, noodzakelijk is. Binnen de verschillende sectoren en bij de verschillende partners is er vraag naar een meerjarenaanpak en een langetermijnvisie.

Voor het groot zomerverlof 2021 dient er dan ook een werkstuk opgeleverd te worden dat voldoende onderbouwd is en voldoende draagvlak heeft bij de verschillende partners".

Het startschot

Die partners, vertegenwoordigd in het Verzekeringscomité en de Algemene Raad van het RIZIV, hebben de handschoen opgenomen om, samen met een wetenschappelijk comité van experten, een leidraad uit te tekenen voor de toekomst van onze gezondheidszorg zowel op inhoudelijk als op budgettair vlak. In verschillende werkgroepen werden volgens een strikt methodologische aanpak gezondheids(zorg)doelstellingen en voorstellen voor appropriate care op papier gezet en werd een proces uitgewerkt voor een meerjarig begrotingstraject waarbij ook aandacht gaat naar sectoroverschrijdende of transversale initiatieven en de financiering ervan.

Dit werkstuk is een mijlpaal voor de toekomst en biedt de kans om het overlegmodel een nieuw elan te geven.

Onze dank gaat uit naar de medewerkers van het RIZIV , naar de leden van de Task Forces, van het Wetenschappelijk Comité en de werkgroep Quintuple Aim, alsmede naar de leden van het Verzekeringscomité en de Algemene Raad. Het engagement en de grote inzet van al deze partners is de beste garantie voor een breed gedragen toekomst van onze gezondheidszorg.

Marc Justaert
Voorzitter CGSS

Anne Kirsch
Voorzitter CSS

Preambule

Dit rapport met betrekking tot het budgettair meerjarenkader van de ziekteverzekering is een werk van lange adem. Vele betrokkenen zijn tussengekomen zowel vanuit het maatschappellijk middenveld als uit de federale overheden met een trajectverloop in verschillende opeenvolgende stappen. Om de lezer toe te laten dit rapport goed te begrijpen en de informatie die hij zoekt gemakkelijk terug te vinden, is het noodzakelijk om de opbouw van de verschillende onderdelen van dit rapport toe te lichten.

Zoals de titel « Summary » al aangeeft betreft dit een korte samenvatting van het rapport. Deze is verre van exhaustief maar laat toe om zich snel een oordeel te vormen van de uitdagingen en verwezenlijkingen van deze oefening. Voor meer gedetailleerde informatie zal de lezer zich verder moeten verdiepen in dit rapport waarin hij de gezochte informatie zal terugvinden in de verschillende secties die elk over een eigen inhoudstafel beschikken.

De « Sectie I » is gewijd aan de methodologie op lange termijn die moet worden gevolgd om de werkzaamheden rond de gezondheidszorgdoelstellingen te organiseren. Dit hoofdstuk biedt stof tot nadenken, maar concentreert zich op het vaststellen van de middelen die nodig zijn om het beleid inzake gezondheidszorg mede op te stellen. Er wordt een aantal belangrijke sleutelbegrippen gedefinieerd om beter te begrijpen waar het om gaat, en er worden mijlpalen vastgesteld om deze nieuwe missie in te kaderen.

De « Sectie II » betreft een verkorte versie van het tussentijds rapport dat sedert juli 2021 beschikbaar is op de website van het RIZIV (Budget van de ziekteverzekering: meerjarig en dynamisch vanaf 2022 - RIZIV (fgov.be)). Dit intermediair rapport is tot stand gekomen naar aanleiding van de werkzaamheden van diverse « Task Forces » in het eerste deel van deze werf. Vele innovatieve processen om de alle ingediende voorstellen te sorteren en te klasseren worden uitgebreid toegelicht. Tot slot bevat dit onderdeel een aantal prioritaire gezondheidszorgdomeinen met een eerste indicatieve budgettaire impact van de voorgestelde maatregelen. De inhoud ervan en de voorstellen zijn niet bindend, maar vormen een basis voor het opstellen van het finaal rapport (FRF).

De « Sectie III » betreft het voornaamste deel van het werk verricht door de werkgroep samengesteld uit leden van de CGV en ARGV (WGT.QA). Sleutelconcepten uit de vorige sectie worden verder uitgewerkt, er worden antwoorden gegeven en een duidelijke oriëntatie aan het nog te leveren werk om de gestelde doelstellingen te bereiken.

De « Sectie IV » geeft de lezer de kans om zich vertrouwd te maken met de vele concepten die in dit rapport zijn vermeld door het opnemen van duidelijk gevalideerde definities. Bijkomend worden tevens de bibliografische referenties hernomen waarnaar wordt verwezen in dit rapport.

INAMI-RIZIV

Lijst van afkortingen

Afkorting	Volledige bewoording
AADM	Alliantie artsenbelang – Domus Medica
ABVV	Algemeen Belgisch vakverbond
AC	Appropriate care
ACP	Advance care planning
AG	Administrateur-generaal
AOC	Akkoorden- en overeenkomstencommissies
APB	Algemene pharmaceutische bond
ARGV	Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging
BFM	Budget financiële middelen
BMI	Body mass index
Bvas	Belgische vereniging van artsensyndicaten
CAD	College van artsen-directeurs
CBC	Commissie voor begrotingscontrole
CGV	Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging
CTG	Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen
DG	Directeur-generaal
DGEC	Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
DGV	Dienst voor geneeskundige verzorging
EB	Evidence based
EBM	Evidence based medicine
EBP	Evidence based practice
EMD	Elektronisch medisch dossier
FAGG	Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten
FOD VVVL	Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu
FRF	Finaal rapport final
FRZV	Federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen
GBO	Groupement belge des omnipraticiens
GDOS	Gezondheidszorgdoelstellingen - objectifs de soins de santé
GIBBIS	Gezondheidsinstellingen Brussel Bruxelles institutions de santé
GV	Geneeskundige verzorging
GVU	Geneeskundige verzorging en uitkeringen
HIS	Health interview survey
HPV	Humaan papillomavirus
IFIC	Instituut voor functieclassificatie
IMC	Interministeriële conferentie
IMEC	Interuniversity microelectronics centre
IRI	Intermediair rapport intermédiaire
KB	Koninklijk besluit
KCE	Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg

Afkorting	Volledige bewoording
LCM	Landsbond der christelijke mutualiteiten
LLM	Landsbond der liberale mutualiteiten
LUSS	Ligue des usagers des services de santé
MAC	Measures appropriate care
MAF	Maximumfactuur
MLOZ	Mutualités libres - onafhankelijke ziekenfondsen
NCAZ	Nationale commissie artsen-ziekenfondsen
NIC	Nationaal intermutualistisch college
NVSM	Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten
OESO	Organisatie voor economische samenwerking en ontwikkeling
OSE	Onderzoekscentrum Sociaal Europa
PREM	Patient reported experience measures
PROM	Patient reported outcome measures
PROMES	Projecting medical spending
PSAP	Gepersonaliseerd advance care
QA	Quintuple Aim
RDQ	Directie research, development & quality
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
RSVZ	Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen
RSZ	Rijksdienst voor sociale zekerheid
RVV	Rechthebbende op verhoogde verzekeringstegemoetkoming
SMART	Specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdgebonden
SPAC	Structural projects appropriate care
Sumehr	Summarized electronic health record
TF	Taskforce
TF AC	Taskforce appropriate care
TF Budget	Taskforce dynamisch meerjarenkader
TF GDOS	Taskforce gezondheidszorgdoelstellingen
TGR	Technisch geneeskundige raad
TKR	Technische raad voor kinesitherapie
TOC	Transversale overeenkomsten commissie
ULB	Université libre de Bruxelles
VBS	Verbond der Belgische beroepsverenigingen van artsen-specialisten
VI	Verzekeringsinstelling
VTE	Voltijds equivalent
VVT	Verbond der Vlaamse tandartsen
VZ	Voorzitter
WCS	Wetenschappelijk comité scientifique
WGT.QA	Werkgroep Groupe de Travail Quintuple Aim
WHO	World health organization

INAMI-RIZIV

Algemene inhoudsopgave

SUMMARY 7

SECTION I : Langetermijn methodologie 17

SECTION II : Intermediair rapport 38

SECTION III : Aanvullend rapport 124

SECTION IV : Definities 192

SUMMARY

I. Context en projectaanpak

In het najaar van 2020 legden zorgverstrekkers, mutualiteiten, regering en sociale partners in het kader van de begrotingsopmaak de bouwstenen voor de toekomstige begrotingsprocedures vast. Het begrotingsvoorstel zal voortaan gebaseerd zijn op meerjarenplannen, gezondheids(zorg)-doelstellingen, doelmatige zorg en samenwerking met respect voor de individuele competenties van elke zorgverlener. Aan de basis ligt zowel beheersing van de gezondheidsuitgaven als een bredere visie op gezondheid: "Gezondheid is een toestand van maximaal lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken". Deze nieuwe aanpak is erop gericht om de veerkracht en de performantie van het gezondheidszorgsysteem te verbeteren.

Op 1 maart 2021 startte het project "Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024". Verschillende task forces en een wetenschappelijk comité kregen de opdracht om een concrete methodologie te ontwikkelen voor de integratie van gezondheids(zorg)doelstellingen in de keuzes van de ziekteverzekering. Zij kregen ook de "opdracht om een doeltreffend zorgplan uit te werken en om op structurele basis efficiëntiewinsten te genereren" (Gezondheidszorgbegroting 2021, Algemene Raad, nota ARGV 2020/066). Meer dan 300 voorstellen werden ingediend door de akkoorden- en overeenkomstencommissies, maar ook door de academische wereld, onderzoeksinstellingen, bedrijven, zorgverleners en patiëntenorganisaties. Op 14 juli 2021 werd een tussentijds rapport overgemaakt aan de leden van het Verzekeringscomité en de Algemene Raad, die beiden de opdracht voor de redactie van een hierop volgend eindrapport op zich namen. Dit eindrapport ligt voor u. Het is het resultaat van de werkzaamheden van een gemengde werkgroep "Quintuple AIM" (WGT.QA).

Dit eindrapport heeft als 'ultiem' doel voor de ziekteverzekering een strategische visie en operationalisering op lange termijn te ontwikkelen met het oog op een meer coherent en veerkrachtig gezondheidszorgbeleid.

In deze samenvatting leest u na een beschrijving van de aanpak van het project eerst enkele voorstellen met betrekking tot de methodologie om in de toekomst gezondheidszorgbeleid te ontwikkelen zodat op basis van prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen actieprogramma's worden geformuleerd die in functie van de budgettaire mogelijkheden geïmplementeerd worden met het oog op een performantere gezondheidszorg die meer afgestemd is op de reële noden van de bevolking zowel als op het welzijn van de zorgverleners. De Quintuple Aim staat hierbij centraal. Vervolgens wordt dieper ingegaan op het beheermodel voor de begrotingsopmaak en – opvolging en de operationalisering van de begrotingsbeslissingen. Ook wordt dieper ingegaan op enkele technische aspecten van een meerjarig financieel kader en budgettransparantie.

Deze projectaanpak, maar ook de toekomstige methodologie en governance gaan uit van een co- constructie tussen alle betrokken actoren. Dergelijke participatieve methodologie maakt de beleidsrichtlijnen begrijpelijker voor alle actoren en moedigt hen tegelijkertijd aan om hun verantwoordelijkheid op te nemen. Ze schept vertrouwen tussen een brede waaier van betrokkenen.

Het waarborgen van toegang tot gezondheidszorg en tot kwaliteitsvolle zorg voor iedereen levert sociale cohesie op, maar ook meer gezondheid en welzijn voor het grootst mogelijk aantal mensen. Met een maatschappijbrede aanpak kunnen we personen veerkrachtiger maken tegenover bedreigingen voor hun gezondheid, veiligheid en welzijn.

De co-constructie van gezondheidszorgbeleid rond de Quintuple Aim zal ook het welzijn van de zorgverleners meer centraal zetten.

II. Nieuwe methodologie voor een coherent gezondheidsbeleid

Gezondheidszorgdoelstellingen en appropriate care

Er dient een algemeen kader met globale gezondheidsdoelstellingen te komen dat door de federale overheid en de overheden van gemeenschappen en gewesten samen opgesteld worden, om in de toekomst een samenhangend en geordend gezondheidsbeleid te realiseren (zie federaal regeerakkoord).

Als gevolg hiervan dienen er binnen het beleidsdomein gezondheidszorg (RIZIV) gezondheidszorgdoelstellingen geformuleerd te worden. Deze leggen de basis voor de uiteindelijke realisatie van de globale gezondheidsdoelstellingen. Bij het uitwerken van de gezondheidszorgdoelstellingen staat de Quintuple Aim centraal. Het gezondheidssysteem moet bijdragen tot de verbetering van de gezondheid van de hele bevolking, het behoud en waar mogelijk de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening, het behoud of het verhogen van het efficiënt gebruiken van de beschikbare middelen, de verbetering van de toegankelijkheid tot zorg en het verbeteren van het welzijn van de zorgverstrekkers. Bijvoorbeeld het beperken van de prevalentie van diabetes is een globale gezondheidsdoelstelling die door de federale overheid en de overheden van gemeenschappen en gewesten kan worden geformuleerd en waaraan meerdere beleidsdomeinen een bijdrage kunnen leveren. Een betere opvolging van patiënten met diabetes is een mogelijke gezondheidszorgdoelstelling, waarmee binnen het gezondheidssysteem een betere gezondheid en levenskwaliteit van mensen met diabetes wordt nagestreefd en gezondheidszorguitgaven naar aanleiding van complicaties zoveel mogelijk worden vermeden.

Gezondheidszorgdoelstellingen dragen bij tot de realisatie van globale gezondheidsdoelstellingen. Ook worden er binnen het RIZIV gezondheidszorgdoelstellingen geformuleerd met de bedoeling de performantie van het gezondheidszorgsysteem te verbeteren. Een methodologie op basis van gemeenschappelijke gezondheidszorgdoelstellingen draagt bij tot een performanter gezondheidssysteem, omdat de investeringen beter worden afgestemd op de meervoudige uitdagingen die zich stellen om aan de zorgbehoeften van de bevolking te voldoen.

Nadat een consensus is bereikt over de na te streven gezondheidszorgdoelstellingen, worden gezamenlijk en in consensus actieprogramma's gedefinieerd. Met de actieprogramma's wordt verduidelijkt welke groepen van acties samen moeten worden geïmplementeerd om zo efficiënt mogelijk de vooropgestelde gezondheidszorgdoelstelling na te streven. De actieprogramma's vormen samen met de lopende werven de inhoud van een meerjarenbegroting waarvoor men zich engageert.

Tot slot dienen er jaarlijks keuzes gemaakt te worden in functie van de budgettaire mogelijkheden. De begrotingsinspanning en de te nemen maatregelen dienen over meerdere jaren te kunnen worden gespreid mits positieve evaluatie. Daar waar de actieprogramma's strategische beslissingen betreffen en zich beperken tot een beschrijving in grote lijnen, is de implementatie van de jaarlijkse begrotingsbeslissingen operationeel van aard. De actieprogramma's dienen op korte en middellange termijn te kunnen worden aangepast naar gelang van de resultaten die worden geboekt ten opzichte van de lange termijndoelstellingen.

Deze legislatuur zijn we van een algemene oproep vertrokken om prioritaire domeinen van gezondheidszorgdoelstellingen te bepalen. De volgende legislatuur zullen we de gezondheidszorgdoelstellingen in co-constructie bepalen. In het kader van de meerjarenbegroting 2023-2024 worden dus nog de gemeenschappelijke gezondheidszorgdoelstellingen voor deze legislatuur geformuleerd en wordt ook rekening gehouden met de lopende werven. De meerjarenbegroting voor 2023-2024 vertrekt van de ingediende fiches, de 15 projecten van het budget 2022 en de co-creatie die verder ontwikkeld wordt. Bij de opmaak van de meerjarenbegroting 2023-2024, na 7 februari 2022, worden dus eerst de voornaamste gezondheidszorgdoelstellingen voor 2022-2024 geformuleerd en vervolgens de actieprogramma's voor deze doelstellingen in grote lijnen vastgelegd.

Meerjarenplannen ontwikkelen

Gezondheidszorgdoelstellingen worden niet op één jaar tijd verwezenlijkt. Het is nodig om met visie en methodologische ondersteuning de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen te formuleren en daarvoor gedurende enkele jaren actieprogramma's uit te werken, te evalueren en bij te sturen. Hierna volgt meer informatie over het participatief prioriteren van gezondheidszorgdoelstellingen en dus het ontwikkelen van meerjarenplannen. Het doel van dit hoofdstuk is niet om een vooraf vastgestelde lijst te geven, maar om co-constructie van beleid aan te moedigen door de meerwaarde van de op doelstellingen gebaseerde aanpak en de mogelijkheden op het gebied van participatieve methodologieën uiteen te zetten. Dergelijk plan van aanpak is vervolgens op te bouwen, stap voor stap. Coherent hiermee is er een engagement voor een meerjarig financieel plan op het vlak van de sectoren.

Gezondheidszorgdoelstellingen zijn in de eerste plaats een werkwijze om met kennis van zaken budgettaire keuzes te helpen maken teneinde een proces van voortdurende verbetering van het gezondheidssysteem op gang te brengen, met een strategische visie op middellange en lange termijn. Deze aanpak maakt het mogelijk om:

- het vermogen te verbeteren om gezondheidszorgbeleid te ontwikkelen door het streven naar performantere gezondheid(szorg) in de besluitvormingsprocedures en om het overleg met betrekking tot de begroting te integreren,
- de inzet te bekomen van alle actoren voor onderling overlegde en gedeelde doelstellingen,
- verschillende deskundigheden samen te brengen, waarbij elke actor zowel zijn of haar reflecties op zijn of haar competentiegebied kan inbrengen, als kan profiteren van de inbreng van de andere deelnemers,
- rekening te houden met de wetenschappelijke kennis en de standpunten van de betrokken actoren,
- gemeenschappelijke know-how voor de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid op te bouwen,
- het vermogen tot innovatie te verbeteren,
- de continuïteit van de oriëntaties op het vlak van de begroting op middellange en lange termijn te versterken door een strategische visie op lange termijn vast te leggen en deze op korte en middellange termijn aan de hand van objectieve en transparante criteria te evalueren.

a. SMART doelstellingen bepalen

De eerste stap bestaat erin een consensus te bereiken over de prioritaire gezondheidszorg- doelstellingen. Concreet betekent dit dat moet worden nagegaan wat de belangrijkste problemen zijn waarmee het gezondheidssysteem wordt geconfronteerd als het erom gaat de behoeften van de bevolking voorop te zetten. Het bereiken van een consensus over de selectie van prioritaire doelstellingen is van essentieel belang om het engagement van de betrokkenen bij de volgende stappen te verzekeren. De tweede stap is het ontwikkelen van actieprogramma's om de doelstellingen te bereiken. De derde stap is de prioritering van acties naar gelang van de budgettaire mogelijkheden en de operationalisering ervan. De begrotingsinspanning en de uitvoering van nieuwe acties moeten over verschillende jaren worden gespreid conform het afgesproken kader.

Het definiëren van de strategische (met betrekking tot de gezondheidsstatus of de levenskwaliteit) en operationele (betreffende het proces, de wetgeving, infrastructuur, personeel…) doelstellingen maakt het mogelijk een gemeenschappelijke taal te gebruiken en op de juiste manier te reflecteren over voorstellen van acties. Het definiëren van SMART-doelstellingen (specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en in de tijd afgebakend) om samenhangende beleidsmaatregelen te bepalen, is dus noodzakelijk.

b. Methodologische ondersteuning

Gezien de moeilijkheid om soms complexe problemen aan te pakken, het nieuwe karakter van de oefening en het relatief korte tijdsbestek, is het van essentieel belang de collectieve reflectie over de gezondheidszorgdoelstellingen en actieprogramma's actief te ondersteunen. Deze steun kan bestaan uit:

- bieden van ondersteuning en deskundigheid voor de synthese van wetenschappelijke kennis en de discussies tussen stakeholders
- ontwikkelen en beschikbaar stellen van methodologische instrumenten om de te behandelen vraagstukken te kaderen
- organiseren van vergaderingen tussen de betrokken actoren door gebruik te maken van vergaderfaciliteringstechnieken op het gebied van participatieve methoden om de kwaliteit van de uitwisselingen te bevorderen en ervoor te zorgen dat alle relevante kwesties binnen de beschikbare tijd worden besproken,
- gebruik te maken van bepaalde meer specifieke methoden om innovatie aan te moedigen.

c. Evaluatie van de verwezenlijking van de doelstellingen

De evaluatie van de verwezenlijking van de gezondheidszorgdoelstellingen op korte en middellange termijn moet gezamenlijk worden uitgevoerd door alle actoren die van meet af aan bij de reflectie over de doelstellingen en acties betrokken zijn:

- ze moet de mogelijkheid bieden om na te denken over de nodige aanpassingen aan de acties,
- ze kan zowel gebaseerd zijn op feedback van het terrein als op gepubliceerde gegevens over de feitelijke uitvoering van de acties
- het gaat erom de performantie van het gezondheidssysteem voortdurend te verbeteren.

Het evaluatieproces moet ook worden gecoördineerd met allen die de relevante indicatoren kunnen berekenen en bijwerken.

Meerjarig financieel kader vastleggen

Eerst en vooral komt het erop aan om een meerjarig financieel kader te kunnen bepalen. De huidige technische ramingen vertrekken van “constant beleid” en zijn dus niet geschikt voor extrapolaties waarbij ook rekening gehouden wordt met de financiële impact van genomen beslissingen in jaar 1 (en verder) op jaar 2 (en verder). In het model Promes van het Federaal Planbureau, vertrekt men van een “gemiddeld beleid” van de voorbije jaren dat op langere termijn doorgetrokken wordt en daarbij rekening houdt met enkele variabelen, zoals demografische evoluties. De grootste uitdaging is wellicht het opstellen van een model waarbij het RIZIV, in samenwerking met het Federaal Planbureau, dynamische parameters aan het RIZIV-model toevoegt en de belangrijkere financiële effecten van nieuw beleid kan meenemen.

Men moet beseffen dat een meerjarig financieel kader omwille van het bestaande regelgevend kader inzake boekhouding en financiële verantwoordelijkheid nooit vastgeklikt kan worden. Een meerjarig financieel kader is een engagement, niet meer en niet minder.

De jaarlijkse keuzes worden gemaakt op basis van de jaarlijkse vergelijking van de globale begrotingsdoelstelling en de technische ramingen. Daarbij kan ook rekening gehouden worden met her-allocatie van middelen. Verder kunnen er door elke sector afzonderlijk nieuwe initiatieven genomen worden die duidelijk gezondheidszorgdoelstellingen nastreven, maar binnen het eigen budget gefinancierd worden.

Als resultaat van deze procedure:

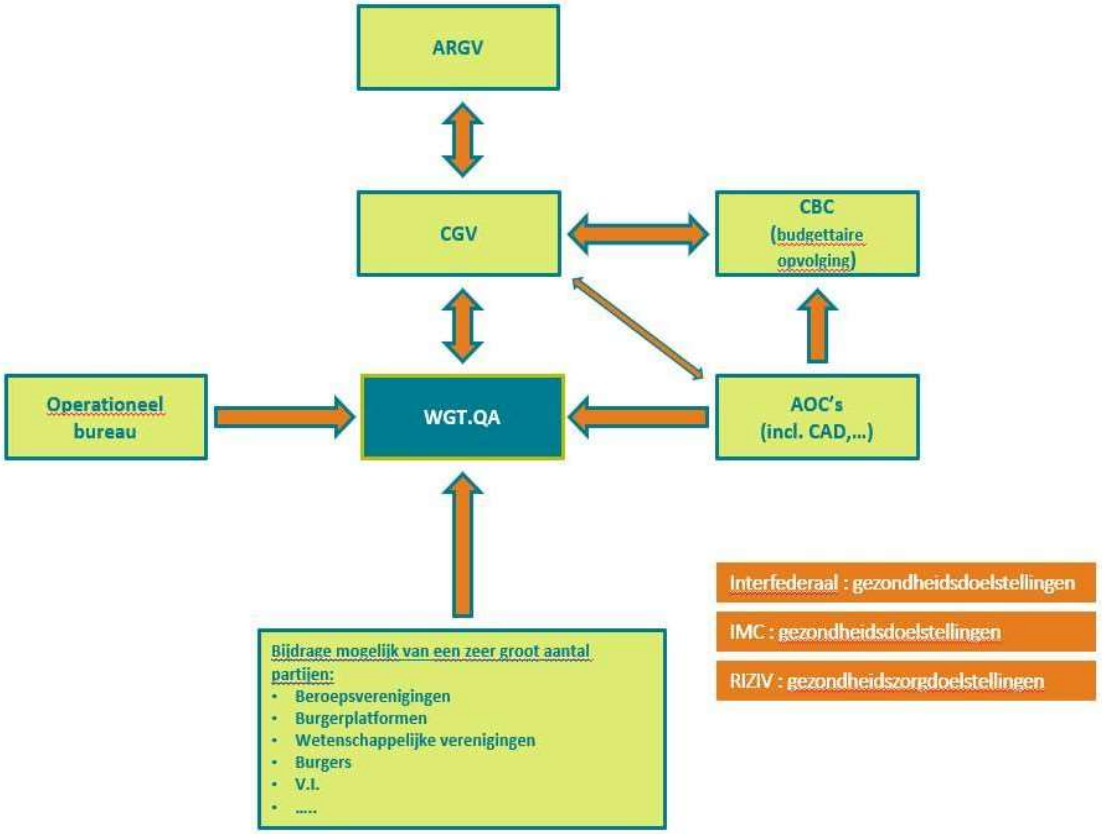
- komt er een engagement van de Algemene raad en het Verzekeringscomité om de meerjarenplanning en het meerjarig financieel kader te respecteren,
- betuigen alle actoren hun akkoord om het meerjarenplan maximaal te vertalen naar de overeenkomsten en akkoorden,
- monitort de Commissie voor begrotingscontrole voortaan ook rekening houdend met het meerjarig financieel kader,
- monitort een werkgroep "Quintuple Aim" (WGT.QA) op inhoudelijk vlak de begrotingsbeslissingen betreffende gezondheidszorgdoelstellingen en appropriate care (zie deel 3).

Meer concreet betekent dit dat in het eerste semester van 2022 een meerjarenplan voor deze legislatuur wordt vastgelegd aan de hand van actieprogramma's die worden ontwikkeld onder meer op basis van de fiches die werden ingediend. In het tussentijds rapport werden globale prioritaire domeinen voor gezondheidszorgdoelstellingen geïdentificeerd. De bedoeling is nu om op basis van een debat tussen stakeholders in de WGT.QA en eventueel experten die door deze werkgroep worden uitgenodigd te komen tot gezondheidszorgdoelstellingen en groepen van acties die moeten worden geïmplementeerd om deze doelstellingen te realiseren.

III. Een nieuw beheermodel

Governance

Dezelfde filosofie van cocreatie dient ook aan de basis te liggen van het nieuwe beheermodel. Het nieuwe beheermodel dient een samenhangend geheel te vormen met de bestaande overlegorganen op het RIZIV, van dewelke de rol niet wijzigt. Een noodzakelijke voorwaarde voor het tot stand brengen van cocreatie is de participatieve ontwikkeling van gezondheidszorgbeleid. Met één enkel bijkomend orgaan is het mogelijk om de governance voldoende te verschuiven in de richting van een geïntegreerde beleidsontwikkeling. Wel is er tijd nodig om deze participatieve methodologie uit te proberen en te verfijnen. Er wordt in een continuering van de WGT.QA voorzien, met het concrete engagement om uiterlijk tegen eind 2024 de nieuwe methodologie en het nieuwe beheermodel te evalueren en juridisch te verankeren. Aangezien het de wens is van de WGT.QA om zich te beperken tot deze WGT.QA als enig bijkomend orgaan (KIS-principe), dient de noodzaak aan een duidelijk statuut voor de WGT.QA onderzocht te worden. Een operationeel bureau zal de WGT.QA ondersteunen (HRM, juridisch enz.).



Bij het begin van de legislatuur is er meer werk te verrichten dan in de daarna volgende jaren omdat de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen en de meerjarenbegroting dan worden vastgelegd. De prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen worden uiteraard niet op één legislatuur gerealiseerd. Het komt er dus op aan om in elke legislatuur een beperkt aantal bijkomende gezondheidszorgdoelstellingen na te streven. De meerjarenbegroting dient ook rekening te houden met de lopende dossiers en accenten van het regeerakkoord. Het formuleren van gezondheidszorgdoelstellingen en van actieprogramma's gebeurt met de Quintuple Aim voor ogen rekening houdend met de 15 goedgekeurde projecten van het Verzekeringscomité voor het jaar 2022 (zie beslissingen budget 2022).

Elke legislatuur zullen er dus eerst gezondheidszorgdoelstellingen geformuleerd worden. Deze gezondheidszorgdoelstellingen worden door de WGT.QA voorbereid en door het Verzekeringscomité aan de Algemene Raad voorgesteld die over de algemene beleidslijnen beslist. Nadien worden deze gezondheidszorgdoelstellingen op regelmatige basis gemonitord, onder meer op basis van de HSPA performantierapporten van het KCE. De voorbereiding van de monitoring gebeurt eveneens door de WGT.QA, die bijvoorbeeld de experten van het KCE op haar vergadering over dit onderwerp uitnodigt. De voorbereiding wordt samen met de notulen van de vergadering van het Verzekeringscomité daarover aan de Algemene Raad overgemaakt, die verder opvolgt. De prioritaire domeinen van gezondheidszorgdoelstellingen voor de lopende legislatuur staan in sectie 2 van het eindrapport vermeld. De goedkeuring van dit rapport door de Algemene Raad volstaat om de gezondheidszorgdoelstellingen voor 2022-2024 vast te leggen. Er moet een globaal theoretisch kader van gezondheidszorgdoelstellingen zijn uitgewerkt ter ondersteuning van de werkzaamheden daaromtrent vanaf 2025 van zodra er een nieuwe regering is.

Eenmaal de gezondheidszorgdoelstellingen zijn vastgelegd, zal de WGT.QA in consensus de actieprogramma's opstellen en de meerjarenbegroting voorbereiden die vervolgens door het Verzekeringscomité aan de Algemene Raad wordt voorgesteld. Actieprogramma's zijn groepen van acties waarmee de betreffende gezondheidszorgdoelstelling zo efficiënt mogelijk wordt nagestreefd. Het gaat over programma's in grote lijnen en geen fijn uitgewerkte acties. De Algemene Raad engageert zich voor de meerjarenbegroting en alle sectoren vertalen dit engagement maximaal naar de eigen werkzaamheden en hebben coherent daaraan een meerjarig plan voor hun sector voor ogen. Bij gebrek aan consensus binnen de overeenkomsten- en akkoordencommissies hieromtrent kan hiervan worden afgeweken mits gemotiveerde beslissing binnen die commissies.

Pas nadat een jaarlijkse begrotingsbeslissing middelen voor acties voorzag, worden acties en maatregelen concreet uitgewerkt. Zij worden door de betrokken sectoren (akkoorden- en overeenkomstencommissies, college Artsen-directeurs, technische raden, enz.) uitgewerkt, die daarvoor ten allen tijde experten (academische zowel als terreindeskundigen) kunnen uitnodigen. De voorstellen van implementatie worden met een advies van de Commissie voor begrotingscontrole aan het Verzekeringscomité voorgelegd. De jaarlijkse begrotingsbeslissingen bevatten evenzeer beslissingen over acties die middelen opbrengen, conform de doelstelling kosteneffectiviteit van de Quintuple Aim. Er wordt bij de opmaak van de begroting rekening gehouden met de gemotiveerde verzoeken van individuele sectoren.

Tot slot dienen de actieprogramma's waarvoor middelen zijn vrijgemaakt kort op de bal geëvalueerd en bijgestuurd te worden naar gelang van de resultaten die worden geboekt en moeten de gezondheidszorgdoelstellingen gemonitord worden.

Timeline:

Wanneer?	Wat?	Door wie?
7 februari 2022	Prioritaire domeinen gezondheidszorgdoelstellingen 2022-2024 van waaruit eerst en vooral enkele eerste gezondheidszorgdoelstellingen voor 2022-2024 worden geformuleerd	De Algemene Raad beslist over de prioritaire domeinen van gezondheidszorgdoelstellingen voor deze legislatuur. Deze zijn te vinden in sectie 2 van het voorliggende eindrapport.
15 juli 2022 (streefdatum)	Meerjarenbegroting 2023-2024	De WGT.QA bereidt een meerjarenbegroting voor deze legislatuur voor op basis van de alsdan beschikbare informatie. PS: een meerjarig financieel kader kan niet anders als dynamisch zijn.
1 september 2022	Behoeftelijsten en berekening budgettaire impact van door de WGT.QA relevant geachte fiches	Deze informatie is ter beschikking van de besprekingen voor de begrotingsopmaak voor het budget 2023.
19 september 2022	Herziene technische ramingen en indicatief advies WGT.QA over de jaarlijkse begroting	Deze informatie is ter beschikking van de besprekingen voor de begrotingsopmaak voor het budget 2023
Oktober 2022	Budgetbeslissing	Het begrotingsvoorstel wordt door het Verzekeringscomité gestemd op de eerste maandag van oktober. Vervolgens adviseert de Commissie voor begrotingscontrole het begrotingsvoorstel. Tegen de derde maandag van oktober wordt een begroting door de Algemene Raad vastgesteld.
Na de budgetbeslissing	Implementatie van acties en maatregelen	De sectoren bereiden dit voor het Verzekeringscomité voor. Het Verzekeringscomité beslist met een advies van de Commissie voor Begrotingscontrole die in haar advies ook rekening houdt met de meerjarenbegroting waarvoor iedereen zich engageerde.
2023-2024	Begrotingsopmaak en implementatie begrotingsbeslissingen	Dezelfde methodologie als boven beschreven
2024	Evaluatie van de nieuwe methodologie en het nieuwe beheermodel	Aanpassingen worden geanalyseerd door de WGT.QA, in overleg met alle sectoren, en beslist op een gemeenschappelijke vergadering van de Algemene Raad en het Verzekeringscomité
Begin nieuwe legislatuur	Bijkomende gezondheidszorgdoelstellingen en meerjarenbegroting	Dezelfde methodologie als boven beschreven, maar de gezondheidszorgdoelstellingen worden in co-constructie geformuleerd op basis van een globaal kader dat deze legislatuur wordt uitgewerkt met het oog op een performanter gezondheidszorgsysteem

In bovenstaand deel 2, hoofdstuk 2, is toegelicht met welke methodologieën de strategische beslissingen binnen de ziekteverzekering participatief kunnen worden genomen. Het is belangrijk dat hier een consensus over wordt bereikt met een ruim aantal stakeholders. Een ander element is de concrete implementatie van acties en maatregelen voor de realisatie van de Quintuple aim.

De gezondheidszorgdoelstellingen die zullen worden gerealiseerd, staan op de nieuwe transversale begrotingslijn GDOS. Deze nieuwe lijn wordt gefinancierd vanuit de budgettaire marge, maar mogelijk ook vanuit efficiëntiewinsten vanuit sectoren die zo aan de gezondheidszorgdoelstelling een bijdrage leveren. Van zodra de bijbehorende acties stabiel zijn en duidelijk is welk budget expliciet aan één of meerdere sectoren kan worden toegewezen, wordt de overschrijving uitgevoerd van de transversale begrotingslijn GDOS naar een GDOS-lijn in de partiële begrotingsdoelstelling. Sommige acties zullen evenwel steeds in de transversale begrotingslijn blijven, omdat niet alle budgettaire impacten van maatregelen te isoleren zijn.

De WGT.QA bevat tal van stakeholders en kan beslissen om experten uit te nodigen. De WGT.QA kan beslissen om rond specifieke thema's een oproep te lanceren om bijkomende ideeën te verzamelen. Anderzijds is het essentieel dat de co-constructie zo breed mogelijk gaat. Er is daarom een permanent open communicatiekanaal, waarlangs beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen, wetenschappelijke verenigingen, burgers, verzekeringsinstellingen, enz. via een vast stramien ideeën kunnen indienen. Deze ideeën kunnen ook antwoorden op meer kosteneffectiviteit inhouden. Oproepen vanuit de WGT.QA dienen in overleg met het RIZIV te worden georganiseerd. Wat het open communicatiekanaal betreft, wordt afgesproken dat, indien mogelijk, een trimestriële opvolging ervan door de WGT.QA kan gebeuren.

Budgettransparantie

De voorstellen met betrekking tot een grotere budgettransparantie worden van zodra mogelijk zoals beschreven in het eindrapport verder uitgewerkt (technisch, juridisch).

SECTION I : Langetermijn methodologie

INAMI-RIZIV

Inhoud

I. Introduction

II. Methodology

1. Algemene beschrijving van de aanpak met SMART-doelstellingen
2. Methodologische aanpak voor het bepalen van de gezondheidszorgdoelstellingen
3. Methodologische aanpak voor het uitwerken van de gezondheidszorgdoelstellingen
4. Jaarlijkse evaluatie van de verwezenlijking van de gezondheidszorgdoelstellingen en aanpassing van de acties

III. GDOS & AC

1. Doelstellingen ter verbetering van de gezondheid van de bevolking
2. Doelstellingen ter verbetering van de kwaliteit van de zorg
3. Doelstellingen ter verbetering van de efficiëntie
4. Doelstellingen voor een betere toegang tot de gezondheidszorg
5. Gezondheidszorgdoelstellingen voor een verbetering van het welzijn van zorgverleners

IV. Conclusions

I. Introduction

- Een coherent gezondheidsbeleid ten behoeve van de bevolking is gebaseerd op globale gezondheidsdoelstellingen die door de federale overheid en de overheden van gemeenschappen en gewesten samen opgesteld worden. Deze gezondheidsdoelstellingen zijn specifieke, meetbare, aanvaarde en realistische doelstellingen (cf. het SMART-principe) waarmee binnen een vooraf bepaalde periode een betere gezondheid bij de bevolking nagestreefd wordt. Deze globale gezondheidsdoelstellingen zijn gericht op de beleidsdomeinen (Health in all policies), binnen de bevoegdheden in lijn met het RIZIV, rekening houdend met de doelstellingen van de diverse beleidsdomeinen.

- De gezondheidszorgdoelstellingen worden zo gedefinieerd dat het gezondheidszorgsysteem zijn centrale rol in zowel de verbetering van de gezondheid van de gehele bevolking, de verbetering van de 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 zorgverstrekkers zo goed mogelijk kan vervullen. Bijvoorbeeld het beperken van de prevalentie van diabetes is een algemene gezondheidsdoelstelling die door de federale overheid en de overheden van gemeenschappen en gewesten kan worden geformuleerd en waaraan meerdere beleidsdomeinen een bijdrage kunnen leveren. Een betere opvolging van patiënten met diabetes is een mogelijke gezondheidszorgdoelstelling waarmee binnen het gezondheidszorgsysteem een betere gezondheid en levenskwaliteit van mensen met diabetes wordt nagestreefd en waarmee meer gezondheidszorguitgaven zoveel mogelijk worden vermeden.

- Het gaat niet langer enkel over het begroten van financiële middelen, maar ook over het breder reflecteren over de veranderingen die in het gezondheidssysteem nodig zijn door middel van (groepen van) maatregelen die de gekozen gezondheidszorgdoelstellingen kunnen realiseren. Die reflectie gebeurt met alle relevante zorgverstrekkers en met competente experten. Vertrekkende van de behoeften van de patiënt wordt bepaald welke zorgverlening ontwikkeld moet worden en pas daarna wordt nagegaan welke initiatieven of maatregelen aanvullend nodig zijn ten aanzien van wat al in de ziekteverzekering bestaat. Daarbij wordt rekening gehouden met een mogelijke verschuiving van middelen naar een doelmatigere aanwending ervan.

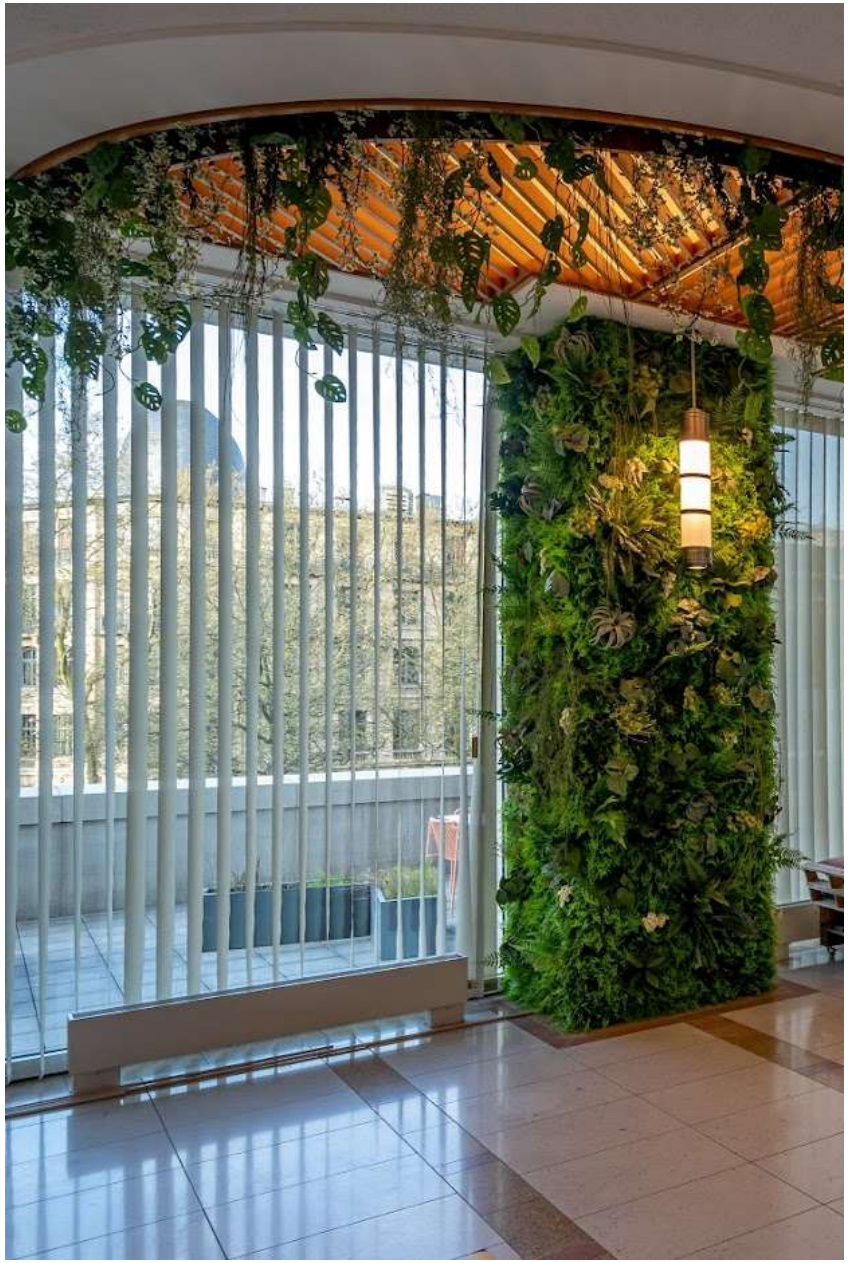
- Een voorafgaandelijke vraag betreft de methodologie om tot de juiste prioriteiten te komen. Niet enkel de wetenschappelijke ondersteuning in de reflectie over een coherent gezondheidszorgbeleid is relevant. De instrumenten ter ondersteuning van de besluitvorming zijn even relevant, zoals het gebruik van participatieve methodologieën in de verschillende fasen van de reflectie, het gebruik van methodologieën om het innovatievermogen te bevorderen en het gebruik van informatiebeheersinstrumenten.

- De doelstelling wordt door de WHO als volgt omschreven: “Strengthening leadership in health requires a focus on ensuring an eco-system that enables participation from diverse actors, nurtures debates and provides an opportunity for all actors to assert their leadership potential, as the need arises, to the benefit of improved health-system performance” (WHO, 2016 en 2021).

- In deze sectie worden voorstellen geformuleerd met betrekking tot de langetermijn methodologie voor het ontwikkelen van een coherent gezondheidszorgbeleid. Op welke manier worden de grotere problemen in ons gezondheidszorgsysteem gedetecteerd, worden actieprogramma's opgezet en bijgestuurd en geëvalueerd?

- De gezondheidszorgdoelstellingen in deze sectie betreffen voorbeelden. De aangesneden thema's gaan iets breder dan de vijf dimensies van de KCE Performantierapporten die de performantie van het Belgische gezondheidssysteem in kaart brengen en die gaan over kwaliteit, toegankelijkheid, efficiëntie, duurzaamheid en billijkheid van zorg, waarbij de billijkheid van zorg alle niveaus overkoepelt. In het kader van de Quintuple Aim wordt hierna meer aandacht besteed aan de gezondheidsenquête van Sciensano en worden indicatoren ook in nog andere studies gevonden. Indicatoren voor het monitoren van het gevoerde beleid kunnen, indien nodig, bovendien nog worden ontwikkeld.

- Tot slot wordt de samenhang vastgesteld tussen de wetenschappelijke onderbouwde aanpak en de agile-aanpak die voor de zomer werd gehanteerd. De grotere domeinen voor gezondheidszorgdoelstellingen in het tussentijds rapport komen met de wetenschappelijk onderbouwde aanpak overeen. Dat maakt dat het vrij eenvoudig is om prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen voor de jaren 2022 tot en met 2024 te formuleren en er actieprogramma's voor op te stellen, een opdracht voor het eerste semester van 2022. De uiteindelijke keuze tussen gezondheidszorgdoelstellingen en acties is jaarlijks afhankelijk van de budgettaire mogelijkheden en dus onderwerp van de jaarlijkse begrotingsbesprekingen.



II. Methodology

II.1. Algemene beschrijving van de aanpak met SMART-doelstellingen

- Verbetering van de politieke capaciteit

✧ Doelstellingen vaststellen laat toe het gezondheidsbeleid beter te oriënteren en te coördineren. Het is een logische uitbreiding van de evaluatie van de performantie van het gezondheidssysteem, bedoeld om de besluitvorming te ondersteunen: *« informer les autorités de la santé quant à la performance du système de santé, et mettre en évidence d'éventuels problèmes »* (Vrijens et al., 2014), door « *les informations nécessaires à la planification stratégique de ce système* » te verstrekken (Devos et al., 2019).

✧ Deze aanpak is in de eerste plaats een middel om de beleidscapaciteit te verbeteren: « *Policy capacity refers to the ability to develop policy that is aligned with resources in pursuit of goals* » (Forest et al., 2015).

✧ De complexiteit van gezondheidskwesties, of het nu gaat om een populatie, een gemeenschap of een individu, impliceert immers dat keuzes in het kader van het gezondheidsbeleid noodzakelijkerwijs gebaseerd moeten zijn op een uiteenlopende reeks elementen zoals waarden, wetenschappelijke kennis en de standpunten van de betrokken actoren, waarbij rekening moet worden gehouden met de inherente onzekerheden.

✧ De op doelstellingen gebaseerde aanpak is een gelegenheid om het denkkader in het kader van de toekomstige begrotingsoriëntaties te verruimen en aldus een ambitieus beleid te bevorderen door een strategische visie op lange termijn aan te nemen.

✧ In de context van het gezondheidszorgbeleid beoogt deze aanpak de prestaties van het gezondheidszorgstelsel te verbeteren door de investeringen beter af te stemmen op de meervoudige uitdagingen om aan de algemene behoeften inzake gezondheidszorg van de bevolking te voldoen.

✧ Deze aanpak maakt deel uit van een proces van verbetering van de governance: « *The point of improving governance is to improve policy performance, meaning better formulated and implemented policies.* » (Greer et al., 2016).

✧ Politieke capaciteit is een essentieel onderdeel van het bestuursmodel zoals gedefinieerd door het European Observatory on Health Systems and Policies, dat de volgende elementen omvat: transparantie, verantwoordingsplicht, participatie, integriteit en capaciteit.

✧ De belangrijkste as voor de verbetering van de beleidscapaciteit is de expliciete en directe integratie van de verwachte gezondheidsresultaten in de administratieve governance- en overlegprocedures op begrotingsniveau.

- De voordelen van de aanpak via doelstellingen

✧ In de eerste plaats maakt deze aanpak het mogelijk het investeringsbeleid beter te omlijnen door de problemen binnen het gezondheidsstelsel beter in kaart te brengen, of zij nu objectief worden vastgesteld door wetenschappelijke bronnen of door deskundigenrapporten uit het veld. Aldus wordt het engagement van alle actoren rond onderling afgestemde en gedeelde doelstellingen aangemoedigd en wordt gezorgd voor een betere convergentie van de collectieve inspanningen via verschillende soorten maatregelen, hetzij financiële, hetzij in andere mogelijke vormen zoals structurele, organisatorische of regelgevende veranderingen (deze maatregelen kunnen op verschillende niveaus worden genomen: macro, meso, micro).

✧ Een van de belangrijkste voordelen van deze methodologie is dat zij instrumenten aanreikt om het overleg en de besluitvorming te ondersteunen door een betere integratie van de wetenschappelijke kennis en de standpunten van de verschillende betrokken partijen. Het bepalen van doelstellingen biedt de gelegenheid om verschillende deskundigheden en perspectieven bijeen te brengen op een ontkokerde manier, waarbij elke betrokkene zowel zijn of haar gedachten op zijn of haar vakgebied kan inbrengen als kan profiteren van de inbreng van de andere deelnemers. Deze nieuwe manier om het budgettaire denken te structureren rond doelstellingen zal innoverende, transversale, multidisciplinaire en gecoördineerde voorstellen wellicht meer in de hand werken.

✧ De vaststelling van doelstellingen biedt de mogelijkheid om het innovatievermogen te verbeteren door het mogelijk te maken alle betrokken actoren bijeen te brengen om een goed gedocumenteerd probleem op te lossen. Dit vermogen om actoren en kennis te mobiliseren is essentieel voor de aanpak van complexe problemen.

✧ De verduidelijking van de doelstellingen voor het gezondheidssysteem en de daaraan ten grondslag liggende waarden maakt het ook mogelijk de continuïteit op middellange en lange termijn van de budgettaire oriëntaties te versterken en aldus een betere samenhang van het investeringsbeleid in de tijd te garanderen, aangezien dit laatste niet alleen door een langetermijnperspectief wordt geleid, maar vooral op korte en middellange termijn kan worden geëvalueerd aan de hand van objectievere en transparantere criteria. Zo kunnen regelmatig aanpassingen worden gedaan en acties worden bepaald, waarbij niet alleen rekening wordt gehouden met de nagestreefde doelstellingen, maar ook met de resultaten van de evaluaties op kortere termijn en rekening houdend met de contextuele factoren die de resultaten kunnen beïnvloeden. De beleidsvorming op het gebied van de gezondheidszorg is dus in de eerste plaats een proces van dynamische aanpassingen op korte en middellange termijn binnen een geformaliseerd structurerend kader van doelstellingen op lange termijn.

✧ De nadruk op doelstellingen en actieprogramma's voor het gezondheidssysteem maakt het gezondheidsbeleid ook leesbaarder voor andere sectoren die bij het gezondheidsbeleid betrokken zijn. In het kader van het beleid inzake « *Health in All Policies is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health and health systems implications of decisions,seeks synergies, and avoids harmful health impacts, in order to improve population health and health equity* » (Leppo et al., 2013). Dit beleid zal de op doelstellingen gebaseerde aanpak van het gezondheidssysteem de besprekingen tussen de sectoren en de verschillende bevoegdheidsniveaus vergemakkelijken, teneinde de verbintenissen en acties van de verschillende actoren te coördineren en aldus te komen tot een versterking van de verwachte effecten tussen de verschillende beleidsmaatregelen die van invloed kunnen zijn op de gezondheid van de bevolking (bijvoorbeeld in de strijd tegen zwaarlijvigheid).

II.2. Methodologische aanpak voor het bepalen van de gezondheidszorgdoelstellingen

- Concreet houdt de op doelstellingen gebaseerde aanpak verschillende fasen in om tot een samenhangend beleid te komen. De eerste stap bestaat erin een consensus te bereiken over de na te streven gezondheidszorgdoelstellingen en vervolgens actieprogramma's op te stellen om deze te bereiken.

- Vaststelling van de gezondheidszorgdoelstellingen

- Het doel van deze voorbereidende fase is alle belangrijke kwesties in het gezondheidszorgsysteem te identificeren waarvoor specifieke acties (investeringen, regelgeving, enz.) moeten worden ondernomen. Concreet gaat het erom, op basis van bestaande wetenschappelijke studies en de meningen van belanghebbenden, de belangrijkste problemen in het gezondheidszorgsysteem te identificeren om aan de behoeften van de bevolking te voldoen.

- Dit is een selectieve, gerichte aanpak (Obyn et al, 2017): de doelstellingen worden bepaald op basis van een selectie van prioritaire vraagstukken. Deze eerste werkzaamheden maken het mogelijk potentieel aanvaardbare gezondheidszorgdoelstellingen op middellange en lange termijn te formuleren (smart). Het performantierapport van het KCE biedt een conceptueel kader voor het structureren van de reflectie over de gezondheidszorgdoelstellingen. Het rapport brengt ook, per dimensie, een reeks indicatoren samen om bestaande performantieproblemen te identificeren. Dit is echter onvoldoende, want er moet rekening worden gehouden met ook andere, aanvullende publicaties, de mening van wetenschappelijke deskundigen, van gezondheidswerkers en van patiënten.

- Om de gezondheidszorgdoelstellingen te selecteren, kunnen bepaalde methoden worden gebruikt om tot een consensus te komen, zoals de Delphi-techniek. Vanaf dit stadium moet een reeks samenhangende acties worden ontwikkeld om de gestelde doelen te bereiken (actieprogramma's appropriate care).

- De aldus omschreven gezondheidszorgdoelstellingen vormen het stabiele kader voor de begrotingsprioriteiten op lange termijn, in die zin dat in de toekomst te financieren acties moeten bijdragen tot de verwezenlijking van deze doelstellingen. De acties moeten ook consistent zijn met de andere vastgestelde gezondheidszorgdoelstellingen, d.w.z. dat zij geen van de doelstellingen mogen ondermijnen (bv. tussen de toegankelijkheidsdoelstelling en de efficiëntiedoelstelling).

- Sommige acties kunnen immers gevolgen hebben voor verschillende performantiedimensies: sommige acties ter verbetering van de efficiëntie, bijvoorbeeld stimulansen om het gebruik te verminderen van bepaalde zorg die voor bepaalde soorten patiënten geen gezondheidsvoordelen oplevert, mogen de toegang niet zonder onderscheid voor alle patiënten verminderen, d.w.z. ook voor patiënten die er potentieel baat bij zouden kunnen hebben.

- De verschillende soorten mogelijke gezondheidszorgdoelstellingen

✧ Door de verschillende soorten gezondheidszorgdoelstellingen te definiëren, kunnen wij een gemeenschappelijke taal hanteren en in het juiste kader denken om acties voor te stellen.

✧ Strategische doelstellingen:
- De einddoelen zijn gericht op de gezondheidsstatus of de kwaliteit van leven.
- Tussentijdse resultaatdoelstellingen richten zich op de determinanten van gezondheid om de einddoelstellingen te bereiken (bv. moeilijkheden bij de toegang tot gezondheidszorg of gezondheidsgeletterdheid).

✧ Operationele doelstellingen:
- Procesdoelstellingen zijn gericht op de wijze waarop zorg wordt verleend om de kwaliteit, efficiëntie, toegankelijkheid en duurzaamheid te verbeteren. Dit zijn de acties die moeten worden ondernomen om de resultaatdoelstellingen te bereiken. Procesdoelstellingen zijn nuttig voor het toezicht op de uitvoering van programma's op korte termijn.
- Structurele en organisatorische doelstellingen hebben betrekking op veranderingen in wetgeving, infrastructuur, menselijke hulpbronnen, enz.

✧ Veranderingen in processen, structuur of wetgeving moeten worden gerechtvaardigd door het nastreven van een bredere strategische doelstelling. Deze voorwaarde is belangrijk om zowel de leesbaarheid als de samenhang van alle ondernomen acties te waarborgen.

- Definitie van een SMART gezondheidszorgdoelstelling

✧ De definitie van een SMART doelstelling is:
- specifiek,
- meetbaar betekent gekwantificeerd (bvb. X% vermindering),
- bereikbaar, ambitieus, aanvaardbaar of overeengekomen, vooral omdat acties kunnen worden bepaald,
- realistisch in termen van context, middelen, tijdshorizon (haalbaarheid),
- tijdelijk bepaald, met een vastgestelde termijn op korte, middellange of lange termijn (met basislijngegevens).

✧ Dit soort doelstelling impliceert het gebruik van indicatoren met ook aandacht voor procesindicatoren.

✧ Er zijn drie belangrijke criteria voor de selectie van indicatoren:
- beschikbaarheid,
- validiteit: « comme la capacité d'un indicateur à mesurer le phénomène étudié, c'est-à-dire l'adéquation qui existe entre les variables retenues et le concept théorique à mesurer»,
- betrouwbaarheid: « La fiabilité d'un indicateur est sa capacité à mesurer fidèlement un phénomène, c'est-à-dire sans trop de variation aléatoire » (Champagne et al., 2005).

✧ Deze vragen, die vrij technisch kunnen zijn (met het oog op validiteit en betrouwbaarheid), staan niettemin centraal bij het werk om de doelstellingen te prioriteren. Hoewel de validiteit en betrouwbaarheid van bestaande indicatoren gemakkelijker kunnen worden beoordeeld, moet deze kritische analyse toch mogelijk zijn.

- Beschikbaarheid is een van de belangrijkste problemen bij de SMART-doelstelling selectie. Het risico bestaat dat een probleem over het hoofd wordt gezien dat anders misschien goed zou zijn onderkend, maar waarvoor nog geen indicator beschikbaar is. Het is dan ook van essentieel belang na te gaan of enerzijds de secundaire gegevens verder kunnen worden geanalyseerd en anderzijds nieuwe gegevens kunnen worden verzameld.

- Het besluit om originele gegevens te gebruiken in plaats van secundaire gegevens moet het resultaat zijn van een compromis tussen de ideale situatie waarin alle kwesties worden gemeten (tegen hoge verwerkingskosten) en de situatie waarin alleen bestaande indicatoren worden gebruikt zonder dat extra gegevens worden verzameld.

- Het risico van een aanpak met SMART gezondheidszorgdoelstellingen

- De identificatie van belangrijke problemen kan niet uitsluitend op de publicatie van indicatoren worden gebaseerd. Sommige kwesties zijn immers niet altijd meetbaar of zijn misschien nog niet kwantitatief geëvalueerd (Champagne et al., 2005). Gezien de complexiteit van de problemen die moeten worden opgelost om aan de behoeften van de bevolking op het gebied van gezondheidszorg te voldoen, is het onmogelijk om over alle indicatoren te beschikken om alle prioriteiten van het gezondheidszorgbeleid vast te stellen. De geselecteerde SMART-gezondheidszorgdoelstellingen kunnen niet alle problemen die zich in het gezondheidszorgsysteem voordoen, volledig bestrijken. Het risico bestaat dat de aandacht wordt beperkt tot de doelstellingen waarvoor indicatoren bestaan, ten nadele van problemen die niet kunnen worden gekwantificeerd of nog niet kwantitatief zijn beoordeeld, hetzij in het kader van de beoordeling van de prestaties van de gezondheidszorgsystemen, hetzij in andere studiecontexten.

- Daarom moet de vaststelling van doelstellingen openstaan voor een brede discussie en niet uitsluitend worden gebaseerd op gepubliceerde indicatoren. Sommige problemen kunnen op een bottom-up manier worden geïdentificeerd en zijn zelfs toelaatbaar als er geen bestaande indicatoren zijn.

- Het gebruik van internationale vergelijkingen van indicatoren mag niet de enige bron van informatie zijn om probleemgebieden vast te stellen. Verschillen tussen landen weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs verschillen in performantie, met name wanneer zij niet zijn gecorrigeerd voor de gezondheidstoestand van de bevolking of omdat de verzamelmethode verschillend kan zijn.

- De aandacht voor indicatoren kan ook de reflectie beperken op het vraagstuk van het succes, het al dan niet bereiken van de doelstelling zoals die is geformuleerd, zonder rekening te houden met het gehele probleem waarop de doelstelling betrekking heeft of met de implicaties in termen van maatschappelijke keuzes. Wanneer de SMART-gezondheidszorgdoelstelling bijvoorbeeld voor een bepaalde doelgroep wordt berekend, betekent dit niet dat het aan de orde gestelde probleem geen betrekking heeft op een ruimere doelgroep die ook baat zou kunnen hebben bij de acties. Dit geldt ook voor sommige ziekten waarvoor de indicatoren alleen voor bepaalde ziekten worden berekend (b.v. voor het probleem van de onderscreening voor borstkanker bij kansarmen).

- De bevindingen die uit de indicator voor deze ziekte kunnen worden getrokken, zijn waarschijnlijk ook van toepassing op andere soorten kanker (systematische onderscreening van kankers in achtergestelde groepen).

II.3. Methodologische aanpak voor het uitwerken van de gezondheidszorgdoelstellingen

- Gezondheidszorgdoelstellingen zijn gericht op het corrigeren van problemen die eenvoudig (duidelijk verband tussen oorzaak en gevolg), gecompliceerd (meerdere oorzaken die deskundig advies vereisen), complex (geen aanwijsbare oorzaak-gevolgrelatie buiten de context, onvoorspelbare en zich ontwikkelende resultaten) of zelfs chaotisch (geen aanwijsbare oorzaak-gevolgrelatie) kunnen zijn (Cynefin framework).

- Voor ingewikkelde of complexe problemen is het van essentieel belang dat men in staat is instrumenten en methodologische benaderingen te gebruiken om positieve veranderingen in het gezondheidssysteem teweeg te brengen en aldus de als prioritair beschouwde problemen te verminderen. De eerste moeilijkheid ligt in de noodzaak van een synthese van een verscheidenheid van informatiebronnen. Daarom is het belangrijk de juiste instrumenten te kunnen gebruiken om de resultaten van besprekingen, oproepen tot het indienen van voorstellen of publicaties doeltreffend over te brengen.

- Evaluatiemethoden voor gezondheidsprogramma's bieden interessante conceptuele instrumenten om de relevantie van gezondheidsinterventies te beoordelen voordat ze worden uitgevoerd (in de projectfase) (Brouselle, 2009). Zij bieden ook een zeer compleet kader van vragen die kunnen worden gesteld bij het opzetten van acties of, meer in het algemeen, van een programma.

- Ten slotte biedt de Service Design-aanpak een solide, methodologisch kader om de vele uitdagingen op het gebied van de gezondheidszorg aan te pakken. Het gaat over een reeks van methoden om multidisciplinair over complexe problemen ("wicked problems") na te denken en innovatie te bevorderen.

- Praktische hulpmiddelen voor het synthetiseren van de samenstellende elementen van acties op basis van verschillende bronnen van voorstellen

- Een van de belangrijkste succesfactoren bij het ontwikkelen van acties om ingewikkelde of complexe problemen op te lossen is de diversiteit van de gebruikte bronnen. Daarom is het van belang een instrument te gebruiken dat in staat is een geheel van gediversifieerde bronnen samen te stellen en de oorsprong ervan te traceren, hetzij om administratieve redenen, hetzij om zo nodig terug te gaan naar de bronnen (actoren, geraadpleegde deskundigen, bibliografische bronnen, enz.), en zo voor meer transparantie zorgen.

- De verscheidenheid aan mogelijke bronnen die moeten worden geïntegreerd om een geheel van samenhangende acties te verkrijgen, vereist het gebruik van een instrument voor kwalitatieve analyse. Dit soort instrument maakt het mogelijk een synthese te maken van alle bronnen die in de loop van de werkzaamheden zijn gebruikt: bottom-up voorstellen (GDOS en AC), verslagen van besprekingen van de voorstellen, adviezen van deskundigen of anderen, aanvullingen uit wetenschappelijke publicaties of andere mogelijke bronnen (websites, enz.), waarbij de oorsprong van de bron behouden blijft.

- Met behulp van software voor kwalitatieve analyse (zoals Nvivo) kan de inhoud van elk element worden getraceerd (d.w.z. de verschillende delen van de tekst kunnen worden gekoppeld aan de bron ervan, zoals een bibliografische referentie of een fichenummer), terwijl de delen kunnen worden geïntegreerd in een thematische structuur, die kan worden gedefinieerd als het geheel van vragen die moeten worden behandeld om te komen tot een coherente aanpak in verband met de nagestreefde doelstellingen.

- Deze kwalitatieve analyse stelt iedereen in staat de bron te vinden van elk element dat in de synthese is opgenomen. Aangezien de fiches op veel gebieden niet los van elkaar kunnen worden gebruikt om samenhangende voorstellen te doen (met name wegens mogelijke redundantie), en zij ook op transversale wijze in een breder pakket van acties kunnen worden geïntegreerd, kunnen zij in een samenvattend document in delen worden opgenomen wanneer dat relevant is en kan er met hun toegewezen nummer naar worden verwezen.

- Een ander voordeel van dit type instrument is dat het mogelijk is de acties volgens verschillende invalshoeken te visualiseren: het is bijvoorbeeld mogelijk alle acties te visualiseren die betrekking hebben op de verbetering van de financiële toegang en anderzijds de acties te zien die betrekking hebben op een type zorg, zoals bvb. de tandheelkundige zorg, waarin de acties voor financiële verbetering betreffende de tandheelkundige zorg zijn opgenomen. Dit soort software maakt gecentraliseerde codering van gegevens mogelijk om verschillende dimensies te analyseren.

- Mind maps kunnen ook nuttig zijn om een overzicht te krijgen van de acties die zijn bepaald om de gestelde doelen te bereiken.

- Zij zijn met name nuttig om snel visueel te beoordelen of de acties voldoende alomvattend zijn (d.w.z. dat zij rekening houden met alle oorzaken van het beoogde probleem of met alle actiemogelijkheden) en ambitieus (d.w.z. dat het verwachte effect ervan in verhouding staat tot de omvang van het beoogde probleem).

• Instrumenten voor de ontwikkeling van de inhoud van actieprogramma's

- De evaluatiemethoden van de gezondheidsprogramma's maken het mogelijk een onderscheid te maken tussen de verschillende samenstellende delen van een ontwerp-actieprogramma door het theoretische gedeelte te scheiden van het operationele gedeelte.

- Dit onderscheid is belangrijk tijdens het denkproces, aangezien een van de succesfactoren het vermogen is om alle mogelijke oorzaken van een probleem zo volledig mogelijk in overweging te nemen alvorens vragen te stellen over acties en de operationele haalbaarheid ervan, waarbij het risico bestaat dat alleen de oorzaken in overweging worden genomen waartegen gemakkelijk kan worden opgetreden zonder dat dit noodzakelijkerwijs een significant effect heeft. Zo moet bij een betere terugbetaling van een behandeling om de financiële toegang te verbeteren ook rekening worden gehouden met andere parameters die van invloed zijn op de totale kosten voor de patiënt (zo kan een hogere terugbetaling de mogelijkheid bieden om de totale prijs te verhogen).

- Het theoretische gedeelte hoeft niet erg uitgewerkt te zijn, maar het moet zo volledig mogelijk alle componenten van het gestelde probleem beschrijven om de volgende vraag te kunnen beantwoorden: “Zijn alle mogelijke oorzaken of contexten beschreven?” en “Zijn de keuzes om bepaalde oorzaken aan te pakken of veranderingen aan te brengen voldoende gemotiveerd?”. Het probleem van de toegang tot tandheelkundige zorg voor kwetsbare groepen kan bijvoorbeeld worden verklaard door verschillende oorzaken en sommige hebben een groter effect dan andere.

- Het theoretische gedeelte kan worden onderverdeeld in twee vragen:
  - Inzicht in het probleem: identificatie van het soort probleem (eenvoudig, ingewikkeld of complex), beschrijving van het probleem, mogelijke oorzaken, contextuele factoren waarmee rekening moet worden gehouden, verschillende gezichtspunten (beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg, patiënt, organisatie in de gezondheidszorg…), institutioneel enz.
  - Rechtvaardigheid van de voorgestelde acties: theoretische beschrijving van de acties in relatie tot de verwachte effecten. Dit is de programmatheorie. Het gaat erom vast te stellen dat het probleem theoretisch kan worden opgelost door de voorgestelde acties, ook al kunnen deze over verschillende jaren worden gespreid, waarbij ook de mogelijke ongewenste effecten van de acties in aanmerking moeten worden genomen. In dit deel wordt de vraag gesteld naar de theoretische relevantie van de acties ten opzichte van het nagestreefde doel.

- Het operationele gedeelte heeft betrekking op de haalbaarheid van de actie, d.w.z. de vaststelling van de voorwaarden voor de uitvoering die gunstig zijn voor de verwezenlijking van de actie, nl. de daadwerkelijke betrokkenheid van alle betrokken actoren, voldoende financiële middelen om de actie(s) uit te voeren en het gewenste effect te bereiken, de verificatie of de regelgevende, organisatorische (of andere) context gunstig is, of de vereiste deskundigheid op de juiste wijze wordt gemobiliseerd, anticiperen op bepaalde risico's in verband met de uitvoering, enz.

- Instrumenten om de kwaliteit van de besprekingen tussen de actoren te bevorderen

- Het gebruik van participatieve methoden helpt de besprekingen tussen de stakeholders in goede banen te leiden, zodat het resultaat van de uitwisselingen nuttig is in relatie tot de doelstellingen van de bijeenkomst. « *Participation means that affected parties have access to decision-making and power so that they acquire a meaningful stake in the work of the institutio*n » (Greer et al., 2016).

- De behoefte aan dit soort methode wordt hoofdzakelijk gerechtvaardigd door de bijzondere context waarin de besprekingen rond de doelstellingen zullen worden georganiseerd: een grote verscheidenheid aan profielen van de deelnemers (achtergrond, perspectief, waarden, rol, belangen, enz.), complexe of ingewikkelde kwesties die moeten worden besproken (problemen met niet altijd goed geïdentificeerde oorzaken, ongewenste effecten, mogelijke invloed van plaatselijke contextuele factoren, diverse mogelijke oplossingen, …), en een sterke tijdsdruk om met operationele actievoorstellen te komen. Daarom is het van essentieel belang beproefde methodologieën te gebruiken om goede voorwaarden te scheppen voor een doeltreffender uitwisseling tussen actoren en om de creativiteit aan te moedigen die voor innovatieve oplossingen nodig is.

- De ontmoeting tussen de actoren moet van tevoren worden voorbereid om de juiste vragen te stellen en constructieve gedachtewisselingen rond de doelstellingen te stimuleren. De synthese van de verschillende bronnen (voorstellen, wetenschappelijke studies) kan worden gemaakt ter voorbereiding van de besprekingen met de actoren en deskundigen en vervolgens op een iteratieve manier naarmate de werkzaamheden voor het ontwikkelen van de acties vorderen.

- Een van de belangrijkste succesfactoren van vergaderingen van stakeholders is de voorbereiding en facilitering van vergaderingen om constructieve discussies mogelijk te maken op basis van verschillende standpunten, uiteenlopende belangen, enz. De keuze van de persoon die de vergadering faciliteert is van cruciaal belang. Deze rol zou moeten kunnen worden vervuld door een neutrale persoon van buitenaf, om bepaalde vooroordelen in de manier waarop de besprekingen worden gevoerd te vermijden. Facilitering is een expertisedomein op zich. Deze rol wordt idealiter vervuld door consultants in een participatieve approach. Elke deelnemer zal moeten overtuigd worden van de nuttige inzet van deze middelen, hetgeen een verder debat zal noodzaken.

- Methoden van Service Design ter bevordering van innovatie

- De methode van Service Design behoort tot het soort methoden dat innovatie bevordert om diensten te verbeteren en ze op die manier nuttiger, bruikbaarder, doeltreffender en efficiënter te maken. De service design benadering wordt gebruikt in verschillende domeinen, waaronder de gezondheidszorg (Stickdorn et al., 2019) en op alle schalen (macro, meso, micro). Deze methoden zijn met name interessant voor het oplossen van complexe problemen waarvoor geen a priori bekende oplossingen of voorspelbare uitkomsten bestaan (Roberts et al., 2016). Zo kan een aantal zaken baat hebben bij een dergelijke aanpak, bijvoorbeeld patiëntgerichtheid (integratie van zorg), efficiëntie van zorg, veiligheid van zorg of beschikbaarheid van zorg.

- Onder de verschillende Service design methoden zijn er een aantal die een erkend potentieel hebben voor de zorgsetting: het ontwikkelen van empathie om een beter begrip te krijgen van de ervaringen en behoeften van belanghebbenden (voornamelijk gebruikers), radicale samenwerking en rapid prototyping (Roberts et al., 2016).

- Radicale samenwerking is gebaseerd op het besef dat geen enkele discipline in haar eentje complexe problemen kan oplossen. Daarom is het niet alleen van essentieel belang dat actoren bijeen kunnen worden gebracht, maar ook dat creatieve interacties worden bevorderd, vooral vanuit verschillende ideeën of standpunten. « *Rather than fully deploying a few theory-only ideas, the final design thinking method of testing many rough ideas in rapid iteration, or prototyping, aims to generate and test multiple alternative hypotheses and divergent strategies before selecting the best available option(s) for refinement.* » (Roberts et al., 2016).

- Deze methoden zijn gebaseerd op een aantal principes, waarvan het eerste de mens centraal stelt: « consider the experience of all the people affected by the service » (Stickdorn et al., 2019). Zij stellen met name voor het aan te pakken probleem beter te identificeren om een reeks mogelijke opties voor de oplossing ervan te ontwikkelen (in plaats van vanaf het begin te streven naar één enkel mogelijk goed antwoord).

- Service Design maakt gebruik van participatieve methoden en een reeks instrumenten om de creativiteit van de deelnemers te bevorderen door de nadruk te leggen op de niet-oordelende verkenning van verschillende ideeën. Hulpmiddelen en visualisaties, “boundary objects” genoemd, worden gebruikt om een gemeenschappelijke taal aan te nemen en multidisciplinaire co-creatie mogelijk te maken. Deze methoden erkennen ook de waarde van het herhalen van de verschillende fasen van reflectie, zowel stroomopwaarts, met betrekking tot het probleem, als stroomafwaarts, met betrekking tot de voorstellen en de experimenten ervan, met inbegrip van mislukkingen als een nuttige stap in de ontwikkeling van verbeteringen.

- De middelen die nodig zijn om de gezondheidszorg te verbeteren

✧ De verbetering van het gezondheidszorgsysteem moet worden erkend als een permanent leer- en transformatieproces dat aanzienlijke methodologische steun vereist. Het is van essentieel belang te beschikken over de methodologische deskundigheid om de verschillende fasen van de reflectie over de doelstellingen van de gezondheidszorg te begeleiden. Deze methodologische ondersteuning is van essentieel belang om alle betrokken actoren in staat te stellen te leren hoe zij gezondheidszorgprogramma's in co-creatie kunnen opstellen. Gezien wat er voor het gezondheidszorgsysteem op het spel staat, is het rendement van de voor methodologische ondersteuning uitgetrokken financiële middelen potentieel zeer aanzienlijk.

II.4. Jaarlijkse evaluatie van de verwezenlijking van de gezondheidszorgdoelstellingen en aanpassing van de acties

✧ De evaluatie van het bereiken van de gezondheids(zorg)doelstellingen op korte en middellange termijn moet op een gezamenlijke manier worden verwezenlijkt door de betrokken actoren van bij de start van het overleg omtrent de doelstellingen en te ondernemen acties:

- Het moet toelaten om na te denken over de noodzakelijke aanpassingen met betrekking tot de acties die moeten worden aangepast of als nieuw moeten worden ingevoerd;
- Men baseert zich hierbij enerzijds op de respons vanuit het terrein en op de gepubliceerde gegevens betreffende de inwerkingtreding van deze acties (de implementatie kan verschillend zijn van hetgeen initieel was vooropgesteld) en op vaststellingen die men niet kon voorzien (positief of negatief) gerelateerd aan de vooropgestelde doelstelling of ten aanzien van andere performantiedimensies;
- Men streeft naar een benadering van continue verbetering van de performantie van het gezondheidszorgsysteem door herhaalde cycli van verbetertrajecten. Deze benadering is essentieel om complexe problemen te kunnen aanpakken.

✧ Dit impliceert de tenuitvoerlegging van een gecoördineerde aanpak van de evaluatie met alle actoren die de indicatoren kunnen berekenen en bijwerken. Om ook zaken op te nemen die men belangrijk vindt (b.v. op basis van een indicatie door actoren op het terrein of op een kwalitatieve manier) en waarvoor nog geen indicatoren bestaan, moet eventueel worden voorzien in extra financiële middelen om te meten wat nog niet wordt gemeten.

✧ Er bestaan al veel indicatoren, maar er zou moeten worden onderzocht welke onmisbare indicatoren nog ontbreken:

- Hoe kan de evaluatie tussen de verschillende actoren worden gecoördineerd? Inventarisatie van alle mogelijke bronnen.
- Hoe vaak worden de bestaande indicatoren geactualiseerd? Het volgende KCE-performantierapport wordt bijvoorbeeld in 2024 verwacht (?)
- Door wie? Er zijn verschillende actoren bij betrokken.

✧ De uit te voeren evaluatie moet een compromis zijn tussen wat mogelijk en essentieel is om te meten teneinde de verwezenlijking van de doelstellingen en de uitvoering van de voorgestelde acties AC te beoordelen, rekening houdend met de middelen en de tijd die beschikbaar zijn om de evaluatie uit te voeren.

III. GDOS & AC

III.1. Doelstellingen ter verbetering van de gezondheid van de bevolking

- De in dit onderdeel gepresenteerde gezondheidsdoelstellingen onderscheiden zich van de doelstellingen voor de gezondheidszorg in die zin dat het strategische doelstellingen zijn die ook worden beïnvloed door het gezondheidsbeleid in ruimere zin (Health in All Policies).

- Het federale regeerakkoord van 2020 bevat onder meer de volgende doelstellingen in verband met de volksgezondheid: "*tegen 2030 de gezondheidskloof tussen mensen met het hoogste en het laagste aantal te verwachten gezonde levensjaren met minstens 25% te verkleinen*", "*het aantal vermijdbare sterfgevallen met 15% terug te dringen*" en "*opnieuw een plaats te veroveren in de groep van de tien Europese landen waar het aantal te verwachten gezonde levensjaren het hoogst is*".

- Hieronder volgen twee voorbeelden van SMART gezondheidszorgdoelstellingen en acties appropriate care.

- Verbetering van de geestelijke gezondheid

  - Doelstelling, zoals voorgesteld in de fiches (andere bronnen zijn mogelijk, d.w.z. onder meer bestaande doelstellingen en beschikbare indicatoren in diverse studies), bijvoorbeeld "*het zelfmoordcijfer (per jaar, per 100.000 inwoners) tegen 2030 met 10% verminderen*".

  - Een van de mogelijke acties is: meer psychiatrische zorg, maar ook somatische zorg voor jongeren met psychiatrische problemen (zie maatregel 5 van het goedgekeurd budget 2022).

- Strijd tegen obesitas

  - Een mogelijke globale gezondheidsdoelstelling is bijvoorbeeld: "*De prevalentie van obesitas onder de bevolking tegen 2030 met x% verminderen (gemeten, gezondheidsenquête, Sciensano, 20% voor mannen en 23% voor vrouwen, 5,8% voor kinderen HIS-enquête, ≥ BMI 30)*".

  - Deze globale gezondheidsdoelstelling (Health in all policies) kan worden vertaald in bijdragen op verschillende beleidsdomeinen.

  - Deze globale gezondheidsdoelstelling kan vertaald worden naar gezondheidszorgdoelstellingen die een verbetering beogen op het vlak van de geestelijke gezondheid, de lichamelijke gezondheid, de vermindering van overgewicht, de voedingstoestand en andere.

  - In het budget voor de gezondheidszorg in 2022 is de actie "ontwikkeling van een zorgpad voor obesitas bij kinderen" opgenomen (maatregel 2 budget 2022).

III.2. Doelstellingen ter verbetering van de kwaliteit van de zorg

- Hieronder volgen enkele voorbeelden van gezondheidszorgdoelstellingen ter verbetering van de kwaliteit van de zorg.

- Het KCE hanteert hiervoor de volgende definitie van de gezondheidszorg: “de mate waarin gezondheidszorg voor individu en voor de bevolking, de kans vergroot op gewenste gezondheidsuitkomsten, en waarbij de zorg overeenstemt met de gangbare medische kennis en inzichten“ (Devos et al., 2019; Institute of Medicine, 1990). Belangrijk is eveneens dat het gezondheidsresultaat ook afhankelijk is van de patiënt die voorwerp is van de zorg, enerzijds in het realiseren van de zorgverlening die overeenstemt met de huidige wetenschappelijke kennis (vb. therapietrouw) en anderzijds het resultaat zoals door de patiënt ervaren. Het KCE hanteert de sub-dimensies doeltreffendheid van zorg, gepastheid van zorg, veiligheid van zorg, continuïteit van zorg en patiëntgerichtheid.

- Verbetering van de doeltreffendheid

- De doeltreffendheid van de zorg in dit deel heeft alleen betrekking op het directe effect op de gezondheid van mensen in het kader van de gezondheidszorg. Hierbij een voorbeeld van een mogelijke gezondheidszorgdoelstelling in dit kader.

- Procesdoelstelling: het aantal heropnames verminderen (nieuwe perioden van hospitalisatie).

- En enkele van de acties waarvoor hieromtrent in het budget 2022 gekozen is:
  - zorgpad rond de patiënt pre- en post abdominale orgaantransplantatie (maatregel 4)
  - reductie van de heropnames (nieuwe hospitalisatieperiodes) door de uitrol van een betere pulmonaire revalidatie en het verhogen van de levenskwaliteit van de betrokken patiënten door hun functionele mogelijkheden te verbeteren (maatregel 6)
  - Advanced care planning (maatregel 8)

- Verbetering van de patiëntgerichtheid

- « *La prise en charge centrée sur le patient est une approche des soins de santé volontairement axée sur les besoins du patient, qui répond à ses besoins individuels et s’assure que ses valeurs guident la prise de décision clinique* » (Devos et al., 2019). Een voorbeeld van een mogelijke gezondheidszorgdoelstelling in deze context is.

- Procesdoelstelling: 80% van de huisartsen beschikt over een EMD (elektronisch medisch dossier), houdt het Sumehr van hun patiënten bij en heeft alle medische informatie beschikbaar (100% tegen 2023)

- Eén van de acties waarvoor hieromtrent in het budget 2022 gekozen is: Advanced care planning (maatregel 8)

- Verbetering van de continuïteit van zorg

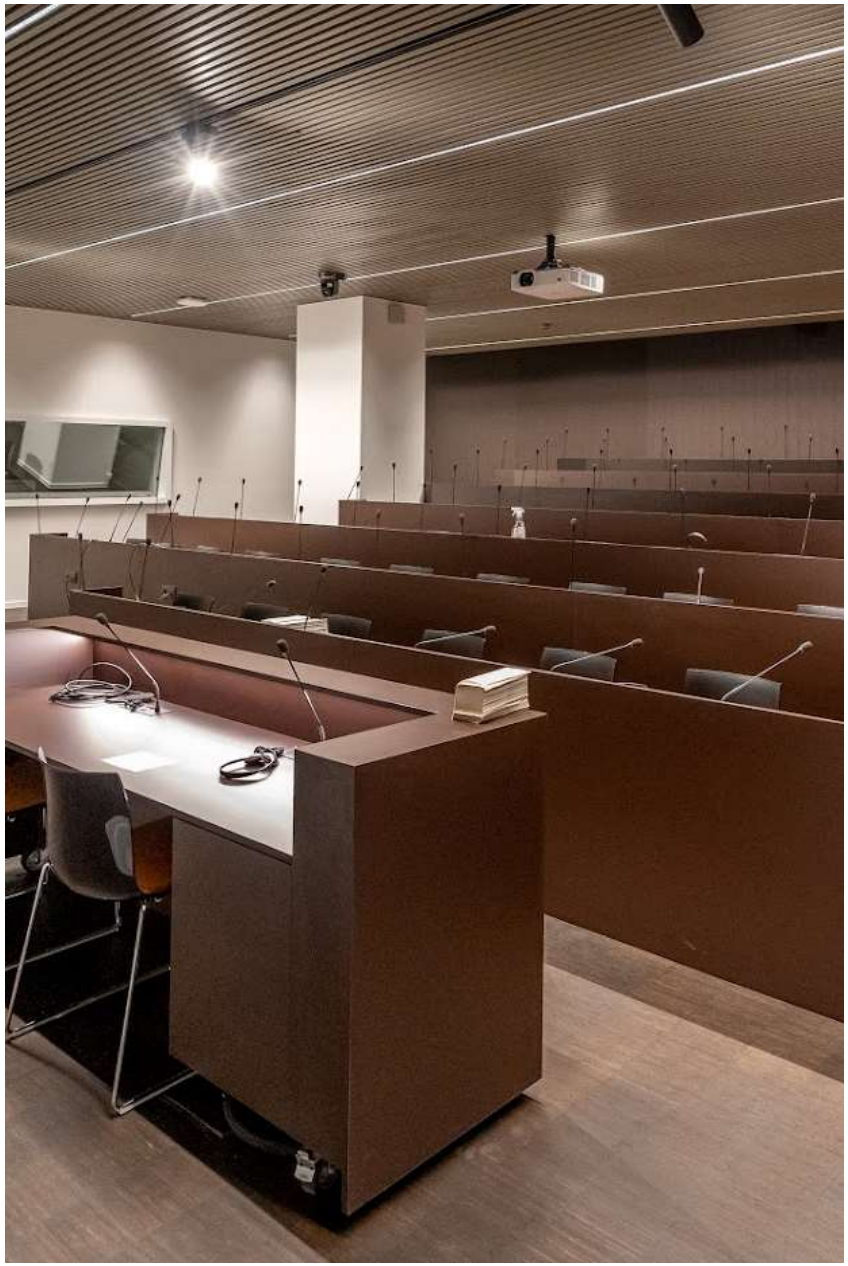
  - "*Continuïteit van zorg is de mate waarin gezondheidszorg voor specifieke gebruikers over verloop van tijd goed wordt georganiseerd binnen en tussen zorgverleners, instellingen en de overheid, en in welke mate het volledige ziektetraject wordt opgevolgd*" (Devos et al., 2019; Arah et al., 2006).

  - Continuïteit van zorg omvat :
    - informationele continuïteit: de beschikbaarheid en het gebruik van gegevens van voorgaande gebeurtenissen bij nieuwe patiëntcontacten
    - relationele continuïteit: een voortdurende relatie tussen een patiënt en een of meerdere zorgverleners
    - continuïteit tussen de ziekenhuizen en de eerstelijnszorg (een coherente zorgverlening door verschillende zorgverleners in verschillende zorgsettings)
    - continuïteit van de zorgcoördinatie: banden tussen zorgverleners over een langere periode om een gemeenschappelijk doel te bereiken

- Verbetering van de veiligheid van de zorg

  - Veiligheid kan worden gedefinieerd als "*de mate waarin het systeem de patiënt geen schade berokkent*" (Devos et al., 2019; Arah et al., 2006). Een voorbeeld van een mogelijke doelstelling op het gebied van gezondheidszorg in deze context is: vermindering van x punten of x% van de prevalentie van ziekenhuisinfecties bij gehospitaliseerde patiënten

  - De veiligheid en de doeltreffendheid van de zorg verbeteren staat in nauwe relatie tot het verbeteren van de efficiëntie (zie volgend thema). Immers, beide helpen om de uitgaven te beperken.



III.3. Doelstellingen ter verbetering van de efficiëntie

- Onder efficiëntie wordt verstaan de verhouding tussen de ingezette middelen en de bereikte waarden conform de doelstellingen van de Quintuple Aim.

- Efficiëntiewinst kan worden bereikt door de totale kosten van de zorg te verlagen voor hetzelfde of een beter resultaat. De totale kosten kunnen op vier manieren worden verlaagd:
  - door preventie
  - door de hoeveelheid zorg te verminderen door ongeschikte zorg te vermijden (overconsumptie)
  - door de kosten van de verleende zorg te verlagen (bijvoorbeeld door over te stappen op minder dure zorg of door de prijzen te reguleren)
  - door neveneffecten of andere negatieve gevolgen die extra zorgkosten veroorzaken, te vermijden, d.w.z. de veiligheid van de zorg te verhogen (bvb. ziekenhuisinfecties)

- Efficiëntiewinst kan ook worden bereikt door meer middelen uit te trekken voor het bereiken van betere resultaten. Enkele voorbeelden van mogelijke gezondheidszorgdoelstellingen, meer bepaald procesdoelstellingen, zijn:
  - vermindering van het voorschrijven van antibiotica met X% (bestaande doelstelling)
  - het aantal gepolymediceerde patiënten doen afnemen
  - uitbreiding van daghospitalisatie (dezelfde doeltreffendheid vergeleken met klassieke hospitalisatie)

- Enkele van de acties waarvoor in dit kader in het budget 2022 gekozen is, betreffen:
  - de optimalisatie van het geneesmiddelengebruik (maatregel 10)
  - het wegnemen van financiële belemmeringen voor meer daghospitalisatie (maatregel 11)

III.4. Doelstellingen voor een betere toegang tot de gezondheidszorg

- Vier dimensies van toegang tot gezondheidszorg worden geïdentificeerd:
  - reactievermogen op zorgbehoeften: de detectie van objectieve zorgbehoeften (zoals gedefinieerd vanuit klinisch oogpunt);
  - beschikbaarheid: de diensten zijn bereikbaar voor de bevolking;
  - financiële toegankelijkheid: eigen bijdragen vormen geen belemmering voor het gebruik van zorg en leiden niet tot financiële problemen bij gebruik;
  - aanvaardbaarheid van de zorgdiensten die voldoen aan de minimaal waargenomen kwaliteitseis opdat mensen aanvaarden gebruik te maken van gezondheidszorg.

- Het belangrijkste gevolg van de toegangsproblemen is de daling van de gezondheid onder meer door het niet ontvangen van (voldoende) zorg terwijl er een objectieve klinische behoefte is.

III.5. Gezondheidszorgdoelstellingen voor een verbetering van het welzijn van zorgverleners

- Het KCE performantierapport concentreert zich vooral op de beschikbaarheid van voldoende en voldoende gekwalificeerde zorgverleners. De vijfde doelstelling van de Quintuple Aim is breder dan dit. Hieronder vindt u enkele voorbeelden van gezondheidszorgdoelstellingen en acties appropriate care met het oog op een verbetering van het welzijn van zorgverleners.

- Voorbeelden van mogelijke gezondheidszorgdoelstellingen:
  - de prevalentie van burn-out bij verzorgend personeel (met bijzondere aandacht voor artsen en verpleegkundigen) met 2% terugdringen;
  - vermindering met 20% van het percentage artsen dat zegt voortdurend moe en gestresseerd te zijn;
  - de gemiddelde duur dat een verpleegkundige in zijn of haar verpleegkundige functie blijft met x jaar verhogen;
  - het ziekteverzuim onder verzorgend personeel met X% terugdringen.

- Mogelijke acties zijn:
  - een beleid voeren om de emotionele belasting te verminderen en de sociale steun van collega's te bevorderen (invoering van psychosociale steun via een psycholoog, invoering van een centraal meldpunt voor "*agressie/ongewenst gedrag*", invoering van een vervangingssysteem, organisatie van een feedbacksysteem en verzending van een jaarlijkse monitoringvragenlijst om het welzijn van elke individuele arts te evalueren) (Vanbelle et al., 2012).
  - instrumenten ontwikkelen om de arbeidsomstandigheden van het verzorgend personeel te evalueren
  - aanmoedigen van groepspraktijken of netwerken van solopraktijken (Jonckheer et al., 2011).
  - voorzien in een correcte honorering voor de zorgverleners

IV. Conclusions

- De eerste sectie van het eindverslag beoogt een methodologie voor de toekomst aan te reiken om de beschikbare middelen zo goed mogelijk te besteden. Het vertrekpunt van deze methodologie is de vaststelling van doelstellingen voor de gezondheidszorg in het kader van de "Quintuple Aim" (gezondheid van de bevolking, kwaliteit van de zorg, doeltreffendheid, rechtvaardigheid, welzijn van de beroepsbeoefenaars), teneinde het beleid inzake gezondheidszorg beter te oriënteren en te coördineren.

- Deze methodologie zal, samen met een aangepast beheer van het begrotingsproces, de nieuwe manier zijn om in een meerjarig begrotingskader prioriteiten te stellen voor investeringen in de gezondheidszorg en om verantwoording af te leggen over de gezondheidszorguitgaven. De ambitie is om breder na te denken over transformaties om het gezondheidszorgsysteem te verbeteren en de doelstellingen op het gebied van gezondheidszorg te verwezenlijken.

- Deze aanpak op basis van gezondheids(zorg)doelstellingen reikt instrumenten aan om op basis van wetenschappelijke kennis en de standpunten van de belanghebbenden de juiste prioriteiten te bepalen voor de te nemen begrotingsbeslissingen en initiatieven en maatregelen. Deze aanpak brengt verschillende deskundigheden en perspectieven samen op een ontkokerde manier, waarbij elke actor zowel zijn of haar gedachten op zijn of haar competentiegebied kan inbrengen als kan profiteren van de inbreng van de andere deelnemers. Deze aanpak stimuleert ook de betrokkenheid van alle belanghebbenden bij de overeengekomen en gedeelde doelstellingen.

- Concreet bestaat de eerste stap erin een consensus te bereiken over de na te streven gezondheidszorgdoelstellingen en de tweede stap erin actieprogramma's op te stellen om die doelstellingen te verwezenlijken. Een derde stap betreft de keuze van de acties naargelang van de budgettaire mogelijkheden. De begrotingsinspanning en de te nemen maatregelen moeten over meerdere jaren kunnen worden gespreid zolang de gezondheidszorgdoelstellingen niet zijn gerealiseerd. De actieprogramma's moeten op korte en middellange termijn kunnen worden aangepast naargelang van de resultaten die worden geboekt ten opzichte van de doelstellingen op lange termijn.

- Gezien de moeilijkheidsgraad van de oefening, het nieuwe karakter ervan en het relatief korte tijdsbestek van het jaarlijkse begrotingstraject, is het van essentieel belang dat de collectieve reflectie over de gezondheidszorgdoelstellingen en actieprogramma's actief wordt ondersteund. De steun bestaat uit:
  - organisatie van vergaderingen tussen de betrokken actoren op participatieve wijze (animatie en facilitering van vergaderingen door een externe adviesdienst)
  - het ontwikkelen en verstrekken van methodologische instrumenten om de te behandelen vraagstukken in te kaderen
  - verlenen van deskundigheid voor de synthese van wetenschappelijke kennis en besprekingen tussen belanghebbenden
  - zorgen voor de coördinatie van de verschillende fasen.

- De evaluatie van de verwezenlijking van de gezondheidszorgdoelstellingen moet door de betrokken actoren gezamenlijk worden verricht.

- Aangezien het vastleggen van de na te streven gezondheidszorgdoelstellingen en het opstellen van actieprogramma's een samenwerking vergt van de betrokken actoren (zorgverstrekkers, patiëntenvertegenwoordigers en experten), ligt het niet in de bedoeling van het eindrapport om nu al de gezondheidszorgdoelstellingen voor het budget 2022-2024 te formuleren.

- Voor de (groepen van) acties die bij de gezondheidszorgdoelstellingen voor 2022 horen, kunnen de fiches die in het eerste kwartaal van 2021 bij het RIZIV ingediend werden en vervolgens door de TF GDOS en de TF AC zijn geëvalueerd, worden gebruikt. De ingediende fiches voldoen mogelijks niet helemaal: soms moeten fiches worden herwerkt en moeten andere beleidsinstrumenten, zoals het prijsbeleid, bijkomend worden overwogen.

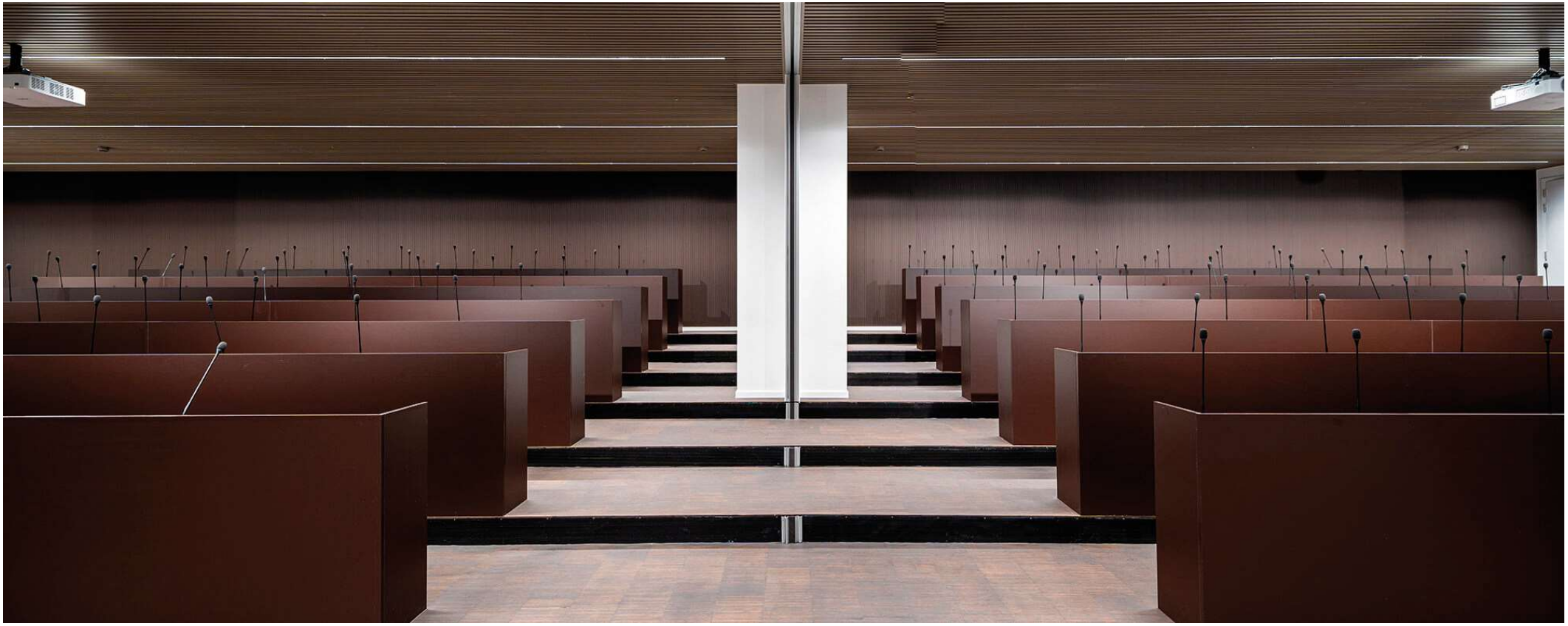
- Voor een verdere toelichting van de operationalisering van de goedgekeurde maatregelen en voor een toelichting over de aanpassingen aan het beheersmodel van het begrotingsproces verwijzen we naar de sectie III van het voorliggende rapport.

- Voor de jaren 2023 en 2024 kunnen de gezondheidszorgdoelstellingen volgens een meer onderbouwde en goed begeleide participatieve methodologie vastgelegd worden. In functie van de geselecteerde gezondheidszorgdoelstellingen kunnen vervolgens actieprogramma's overlegd en participatief worden opgesteld.

- In functie van de jaarlijkse budgettaire mogelijkheden, kunnen keuzes tussen gezondheidszorgdoelstellingen en (groepen van) acties worden gemaakt. Deze besprekingen maken deel uit van de jaarlijkse besprekingen voor de begrotingsopmaak. De te maken keuzes zijn steeds gebaseerd op de bijdrage van de mogelijke acties tot de realisatie van de Quintuple Aim, in functie van het realiseerbaarheid en rekening houdend met hun budgettaire impact.

- Belangrijkste punten:
  - Verbetering van de capaciteit voor beleidsvorming op het gebied van gezondheidszorg houdt in dat de gezondheidsresultaten die men zoekt en de verbetering van de performantie van het gezondheidszorgsysteem uitdrukkelijk worden geïntegreerd in het beheer en de raadplegingsprocedures op begrotingsniveau.
  - De aanpak op basis van gezondheids(zorg)doelstellingen biedt de mogelijkheid om alle relevante actoren samen te brengen rond gezondheids- of zorgvraagstukken die als prioritair worden beschouwd.
  - Er moet methodologische ondersteuning en coördinatie worden geboden om de collectieve reflectie te vergemakkelijken en binnen een kort tijdsbestek samenhangende voorstellen te doen.
  - Het gebruik van participatieve methoden tijdens de uitwisselingen tussen de verschillende actoren maakt het mogelijk doeltreffender te discussiëren en tot meer gezamenlijke en vernieuwende voorstellen te komen.
  - Er worden doelstellingen voor de gezondheidszorg op middellange en lange termijn vastgesteld en er worden jaarlijks acties ontwikkeld, geselecteerd en geëvalueerd op basis van de jaarlijkse begrotingsmogelijkheden en de verwezenlijking van de vastgestelde doelstellingen.
  - De evaluatie van de verwezenlijking van de doelstellingen moet worden uitgevoerd door de actoren die betrokken zijn bij het opstellen van die actieprogramma's.

SECTION II : Intermediair rapport



Ambities

- *Deze legislatuur vieren we de 60e verjaardag van de wet-Leburton (1963) en het Sint-Jansakkoord (1964) die de funderingen legden voor de ziekteverzekeing en het medico-sociaal overleg zoals we die vandaag kennen; gebaseerd op sectorale onderhandelingen. Dat heeft lang goed gewerkt. Onze gezondheidszorg staat algemeen gekend als een toegankelijk en kwaliteitsvol systeem.*

- *Om dat zo te houden onderwerpen we het regelmatig aan een algemene check-up. Die analyses leveren echter een genuanceerd beeld op van onze gezondheidszorg. Bovendien zijn demografie en zorg de voorbije 60 jaar fundamenteel veranderd: omwille van de vergrijzing wordt één van de belangrijkste uitdagingen de best mogelijke zorg te blijven aanbieden aan chronische, multimorbide patiënten. Omwille van de versnellende technologische vooruitgang moeten we vlugger onze systemen op die innovatie afstemmen. Dat vergt een actualisatie van de gebruikte beleidsinstrumenten en processen die een geïntegreerde, transversale aanpak faciliteren willen we de ziekteverzekering in een nieuwe plooi leggen voor de komende 60 jaar.*

- *Daarom is het zo belangrijk een methode voor de integratie van de gezondheidszorgdoelstellingen in de keuzes van de ziekteverzekering te ontwikkelen. In combinatie met een dynamisch meerjarig budgettair kader en meer focus op "Appropriate Care" – de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment – kunnen we een strategische (middel)langetermijnvisie voor onze ziekteverzekering uitwerken en deze ook van de nodige middelen voorzien.*

- *Wat we teveel betalen aan bepaalde behandelingen dringt andere, "gepaste" zorg weg uit de verplichte verzekering. In het licht van de nog onvervulde medische noden in een context van budgettaire schaarste is het de plicht van beleidsmakers en belanghebbenden – iedereen dus – daar een gepast antwoord op te formuleren.*

- *We geloven dat dit rapport een deel van dat antwoord formuleert. Dankzij een druk bijgewoonde kick-off en een enthousiast onthaalde projectoproep ontvingen we 300 ingediende voorstellen; van de akkoorden en overeenkomstencommissies natuurlijk, maar evenzeer van academici, onderzoeksinstellingen, bedrijven en burgers. Iedereen kreeg de kans zijn voorstellen op tafel te leggen en allen werden ze met dezelfde grondigheid en sérieux tegen het licht gehouden. Door de experten van het RIZIV eerst, dan door die van de task forces en het wetenschappelijk comité. Om dat proces te begeleiden werd een innovatieve methodologie uitgewerkt die ondersteund werd door een digitale toepassing die we in-huis ontwikkelden. Dagen, nachten en weekenden lang werkten meer dan 30 RIZIV medewerkers en 70 externe experten aan het project waarvan u het resultaat in dit rapport leest. Dank aan allen voor jullie enorme bijdrage! Het rapport wordt geïllustreerd met illustraties afkomstig uit ons gloednieuw gebouw aan de Galileelaan. De opgenomen kunstwerken die er te bekijken zijn hebben allen een relatie met de gezondheidszorg.*

- *Bewust werd voor een ambitieuze maar progressieve benadering gekozen. Wanneer iedereen zichzelf de komende maanden en jaren overstijgt zal dit project verder vorm gegeven worden en geleidelijk aan een nieuwe gezondheidszorgverzekering vorm krijgen. We zullen er op toezien dat we op de sterktes van het huidige systeem bouwen en aan haar zwaktes blijven sleutelen. Onze blik zal steevast op de toekomst gericht zijn maar niet zonder regelmatig achteruit te kijken.*

Jo De Cock
Ere administrateur-generaal
Voorzitter NCAZ

Brieuc Van Damme
Ex-Directeur-Generaal
Geneeskundige Verzorging

INAMI-RIZIV

Inhoud

I. Introduction
1. Voorgaanden
2. Governance

II. Methodology
1. Tijdslijn
2. Vooropgestelde deliverables
3. Beschrijving van de werkzaamheden
    1. Stuurgroep
    2. Wetenschappelijk Comité
    3. Task Force Gezondheidszorgdoelstellingen
    4. Task Force Appropriate Care
    5. Task Force Dynamisch meerjarenkader

III. Results
1. Gezondheidszorgdoelstellingen
2. Overzichtstabel en budgettaire impact
3. Andere resultaten

IV. Discussion
1. Quid budgettaire raming?
2. High-level lessons learned
3. Methodologische voorwaarden
4. Structurele aanbevelingen

V. Conclusions

I. Introduction

I.1. Voorgaanden

Het begrotingskader van de ziekteverzekering moet worden aangepast om het overleg binnen een voorspelbaar meerjarenperspectief mogelijk te maken, de ontschotting aan te moedigen en de uitvoering van de noodzakelijke hervormingen met betrekking tot de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen te ondersteunen.

In overleg met het Verzekeringscomité zal gewerkt worden aan de ontwikkeling van een concrete methode voor de integratie van de gezondheidsdoelstellingen in de keuzes van de ziekteverzekering. Meer bepaald zal de begrotingsprocedure vanaf 2022 voorzien in de toekenning van middelen aan de gezondheidsdoelstellingen (of gezondheidszorgdoelstellingen) voor 2022.

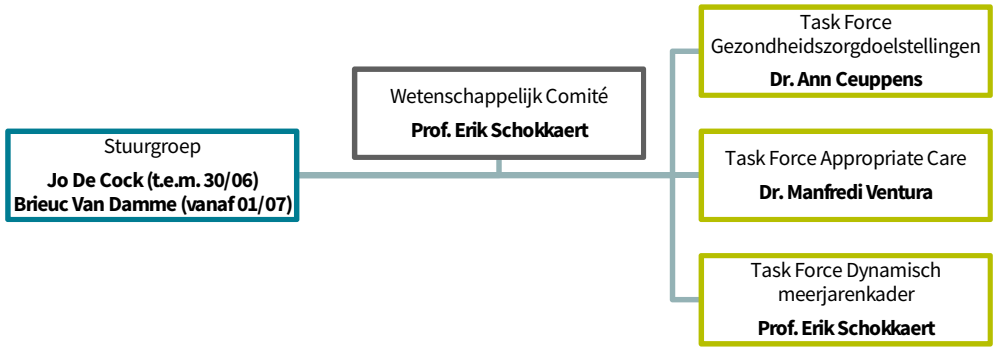
In overleg met de verschillende overeenkomstencommissies en de andere bevoegde organen wordt er een taskforce opgericht met de opdracht om een doeltreffend zorgplan uit te werken (vermindering van de variaties in de medische praktijk, rationeel voorschrijven…) met als doel om in 2022 op structurele basis efficiëntiewinsten te genereren.

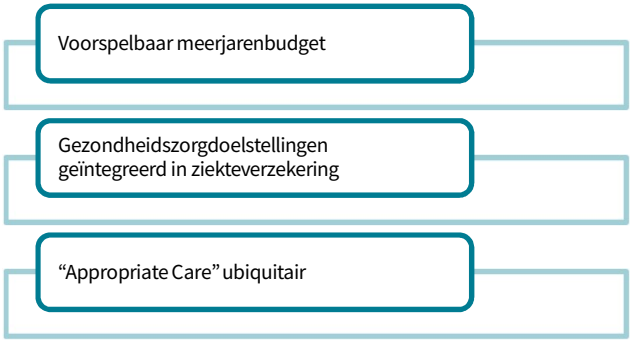
De kick-off van de werkzaamheden had plaats op 1 maart 2021, waarbij ook Minister Frank Vandenbroucke duiding verstrekte.

Algemene raad van het RIZIV d.d. 19 oktober 2020

I.2. Governance

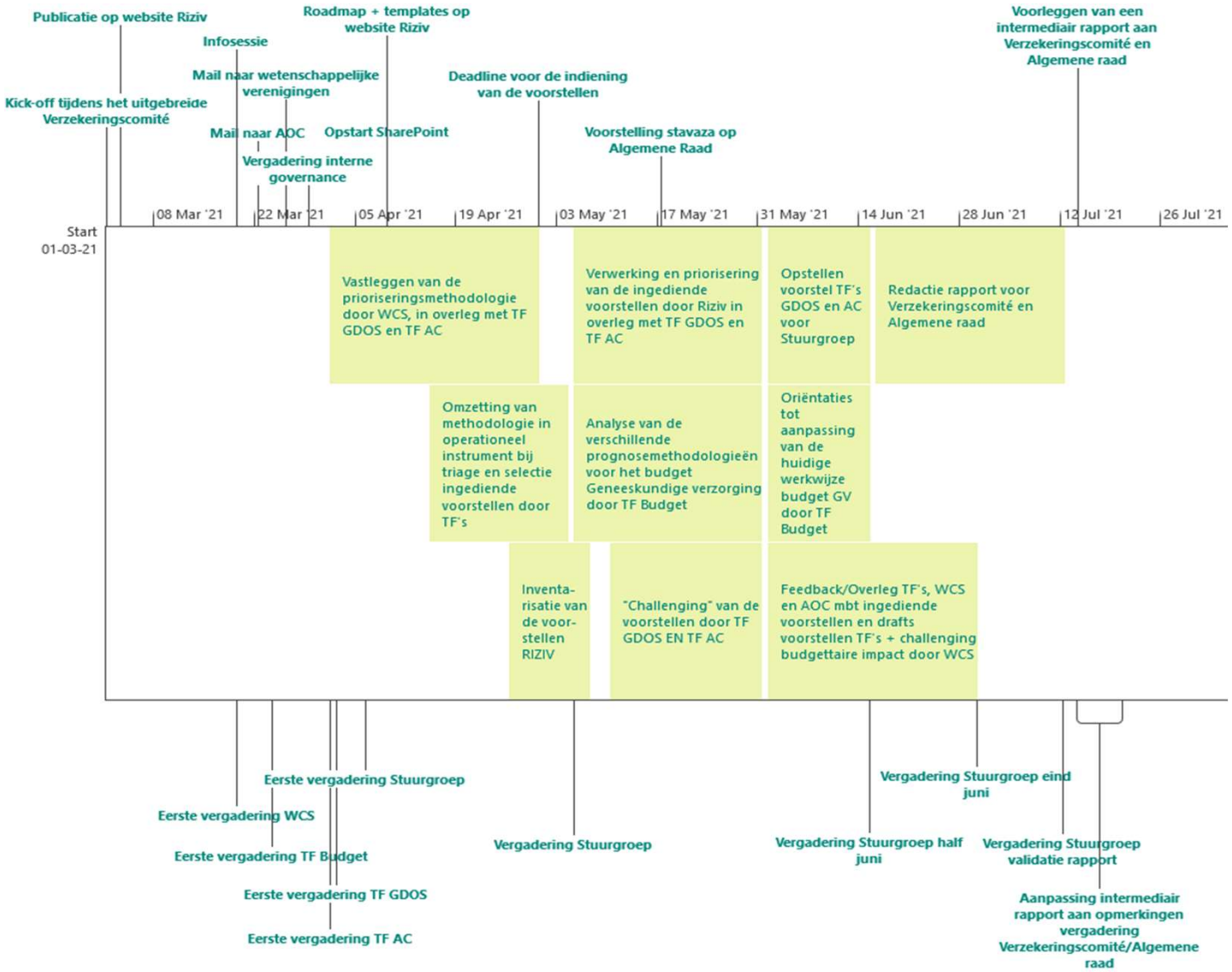
- De werkzaamheden worden geleid door een stuurgroep onder voorzitterschap van het Riziv, met afgevaardigden van de verzekeringsinstellingen, van de organisaties van zorgverleners vertegenwoordigd in het Verzekeringscomité en van de beleidscel.
- Tevens worden andere relevante deskundigen en vertegenwoordigers van de patiëntenkoepels hierbij betrokken.
- De stuurgroep en de daaraan verbonden 3 task forces (zie hiernaast) hebben een coördinerende en adviserende rol en doen niets af van de wettelijk voorziene opdrachten van het Verzekeringscomité en de Algemene raad.
- De stuurgroep en de task forces worden ondersteund door projectequipes.
- Met het oog op een efficiënte en flexibele werking van de stuurgroep en de task forces zijn de gewenste profielen voor de deelnemers hieraan afgelijnd.
- Een wetenschappelijk comité stuurt mee de hervormingsagenda.

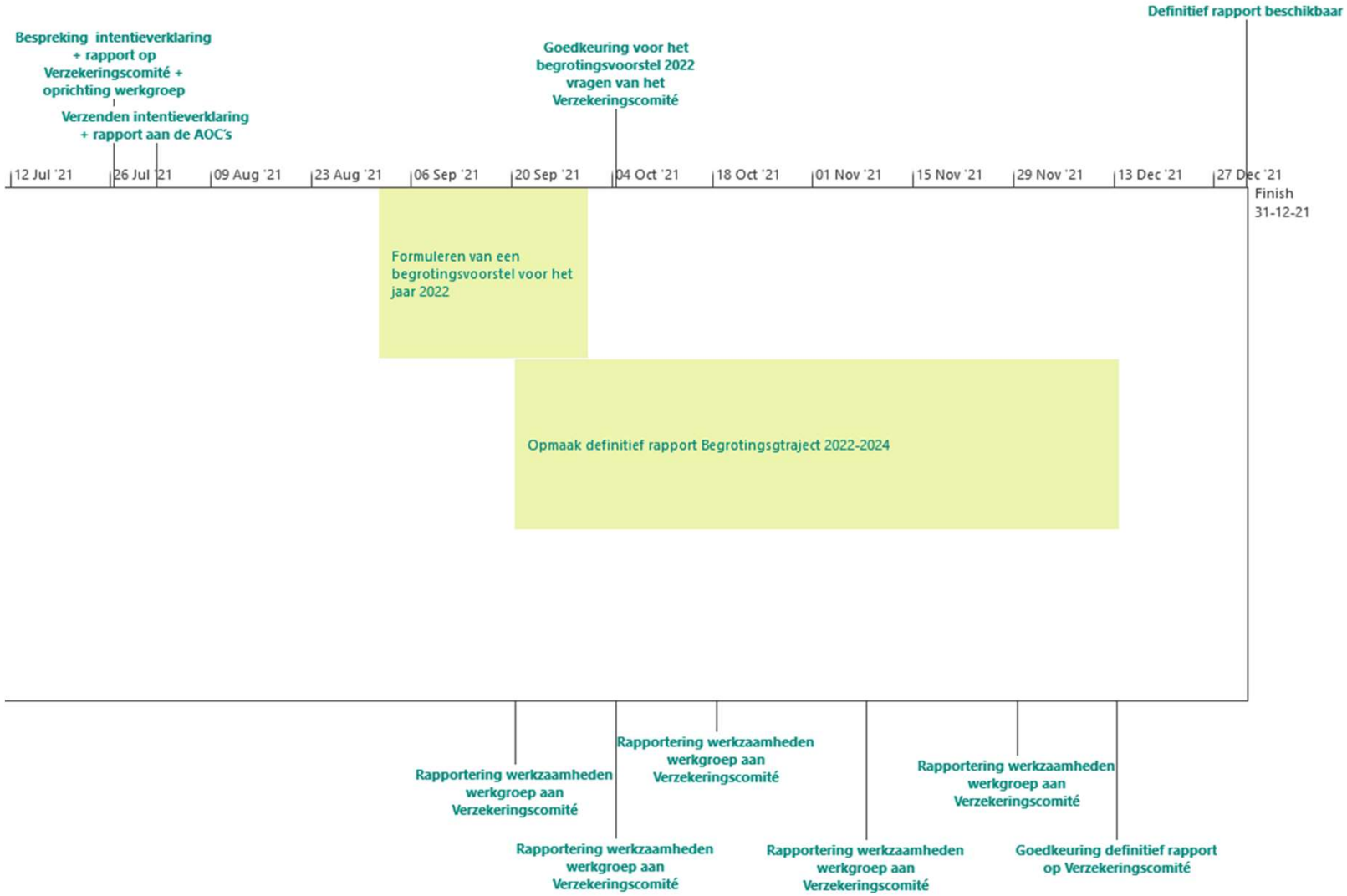




II. Methodology

II.1. Tijdslijn




Definitief rapport beschikbaar
Bespreking intentieverklaring + rapport op Verzekeringscomité + oprichting werkgroep
Verzenden intentieverklaring + rapport aan de AOC's
Goedkeuring voor het begrotingsvoorstel 2022 vragen van het Verzekeringscomité
12 Jul '21
26 Jul '21
09 Aug '21
23 Aug '21
06 Sep '21
20 Sep '21
04 Oct '21
18 Oct '21
01 Nov '21
15 Nov '21
29 Nov '21
13 Dec '21
27 Dec '21
Finish
31-12-21
Formuleren van een begrotingsvoorstel voor het jaar 2022
Opmaak definitief rapport Begrotingsgtraject 2022-2024
Rapportering werkzaamheden werkgroep aan Verzekeringscomité
Rapportering werkzaamheden werkgroep aan Verzekeringscomité
Rapportering werkzaamheden werkgroep aan Verzekeringscomité
Rapportering werkzaamheden werkgroep aan Verzekeringscomité
Rapportering werkzaamheden werkgroep aan Verzekeringscomité
Goedkeuring definitief rapport op Verzekeringscomité

II.2. Vooropgestelde deliverables

- De verwachte "deliverables" zijn:
  - Prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen (GDOS)
  - Inventarisatie van initiatieven om gezondheidszorgdoelstellingen te bereiken (lopende, voorziene en nieuwe)
  - Prioritaire initiatieven appropriate care (AC):
    - ✓ Realisatie opdracht NCAZ omtrent herallocatie 40 mio €
    - ✓ Structurele en flankerende maatregelen
    - ✓ Effectieve maatregelen AC om de initiatieven GDOS te financieren
  - Dynamisch meerjarig budgettair kader met meerjarenprognose planbureau-RIZIV:
    - ✓ Prognose op basis van identificatie drivers
    - ✓ Uittekenen proces dat toelaat om initiatieven te financieren die bijdragen aan de realisatie van de gezondheidszorgdoelstellingen in het kader van een transversale budgettaire dynamiek
- Dit alles staat niet los van andere werven zoals de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, de herijking van de nomenclatuur en het farmapact.

II.3. Beschrijving van de werkzaamheden

II.3.1. Stuurgroep

- De stuurgroep heeft tot doel om:
  - de werkzaamheden te coördineren en op mekaar af te stemmen
  - de algemene raad en het verzekeringscomité periodiek te rapporteren
  - de redactie te verzekeren van een eindverslag aan de minister

- De stuurgroep omvat 22 personen met als voorzitter Jo De Cock (tot 30/6/2021) en Brieuc Van Damme (vanaf 1 juli 2021):
  - 7 zorgverleners
  - 3 vertegenwoordigers van de ziekenfondsen
  - 8 vertegenwoordigers van de overheid
    - ✓ 5 Riziv
    - ✓ 1 FOD Volksgezondheid
    - ✓ 1 FAGG
    - ✓ 1 beleidscel
  - 1 vertegenwoordiger van de koepels van patiëntenverenigingen
  - de 3 voorzitters van de task forces en het WCS

- Binnen de stuurgroep zal een operationeel bureau worden voorzien belast met de praktische organisatie van de werkzaamheden.

Projectleiders :	Tom Verdonck	Saskia Mahieu

Naam	Functie	
Jo De Cock (Pres.) -tot 30/6/21 **Brieuc Van Damme(Pres.) - vanaf 1/7/2021**	AG- DG DGV/SSDS	RIZIV
Brieuc Van Damme	DG DGV	RIZIV
Philippe Tavernier	DG DGEC	RIZIV
Benoit Collin	Adj.AG Adj. <30/6/21 AG > 1/7/21	RIZIV
Alain Van Hende	Coördinator Appropriate Care (DGEC – SECM)	RIZIV
Annick Poncé	DG a.i.	FOD VVVL
Jan Bertels	Kabinetschef	Beleidscel
Reinier Hueting	Voorzitter	Het Kartel
Roel Van Giel	Voorzitter	Domus Medica
Margot Cloet	Gedelegeerd Bestuurder	Zorgnet-Icuro
Yves Smeets	DG	Santhea
Hendrik Van Gansbeke	Algemeen Coördinator	Wit-Gele Kruis Vlaanderen
Koen Straetmans	Voorzitter	APB
Philippe Devos	Voorzitter	Bvas
Luc Van Gorp	Voorzitter	NIC
Xavier Brenez	Voorzitter	MLOZ
Ilse Weeghmans	Directeur	Vlaams Patiëntenplatform
Paul Callewaert	Algemeen Secretaris	NVSM
Hugues Malonne	DG	FAGG
Erik Schokkaert	Em. Prof. KULeuven	Voorzitter WCS & TF Budget
Ann Ceuppens	Directeur studiedienst MLOZ	Voorzitter TF GDOS
Manfredi Ventura	Voorzitter Franstalige artsen-directeurs	Voorzitter TF AC

II.3.2. Wetenschappelijk Comité

- Ter ondersteuning van de stuurgroep wordt een wetenschappelijk comité voorzien, voorgezeten door prof. Erik Schokkaert (KU Leuven) en bestaande uit 11 leden.

- Het wetenschappelijk comité heeft tot opdracht om:
  - een wetenschappelijke feedback te geven op de geformuleerde voorstellen;
  - als challenger op te treden voor de taskforces;
  - de stuurgroep bij te staan bij prioritering van de voorstellen op basis van deugdelijke criteria.

Naam	Functie	
Erik Schokkaert (Pres.)	Em. Prof.	KULeuven
Rita Baeten	Senior Policy Analyst	Observatoire social européen
Carine Van de Voorde	Onderzoeker	KCE & KULeuven
Jan De Maeseneer	Head WHOCC Fam Med and PHC	UGent
Lode Godderis	Prof.	KULeuven
Sophie Thunus	Prof.	UCLouvain
Jean Hermesse	Prof. Em.	UCLouvain
Joanna Geerts	Expert	Planbureau
Magali Pirson	Prof.	ULB
Mathias Dewatripont	Prof.	ULB
Philippe Van Wilder	Prof.	ULB

• Beschrijving van de werkzaamheden

- Het Wetenschappelijk Comité vergaderde wekelijks. Hierbij kwamen de volgende thema's aan bod:

  - Plaats en relevantie van gezondheids(zorg)doelstellingen. Wat zijn de grote maatschappelijke en systeemuitdagingen waarmee ons systeem van ziekteverzekering en gezondheidszorg wordt geconfronteerd? Hoe kunnen die uitdagingen in een samenhangende visie op het gezondheidszorgbeleid worden opgenomen?
  - Welke methode kan het beste gebruikt worden om de fiches van de TF's AC en GDOS te scoren zodat ze kunnen ingepast worden in een samenhangende visie? Het WCS werkte daarvoor een criteriamatrix uit, die later ook werd geoperationaliseerd in een tool om de verschillende fiches te clusteren.
  - Hoe moet de begrotingsprocedure aangepast worden zodat er meer ruimte ontstaat voor transversale initiatieven in het kader van een meerjarenbegroting op basis van gezondheids(zorg)- doelstellingen? Hoe kan het begrotingsproces flexibel en dynamisch worden ingevuld, terwijl aan de spelers op het terrein tegelijkertijd toch voldoende stabiliteit gewaarborgd wordt?
  - Hoe moet de budgettaire impact van concrete initiatieven worden berekend? Wat is de relatieve rol (sterke en zwakke) punten van de technische ramingen en van het PROMES-model? Wat zijn de waarschijnlijke effecten van de COVID-crisis en hoe kunnen/moeten die in de ramingen worden verwerkt?

Projectleider :	Brieuc Van Damme	
Secretaris :	Cindy Opdebeeck	Saskia Mahieu
	Tom Verdonck	

II.3.3. Task Force Gezondheidszorgdoelstellingen

- De prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen voor de periode 2022-2024 vaststellen is de taak van deze TF GDOS, die wordt voorgezeten door dr. Ann Ceuppens (MLOZ).

Naam	Functie	
Ann Ceuppens (VZ)	Directeur studiedienst MLOZ	MLOZ
Pascal Meeus	Adviseur generaal	RIZIV
Evelyne Hens	Adviseur	Beleidscel
Gilbert Bejjani	Secrétaire général	Bvas
Dieter Vercammen	Expert	AADM
Eric Brassinne	Voorzitter	TKR
Stefaan Hanson	Honorair directeur	VVT
Alain Chaspierre	Secretaris generaal	APB
Paul De Munck	Voorzitter	GBO
Benoit Hallet	Directeur generaal	UNESSA
Bart Demyttenaere	Medisch directeur	NVSM
Francoise De Wolf	Expert	Solidaris
Fabrizio Cantelli	Voorzitter	LUSS
Rita Baeten	Senior Policy Analyst OSE	Lid WCS
Lode Godderis	Prof. KULeuven	Lid WCS
Sophie Thunus	Prof. UCLouvain	Lid WCS

- Deze prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen moeten worden gekaderd in de strategische visie, het waardenmodel en de strategische pijlers vervat in de analyse van het project Living Tomorrow, de oriëntaties uit het regeerakkoord, de bevindingen van het rapport over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem en andere relevante documenten en projecten.

- Er wordt gekozen voor een graduele, progressieve aanpak om stap voor stap een groter aantal wordende doelstellingen te realiseren over de verschillende jaren heen.

- Deze gezondheidszorgdoelstellingen hebben als doel de stijging van het aantal levensjaren in goede gezondheid enerzijds en het verminderen van sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid anderzijds.

- Het realiseren van gezondheidszorgdoelstellingen vergt de effectieve en efficiënte “samenwerking” van velen op basis van EBM/EBP, good practices, gegevensdeling en gezondheidsvaardigheden (Health literacy) vertrekkende van de noden van de bevolking.

- Het gaat over hoe zorg verlenen en niet over waar of door wie zorg zal worden verleend.

Projectleider :	Mickael Daubie	
Secretaris :	Sara Vandewaetere	Saskia Mahieu
	Marine Lugen	

• Beschrijving van de werkzaamheden

1. Inzameling van de voorstellen

✧ De Taskforce « Gezondheidszorgdoelstellingen » (TF GDOS) heeft een template afgeleverd, bestemd om voorstellen van gezondheidszorgdoelstellingen in te zamelen. De initiatiefnemers kregen de vraag om middels die template tot 3 gezondheidszorgdoelstellingen voor te stellen. Aan die doelstellingen moesten passende initiatieven of acties verbonden worden.

✧ In de loop van die oefening kreeg de TF GDOS tussen 1 maart 2021 en 8 juni 2021 **102 ingevulde templates** teruggestuurd. Twee ervan werden niet opgenomen in het evaluatieproces omdat ze te laat werden ontvangen (na juni).

✧ Daarnaast hebben twee overlegmomenten met de Taskforce "Appropriate Care" (AC) geleid tot overdracht van fiches tussen de TFs. Bij die oefening werden 15 fiches overgemaakt van de TF GDOS naar de TF AC. Overigens werden 7 fiches die oorspronkelijk naar AC werden gestuurd, behandeld door de TF GDOS. Daarbij is een fiche niet opgenomen in het evaluatieproces omdat ze te laat werd ontvangen (na juni).

✧ In totaal werden **91 fiches** opgenomen in het evaluatieproces. Men merkt op dat drie daarvan in de loop van de evaluatie in drie gesplitst worden: **97 afzonderlijke doelstellingen** werden dus geëvalueerd.

2. Evaluatieproces

✧ De TF GDOS heeft akte genomen van de evaluatie- en prioriseringstool voorgesteld door het wetenschappelijk comité en bestaande uit roosters met 2 groepen criteria: formele criteria en inhoudelijke criteria (uitdagingen en systemen gelinkt aan gezondheidszorg).

✧ De tool heeft bepaalde wijzigingen ondergaan: de lijst met « formele criteria » werd gereduceerd om beter de inhoud van de templates van de TF GDOS weer te geven en ze kregen een nieuwe naam « operationele indicatoren »: het moet immers gaan om de kwaliteitsniveaus weer te geven en niet om uitsluiting op basis van die "formele" criteria .

✧ Daarnaast werd een vijfde uitdaging toegevoegd in de lijst met inhoudelijke criteria: gezondheidsongelijkheid verminderen.

✧ Na discussie binnen de TF werd beslist om de evaluatie in twee fases te laten verlopen:

- Een eerste fase over de gezondheidszorgdoelstellingen
- Een tweede fase over de daaraan verbonden initiatieven

✧ De procedure voor de evaluatie van de doelstellingen wordt afgesproken tussen de twee TFs: elke fiche wordt aan twee evaluatoren gegeven (samengesteld uit de voorzitster van de TF en 3 leden van de administratie), die de objectieven evalueren op basis van het rooster operationele indicatoren. Voor elke indicator hebben de leden van de TF zich uitgesproken voor een weging die het relatieve belang weerspiegelt (van 1 tot 3) en de eindscore bepaalt (zie figuur volgende pagina).

- Door dat rooster kan een fiche met « rood » worden aangeduid (negatieve eindscore) waardoor de evaluatie stopt. Er kan ook « GO » worden voorgesteld (eindscore 0 of meer), waardoor de evaluatie wordt voortgezet: in dat geval worden de inhoudelijke criteria opgenomen als tweede fase van de evaluatie. De evaluatoren bepalen de uitdagingen en de systemen die door het voorstel kunnen geïmpacteerd worden. Het aantal geïmpacteerde blokken « uitdagingen en systemen » geldt als criterium voor de kwaliteit van een voorstel. Na die fase krijgen de fiches een kleur, « groen » of « oranje ». Oranje wordt gegeven als geen enkele uitdaging of systeem wordt beïnvloed of als het voorstel te vaag is en verdere verduidelijking behoeft.

- De evaluaties van de twee evaluatoren worden dan vergeleken op basis van de kleur. Wanneer de evaluatoren een verschillende kleur hebben toegekend, overleggen ze teneinde tot een gemeenschappelijke waarde te komen. Dat was het geval voor 12 van 97 uitgevoerde evaluaties. Dat wil zeggen dat 88% van de evaluaties een identieke kleur kregen. In de andere gevallen zijn de evaluatoren na overleg samen een kleur overeengekomen, zonder dat tussenkomst van een derde nodig was.

- In een specifiek geval gaf een evaluator rood en de andere een andere kleur. In dat geval paste men een gevoeligheidsanalyse toe. Dat wil zeggen dat het gewicht toegekend aan de variabelen van de waardeschaal naar beneden werd herzien ('helemaal niet akkoord' en 'helemaal akkoord' krijgen een waarde 1,5) om te zien of het resultaat anders was. Desgevallend werd dat meegenomen in de discussie tussen beide evaluatoren.

CODE GD-OS	_ _ _	Evaluateur 1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐			
Critères	Criteria	Pas du tout d'accord (-2)	Pas d'accord (-1)	D'accord (+1)	Tout à fait d'accord (+2)	Pondération	TOTAL TOTAAL	Commentaires Opmerkingen
L'objectif proposé est cohérent avec les objectifs stratégiques du gouvernement (accord du gouvernement, note de politique générale, ...).	De doelstelling is coherent met de strategische doelstellingen van de regering (regeerakkoord, algemene beleidsnota, ...)	☐	☐	☐	☐	3	ERROR	
L'objectif proposé repose sur une approche intégrée et multidisciplinaire.	De doelstelling steunt op een geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak.	☐	☐	☐	☐	2	ERROR	
L'objectif proposé s'adresse à un public cible suffisamment grand.	De doelstelling richt zich tot een voldoende groot doelpubliek.	☐	☐	☐	☐	2	ERROR	
L'objectif proposé est étayé scientifiquement.	De doelstelling is wetenschappelijk onderbouwd.	☐	☐	☐	☐	2	ERROR	
						TOTAL	MISSING	MISSING

- Wanneer het evaluatieproces van een fiche voltooid is, wordt de informatie over het proces op SharePoint geplaatst, in het scrumboard van de TF GDOS, met name de code van de fiche, een begeleidende Nederlandstalige en Franstalige titel, een begeleidend thema ('cluster'), de geanonimiseerde fiche en de geanonimiseerde evaluaties.

- Als gevolg van dit proces werden de 97 geëvalueerde fiches als volgt gescoord:
  - 34 rood
  - 8 oranje
  - 55 groen

Begrotingstraject - Trajectoire budgétaire 2022-2024 EDIT LINKS

TFGDOS-Scrum

New Upload Sync Share More

All Documents By cluster Doc Set View ... Find a file

Ranking	Name	Title Fr	Title NL	Cluster
Orange	GDOS-055	Médicaments non remboursés	Niet-terugbetaalde geneesmiddelen	Médicaments-Geneesmiddelen
Green	GDOS-106	Prise en charge spécialisée adaptée pour les jeunes avec problèmes psychiatriques	"Aangepast specialistisch zorgaanbod voor jongeren met een psychiatrische problematiek"	Santé mentale-Mentale gezondheid
Red	GDOS-107	Projets HIC/ID sur l'ensemble du territoire	HIC / ID-projecten in het hele land	Santé mentale-Mentale gezondheid
Orange	GDOS-105	Extension et transformation du module actuel « rééducation après traitement »	"Uitbreiding en transformatie van de huidige module "revalidatie nabehandeling" "	Santé mentale-Mentale gezondheid
Orange	GDOS-104	Trajet de soins pour les patients adultes double diagnostic	Zorgtraject voor volwassen patiënten met dubbele diagnose	Santé mentale-Mentale gezondheid
Orange	GDOS-045	Antibiotiques	Antibiotica	Médicaments-Geneesmiddelen
Green	GDOS-044.2	Antibiothérapie en soins dentaires	Antibiotica in de tandheelkundige zorg	Médicaments-Geneesmiddelen
Orange	GDOS-057	Système intégré	Geïntegreerd systeem	Intégration (système)-Integratie (systeem)
Red	GDOS-092	Transparence sur la qualité	Transparantie over kwaliteit	Transparence-Transparantie
Orange	GDOS-089	Traitements à domicile	Thuisbehandelingen	Systèmes alternatifs-Alternatieve systemen

3. De fase van 'challenging'

- In de 'challenging' fase konden de leden van de TF stemmen voor of tegen de kleur die het team van evaluatoren heeft toegekend aan de fiches. Zij beschikten over een week vanaf de datum van publicatie in het scrumboard om zich uit te spreken. Wanneer de kleur van een fiche minstens driemaal werd 'gechallenged' door de leden dan heeft men die besproken in de plenaire vergadering van de TF GDOS.

- Zo werden 8 fiches gechallenged door de leden van de TF GDOS. Elk van die fiches kreeg een nieuwe kleur. Na die oefening is de verdeling volgens kleur van de 97 fiches gepubliceerd op het scrumboard, als volgt:
  - 34 kregen rood
  - 12 kregen oranje
  - 51 kregen groen

4. Selectie prioritaire doelstellingen

- De administratie heeft een samenvattende tabel opgemaakt om te kunnen overgaan tot de selectie van doelstellingen en initiatieven. Die tabel toont alle informatie die relevant is voor het proces: de codes van de fiches, gezondheidszorgdoelstellingen, de voorgestelde initiatieven, de kleur van de evaluaties, de geïmpacteerde blokken « uitdagingen en systemen ».

- Om gelijkaardige voorstellen samen te kunnen behandelen, heeft elke evaluator maximum drie sleutelwoorden per fiche toegekend. Die lijsten werden vergeleken om tot een lijst te komen met een tot drie sleutelwoorden voor elk van de 97 geëvalueerde fiches.

- Teneinde prioritaire doelstellingen te bepalen inzake gezondheidszorg, wordt het belang (frequentie) toegekend aan de bepaalde thema's door de TF als criterium gebruikt. De twee thema's die het vaakst worden aangetroffen in die lijst zijn de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (1) en de preventieve zorg samen met chronische ziekten (2). Die twee thema's vormen samen 61 van de 97 fiches die de TF GDOS heeft geëvalueerd. Na de vergadering van het Wetenschappelijk comité van 22 juni 2021, werd echter gevraagd om die thema's te identificeren die het vaakst voorkomen in de groene fiches en het klassement uit te breiden (oorspronkelijk beperkt tot de eerste twee thema's).

- Dit is het resultaat van die oefening:
  1. Preventieve zorg en chronische ziekten (30 fiches)
  2. Toegankelijkheid (23 fiches)
  3. Zorgtraject (10 fiches)
  4. Mentale gezondheid (6 fiches)
  5. Geïntegreerde zorg (5 fiches)

- Die vijf thema's vormen samen in het totaal 45 groene fiches. Die vijf thema's vormen dus het kader voor het bepalen van prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen. Ze zullen worden toegepast bij de identificatie van prioritaire initiatieven, zowel voor de TF GDOS en de TF AC. De groene fiches die overeenstemmen met de vijf thema's van prioritaire doelstellingen werden opgenomen in afzonderlijke bestanden per thema, om te wijzen op:
  - de gezondheidszorgdoelstellingen die uit de fiches naar voren komen en gegroepeerd behandeld worden
  - het geheel van initiatieven uit elk van die fiches overgenomen om de objectieven te bereiken.

5. Selectie prioritaire initiatieven

- De administratie heeft iets gelijkaardigs gedaan voor de initiatieven dat erin bestaat een kwalitatieve selectie uit te voeren voor de initiatieven. In de globale lijst werd een preselectie gedaan. De toegepaste criteria waren die voor operationalisatie op korte termijn, frequentie van herhaling van de initiatieven en de capaciteit om de doelstelling en voorgestelde doelgroep te impacteren.

- Op het niveau van de initiatieven werden die die buiten de federale bevoegdheden inzake gezondheidszorg lijken te liggen (in het bijzonder de cluster « preventieve zorg ») bewaard, maar wel gemarkeerd, pro memorie en uit voorzichtigheid.

- Bepaalde initiatieven die te zwak of te vaag werden geacht om ze in overweging te nemen, werden verwijderd.

- De initiatieven die na die oefening als prioritair werden beschouwd, werden aan de TF GDOS voorgelegd ter goedkeuring. Meerdere leden van de TF hebben er op aangedrongen dat alle initiatieven zouden worden behouden. Er werd besloten dat alle initiatieven in het rapport zouden worden opgenomen, maar dat enkel de prioritaire initiatieven in overweging zouden worden genomen op de korte termijn.

6. Uitwerken van matrices

- Aan het eind van deze selectieprocedure heeft de administratie een nieuwe kwalitatieve analyse van de initiatieven gemaakt, waarbij identieke of elkaar overlappende initiatieven nauwkeuriger werden geïdentificeerd om ze als clusters te kunnen behandelen. Op basis hiervan zijn twee samenvattende matrices opgesteld. In de eerste worden 17 prioritaire initiatieven opgesomd volgens de bovengenoemde criteria. Deze prioritaire initiatieven zijn geïntegreerd in de algemene matrix die het resultaat is van de oefening. Een tweede matrix bevat alle fiches die buiten deze prioritaire initiatieven vallen, pro memorie en voor verdere verwerking. Aangezien de ontvangen fiches in de meeste gevallen meer dan één initiatief bevatten, zijn sommige fiches in beide tabellen opgenomen.

- Het bestaan van twee matrices die het resultaat zijn van de werkzaamheden van de TF GDOS is dus bedoeld om tegemoet te komen aan de wens van de leden van de TF GDOS om geen enkel initiatief verloren te laten gaan, maar is ook te begrijpen vanuit de specificiteit van de templates uitgewerkt door de Taskforce GDOS. Omdat men tot 3 objectieven en een onbeperkt aantal initiatieven kon voorstellen, waren die zo complex dat een lineaire lezing van de fiches onmogelijk was.

II.3.4. Task Force Appropriate Care

- De TF AC wordt voorgezeten door dr. Manfredi Ventura, voorzitter van de vereniging van Franstalige hoofdartsen, en zorgt voor de uitwerking van een plan appropriate care dat efficiëntiewinsten genereert en gebaseerd is op principes zoals de juiste zorg op de juiste plaats, desinvestment ondoelmatige zorg, terugdringing praktijkvariaties, recycling van middelen uit "overuse" en herinvestering in "underuse".

- De TF AC heeft hierbij drie opdrachten:

  - Vooreerst wordt er met de eerste opdracht rekening gehouden met de 'vraag van 40 miljoen €' opgenomen in het akkoord artsen-ziekenfondsen 2021. Deze vraag moet in principe zijn beslag nemen in 2021 en is dan ook een afzonderlijk en tijdelijk project. Er zijn hier twee luiken aan verbonden, nl. de zoektocht naar de 40 miljoen en vervolgens de besteding ervan.

  - De tweede opdracht omvat een aantal te nemen structurele en flankerende maatregelen om ervoor te zorgen dat de eigenlijke maatregelen appropriate care snel en efficiënt kunnen worden doorgevoerd.

  - De derde opdracht omvat de verdere uitrol van de eigenlijke maatregelen met betrekking op de optimalisatie van de appropriate care, waarbij allerlei voorstellen worden bekeken. Deze missie omvat ook de implementatie van eventuele maatregelen die voortvloeien uit de vastgelegde gezondheidszorgdoelstellingen door de TF GDOS.

Naam	Functie	
Manfredi Ventura (VZ)	President	Voorzitter Franstalige artsen-directeurs
Brieuc Van Damme	DG DGV/SSdS	RIZIV
Pascal Meeus	Conseiller général RDQ	RIZIV
Diane Kleinermans	President	CTG
Bernard Lange	Expert	Beleidscel
Bart De Haes	President TGR/CTM	Bvas
An Vandenbruel	Prof.	KULeuven
Donald Claeys	Secretaris-generaal	VBS
Dieter Vercammen	Bestuurslid/administrateur	AADM
Dieter Goemaere	Chief economist	GIBBIS
Geert Goderis	Directeur / Prof. Dr.	Centre de Santé La Chenevière / KULeuven
Edgard Peters	Directeur soins infirmiers	Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile
Bernard Landtmeters	Expert	LCM
Catherine Lucet	Expert	Solidaris
Steven Luyten	Expert	LLM
Liesbet Lagae	Expert	IMEC
Jan De Maeseneer	Head WHOCC Fam Med and PHC - UGent	Lid WCS
Carine Van de Voorde	Onderzoeker KCE & KUL	Lid WCS

Projectleider :	Alain Van Hende	
Secretaris :	Dries Van Den Borre	Benjamin Damanet
	Krista Goorts	Saskia Mahieu

- **Beschrijving van de werkzaamheden**

1. **Preambule**

✧ De Task Force Appropriate Care is op 1 maart 2021 officieel van start gegaan, met als doel voorstellen te vinden die binnen de reikwijdte van "doelmatige zorg" vallen.

✧ Gezien het brede toepassingsgebied van deze term dienden de eerste vergaderingen onder meer om de semantiek te verfijnen en overeenstemming te bereiken over een definitie die door alle leden zou worden gesteund.

✧ De tekst waarover tijdens de vergadering overeenstemming werd bereikt en die werd gevalideerd, diende als leidraad tijdens het gehele evaluatieproces.

Definitie "Appropriate Care"

✧ *De taskforce 'appropriate care' schikt zich naar de "Quintuple Aim" doelstellingen die als volgt worden omschreven:*

1. *kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood*
2. *gezondheid van de bevolking*
3. *kosteneffectiviteit, d.w.z. de verhouding tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde waarden*
4. *rechtvaardigheid in de samenleving met speciale aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (d.w.z. niet enkel financieel) en met inclusie van verschillende vormen van diversiteit*
5. *welzijn van de zorgprofessionals.*

✧ *De taskforce 'Appropriate Care' werkt voorstellen uit met als doelstelling bijkomende "health value" te creëren. Hiervoor baseren we ons op principes zoals de juiste zorg op de juiste plaats. Dit impliceert desinvestment in 'inappropriate care', terugdringing praktijkvariaties, recycling van middelen uit "overuse" en herinvestering in "underuse". Over- en onderconsumptie van zorg en geneesmiddelen worden bestreden, onder meer door technologische innovatie te bevorderen.*

✧ *Door het optimale gebruik van de middelen van de ziekteverzekering door de zorgverleners en alle gezondheidsactoren aan te moedigen wensen we de doelmatigheid en kwaliteit van ons gezondheidszorgsysteem te verhogen, op basis van wetenschappelijke resultaten (EB) en analyse van de noden van de patiënt rekening houdend met maatschappelijke context. Er zullen keuzes moeten worden gemaakt (zoals beschikbare budgetten) en de aangetoonde kwaliteit van het werk van de zorgprofessionals.*

2. Appropriate Care Ideeën verzamelen

- Voor het verzamelen van de voorstellen is een template opgesteld dat op grote schaal onder alle belanghebbenden op gezondheidsgebied is verspreid.

- Tussen de verspreiding en begin juni heeft de Task Force AC niet minder dan **185 templates** verzameld die van verschillende horizonten afkomstig waren.

- Om het risico van collusie te beperken, werden al deze templates vervolgens door de administratie geanonimiseerd en gecodeerd voordat zij op het Share Point ter beschikking van de leden van de taskforce werden gesteld.

Begrotingstraject - Trajectoire budgétaire 2022-2024 EDIT LINKS

Task Force AC

New Upload Share

Name	Title NL
MAC-001	Psoriasis
MAC-002	Therapeutic Monitoring of Biological Psoriasis
MAC-003	Terugbetaling CRP-POCT
MAC-004	Nosocomiale infecties
MAC-005	Terugbetaling van Nicotine Replacement Therapy
MAC-006	De toegankelijkheid van transgenderzorg verbeteren
MAC-007	Terugbetaling Zitkuipen (Nuage PLS)
MAC-008	Universitaire opleiding 'IV-sedatie voor niet-anesthesiologen'
MAC-009	Creatie van een cluster voor sevoflurane specialiteiten inclusief generiek
MAC-010	Digitaal gezondheidsplatform in neurologie
MAC-011	Kwalitatieve intra-oculaire lenzen ipv secundaire cataract interventies
MAC-012	Onderzoeken na de diagnose van invasieve borstkanker

Template 2 : prioritaire initiatieven

1. *U hoeft niet alle velden in te vullen.*
2. *Zend het ingevulde formulier naar : taskforce.ac@riziv-inami.fgov.be*

Codering : ..... *(voorbehouden voor het RIZIV)* **Datum :** .... /.... / 202..

Auteur : *(individuele zorgverlener / organisatie / AOC / overheid / andere)*
→ naam:
→ contactgegevens (*minimaal telefoon en e-mailadres*):

Voorstel kadert in: *(aankruisen wat van toepassing is)*
0 quick-win in kader akkoord NCAZ 2021 (search 40 mio €)
0 structurele en flankerende maatregelen om appropriate care te faciliteren
0 effectieve maatregelen appropriate care
0 maatregelen voortvloeiend uit gezondheidszorgdoelstellingen

Onderwerp	*Beschrijf uw voorstel in enkele lijnen.*
Definition of done	*Welke concrete doelstellingen moeten gehaald worden om het project als gerealiseerd te beschouwen?*
Doelgroep	*Op welke doelgroep(en) in de gezondheidszorg heeft uw voorstel betrekking?*
Toelichting van de actie en motivering	*Licht het thema toe, geef de voornaamste doelstellingen en de reden waarom voor deze maatregel wordt voorgesteld.*
Financiële situering	*Bijvoorbeeld:* - *totale uitgaven van het betrokken domein op jaarbasis* - *totaalbedrag dat aan dat aan de analyse / uitwerking van de maatregel onderworpen wordt* - *enz.*
Procedure	*Beschrijf de werkwijze die gehanteerd zal worden om de doelstellingen te bereiken. Bijvoorbeeld: gegevensanalyse, informatieverstrekking (globaal / individueel), begeleidende bezoeken, wijziging regelgeving, enz.*
Planning	*Geef hier beknopt uw planning weer met de voornaamste mijlpalen.*
Werklast	*Ruwe schatting van de verwachte werklast, uitgedrukt in mandagen*
Beoogde financiële impact	*Geef hier weer wat de financiële impact kan zijn van uw maatregel/actie*
Benodigde middelen en samenwerking	*Identificeer hier bijkomende succesfactoren, nodige middelen en interne/externe partners noodzakelijk voor het bereiken van uw doelstellingen*
Bijkomende opmerkingen	

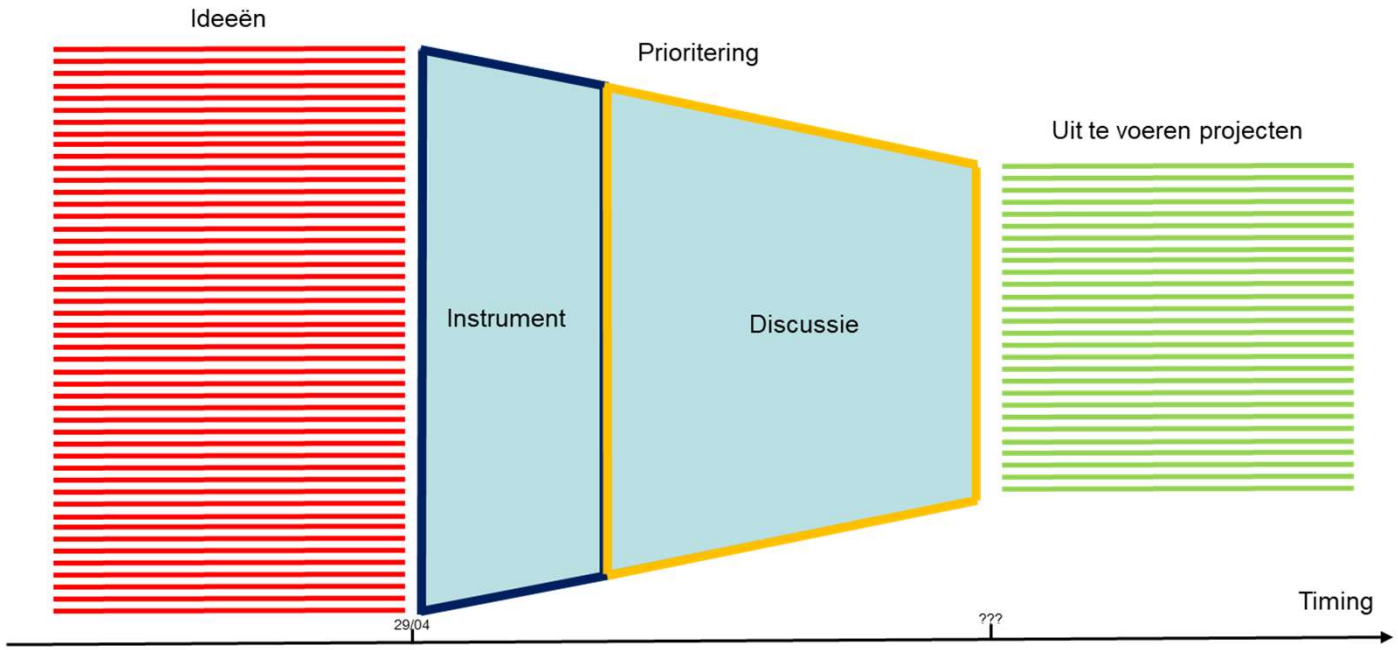
3. Methodologie

- Een transparant en efficiënt mechanisme voor de selectie van projecten is een randvoorwaarde voor de deelname en steun van een zo groot mogelijk aantal mensen.

- Als we dit mechanisme in twee delen opsplitsen:
  - De vaststelling van objectieve en idealiter kwantitatief meetbare evaluatiecriteria → **WAT**
  - De vaststelling van een evaluatieproces waarbij gebruik kan worden gemaakt van eerder vastgestelde criteria → **HOE**

- Er werd al heel snel besloten om een prioriteringstool te maken dat een eerste oriëntatie zou geven met daaropvolgende besprekingen.

- Aangezien de leden elk van de dossiers wilden kunnen analyseren, werd een grote ruimte voor discussie gelaten.

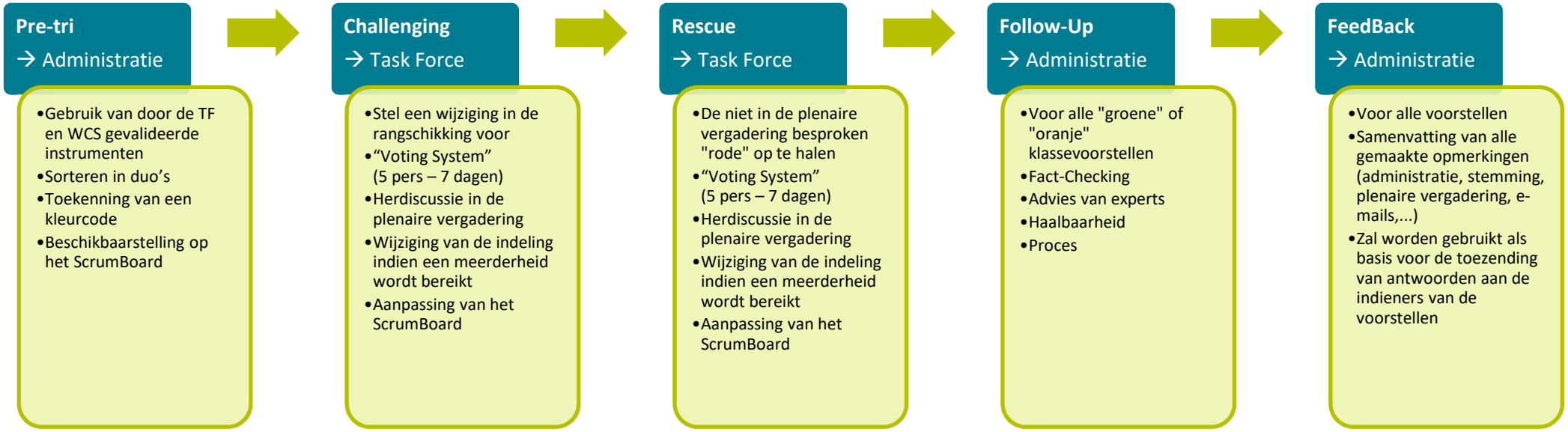


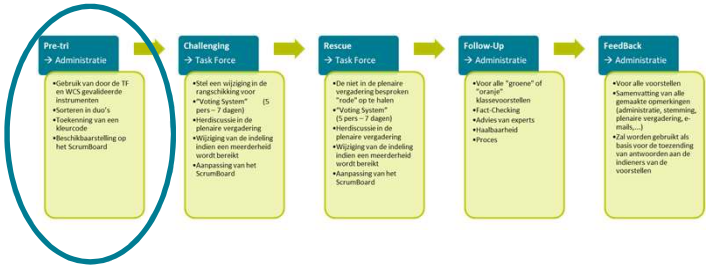
4. Selectieproces

✧ Het uiteindelijk gekozen proces bestaat uit 5 afzonderlijke delen en is weergegeven in de onderstaande figuur.

✧ Het beginsel dat is gehandhaafd, is in wezen het volgende:

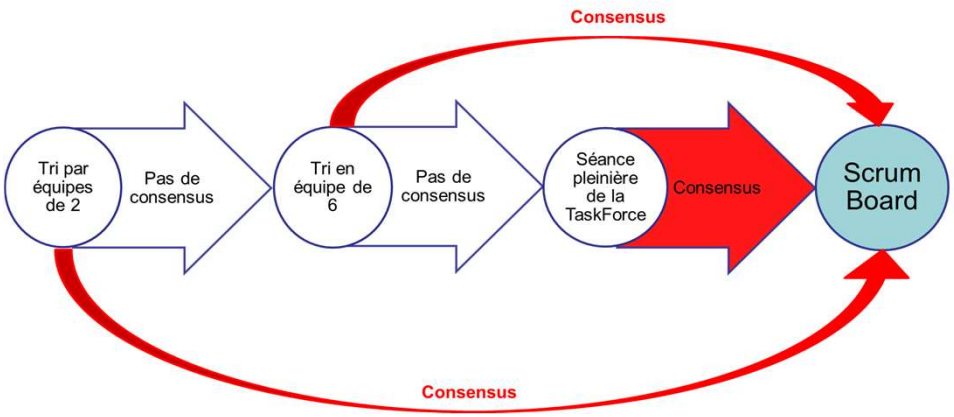
1. De administratie kent aan elk voorstel een kleurcode toe (groen - oranje - rood) op basis van een door haar leden en door de WCS gevalideerde prioriteringstool
2. De leden van de TF AC kunnen deze rangschikking challengen en brengen aanpassingen aan op basis van een consensus tijdens de plenaire zittingen
3. Zodra de definitieve rangorde is vastgesteld, kunnen de leden van de TF bepaalde voorstellen die in het rood zijn gerangschikt, opnieuw naar voren halen
4. Voor alle aanvaarde voorstellen wordt een “Follow-Up"-formulier aangemaakt om de feiten te controleren en de volgende stappen vast te leggen
5. Voor alle voorstellen wordt een “Feed-Back"-formulier aangemaakt, waarop alle discussies over het voorstel worden vermeld en dat zal worden gebruikt wanneer het nodig is te antwoorden aan de personen/organisaties die het voorstel hebben ingediend.

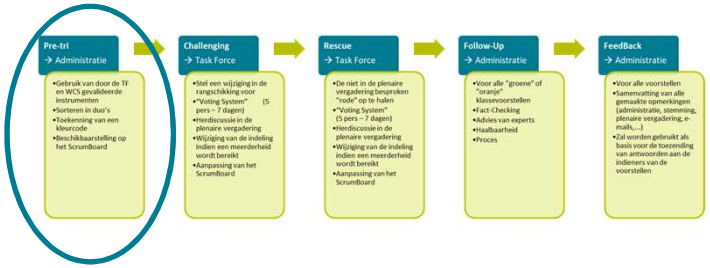




- De prioriteringstool dat werd gebruikt om de kleurcode toe te kennen, bestond uit twee delen (zie volgende pagina):
  - één op basis van formele criteria die door de taskforce zijn voorgesteld en door de WCS zijn gevalideerd
  - een tweede gebaseerd op het door de WCS voorgestelde conceptuele kader
- De instrumenten werden vervolgens ingevuld door 6 personeelsleden van de administratie die in duo's werkten:
  - Elk administratiepaar beoordeelde 1/3 van de templates en moest trachten een consensus te bereiken over de kleur die binnen het duo moest worden toegekend.
  - In geval van onenigheid werd het model door de 6 medewerkers geëvalueerd of, indien nodig, teruggezonden naar de plenaire vergadering indien er geen consensus kon worden bereikt binnen de administratie.

- Kleurcodes :
  - **Red** : NO GO — **Formele criteria Task Force (Tool Part 1)**
  - **Orange** : GO met reserves
  - **Green** : GO zonder reserves
  - **Inhoudelijk kader WCS (Tool Part 2)**





✧ Tool 1

CODE	MAC	___	Evaluateur 1 ☐	2 ☑	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐	
Criteria			**Pas du tout d'accord**	**Pas d'accord**	**D'accord**	**Tout à fait d'accord**	**Pondération**	**TOTAL**	
Het voorstel is coherent met de strategische doelstellingen van de regering			☐	☑	☐	☐	3	-3	
Het voorstel bevat een realistische inschatting van het budgettaire impact			☐	☐	☑	☐	2	2	
Het voorstel omschrijft adequate operationele mechanismen die kunnen worden ingezet voor de realisatie.			☐	☑	☐	☐	1	-1	
Het voorstel bevat een duidelijke en ondubbelzinnige indicator die kan gebruikt worden om het succes van de realisatie te evalueren			☐	☐	☑	☐	2	2	
Er wordt een duidelijk tijdspad voorgesteld, binnen hetwelk het voorstel haalbaar is			☐	☑	☐	☐	2	-2	
Het risico op mislukking van het voorstel is niet groot			☐	☐	☑	☐	2	2	
Succes van het voorstel hangt af van voorwaarden die in voldoende mate kunnen gerealiseerd worden (bv. wettelijke voorwaarden, samenwerking en informatie-uitwisseling met andere actoren)			☐	☑	☐	☐	1	-1	
De relevante zorgprofessionals waren betrokken bij de uitwerking van het voorstel			☐	☐	☑	☐	2	2	
Vertegenwoordigers van de burgers en/of van de personen met een zorg- en ondersteuningsnood waren betrokken bij de uitwerking van het voorstel			☐	☐	☐	☑	2	4	
Het voorstel is transversaal en overkoepelt verschillende zorgsectoren			☐	☐	☑	☐	3	3	
Het voorstel kan beschouwd worden als een innovatief pilootproject			☐	☐	☑	☐	1	1	
Er kunnen reeds op korte termijn resultaten verwacht worden (12 maanden voor implementatie, 12 maanden voor evaluatie)			☐	☑	☐	☐	2	-2	
Het project is gebaseerd op argumenten die erkend zijn als "Evidence Based"			☐	☐	☑	☐	2	2	
							TOTAL	9	--> Part II

✧ Tool 2

Outil de définition des projets prioritaires

Partie 2

RIZIV-INAMI

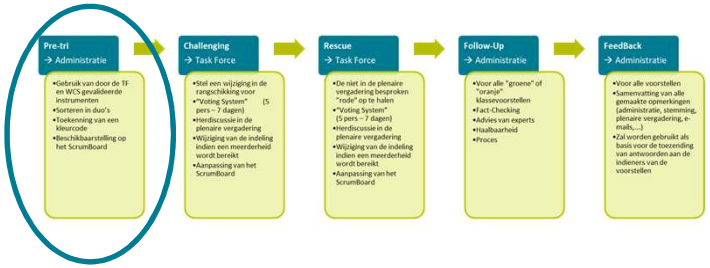
CODE Type (Choose an item.) 3-Digits (Click or tap here to enter text.)

Evaluateur : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

	Kwaliteit en veiligheid van de zorg	*Gezondheid van de bevolking*	*Kosten-effectiviteit*	*Rechtvaardig-heid en toegankelijk-heid*	*Welzijn van de professionals*
VERNIEUWING FINANCIERINGS- EN ORGANISATIEMODELLEN					
Versterking eerste lijn					
Vermindering wachttijden					
Optimalisering capaciteit en verblijfsduur ziekenhuizen					
Uitbouw intermediaire zorgconcepten tussen intramurale zorg en zorg in het thuismilieu					
Vermindering ongewenste praktijkvariatie					
Vermindering verspilling en/of overgebruik					
Vermindering fraude					
Verbetering meting van resultaten en daarop gebaseerde evaluatie					
Stimulering van samenwerking en coördinatie tussen zorgverstrekkers					
Optimalisering van taakomschrijving voor verschillende groepen professionals					
Andere					

Remarques /Opmerkingen :

Final ranking ☐ Orange ☐ Green



✧ Pre-tri - Results

185 « templates » door de administratie geëvalueerd

144 voorstellen op het ScrumBoard (SharePoint) na « clustering »

- 6 voorstellen doorverwezen naar de "TF GDOS" na overleg tussen de voorzitters

---

138 « Appropriate Care » voorstellen die follow-up vereisen

➢ Administratieve indeling
- ✓ 24,5 % Green
- ✓ 35,0% Orange
- ✓ 40,5% Red

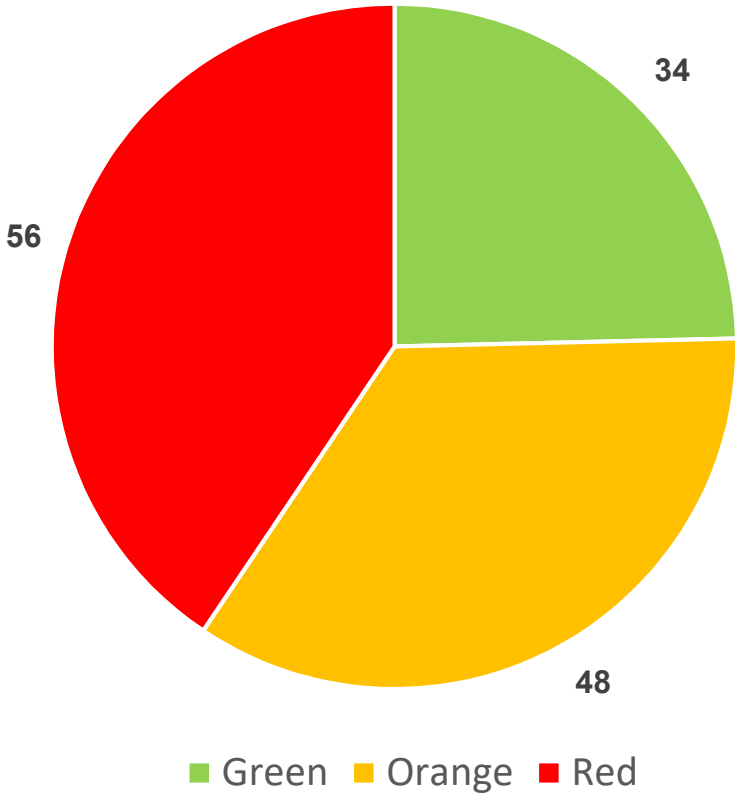
➢ Overeenstemming tussen beoordelaars
- ✓ 95 %

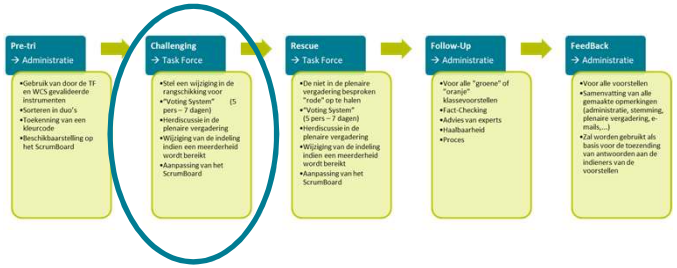
✧ Bijna perfecte overeenstemming tussen de duo's

→ De tools worden door de administratie op passende en ondubbelzinnige wijze gebruikt

✧ Onderscheid sorteren tussen "GO" en "NO GO"

→ 60% van de voorstellen zou worden gevolgd door actie

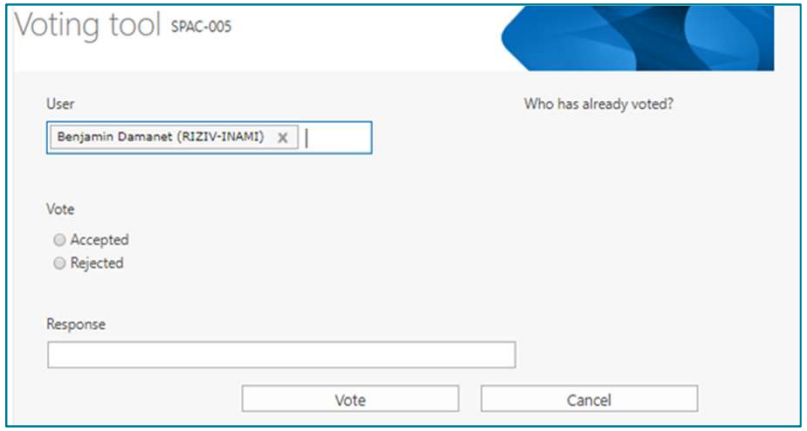


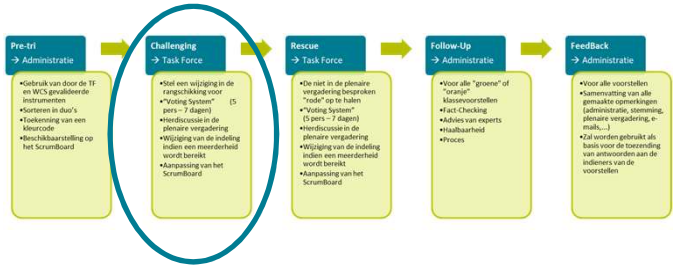


- Zodra de rangschikking door de administratie was voltooid, werd de reeks voorstellen, nu voorzien van een kleurcode, op het scrumboard van de TF AC geplaatst, zodat de leden konden beginnen met het challenging proces

- Het challenging verliep als volgt: :
  - Telkens wanneer een nieuw voorstel op het ScrumBoard wordt geladen, ontvangen de leden een waarschuwingsmail
  - Vanaf dit moment hebben zij 7 kalenderdagen om de door de administratie voorgestelde kleur te valideren of te challengen
  - Als ten minste 5 leden (1/3 van de stemgerechtigde leden) besluiten de voorgestelde rangorde voor één van de voorstellen aan te vechten, wordt het voorstel op de agenda van de volgende plenaire vergadering geplaatst en wordt de leden gevraagd erover te discussiëren totdat zij overeenstemming kunnen bereiken
  - Na elke plenaire sessie wordt het "ScrumBoard" aangepast aan hetgeen is beslist
  - Voorstellen die geen 5 stemmen hebben gekregen, zijn stilzwijgend aanvaard

Ranking	Name	Title NL
Red	MAC-001	Psoriasis
Red	MAC-002	Therapeutic Monitoring of Biological Psoriasis
Orange	MAC-003	Terugbetaling CRP-POCT
Green	MAC-004	Nosocomiale infecties
Orange	MAC-005	Terugbetaling van Nicotine Replacement Therapy
Red	MAC-006	De toegankelijkheid van transgenderzorg verbeteren
Red	MAC-007	Terugbetaling Zitkuipen (Nuage PLS)
Red	MAC-008	Universitaire opleiding 'IV-sedatie voor niet-anesthesiologen'
Orange	MAC-009	Creatie van een cluster voor sevoflurane specialiteiten inclusief generiek
Red	MAC-010	Digitaal gezondheidsplatform in neurologie
Orange	MAC-011	Kwalitatieve intra-oculaire lenzen ipv secundaire cataract interventies
Red	MAC-012	Onderzoeken na de diagnose van invasieve borstkanker
Red	MAC-013	Beheer van langdurig / chronisch bijwerkingen van kanker
Orange	MAC-014	Invoering van "OutCome based" aanbestedingen voor Unmet Medical Needs (UMN)
Orange	MAC-015	Cluster : Telegeneeskunde
Red	MAC-016	Logopedische ontwikkelingsproblematiek in context van gehoorverlies of andere comorbiditeit
Green	MAC-017	Cluster: Slaapapneu
Orange	MAC-018	Motiveren van ESRD (End Stage Renal Disease) patiënten om thuisdialyse als volwaardige optie te nemen
Green	MAC-019	Ademhalingsondersteuning thuis als extra therapeutische behandeling voor COPD patiënten
Red	MAC-020	Hoogwaardige, kosteneffectieve wondverzorging
Orange	MAC-021	Voedingsmanagement geïntegreerd in de algehele behandeling van de patiënt
Green	MAC-022	Advanced Care Planning (ACP) van thuiswonende mensen met frequente ziekenhuisopnames
Green	MAC-023	De continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis verbeteren
Green	MAC-024	Cluster : misbruik van bepaalde geneesmiddelen (benzo,...)
Orange	MAC-025	Goed Gebruik van Geneesmiddelen (GGG)
Red	MAC-026	Vermindering van diabetesgerelateerde morbiditeit en mortaliteit door vroegtijdige screening in de apotheek

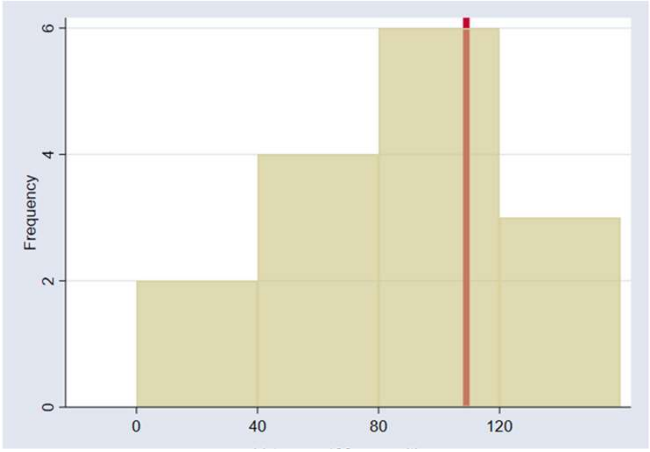


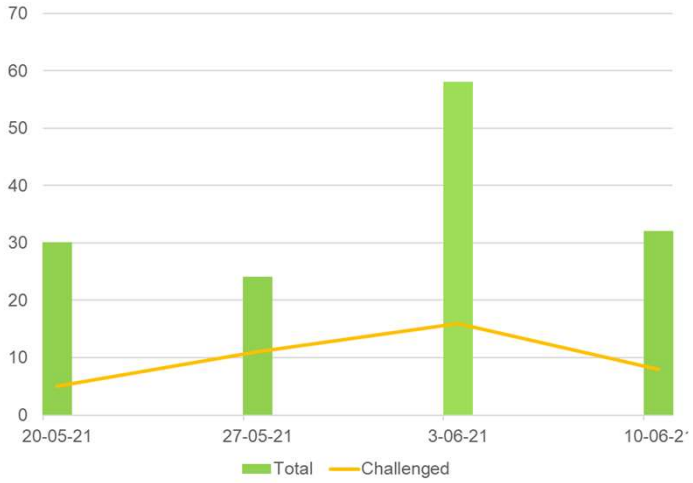


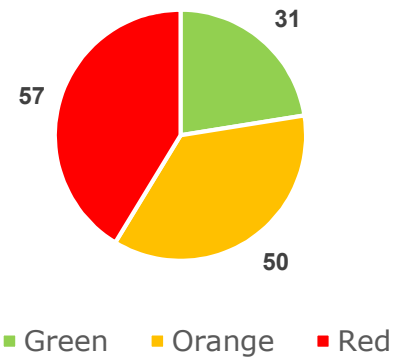
✧ Challenging - Results

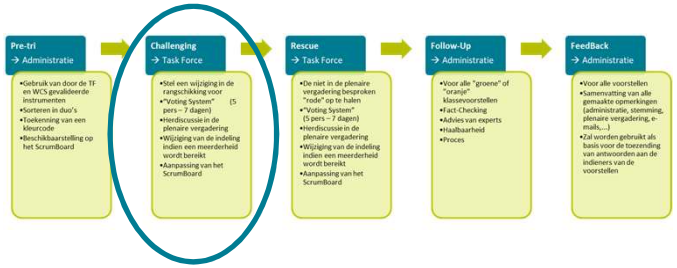
✧ Van de 138 « Appropriate Care » voorstellen die follow-up vereisen

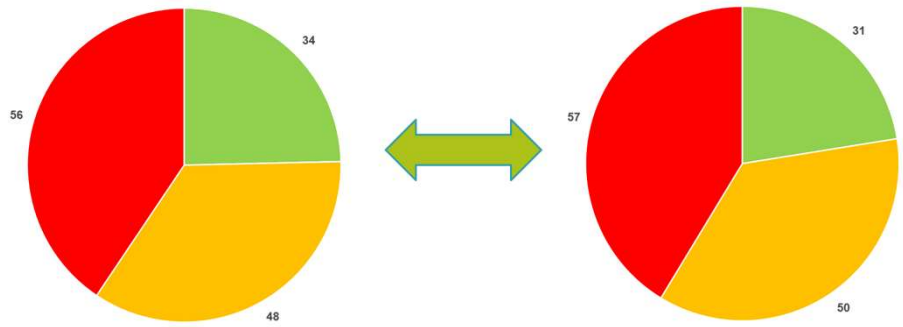
- Stemmen:
  - ✓ 1362 stemmen verkregen
  - ✓ 15 leden op 15 hebben gestemd
  - ✓ De helft van de leden bracht meer dan 109 stemmen uit
  - ✓ Gemiddeld 91 stemmen per lid
- « Challenged » voorstellen:
  - ✓ Ongeveer 30 % (40 op 138)
  - ✓ Niet altijd gevolgd door een verandering van score
  - ✓ Meestal voor Orange Vs Green
- Indeling door de Task Force
  - ✓ 22,5 % Green
  - ✓ 36,0% Orange
  - ✓ 41,5% Red











✧ **ADMIN. vs. TASK FORCE Rangordevergelijking (Binair)**

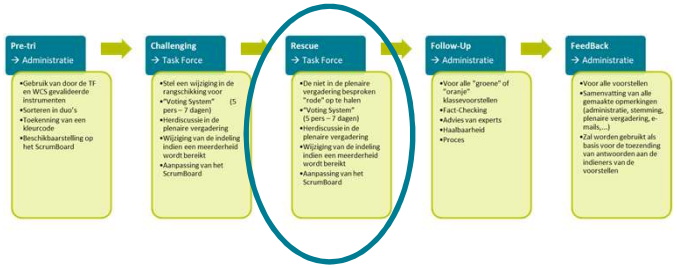
		TASK FORCE		
		GO	No Go	
ADMIN.	GO	69	13	82
	No Go	12	44	56
		81	57	138

✧ χ^2 (Mc Nemar) : 0,04
✧ p-value : **0,8415**
✧ Difference [95%CI] : 0,7% [-7,1% ; 8,5%]
✧ K de cohen = 0,625 → **Substantial Agreement**

✧ Sensitivity : 85,2 %
✧ Specificity : 77,2 %

✧ Geen "statistisch significant verschil" tussen de rangschikking van de administratie en die van de Task Force

✧ Dit kan door verschillende redenen worden verklaard :
- "Statistisch" oogpunt: het is een test op basis van discordante paren, dus wordt hij beïnvloed door het feit dat het aantal discordante paren in elke categorie min of meer gelijk is (+- vs -+)
  - → Maar Cohen's Kappa ondersteunt "Substantial Agreement" tussen classificaties → OK
- "Participatie" standpunt: de leden van de taskforce hadden weinig of geen inspraak in de "uitdaging", met als resultaat een status quo
  - → De deelname van de leden aan de stemming is groter dan verwacht, zodat deze optie redelijkerwijs kan worden uitgesloten → OK
- "Congruentie" standpunt: De inbreng van de TF AC maakt een verfijning van de keuzes mogelijk, maar verandert de situatie niet fundamenteel
  - → In dit geval kunnen we het idee dat de keuzes "niet objectief" worden gemaakt, terzijde schuiven → OK

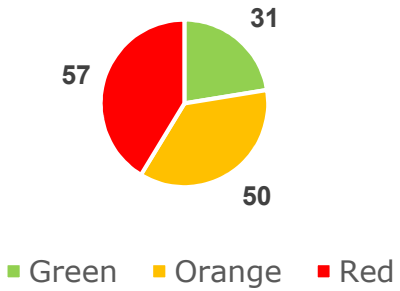


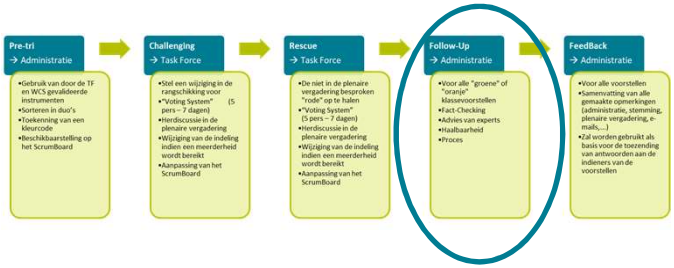
✧ Rescue - Results

✧ Er waren in totaal 44 voorstellen die door de administratie een rode score kregen en nog niet in de plenaire vergadering waren besproken:

- ➢ 14 "Red" voorstellen kregen "Rescue" stemmen
- ➢ Geen enkel voorstel kreeg de vereiste 5 stemmen om het debat in de plenaire te heropenen
- ➢ De leden van de TF AC kwamen tot de conclusie dat de vastgestelde procedure moet worden gevolgd en dat het niet nodig is om voorstellen met zo weinig stemmen te bespreken

→ **De indeling van de voorstellen is goedgekeurd en wordt nu als "final" beschouwd**





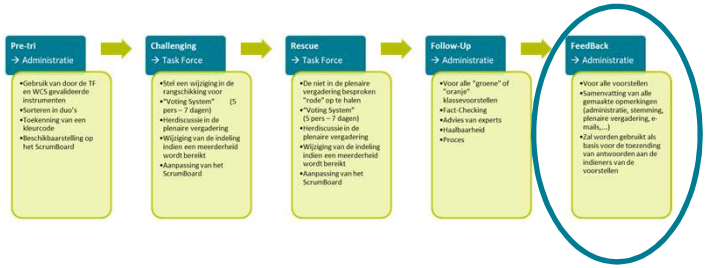
✧ Follow-Up – Results

✧ De doelstelling op korte termijn is een "follow-up"-formulier op te stellen voor alle 81 voorstellen die door de TF AC als oranje of groen zijn geclassificeerd. Sommige van deze fiches zijn reeds opgesteld en zijn als bijlage bij het volledige intermediair rapport gevoegd (Bijlage B2), te raadplegen op de website van het RIZIV

→ https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/financiering/Paginas/kick_off_uitgebreid_verzekeringscomite.aspx

- ➢ Elk van deze fiches bevat hetzij meer gedetailleerde numerieke analyses, hetzij een ontwerp-analyse die nog moet worden voltooid.
- ➢ Elk van de geselecteerde voorstellen is ook gekoppeld aan één van de prioritaire doelstellingen die door de TF GDOS zijn geformuleerd of aan één van de belangrijke thema's die in het regeerakkoord zijn opgenomen.
- ➢ Deze informatie werd gebruikt als basis voor de samenstelling van de resultatenmatrix in §III.2

✧ De resterende 57 voorstellen worden in §III.3 in een tabel gepresenteerd voor verdere verwerking.

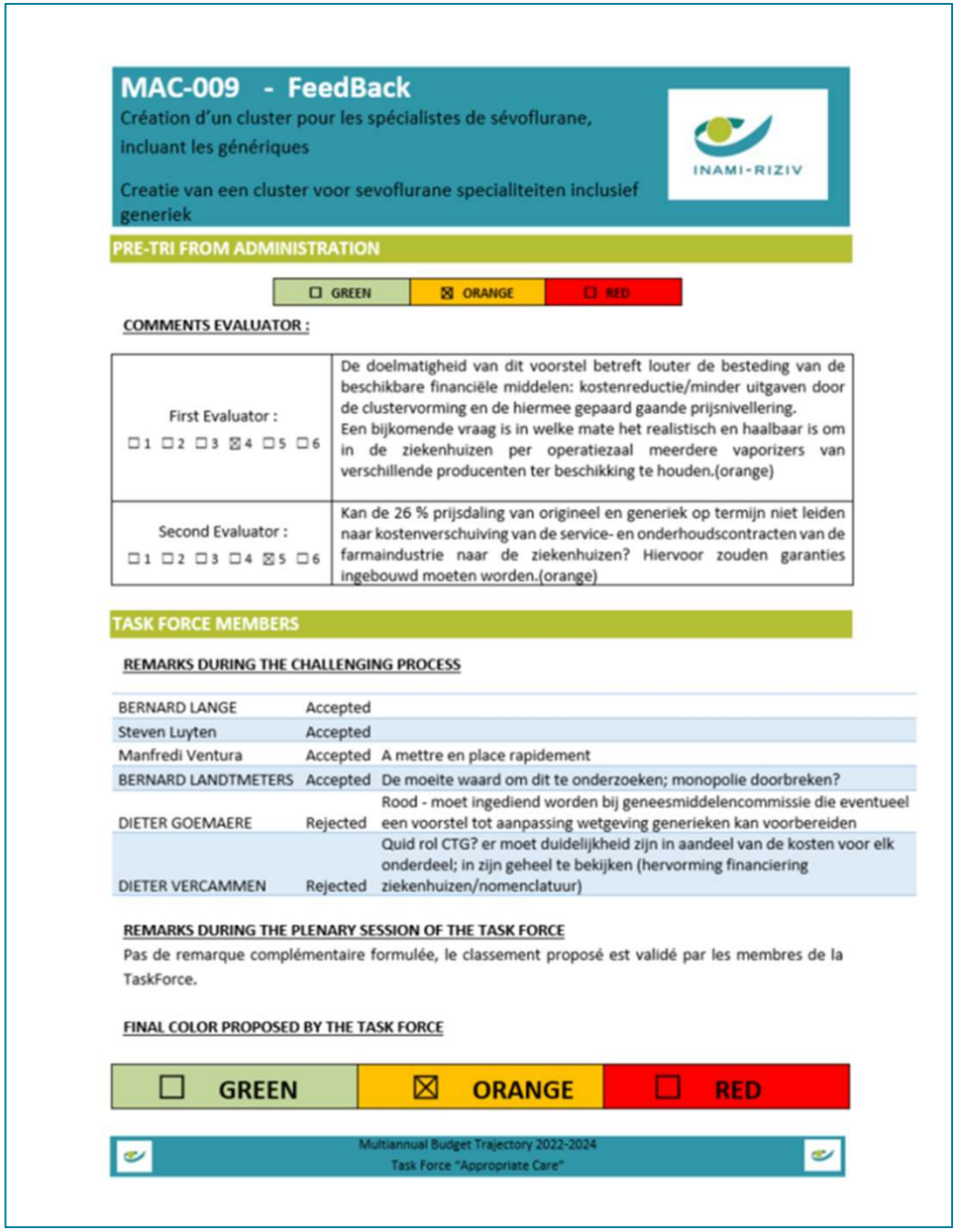


✧ Feed-Back - Results

✧ Voor elk van de 185 ingediende templates is een fiche gemaakt met alle informatie (codering, rangschikking, stemming, commentaar, ...).

✧ Op basis hiervan zal een antwoord kunnen worden gegeven aan alle personen/organisaties die een voorstel hebben ingediend.

✧ Dit werk is reeds voltooid en al deze formulieren zijn geüpload op het "ScrumBoard".



MAC-009 - FeedBack

Création d'un cluster pour les spécialistes de sévoflurane, incluant les génériques

Creatie van een cluster voor sevoflurane specialiteiten inclusief generiek

INAMI-RIZIV

PRE-TRI FROM ADMINISTRATION

☐ GREEN ☒ ORANGE ☐ RED

COMMENTS EVALUATOR :

First Evaluator : ☐1 ☐2 ☐3 ☒4 ☐5 ☐6	De doelmatigheid van dit voorstel betreft louter de besteding van de beschikbare financiële middelen: kostenreductie/minder uitgaven door de clustervorming en de hiermee gepaard gaande prijsnivellering. Een bijkomende vraag is in welke mate het realistisch en haalbaar is om in de ziekenhuizen per operatiezaal meerdere vaporizers van verschillende producenten ter beschikking te houden.(orange)
Second Evaluator : ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☒5 ☐6	Kan de 26 % prijsdaling van origineel en generiek op termijn niet leiden naar kostenverschuiving van de service- en onderhoudscontracten van de farmaindustrie naar de ziekenhuizen? Hiervoor zouden garanties ingebouwd moeten worden.(orange)

TASK FORCE MEMBERS

REMARKS DURING THE CHALLENGING PROCESS

BERNARD LANGE	Accepted	
Steven Luyten	Accepted	
Manfredi Ventura	Accepted	A mettre en place rapidement
BERNARD LANDTMETERS	Accepted	De moeite waard om dit te onderzoeken; monopolie doorbreken?
DIETER GOEMAERE	Rejected	Rood - moet ingediend worden bij geneesmiddelencommissie die eventueel een voorstel tot aanpassing wetgeving generieken kan voorbereiden
DIETER VERCAMMEN	Rejected	Quid rol CTG? er moet duidelijkheid zijn in aandeel van de kosten voor elk onderdeel; in zijn geheel te bekijken (hervorming financiering ziekenhuizen/nomenclatuur)

REMARKS DURING THE PLENARY SESSION OF THE TASK FORCE

Pas de remarque complémentaire formulée, le classement proposé est validé par les membres de la TaskForce.

FINAL COLOR PROPOSED BY THE TASK FORCE

☐ GREEN ☒ ORANGE ☐ RED

Multiannual Budget Trajectory 2022-2024
Task Force "Appropriate Care"

II.3.5. Task Force Dynamisch meerjarenkader

- De TF Budget wordt voorgezeten door prof. Erik Schokkaert en is belast met het opstellen van een meerjarenraming op basis van een ingeschatte impact van de weerhouden prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen en de voorstellen komende uit de TF AC, en rekening houdend met de oriëntaties uit het regeerakkoord in verband met de wettelijke groeinorm. Deze taskforce zal eveneens belast zijn met de juridische en technische uitwerking van de principes van een dynamisch meerjarig budgettair kader, o.m. rekening houdend met het vastgestelde groeipad in het kader van de farmaceutische specialiteiten.

- Het meerjarenplan laat toe om een strategische visie te realiseren wanneer diverse maatregelen genomen worden, maar niet tegelijkertijd kunnen ingevoerd worden. Indien de financiële impact van een eerste maatregel dient te kunnen gemeten worden om over de tweede maatregel een definitieve beslissing te kunnen nemen, dan dienen deze maatregelen gekoppeld en geïmplementeerd te worden en dit over een periode van langer dan één jaar.

Projectleider :	Johan Peetermans	
Secretaris :	Dirk Wouters	Saskia Mahieu
	Eveline De Coster	

Naam	Functie	
Erik Schokkaert (VZ)	Em. Prof.	KULeuven
Bernard Lange	Adviseur	Beleidscel / Cellule stratégique
Yves Roger	Voorzitter CBC	CBC/CCB
Robert Rutsaert	Bestuurslid	Het Kartel
Jan Flament	CEO	Ziekenhuis Geel
Marc Geboers	Directeur AZ/HG	Zorgnet Vlaanderen
Pierre Seeuws	Voorzitter	Ergotherapie Vlaanderen
Pierre Drielsma	Voorzitter	Federation des Maisons Medicales
Willy Vertongen	CEO	Mederi
Vanessa Vanrillaer	Expert	MLOZ
Francois Perl	Directeur	Solidaris
Tom De Spiegelaere	Healthcare Budget Expert	Pharma.be
Ann Panneels	Bestuurslid	ABVV
Jean Hermesse	Prof. Em. UCLouvain	Lid WCS
Joanna Geerts	Expert Planbureau	Lid WCS

- Van zodra gezondheidszorgdoelstellingen nagestreefd worden en over een periode van twee of drie jaar gemonitord worden, wordt het duidelijk welke investeringen nodig zijn om bepaalde gezondheidswinsten op te leveren. Dankzij deze gezondheidszorgdoelstellingen en een begroting op meerdere jaren wordt de ziekteverzekering op een transparante wijze en met een duidelijke visie in de richting van meer toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor elke zorgbehoevende geleid.

- Een dergelijke werkwijze laat toe dat sectoren en gezondheidszorgactoren anticiperen op de budgettaire impact van structurele hervormingen. Zo is er tijd om desgevallend budgetten te reserveren om deze budgettaire impact in het tweede jaar op te vangen of te compenseren.

- **Beschrijving van de werkzaamheden**

✧ De Taksforce is op wekelijkse basis 14 keer samengekomen om o.a. de onderstaande elementen te bespreken die gelinkt zijn aan of een impact kunnen hebben op een meerjarenbegroting.

➢ Verschillende vergaderingen werden gewijd aan een toelichting over de technische ramingen van het RIZIV en het model Promes van het Planbureau en aan de verschillen tussen beide instrumenten. De technische ramingen en het model Promes kennen elk hun sterktes en zwaktes en kunnen als complementair beschouwd worden. De technische ramingen zijn gedetailleerd, vertrekken van de veronderstelling 'geen beleid', zijn extrapolaties en zijn vooral geschikt voor de eerder korte termijn. In het model Promes vertrekt men van de veronderstelling dat het 'gemiddeld' beleid van de vorige jaren wordt doorgetrokken en wordt er rekening gehouden met wijzigingen in de demografie en gedragsvariabelen die dan weer op langere termijn relevanter worden. Één van de uitdagingen is om de technische ramingen en het model Promes in de toekomst beter op elkaar af te stemmen. Dit werk dient dan ook in de volgende maanden verdergezet worden. De voorspelling van de uitgaven en de beschikbare budgettaire ruimte die terug te vinden is in § IV.1 van dit rapport, is momenteel uitsluitend gebaseerd op de technische ramingen van het RIZIV.

➢ Ook de mogelijke impact van COVID-19 op de uitgaven in de komende jaren werd uitvoerig besproken in de Taskforce. COVID-19 heeft een belangrijke impact gehad op de terugbetalingen van de gezondheidszorgen. Niet dringende, maar ook dringende zorg, werd uitgesteld. Deze zorgen werden geleidelijk aan hernomen. Ook in 2021, 2022 en de komende jaren kan COVID-19 nog een impact hebben op de terugbetalingen van de gezondheidszorgen door een mogelijke inhaling van de uitgestelde zorg en gewijzigde zorgnoden (long COVID, psychologische zorgen,…). Deze effecten budgettair inschatten is niet eenvoudig: niet alles zal namelijk ingehaald worden (verschillend van sector tot sector) en er dient ook rekening gehouden te worden met eventuele aanbodrestricties. In toenemende mate worden langetermijneffecten van COVID gerapporteerd. En bovenal, het precieze traject dat COVID-19 zal afleggen is nog erg onduidelijk en bijvoorbeeld nieuwe varianten vormen een bedreiging.

Voor de maatregelen COVID-19 met een meerkost ten opzichte van het begrotingsobjectief 2020 en 2021 wordt een beroep gedaan op een bijkomende financiering vanuit de overheid, meer concreet via de interdepartementale provisie buiten begrotingsdoelstelling. De techniek van de interdepartementale provisie is iets wat structureel mogelijk moet zijn. Dus niet enkel voor de huidige COVID-19 crisis, maar ook voor toekomstige pandemieën of sanitaire crisissen. Ook in 2022 zal de interdepartementale provisie nog noodzakelijk zijn om bepaalde maatregelen zoals testen klinische biologie, vaccinatie,… te kunnen financieren.

- Daarnaast heeft de Taskforce zich ook gebogen over enkele voorstellen om de transparantie van het gezondheidszorgbudget te verhogen. Meer concreet gaat het over een aantal technische wijzigingen die de leesbaarheid en de beheersbaarheid van het gezondheidszorgbudget zullen verhogen. De verschillende voorstellen zijn terug te vinden in § IV.2 van het rapport, waar zij meer in detail worden toegelicht.

- De Taskforce heeft enkele vergaderingen gewijd aan de mogelijke wijzigingen die aan de begrotingsprocedure moeten worden aangebracht om een meerjarenbegroting vanuit gezondheids(zorg)doelstellingen mogelijk te maken en om transversale initiatieven te stimuleren (zie verder in § IV.1 van dit rapport).

- Tenslotte wenst de Taskforce de doorlooptijd van de uit te voeren maatregelen onder de aandacht te brengen. De procedure voor de publicatie van een koninklijk besluit duurt vaak langer dan een jaar. Van zodra de maatregel in voege is getreden, moet alles nog geboekt worden. Dit resulteert in een grote vertraging bij de uitvoering van de maatregelen. In het kader van een meerjarenbudget is het belangrijk dat zowel de nieuwe initiatieven als de besparingsmaatregelen snel uitgevoerd kunnen worden zodanig dat de budgettaire impact waar te nemen is in het betrokken jaar.

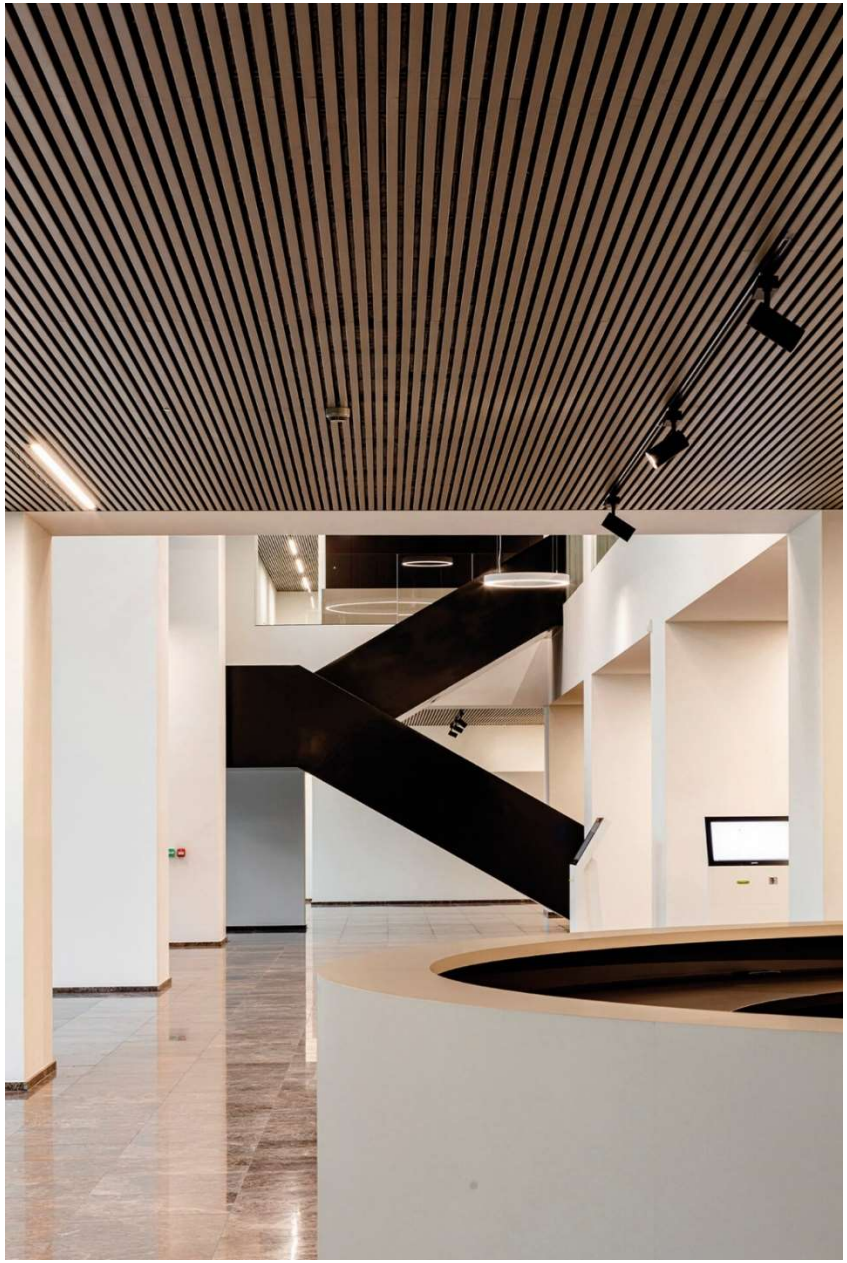
III. Results

- De voorgestelde resultaten zijn ontsproten uit het evaluatieproces van de ingediende templates binnen de TF GDOS en de TF AC.

- De gezondheidszorgdoelstellingen GDOS werden gedistilleerd op basis van de ingediende templates, die naast een doelstelling vaak ook een aantal voorstellen bevatten. Er werden finaal 17 voorstellen gekozen uit de groene templates GDOS geïntegreerd in de matrix. Verder weerhoudt men in dit tussentijds rapport dan ook enkel de groene en oranje templates AC.

- Al de voorstellen werden maximaal en in eerste instantie gelinkt aan de gezondheidszorgdoelstellingen en secundair aan de doelstellingen opgenomen in het regeerakkoord.

- Dit betekent evenwel niet dat de rode templates niet verder worden behandeld, evenwel in een iets later stadium, mede in functie van het gevolg en/of bijsturingen dat aan de huidige werkzaamheden wordt gegeven. Deze initiatieven worden opgelijst in § III.3 en verder behandeld van zodra mogelijk.



- De templates werden beoordeeld door meer dan 20 experten louter op de inhoud, zo nodig aangevuld met eigen opzoekingen en analyses. Er werd hierbij bewust nog geen contact gezocht met de indieners van de templates. Immers de templates zijn in gans het traject geanonimiseerd gebleven om een zo neutraal mogelijk oordeel te blijven garanderen en de experten niet te beïnvloeden.

- Het is evident dat in het verdere verloop van het traject, na eventuele goedkeuring van het rapport, deze concertatie met de indieners wel zal gebeuren indien nodig (ook voor de "rode templates") om tot een zo consistent mogelijk eindvoorstel te komen waarbij er geen enkel initiatief verloren gaat.

- Voor elke ingediende template wordt een Follow-Up template (zijn als bijlage bij het volledige intermediair rapport gevoegd (Bijlage B2), te raadplegen op de website van het RIZIV https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/financiering/Paginas/kick_off_uitgebreid_verzekeringscomite.aspx) en een feedback template (voorbeelden in Bijlage B4 van het volledige intermediair rapport) opgesteld, die continu bijgewerkt worden indien nieuwe informatie wordt aangereikt of eventuele fouten worden gemeld en bevestigd. Deze templates blijven beschikbaar binnen het Sharepoint-platform.

- Indien uit de follow-up template blijkt dat er minder- of meeruitgaven worden verwacht, dan wordt de meest voorzichtige prognose opgenomen in de overzichtstabel of matrix. De financiële beoordeling van de minderuitgaven AC gebeurde uitsluitend op basis van een analyse "Appropriate Care". De bedragen die werden opgenomen in 2022 zijn evenwel enkel haalbaar indien de voorgestelde flankerende maatregelen worden gerealiseerd.

- Niet alle groene en oranje templates zijn heden volledig geanalyseerd, en de matrix betreft dus een voorlopig resultaat. Het blijft de ambitie om al de groene en oranje templates te hebben geanalyseerd en gebudgetteerd tegen midden september zodat het actuariaat met het eindresultaat kan rekening houden indien gewenst, in de veronderstelling dat de gehanteerde werkwijze en de nodige structurele en flankerende maatregelen werden aanvaard.

- Indien de nodige tijd rest zullen ook reeds "rode templates" worden geanalyseerd en stelselmatig worden toegevoegd aan de matrix.

- De eerste matrix in dit rapport bevat dus enkel de groene en oranje templates AC aangevuld met de 17 gekozen groene initiatieven GDOS.

- De werkzaamheden hebben alvast al één concreet resultaat opgeleverd. Het voorstel "SPAC-017" werd per 1 juli 2021 reeds geïmplementeerd na beslissing van het Verzekeringscomité van 28 juni 2021.

- Tot slot werd er ook gevolg gegeven aan de eerste opdracht van de TF AC om rekening te houden met de 'vraag van 40 miljoen €' opgenomen in het akkoord artsen-ziekenfondsen 2021. Dit afzonderlijk en tijdelijk project werd afgerond en mondde uit in een akkoord op het niveau van de NCAZ in juni 2021.

III.1. Gezondheidszorgdoelstellingen

1. Introductie

- Het vaststellen van doelstellingen voor de gezondheidszorg maakt deel uit van een proces van totstandbrenging van een holistische en globale visie voor de gezondheidssector. Vanuit dit oogpunt is het van belang deze vast te stellen in een geïntegreerde, synergetische en complementaire benadering, waarbij rekening wordt gehouden met de reeds bestaande initiatieven. In dat opzicht vormen de werkzaamheden van het KCE over de "Performantie van het Belgische systeem", de initiatieven die op het niveau van het Intermutualistisch agentschap zijn opgezet en de follow-up door het Federaal Planbureau van de Nationale strategie voor duurzame ontwikkeling een solide basis voor het identificeren en opvolgen van de relevante gezondheidszorgdoelstellingen.

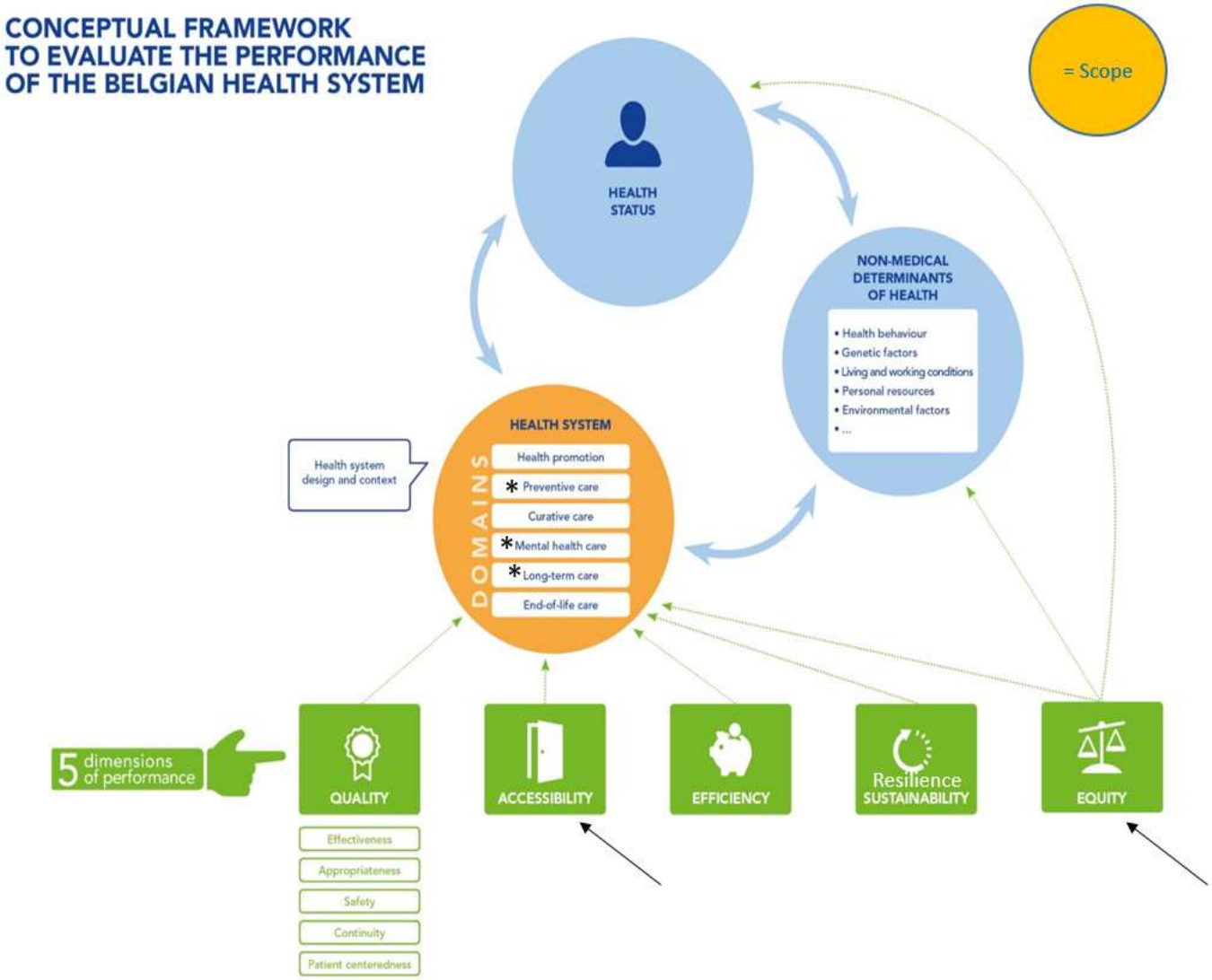
- De algemene doelstellingen kunnen worden vertaald in meer specifieke en meetbare (SMART) doelstellingen die binnen deze algemene doelstellingen passen. Het doel heeft een welbepaald tijdsbestek van enkele jaren, zodat er tijd is om corrigerende maatregelen uit te voeren, maar het tijdsbestek mag niet te lang zijn om de aandacht vast te houden en de motivatie te behouden. Volgens het KCE moeten specifieke doelstellingen worden vastgesteld in overleg met de verschillende politieke niveaus (federaal/regionaal) en de betrokken actoren, d.w.z. politieke, administratieve, wetenschappelijke en operationele actoren (KCE, 2017).

- Ter herinnering: het KCE heeft een conceptueel kader ontwikkeld om de performanties van het Belgische gezondheidssysteem te evalueren op basis van 6 dimensies: toegankelijkheid, rechtvaardigheid, kwaliteit, duurzaamheid en efficiëntie; waaraan de veerkracht (de capaciteit van het systeem om een schok op te vangen, zoals COVID) onlangs is toegevoegd. Dit conceptuele kader (zie figuur volgende pagina) wordt in deze oefening begrepen in samenhang met het "quintuple aim"-model, dat erop gericht is de volgende doelstellingen te bereiken (KCE, 2019):

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

- Op basis van het conceptuele kader van het KCE, dat wij hieronder hebben weergegeven, bestrijken deze thema's zowel dimensies als de domeinen die bepalend zijn voor de performantie van het gezondheidssysteem. In de bijgevoegde figuur geven wij (met asterisken voor de domeinen en pijlen voor de dimensies, in het zwart) de prioriteiten aan die de Task Force GDOS op basis van de ontvangen voorstellen heeft vastgesteld.

- In dit deel nemen we de doelstellingen op die bij deze thema's horen en plaatsen we ze in de context van bestaande initiatieven en indicatoren voor de gezondheidszorg in België.



Aangepast uit het conceptuele kader voor de evaluatie van de performantie van de gezondheidszorg in België (KCE, 2015)

2. Toegankelijkheid van de gezondheidszorg

a) Toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België: stand van zaken

- De toegankelijkheid van de gezondheidszorg kan worden gedefinieerd als "het gemak waarmee gezondheidsdiensten toegankelijk zijn, zowel fysiek als in termen van kosten, tijd en beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel“ (HealthyBelgium). Volgens de website HealthyBelgium is het een onontbeerlijke voorwaarde voor een kwalitatief hoogstaand en efficiënt gezondheidssysteem.

- Reeds in 2014 publiceerden het RIZIV en Dokters van de Wereld een witboek over de problematiek waarin werd erkend dat België weliswaar over het algemeen een goed systeem van sociale bescherming heeft, maar dat de toegankelijkheid tot gezondheidszorg bijzonder moeilijk blijkt te zijn voor bepaalde bevolkingsgroepen. Met name de toegankelijkheid is een probleem voor mensen in een precaire financiële situatie en voor marginale groepen die geen ziekteverzekering hebben (gedetineerden, asielzoekers of illegalen, daklozen, geïnterneerden, sekswerkers, drugsgebruikers...). Deze opmerking uit 2014 geldt vandaag nog steeds. In 2019 stelt het KCE een rapport op over het thema rechtvaardigheid in België, waarvan een van de conclusies luidt: "Hoewel er sinds onze laatste analyse verbeteringen zijn waargenomen in de persoonlijke bijdragen per inwoner, blijft het percentage personen dat gezondheidszorg om financiële redenen heeft moeten uitstellen hoger dan het Europese gemiddelde, met name voor de laagste inkomensgroep. Ook moet worden opgemerkt dat de dekking van de tandheelkundige zorg laag blijft" (KCE, 2020). In de marge van dit rapport wordt inderdaad opgemerkt dat de zelfgerapporteerde onvervulde zorgbehoefte om financiële redenen in België hoger is dan in de andere EU-15-landen (1,8% ten opzichte van het EU-15-gemiddelde van 1,1% in 2018), met name op het niveau van het laagste inkomenskwintiel (5,4% ten opzichte van het Europese gemiddelde voor dit kwintiel dat 2,6% bedraagt).

- In 2021 wordt in het kader van een door het Europees Sociaal Observatorium (OSE) gecoördineerd project op basis van dezelfde bevindingen ook de kwestie van de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België bestudeerd. In dit project wordt een reeks maatregelen opgesomd die door de stakeholders worden gesteund en gericht zijn op een verbetering van de financiële toegankelijkheid met het oog op billijkheid, waaronder een veralgemening van het systeem van derdebetaler en de automatisering van de verhoogde tussenkomst (Baeten, 2021).

- De financiële toegankelijkheid is echter niet de enige sub-dimensie van toegankelijkheid waarmee rekening moet worden gehouden. Van de voorstellen die de GDOS-taskforce heeft ontvangen, hebben wij de volgende sub-dimensies onderscheiden:
  - Financiële toegankelijkheid. Dit heeft op zijn beurt drie componenten: de dekking van de ziekteverzekering van de bevolking; de omvang van de door de verzekering gedekte zorg; en de bestaande niveaus van terugbetaling.
  - Temporele toegankelijkheid (wachtlijsten en toereikendheid van het aanbod)
  - Geografische toegankelijkheid (nabijheid en toereikendheid van het aanbod)
  - Culturele toegankelijkheid
  - Administratieve toegankelijkheid (vereenvoudiging)
  - Informatieve toegankelijkheid

- Naast deze meervoudige aspecten moet toegankelijkheid ook worden benaderd vanuit het perspectief van sociaal-economische ongelijkheden. In vergelijking met de meest bevoorrechte sociale groep worden mensen van een lager sociaal-economisch niveau (gemeten aan de hand van het opleidingsniveau of het recht op verhoogde tegemoetkoming) namelijk gekenmerkt door grotere financiële belemmeringen bij de toegang tot gezondheidszorg, lagere deelname aan kankerscreening, minder tandartsbezoeken, hoger geneesmiddelengebruik (antibiotica, antidepressiva, polymedicatie), grotere kans op het niet krijgen van het aanbevolen aantal prenatale bezoeken tijdens een laag-risico zwangerschap (KCE, 2019).

- Voor de groepen van begunstigden met verhoogde tegemoetkoming laat het KCE-rapport "Equity" (2020) met name zien dat dit weliswaar zorgt voor een billijke toegang tot de algemene medische zorg, maar dat dit niet het geval is voor de specialistische of tandheelkundige zorg. De ongelijkheid in de tandheelkundige zorg is aanzienlijk en is in de loop van de tijd toegenomen.

- Uiteindelijk verklaart het lage niveau van de performantie in België op dit thema logischerwijs het aantal voorstellen dat in het kader van de taskforce is ontvangen over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, in het bijzonder voor de sub-dimensie financiële toegankelijkheid (en alle onderdelen daarvan).

b) Gezondheidszorgdoelstellingen ter verbetering van de toegankelijkheid

- Er zijn ons veel voorstellen gestuurd over het thema toegankelijkheid. Wij presenteren de doelstellingen op het gebied van gezondheidszorg per sub-dimensie.

- **Betaalbaarheid**

  - Uitbreiding van de toepassing van de verplichte derdebetalersregeling voor een deel van de zorgverleners (specialisten, tandartsen, huisartsen aan huis) en tot financieel kwetsbare groepen
  - Automatisering van de toekenning van het recht op de verhoogde toeslag op basis van de recentst mogelijke inkomensgegevens
  - Invoering van een plafond van bijkomend remgeld in het maximumfactuurstelsel
  - De terugbetaling van zorg in bepaalde sectoren verhogen en het fenomeen van het uitstellen van zorg om financiële redenen beteugelen, met bijzondere aandacht voor :
    - ✓ Mond- en tandverzorging
    - ✓ Geestelijke gezondheidszorg
    - ✓ Farmaceutische zorg (met inbegrip van D-geneesmiddelen, vooral voor de armen)
    - ✓ Ziekenhuisopname (inclusief transplantatiepatiënten, met bijzondere nadruk op prijstransparantie)
    - ✓ Bepaalde medische hulpmiddelen en apparatuur (met inbegrip van prothesen)
    - ✓ Fysiotherapie
    - ✓ Hoorzorg (alle leeftijdsgroepen)
    - ✓ Optische zorg (alle leeftijdsgroepen)
  - Verbetering van de financiële toegankelijkheid van eerstelijnszorg voor kinderen en adolescenten (0-18 jaar), door middel van gratis consulten bij huisartsen
  - Terugbetaalde HPV-vaccinatie voor adolescenten en jonge volwassenen

Temporele en geografische toegankelijkheid

- De wachttijden voor ambulante en ziekenhuis-afspraken te verkorten, vooral voor kwetsbare groepen (economisch en/of wat hun gezondheid betreft), door :
  - Verhoging van het beschikbare aanbod in bepaalde sectoren (met name de geestelijke gezondheidszorg)
  - Versterking van de eerste lijn en coördinatie met de zorglijnen
  - Ontwikkeling van alternatieven voor ziekenhuisopname en gemeenschapszorg
  - Ontwikkeling van het aanbod en de aantrekkelijkheid (vooral voor zorgverleners) van medische huizen
- Betere toegankelijkheid voor vervoer van patiënten, in het bijzonder :
  - Terugbetaling van patiënten voor niet-spoedeisend vervoer tussen ziekenhuizen
  - Verbetering van de toegang tot vervoer voor chronische patiënten en patiënten die een langdurige behandeling ondergaan
- Verhoging van de vaccinatiegraad door uitbreiding van het aantal in aanmerking komende zorgverleners, waaronder apothekers

Culturele toegankelijkheid

- Verbetering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor kwetsbare bevolkingsgroepen, met aandacht voor endogene barrières (taal, cultuur, laaggeletterdheid, waaronder digitale geletterdheid) en kwetsbare doelgroepen (gevangenispopulatie, bevolking in psychiatrische instellingen, bevolking in homes, asielzoekers, bevolking die proactieve steun nodig heeft)

Administratieve toegankelijkheid

- Digitalisering van administratieve stromen
- Digitalisering en vereenvoudiging van formulieren en procedures
- Verbetering van de instrumenten voor het centraliseren en verspreiden van informatie (tussen zorgverleners en naar patiënten)

Informatieve toegankelijkheid

- Verbetering van de toegang tot de gezondheidszorg op basis van recente gegevens, die regelmatig via enquêtes moeten worden bijgewerkt

- Verscheidene van deze voorstellen beantwoorden aan de aanbevelingen van het KCE inzake financiële toegankelijkheid, met name de uitbreiding van de derdebetalersregeling, de invoering van een nieuw plafond voor het maximumbedrag dat in rekening kan worden gebracht, de automatisering van het recht op verhoogde tegemoetkoming en de verhoging van de gezondheidsgeletterdheid.

c) Initiatieven om aan de gezondheidszorgdoelstellingen te beantwoorden

✧ Om deze doelstellingen te bereiken, werden een groot aantal initiatieven geïdentificeerd in de ontvangen fiches. In de eerste plaats werden binnen de groene fiches 43 initiatieven geïdentificeerd en verdeeld over de verschillende sub-dimensies van toegankelijkheid. Vijftien fiches waarvoor de evaluatie oranje of rood was hebben eveneens betrekking op de toegankelijkheid van de zorg. Binnen het geheel van initiatieven, werden er 5 als prioritair gekozen wegens de frequentie waarmee zij werden voorgesteld, de kwaliteit ervan en het feit dat zij op korte termijn operationeel zijn.

FR	NL
Elaborer de nouvelles conditions pour l'intervention majorée qui permettent une automatisation poussée de l'octroi du droit	Het uitwerken van nieuwe voorwaarden voor de verhoogde tegemoetkoming die een verregaande automatisering in de toekenning van het recht mogelijk maken
Diminuer le plafond du maximum à facturer, notamment pour les bénéficiaires BIM	Het plafond voor de maximumfactuur verlagen, in het bijzonder voor de rechthebbenden op verhoogde tegemoetkoming (RVV)
Généralisation du tiers payant obligatoire, en particulier pour certains prestataires et de nouveaux groupes-cibles	Veralgemening van de verplichte derdebetalersregeling, in het bijzonder voor bepaalde zorgverstrekkers en voor nieuwe doelgroepen
Contribution personnelle fixe pour l'achat de médicaments, avec une attention particulière pour les personnes bénéficiaires de l'intervention majorée	Vaste eigen bijdrage voor de aankoop van geneesmiddelen, met bijzondere aandacht voor degenen die de rechthebbende van verhoogte tegemoetkoming
Améliorer l'accessibilité financière aux médicaments, en particulier ceux de la liste D	De financiële toegankelijkheid tot geneesmiddelen verbeteren, met name voor die van de lijst met "Geneesmiddelen D"

✧ De andere initiatieven worden bewaard voor eventuele toekomstige verwerking. Deze initiatieven zijn opgenomen in een samenvattende tabel per fiche en zijn te vinden in §III.3

3. Preventieve zorg

a) Preventieve zorg in België: stand van zaken

✧ Volgens de website "HealthyBelgium" is preventieve zorg "zorg die erop gericht is het optreden van een ziekte te voorkomen (primaire preventie, bijvoorbeeld door vaccinatie) of een ziekte zo vroeg mogelijk op te sporen om onmiddellijk een behandeling in te stellen ter vermindering van de mortaliteit of de ernst van de ziekte (secundaire preventie, bijvoorbeeld programma's voor kankerscreening)". Preventieve zorg onderscheidt zich dus van curatieve zorg, die wordt verleend nadat een ziekte is opgetreden en de symptomen zich hebben geopenbaard, en dus gericht is op verlichting of behandeling daarvan (HealthyBelgium).

✧ Preventie kan dus zowel op individuele schaal (b.v. individuele screening of counseling) als op collectieve schaal (b.v. door de organisatie van nationale sensibiliseringscampagnes over de levensstijl) worden georganiseerd.

✧ In België is de preventieve zorg deels een zaak van de gefedereerde entiteiten en deels een federale verantwoordelijkheid. De gecoördineerde wet van 14 juli 1994, die de bevoegdheden van het RIZIV regelt, bepaalt in artikel 34 over de gezondheidsverstrekkingen: "De gezondheidsverstrekkingen omvatten zowel de preventieve als de curatieve zorg". Deze vallen derhalve onder de bevoegdheid van het federale niveau. Het is echter van belang de respectieve bevoegdheidsgebieden in het oog te houden. Schematisch kan men behouden dat de individuele preventieve zorg onder de federale bevoegdheid valt, die ze financiert, terwijl de collectieve preventieve zorg en de organisatie ervan onder de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten vallen. Er dient opgemerkt dat de organisatie van de terugbetalingen tussen de Gewesten kan verschillen, maar niet systematisch.

- Volgens het laatste rapport "Performance of the Belgian health system - Report 2019", gepubliceerd door het KCE, zijn de indicatoren voor preventieve zorg in België eerder zorgwekkend. Dit rapport bevat 3 categorieën indicatoren die zijn geselecteerd om te beoordelen of preventieactiviteiten doeltreffend zijn:
  - Indicatoren voor vaccinatie ;
  - Indicatoren voor kankerscreening;
  - Een indicator voor mondgezondheid.

- De cijfers laten verschillende potentiële verbeteringen in België zien, met name de griepvaccinatie bij ouderen en de borstkankerscreening bij doelgroepen. Zo werd in 2016 in België 54,7% van de mensen van 65 jaar en ouder gevaccineerd tegen griep, terwijl de WHO-doelstelling 75% bedraagt. Het percentage gescreende borstkankerpatiënten bedroeg in 2016 iets meer dan 61% (en lager bij meer sociaaleconomisch kwetsbare vrouwen), terwijl een totale dekking van 75% wordt beschouwd als de drempel voor deze interventie om een aanvaardbare kosteneffectiviteit te bereiken (HealthyBelgium). Het betrekkelijk lage niveau van performantie in België over dit thema verklaart opnieuw het grote aantal voorstellen dat de TF GDOS op dat vlak heeft ontvangen.

b) Gezondheidszorgdoelstellingen ter verbetering van de preventieve zorg

- Aangezien de meeste voorstellen op het vlak van preventieve zorg ook verband houden met een ander van de vijf vastgestelde prioritaire thema's, met name "zorgtraject/geïntegreerde zorg" en "geestelijke gezondheid", zijn ze niet allemaal in dit deel opgenomen.

- Het is echter interessant op te merken dat de voorstellen die wij in de rubriek "preventieve zorg" hebben opgenomen, betrekking hebben op kankerscreening en mondverzorging. Sommige daarvan hebben ook betrekking op chronische patiënten. Door de nadruk te leggen op preventie wordt namelijk het ontstaan van vaak chronische ziekten voorkomen of uitgesteld, wat op lange termijn een rendabele investering kan zijn. Om pragmatische redenen hebben wij ervoor gekozen de doelstellingen te beschrijven in het thema waarin zij het best passen. Het is echter van belang erop te wijzen dat preventieve aspecten ook in andere thema's worden aangetroffen, en dat een kruislezing ook had kunnen worden overwogen

- Uit de ontvangen voorstellen komen voor dit thema de volgende doelstellingen op het gebied van gezondheidszorg naar voren :

  - De mortaliteit aan kanker terugdringen door mensen te sensibiliseren over schadelijk individueel gedrag en door vroegtijdige opsporing aan te moedigen
  - Meer preventieve zorg voor financieel en sociaal kwetsbare groepen door:
    - ✓ Versterking van gemeenschapsgerichte zorg en continuïteit van zorg
    - ✓ Versterking van secundaire preventie door multidisciplinaire screening en samenwerking, met de nadruk op leefstijlfactoren
    - ✓ Verhogen van het percentage van deze groepen dat een jaarlijkse tandheelkundige controle ondergaat
  - Sensibilisering van de huisarts voor proactieve opsporing van gehoorverlies

c) Initiatieven om aan de gezondheidszorgdoelstellingen te beantwoorden

✧ Deze doelstellingen zijn gekoppeld aan een reeks initiatieven die in onze overzichtstabellen zijn opgenomen, waaronder 2 van de 17 prioritaire initiatieven die door de TF zijn geselecteerd voor uitvoering op korte termijn. Zij hebben betrekking op drie belangrijke dimensies van de performantie in de gezondheidszorg: kwaliteit, efficiëntie en veerkracht.

✧ De voor dit thema geselecteerde prioritaire initiatieven zijn:

FR	NL
Consultation de suivi avec un/une infirmier/infirmière à la fin du processus de traitement pour les patients cancéreux, afin d'établir un processus de traitement adapté	Nazorgconsult met een verpleegkundige aan het einde van het behandeltraject voor kankerpatiënten om een passend behandelingsproces vast te stellen
Campagne de sensibilisation auprès des patients et des prestataires de soins pour la conduite d'examens dentaires, dont l'examen dentaire annuel, chez les groupes vulnérables	Sensibiliseringscampagne voor de patiënten en de zorgverstrekkers over het uitvoeren van tandheelkundige mondonderzoeken bij kwetsbare groepen

✧ De andere initiatieven worden bewaard voor eventuele toekomstige verwerking. Deze initiatieven zijn opgenomen in een samenvattende tabel per fiche en zijn te vinden in §III.3

4. Gestructureerde en geïntegreerde patiëntgerichte zorg

✧ Dit deel behandelt zowel het thema "geïntegreerde zorg" als het thema "zorgtraject". Deze twee thema's hebben met elkaar gemeen dat zij de patiëntenzorg willen verbeteren door onder meer een grotere samenwerking tussen zorgverleners en zorglijnen, participatie van de patiënt in zijn zorg en de oprichting van multidisciplinaire en nabijheidsnetwerken. Deze twee benaderingen zijn bijzonder geschikt voor chronische ziekten en langdurige behandelingen. Ze vullen elkaar ook aan: terwijl geïntegreerde zorg tot doel heeft zorg te verlenen die is afgestemd op de behoeften van de patiënt, zijn zorgtrajecten nuttig om bepaalde trajecten te standaardiseren om ervoor te zorgen dat de patiënt goed wordt behandeld. Wij noemen dat "gestructureerde, geïntegreerde, patiëntgerichte zorg".

a) Geïntegreerde zorg en zorgtrajecten in België: stand van zaken

✧ Een geïntegreerde zorgbenadering houdt in dat de patiënt en zijn of haar welzijn in het middelpunt van het proces staan. Een zorgsysteem moet zoveel mogelijk zo worden georganiseerd dat iedere patiënt de regie over zijn of haar eigen zorg kan voeren, terwijl hij of zij wordt ondersteund door een lokaal, multidisciplinair netwerk. Deze aanpak is bijzonder relevant voor patiënten met chronische aandoeningen of ziekten, en tot op zekere hoogte ook voor patiënten aan het eind van hun leven. Wanneer het wordt toegepast, heeft het belangrijke voordelen voor de kwaliteit, de centraliteit en de duurzaamheid van de gezondheidszorg.

- In 2011 werkte het KCE een synthesedocument uit over de organisatie van de zorg voor patiënten met chronische ziekten in België en concludeerde dat "het Belgische gezondheidszorgsysteem wordt gekenmerkt door een versnippering van het zorgaanbod, zowel tussen zorglijnen als binnen zorglijnen" (KCE, 2019). In 2016 benadrukte de Wereldgezondheidsorganisatie van haar kant de voordelen van "een geïntegreerde, patiëntgerichte aanpak om fragmentatie, inefficiëntie en onduurzaamheid van de gezondheidszorg te voorkomen" (WHO, 2016).

- Na de publicatie van het KCE-verslag van 2011 heeft de interkabinettenwerkgroep chronische ziekten een oriëntatienota over dit onderwerp opgesteld die heeft geleid tot de ontwikkeling van een gezamenlijk plan getiteld "Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid". Dit plan, dat in 2015 is goedgekeurd, heeft tot doel een geïntegreerd en patiëntgericht zorgsysteem te bevorderen en te ontwikkelen, met bijzondere aandacht voor mensen met chronische ziekten. Hun directe omgeving (gezin, school, werk) en hun capaciteit om de zorg voor zichzelf op zich te nemen zijn belangrijke aandachtspunten. Deze aanpak moet de levenskwaliteit van de bevolking, maar ook van de gezondheidsberoepen verbeteren (KCE, 2019).

- De geïntegreerde zorgaanpak is derhalve transversaal en overstijgt vele van de ontvangen voorstellen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de initiatieven die zijn voorgesteld om de overlevingskansen en de levenskwaliteit van kankerpatiënten, zowel vóór als na de behandeling, te verbeteren.

- In dit corpus kan het zorgtraject worden opgevat als de gestandaardiseerde versie van de geïntegreerde zorgbenadering. Een zorgtraject is bedoeld om de zorg, behandeling en follow-up van een patiënt te organiseren en te coördineren. Het is bijzonder geschikt voor patiënten die aan een chronische ziekte lijden, maar kan ook worden overwogen voor aandoeningen die langdurige zorg vereisen, zoals zwangerschap.

- Het is dus meer een thematische focus. In België bestaan er al zorgtrajecten voor bepaalde patiënten met chronisch nierfalen of diabetes type 2.

b) Gezondheidszorgdoelstellingen om het huidige zorgmodel om te vormen tot gestructureerde en geïntegreerde patiëntgerichte zorg

- In veel van de ontvangen voorstellen werd opgeroepen tot het opzetten van zorgtrajecten voor specifieke gevallen. Deze voorstellen gingen vaak vergezeld van doelstellingen in verband met de integratie tussen zorglijnen en multidisciplinaire perspectieven. Deze werden deels gegroepeerd op grond van de specifieke gevallen waarop zij waren gericht, met name voor chronische patiënten, en deels op een meer holistische wijze.

- Eén voorstel suggereerde ook om kinesitherapeutische zorg te integreren in de zorgtrajecten van specifieke gevallen (slaapapneu, abdominaal orgaanfalen, ouderen, perinataal). Om holistische en multidisciplinaire redenen zijn de doelstellingen op een meer integratieve wijze geformuleerd.

Geïntegreerde zorg en zorgtrajecten voor chronische patiënten

- De preventieve zorg voor chronische patiënten (waaronder diabetici) uitbreiden, met de nadruk op versterking van gemeenschapsgerichte zorg, continuïteit van de zorg, screening en multidisciplinariteit
- De prevalentie, morbiditeit en mortaliteit van obesitas bij kinderen, adolescenten en volwassenen terugdringen door de toepassing van een multidisciplinair en continu zorgmodel dat gericht is op de effectieve opsporing en stapsgewijze behandeling van obesitas, waarbij de nadruk ligt op het verlenen van zorg op maat aan elke obese patiënt (zorg op maat)
- Verbetering van de preventieve zorg na de behandeling van kanker
- De behandeling en verzorging van kanker toespitsen op de specifieke behoeften van de patiënt (gepersonaliseerde zorg)
- Prenatale zorg universeel maken om een optimale gezondheid en veiligheid voor alle zwangere vrouwen in heel België te garanderen, met de nadruk op preventie (primaire en secundaire, voor chronische aandoeningen) en geestelijke gezondheid (inclusief postpartum en kinderen)
- De toegang tot postnatale ambulante begeleiding garanderen, zodat alle moeders die een ongecompliceerde bevalling met een verkorte ziekenhuisopname hebben gehad, gedurende ten minste de eerste week (idealiter de eerste tien dagen) van thuisbegeleiding kunnen genieten, en dat elke pasgeboren baby gedurende die periode alle screening krijgt waarin is voorzien
- De ontwikkeling van “early/advance care planning” of een “gepersonaliseerd advance care” (ACP/PSAP) uitbreiden tot alle patiënten met chronische ziekten in België
- De diagnose, behandeling en kwaliteit van de zorg voor patiënten met zeldzame ziekten te verbeteren door de informatiekloof over deze aandoeningen te dichten

Merk op dat de implementatie van een perinataal zorgtraject voor laagrisico zwangerschappen ook het onderwerp was van een KCE-rapport in 2019 (KCE, 2019b).

Versterking van het zorgmodel in geïntegreerde en patiëntgerichte zin

- Versterking van de eerste lijn (verstrekkingen op de juiste plaats) en verbetering van de voorwaarden voor de praktijk op dit niveau
- Versterken van de samenwerking tussen zorglijnen (delen van ervaringen)
- Het gebruik van EBP-informatie (evidence-based practice) voor eerstelijns- en tweedelijnsberoepsbeoefenaren te veralgemenen
- Ontwikkeling van multidisciplinaire referentiecentra voor zeldzame en complexe aandoeningen
- Verbetering van de informatieverstrekking aan patiënten en zorgverleners via verschillende kanalen

c) Initiatieven om aan de gezondheidszorgdoelstellingen te beantwoorden

✧ Sommige van deze doelstellingen vereisen een transformatie van de wijze waarop de gezondheidszorg is georganiseerd en worden bijgevolg op langere termijn bekeken. Een aantal van de initiatieven die zijn ontvangen over deze thema's is daarom voor verdere behandeling opgenomen in de samenvattende tabel van fiches (zie § III.3). 6 van de 17 door de TF geselecteerde prioritaire initiatieven vallen echter ook onder dit gemeenschappelijke thema en dragen bij tot de verbetering van de integratie van de zorg en de patiëntgerichtheid.

FR	NL
Développement d'un trajet de soins pour l'obésité de l'enfant à l'adulte (jusqu'à 70 ans) avec un IMC de 25 (avec comorbidités) et un IMC de 30 ou plus (sans comorbidités) : mise en place d'un nouveau modèle de soins avec une meilleure coordination entre les 3 lignes de soins, une détection précoce systématique et un bon suivi	Uitbouw van een obesitastraject voor kinderen tot volwassenen (tot 70 jaar) vanaf een BMI van 25 (met co-morbiditeiten) en BMI vanaf 30 (zonder co-morbiditeiten): implementatie van een nieuw zorgmodel met betere afstemming tussen de 3 zorglijnen, systematische vroegdetectie en goede follow up
Promouvoir et favoriser un protocole de soins en amont et l'intégrer dans le DMI (données de laboratoire et cliniques, facteurs liés au mode de vie tels que l'arrêt du tabac, l'exercice physique et le régime alimentaire) pour prévenir le diabète sucré	Promoten en bevorderen van voortraject en het integreren van het zorgprotocol in het EMD (laboratoriumgegevens en klinische gegevens, levensstijlfactoren zoals rookstop, lichaamsbeweging en voeding) om diabetes mellitus te voorkomen
Trajets de soins multidisciplinaires péri- et postnataux, axés sur la proximité et les préférences patients, intégrant les comportements à risques et les données de mode de vie, impliquant une attention pour les groupes vulnérables et un remboursement étendu du suivi pour ces derniers	Multidisciplinaire trajecten voor peri- en postnatale zorg, gericht op nabijheid van zorg en op de voorkeuren van de patiënten, rekening houdend met risicogedrag en gegevens over leefstijl en met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen en met een uitgebreide terugbetaling voor de opvolging van deze laatste groep
Etendre l'honoraire de 90 euros prévus pour les généralistes établissant un ACP avec leurs patients palliatifs aux patients chroniques ou à risque de perdre leur capacité à exprimer leurs volontés. Document digital partagé sur les réseaux de santé sécurisés	Het honorarium van 90 euro voor huisartsen die een ACP met hun palliatieve patiënten opstellen uitbreiden naar chronische patiënten of patiënten die het risico lopen hun wilsbekwaamheid te verliezen. Digitaal document dat gedeeld wordt via de beveiligde gezondheidsnetwerken.
Sensibilisation du grand public et des professionnels des soins de santé au concept de la planification anticipée et personnalisée des soins	Sensibiliseren van het grote publiek en van de zorgprofessionnals in verband met het concept van vroegtijdige en persoonlijke planning van zorg

5. Geestelijke gezondheid

a) Geestelijke gezondheidszorg in België: stand van zaken

- De geestelijke gezondheidszorg is, net als de preventieve zorg, een gedeelde bevoegdheid van de federale staat en de gefedereerde entiteiten in België. De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg blijft echter breed, gevarieerd en zeer complex. Er is een groot en divers aantal organisaties, instellingen en zorgverleners die geestelijke gezondheidszorg aanbieden. Er is echter geen overzicht van wie zij zijn, wat zij aanbieden, wie hun doelgroep is, en welke resultaten zij bieden. Bovendien is er geen duidelijk beeld van hoe al deze diensten samenwerken en hoe en door wie ze worden gefinancierd. De meerderheid van de zelfstandige klinische psychologen vallen niet onder een van beide systemen. Als gevolg **daarvan is de geestelijke gezondheidszorg in België relatief gefragmenteerd en blijft de evaluatie van de performantie ervan partieel** (KCE, 2019c).

- In het rapport "Performantie 2019" van het KCE werden 11 indicatoren geselecteerd met betrekking tot de geestelijke gezondheid in België, zowel contextuele (bv. met betrekking tot de zelfmoordcijfers in België) als met betrekking tot de dimensies van de performantie, met name de toegankelijkheid van de zorg, de kwaliteit en de continuïteit van de zorg.

- In dit verband concludeert het rapport: "**De resultaten van de indicatoren met betrekking tot de geestelijke gezondheid en de zorg op dit gebied blijven alarmerend**. De resultaten van de hervormingen uit het verleden zijn (nog) niet voldoende zichtbaar en de zelfmoordcijfers blijven hoog. Bovendien blijft de opvolging van de performatie delicaat, aangezien datasystemen idealiter een monitoring op het gehele zorgtraject (inclusief het ambulante niveau) mogelijk zouden moeten maken, wat nog onvoldoende het geval is" (KCE, 2019).

- Bijzondere aandachtspunten die op basis van deze indicatoren naar voren komen, zijn het hoge zelfmoordcijfer in België, vooral in vergelijking met het Europese gemiddelde (15,8 per 10.000 inwoners in 2015, tegenover 10,2 voor het gemiddelde van de EU-11 in hetzelfde jaar); de wachttijden voor een eerste contact in de ambulante zorg (bijna de helft van de patiënten moet een maand of langer wachten op een eerste contact) en het gebruik van antidepressiva (79 dagelijks voorgeschreven doses in 2016, tegenover slechts 42 in 2002) (HealthyBelgium).

b) Gezondheidszorgdoelstellingen voor geestelijke gezondheidszorg

- Van de ontvangen voorstellen die verband houden met de geestelijke gezondheid voor de vaststelling van de gezondheidszorgdoelstellingen, is de meest gerichte dimensie die van de toegankelijkheid: zowel de nabijheid (geografische toegankelijkheid) als de terugbetaling (financiële toegankelijkheid) van psychologische consulten worden gering geacht en moeten worden versterkt. Indirect wordt ook gewezen op de toereikendheid tussen vraag en aanbod, met andere woorden op de kwaliteit (en tot op zekere hoogte de veerkracht) van de organisatie en de zorg van de geestelijke gezondheidszorg in België.

- Voor het thema geestelijke gezondheid zijn de volgende algemene doelstellingen voor de gezondheidszorg gekozen :
  - De wachttijd voor een eerste afspraak voor psychologische zorg verkorten om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren en het fenomeen van vertraagde zorg tegen te gaan
  - Verminderen van het zelfmoordcijfer in België
  - Verhogen van het aantal consulten (huisartsen en multidisciplinair) voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen om hun somatische gezondheid te verbeteren
  - De geestelijke gezondheidszorg voor jongeren in België verbeteren om hun weerbaarheid te vergroten
  - Het terugdringen van psychische en externaliserende stoornissen bij jongeren in België
  - Structurering van een aangepast aanbod van gespecialiseerde zorg voor jongeren met ernstige psychiatrische problemen die onder gerechtelijke maatregel zijn geplaatst

c) Initiatieven om de gezondheidszorgdoelstellingen te beantwoorden

- In totaal heeft de taskforce 12 fiches ontvangen die voornamelijk betrekking hebben op het gebied van geestelijke gezondheid. Van de geselecteerde prioritaire initiatieven zijn er 4 van de 17 acties die aan deze verschillende doelstellingen beantwoorden en die in de tabel zijn opgenomen.

FR	NL
Rendre la consultation d'un médecin généraliste remboursable pour tous les patients atteints d'une affection psychiatrique grave (APG) qui ont été admis dans un hôpital psychiatrique	Maak een huisartsconsult vergoedbaar voor alle patiënten met EPA (ernstige psychiatrische aandoening) die in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen
Rendre les consultations multidisciplinaires remboursables pour les patients atteints d'une affection psychiatrique grave, conformément à la nomenclature des consultations oncologiques multidisciplinaires	Maak een multidisciplinair consult vergoedbaar voor patiënten met EPA (ernstige psychiatrische aandoening), conform de nomenclatuur van het Multidisciplinair Oncologisch Consult
Meilleur remboursement et extension des consultations psychologiques, notamment pour les jeunes, en développant des centres multidisciplinaires de proximité surtout en première ligne	Betere terugbetaling en uitbreiding van psychologische consulten, vooral voor jongeren, door lokale multidisciplinaire centra te ontwikkelen, vooral in de eerste lijn
Soins de santé mentale: une extension de l'offre à toutes les régions, de sorte que dans chaque réseau de soins de santé pour enfants et adolescents dispose d'au moins une offre structurelle à For-K auprès de la psychiatrie.	Geestelijke gezondheidszorg: Een uitbreiding van het aanbod naar alle regio's zodat binnen elk netwerk GGZ voor kinderen en jongeren structureel minstens één aanbod aan For-K beschikbaar is vanuit psychiatrie

- De resterende initiatieven worden bewaard voor eventuele toekomstige verwerking. Deze initiatieven zijn opgenomen in een samenvattende tabel per fiche en zijn te vinden in §III.3

III.2. Overzichtstabel en budgettaire impact

Color	Code	Title FR	Title NL	2022 IN	2022 OUT	2023 IN	2023 OUT	2024 IN	2024 OUT
GDOS Task Force Objectives									
Accessibility									
Green	GDOS-014-1 GDOS-024 GDOS-058-1 GDOS-067-1 GDOS-101-1	Elaborer de nouvelles conditions pour l'intervention majorée qui permettent une automatisation poussée de l'octroi du droit	Het uitwerken van nieuwe voorwaarden voor de verhoogde tegemoetkoming die een verregaande automatisering in de toekenning van het recht mogelijk maken		33.000.000 €		33.000.000 €		33.000.000 €
Green	GDOS-014-2 GDOS-025 GDOS-067-2	Diminuer le plafond du maximum à facturer, notamment pour les bénéficiaires BIM	Het plafond voor de maximumfactuur verlagen, in het bijzonder voor de rechthebbenden op verhoogde tegemoetkoming (RVV)		13.300.000 €		13.300.000 €		13.300.000 €
Green	GDOS-014-3 GDOS-023 GDOS-048-1 GDOS-058-2 GDOS-067-3	Généralisation du tiers payant obligatoire, en particulier pour certains prestataires et de nouveaux groupes-cibles	Veralgemening van de verplichte derdebetalersregeling, in het bijzonder voor bepaalde zorgverstrekkers en voor nieuwe doelgroepen		0 €		0 €		0 €
Green	GDOS-048-2	Contribution personnelle fixe pour l'achat de médicaments, avec une attention particulière pour les personnes bénéficiaires de l'intervention majorée	Vaste eigen bijdrage voor de aankoop van geneesmiddelen, met bijzondere aandacht voor degenen die de rechthebbende van verhoogte tegemoetkoming		71.300.000 €		71.300.000 €		71.300.000 €
Green	GDOS-048-3 GDOS-058-3 GDOS-067-4 GDOS-101-2	Améliorer l'accessibilité financière aux médicaments, en particulier ceux de la liste D	De financiële toegankelijkheid tot geneesmiddelen verbeteren, met name voor die van de lijst met "Geneesmiddelen D"		33.600.000 €		33.600.000 €		33.600.000 €
Orange	MAC-015	Cluster : Télémédecine	Cluster : Telegeneeskunde						
Orange	MAC-021	Prise en charge nutritionnelle intégrée dans la prise en charge globale du patient	Voedingsmanagement geïntegreerd in de algehele behandeling van de patiënt						
Orange	MAC-049	Financement et intégration des applications de santé dans les soins à domicile	Financiering en integratie mHealth-toepassingen in thuisverpleging						
Orange	SPAC-004	Simplifictaion administartive / flux de données	Administratieve vereenvoudiging / gegevensstroom						
Orange	SPAC-014	Simplifier la procédure administrative pour les demandes de logopédie	Vereenvoudiging van de administratieve procedure voor verzoeken om logopedie	2.500.000 €		2.500.000 €		2.500.000 €	
Green	SPAC-015	Cluster : médicaments vendus uniquement à la pièce dans les pharmacies	Cluster : geneesmiddelen enkel nog per pil verkocht worden in de officina's			Analyse	Analyse		
Orange	SPAC-020	Améliorer la continuité des traitements médicamenteux entre l'hôpital et le domicile	De continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis verbeteren						
Orange	SPAC-027	Attribution automatique du budget de soins pour les patients fortement tributaires avec un forfait B ou C (soins à domicile)	Automatisch toekenning zorgbudget zwaar zorgbehoevenden als patient forfait B of C scoort (thuisverpleging)						
Green	SPAC-034	Participation personnelle fixe et par ordonnance pour les médicaments prescrits	Vaste persoonlijke bijdrage per voorschrift voor voorgeschreven geneesmiddelen				Analyse		
Orange	SPAC-040	Cluster : Portail santé	Cluster : Gezondheidsportaal			Analyse			
Orange	SPAC-052	Elargissement du tiers payant aux consultations ambulatoires en milieu hospitalier facturées en perception centrale	Uitbreiding van de derdebetalersregeling tot poliklinische raadplegingen in ziekenhuizen die centraal worden gefactureerd						
Orange	SPAC-067	Simplification du chapitre IV AR 1/02/2018 spécialités pharmaceutiques	Vereenvoudiging van hoofdstuk IV KB 1/02/2018 farmaceutische specialiteiten	0 €		0 €		0 €	
Orange	SPAC-068	Mise en œuvre de séances de physiothérapie/exercice en groupe	Uitvoering van fysiotherapie/groepsoefeningen						
Orange	SPAC-070	Simplification administrative : réforme du chapitre IV, certificat uniforme d'incapacité de travail (multi-attestation),...	Administratieve vereenvoudiging: hervorming hoofdstuk IV, uniform attest arbeidsongeschiktheid (multi-attest),...						
			Subtotal	2.500.000 €	-151.200.000 €	2.500.000 €	-151.200.000 €	2.500.000 €	-151.200.000 €
			Balance	-148.700.000 €		-148.700.000 €		-148.700.000 €	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022 IN	2022 OUT	2023 IN	2023 OUT	2024 IN	2024 OUT
GDOS Task Force Objectives									
Primary and Secondary prevention									
Green	GDOS-027.2	Consultation de suivi avec un/une infirmier/infirmière à la fin du processus de traitement pour les patients cancéreux, afin d'établir un processus de traitement adapté	Nazorgconsult met een verpleegkundige aan het einde van het behandeltraject voor kankerpatiënten om een passend behandelingsproces vast te stellen		1.573.627 €		1.573.627 €		1.573.627 €
Green	GDOS-044.1 GDOS-044.3	Campagne de sensibilisation auprès des patients et des prestataires de soins pour la conduite d'examens dentaires, dont l'examen dentaire annuel, chez les patients diabète type II et les groupes vulnérables	Sensibiliseringscampagne voor de patiënten en de zorgverstrekkers over het uitvoeren van tandheelkundig mondonderzoeken bij patiënten met diabetes type II en kwestare groepen		15.700.000 €		15.700.000 €		15.700.000 €
Green	GDOS-069-2	Promouvoir et favoriser un protocole de soins en amont et l'intégrer dans le DMI (données de laboratoire et cliniques, facteurs liés au mode de vie tels que l'arrêt du tabac, l'exercice physique et le régime alimentaire) pour prévenir le diabète sucré	Promoten en bevorderen van voortraject en het integreren van het zorgprotocol in het EMD (laboratoriumgegevens en klinische gegevens, levensstijlfactoren zoals rookstop, lichaamsbeweging en voeding) om diabetes mellitus te voorkomen		0 €		0 €		0 €
Green	MAC-004	Infections nosocomiales	Nosocomiale infecties					250.000.000 €	
Orange	MAC-005	Remboursement des thérapies de remplacement de la nicotine	Terugbetaling van Nicotine Replacement Therapy		22.000.000 €		22.000.000 €		22.000.000 €
Green	MAC-064	Insuffisance rénale chronique: dialyse péritonéale positionnée comme thérapie préférentielle	Chronisch nierfalen: peritoneale dialyse als voorkeurstherapie gepositioneerd	Analyse					
			Subtotal	0 €	-39.273.627 €	0 €	-39.273.627 €	250.000.000 €	-39.273.627 €
			Balance	-39.273.627 €		-39.273.627 €		210.726.373 €	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022 IN	2022 OUT	2023 IN	2023 OUT	2024 IN	2024 OUT
GDOS Task Force Objectives									
Care Pathways									
Green	GDOS-006 GDOS-010 GDOS-011 GDOS-040 GDOS-043-1 GDOS-069-1 GDOS-097	Développement d'un trajet de soins pour l'obésité de l'enfant à l'adulte (jusqu'à 70 ans) avec un IMC de 25 (avec comorbidités) et un IMC de 30 ou plus (sans comorbidités) : mise en place d'un nouveau modèle de soins avec une meilleure coordination entre les 3 lignes de soins, une détection précoce systématique et un bon suivi	Uitbouw van een obesitastraject voor kinderen tot volwassenen (tot 70 jaar) vanaf een BMI van 25 (met co-morbiditeiten) en BMI vanaf 30 (zonder co-morbiditeiten): implementatie van een nieuw zorgmodel met betere afstemming tussen de 3 zorglijnen, systematische vroegdetectie en goede follow up				**Analyse**		
Green	GDOS-016 GDOS-038 GDOS-043-2	Trajets de soins multidisciplinaires péri- et postnataux, axés sur la proximité et les préférences patients, intégrant les comportements à risques et les données de mode de vie, impliquant une attention pour les groupes vulnérables et un remboursement étendu du suivi pour ces derniers	Multidisciplinaire trajecten voor peri- en postnatale zorg, gericht op nabijheid van zorg en op de voorkeuren van de patiënten, rekening houdend met risicogedrag en gegevens over leefstijl en met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen en met een uitgebreide terugbetaling voor de opvolging van deze laatste groep				**Analyse**		
Green	GDOS-026-1	Etendre l'honoraire de 90 euros prévus pour les généralistes établissant un ACP avec leurs patients palliatifs aux patients chroniques ou à risque de perdre leur capacité à exprimer leurs volontés. Document digital partagé sur les réseaux de santé sécurisés	Het honorarium van 90 euro voor huisartsen die een ACP met hun palliatieve patiënten opstellen uitbreiden naar chronische patiënten of patiënten die het risico lopen hun wilsbekwaamheid te verliezen. Digitaal document dat gedeeld wordt via de beveiligde gezondheidsnetwerken.				**Analyse**		
Green	GDOS-026-2	Sensibilisation du grand public et des professionnels des soins de santé au concept de la planification anticipée et personnalisée des soins	Sensibiliseren van het grote publiek en van de zorgprofessoinals in verband met het concept van vroegtijdige en persoonlijke planning van zorg		**400.000 €**		**0 €**		**0 €**
Green	MAC-034	Cluster: trajets de soins	Cluster: zorgtrajecten			**Analyse**	**Analyse**		
Orange	MAC-039	Cluster : Trajtes de soins prénatal	Cluster : prenataal zorgpad						
Green	MAC-046	Trajet de soins du patient obèse pour lequel une marge d'amélioration manifeste a été démontrée	Zorgpad voor de obese patiënt waar duidelijke ruimte voor verbetering is aangetoond			**Analyse**	**Analyse**		
Orange	SPAC-037	Soins de réadaptation : fonction de coopération, de communication et de liaison entre la 1ère, 2ème et 3ème ligne	Revalidatiezorg: samenwerking, communicatie en liaisonfunctie tussen 1e, 2de en 3de lijn						
			Subtotal	**0 €**	**-400.000 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
			Balance	**-400.000 €**		**0 €**		**0 €**	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022 IN	2022 OUT	2023 IN	2023 OUT	2024 IN	2024 OUT
GDOS Task Force Objectives									
Mental Health									
Green	GDOS-021-1	Rendre la consultation d'un médecin généraliste remboursable pour tous les patients atteints d'une affection psychiatrique grave (APG) qui ont été admis dans un hôpital psychiatrique	Maak een huisartsconsult vergoedbaar voor alle patiënten met EPA (ernstige psychiatrische aandoening) die in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen		**442.000 €**		**442.000 €**		**442.000 €**
Green	GDOS-021-2	Rendre les consultations multidisciplinaires remboursables pour les patients atteints d'une affection psychiatrique grave, conformément à la nomenclature des consultations oncologiques multidisciplinaires	Maak een multidisciplinair consult vergoedbaar voor patiënten met EPA (ernstige psychiatrische aandoening), conform de nomenclatuur van het Multidisciplinair Oncologisch Consult		**352.000 €**		**352.000 €**		**352.000 €**
Green	GDOS-048-4 GDOS-053 GDOS-067-5 GDOS-090 GDOS-094 GDOS-103	Meilleur remboursement et extension des consultations psychologiques, notamment pour les jeunes, en développant des centres multidisciplinaires de proximité surtout en première ligne	Betere terugbetaling en uitbreiding van psychologische consulten, vooral voor jongeren, door lokale multidisciplinaire centra te ontwikkelen, vooral in de eerste lijn		**0 €**		**0 €**		**0 €**
Green	GDOS-106	Soins de santé mentale: une extension de l'offre à toutes les régions, de sorte que dans chaque réseau de soins de santé pour enfants et adolescents dispose d'au moins une offre structurelle à For-K auprès de la psychiatrie.	Geestelijke gezondheidszorg: Een uitbreiding van het aanbod naar alle regio's zodat binnen elk netwerk GGZ voor kinderen en jongeren structureel minstens één aanbod aan For-K beschikbaar is vanuit psychiatrie		**12.200.000 €**		**12.200.000 €**		**12.200.000 €**
Orange	MAC-065	Cluster: soins somatiques pour patients psychiatriques et soins psychiatriques pour patients somatiques chroniques	Cluster: somatische zorg voor psychiatrisch patiënten en psychiatrische zorg voor chronische somatische patiënten						
Orange	MAC-068	« Mini-équipes multidisciplinaires » pour le traitement ambulatoire evidence-based des troubles alimentaires chez les mineurs	"Mini-multidisciplinaire teams" voor evidence-based ambulante behandeling van eetstoornissen bij minderjarigen						
			Subtotal	**0 €**	**-12.994.000 €**	**0 €**	**-12.994.000 €**	**0 €**	**-12.994.000 €**
			Balance	**-12.994.000 €**		**-12.994.000 €**		**-12.994.000 €**	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022 IN	2022 OUT	2023 IN	2023 OUT	2024 IN	2024 OUT
GDOS Task Force Objectives									
Integrated Care									
Green	GDOS-070	Application étendue des informations EPB disponibles, à travers l'intégration des compétences EPB dans la formation continue des prestataires, l'extension du réseau EPB dans les lignes de soins et les hôpitaux et le développement de programmes multidisciplinaires liés	Uitbreiding van de toepassing van beschikbare EPB-informatie (evidence based practice), door integratie van EPB-vaardigheden in de opleiding van zorgverleners, uitbreiding van het EPB-netwerk tot zorglijnen en ziekenhuizen, en de ontwikkeling van multidisciplinaire programma's die hiermee samenhangen		5.400.000 €		5.400.000 €		5.400.000 €
Green	MAC-022	Advanced Care Planning (ACP) pour les personnes vivant à domicile et fréquemment hospitalisées	Advanced Care Planning (ACP) van thuiswonende mensen met frequente ziekenhuisopnames			Analyse	Analyse		
Green	MAC-023	Améliorer la continuité du traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile	De continuïteit van de medicamenteuze behandeling tussen ziekenhuis en thuis verbeteren			Analyse	Analyse		
Green	MAC-024	Cluster : abus de certains médicaments (benzo,...)	Cluster : misbruik van bepaalde geneesmiddelen (benzo,...)			Analyse			
Green	MAC-030	Lutter contre les pertes de temps en imagerie médicale et tests en laboratoire	Aanpakken van tijdsgebonden verspilling in medische beeldvorming en laboratoriumtesten	Analyse					
Orange	MAC-043	Pré-habilitation avant planifictaion d'une chirurgie majeure	Pre-habilitatie voorafgaand aan een geplande majeure chirurgische ingreep			Analyse			
Green	MAC-044	Cluster: maladie artérielle périphérique	Cluster: perifeer arterieel vaatlijden	10.000.000 €		30.000.000 €		30.000.000 €	
Orange	MAC-050	Subsidiarité des soins infirmiers soutenue par des visites proactives et/ou de suivi par des infirmières à domicile	Subsidiariteit verpleegkundige zorg ondersteund door proactief en/of opvolgingsbezoek door thuisverpleegkundige						
Orange	MAC-051	Financement et mise en œuvre de casemanagement par les infirmiers à domicile	Financieren en implementeren casemanagement door thuisverpleegkundige						
Orange	SPAC-019	Concertation interdisciplinaire des patients (IPO) sur la revue de la médication	Interdisciplinair Patiënt Overleg (IP0) over medicatienazicht						
Orange	SPAC-029	Cluster: dossier patient intégré	Cluster: geïntegreerd patiëntendossier			Analyse			
Green	SPAC-051	Expansion de l' "Evidence Based" en mettant l'accent sur la collaboration interprofessionnelle et transmurale	Uitbreiding evidence-based aanbod met focus op interprofessionele en transmurale samenwerking		1.000.000 €		2.500.000 €		
			Subtotal	10.000.000 €	-6.400.000 €	30.000.000 €	-7.900.000 €	30.000.000 €	-5.400.000 €
			Balance	3.600.000 €		22.100.000 €		24.600.000 €	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022 IN	2022 OUT	2023 IN	2023 OUT	2024 IN	2024 OUT
Government agreement (outside GDOS)									
Accountability									
Orange	MAC-014	Création de marchés publics « outcome based » pour Unmet Medical Needs (UMN)	Invoering van "OutCome based" aanbestedingen voor Unmet Medical Needs (UMN)						
Orange	MAC-025	Bon Usage des Médicaments (BUM)	Goed Gebruik van Geneesmiddelen (GGG)						
Orange	MAC-045	Réduction des prescriptions d'antibiotiques par les prestataires de soins de santé avec une politique AB plus stricte	Verder terugdringen antibiotica-voorschriften door zorgverleners met strikter AB-beleid						
Orange	MAC-062	Analyses transversales des rapports sur la variation des pratiques sur Healthybelgium.be	Verder transversale analyses van rapporten over praktijkvariatie op Healthybelgium.be						
Orange	SPAC-016	Prescription électronique pour promouvoir la prescription responsable des antibiotiques	e-voorschrift om het verantwoord voorschrijven van antibiotica te bevorderen						
Green	SPAC-038	Cluster : EBMEDS (Evidence-Based Medicine Electronic Decision Support)	Cluster : EBMEDS (Evidence-Based Medicine Electronic Decision Support)			**Analyse**			
Green	SPAC-063	Examens urodynamiques (UDO) : différences géographiques en Belgique : Informer les urologues	Urodynamische onderzoeken (UDO): geografische verschillen in België: Informeren urologen	**130.000 €**		**260.000 €**		**260.000 €**	
Green	SPAC-065	Cluster : Examen cytopathologique	Cluster : Cytopathologisch onderzoek	**3.300.000 €**		**3.300.000 €**		**3.300.000 €**	
			Subtotal	**3.430.000 €**	**0 €**	**3.560.000 €**	**0 €**	**3.560.000 €**	**0 €**
			Balance	**3.430.000 €**		**3.560.000 €**		**3.560.000 €**	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022 IN	2022 OUT	2023 IN	2023 OUT	2024 IN	2024 OUT
Government agreement (outside GDOS)									
Management of the medicines budget									
Orange	MAC-009	Création d'un cluster pour les spécialités de sévoflurane, incluant les génériques	Creatie van een cluster voor sevoflurane specialiteiten inclusief generiek	**2.470.000 €**		**2.470.000 €**		**2.470.000 €**	
Green	MAC-031	Cluster : Médicaments Biosimilaires	Cluster : Biosimilaire geneesmiddelen	**20.000.000 €**		**20.000.000 €**		**20.000.000 €**	
Green	MAC-061	Révision de groupe pour les médicaments biologiques (« Mabs »)	Groepsbeoordeling voor biologische geneesmiddelen ("Mabs")					**Analyse**	
Green	SPAC-012	Alignement des tarifs de pharmacie pour l'administration de nutrition parentérale à domicile (TPN)	Aligneren van de apothekersfee voor afleveren van parenterale voeding thuis (TPN)	**400.000 €**		**400.000 €**		**400.000 €**	
Orange	SPAC-018	Mettre en place un système central de saisie électronique des données pour tous les volumes d'Ig remboursés, par indication	Invoering van een centraal systeem voor elektronische gegevensregistratie voor alle vergoede Ig-volumes, per indicatie	**Analyse**					
Green	SPAC-035	Révision post-brevet : lancement automatique de la révision de groupe après la mise sur le marché de médicaments hors brevet	Post-Patent Revisie: automatische opstart groepsgewijze herziening n.a.v. marktintrede off-patent geneesmiddel			**Analyse**			
			Subtotal	**22.870.000 €**	**0 €**	**22.870.000 €**	**0 €**	**22.870.000 €**	**0 €**
			Balance	**22.870.000 €**		**22.870.000 €**		**22.870.000 €**	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022 IN	2022 OUT	2023 IN	2023 OUT	2024 IN	2024 OUT
Government agreement (outside GDOS)									
Restructuring the hospital landscape									
Green	MAC-017	Cluster : Apnées du sommeil	Cluster: Slaapapneu	10.000.000 €		15.000.000 €		15.000.000 €	
Orange	MAC-018	Motiver les patients atteints d'ERSD (End Stage Renal Disease) à considérer la dialyse à domicile comme une option	Motiveren van ESRD (End Stage Renal Disease) patiënten om thuisdialyse als volwaardige optie te nemen						
Green	MAC-019	L'assistance respiratoire à domicile comme traitement thérapeutique supplémentaire pour les patients BPCO	Ademhalingsondersteuning thuis als extra therapeutische behandeling voor COPD patiënten			45.000.000 €		45.000.000 €	
Green	MAC-028	Cluster : Chirurgie bariatrique	Cluster: Bariatrische chirurgie			Analyse	Analyse		
Green	MAC-029	Cluster : Traitement antibiotique IV à domicile	Cluster: IV antibiotica behandeling thuis	Analyse					
Green	MAC-032	Cluster : Hospitalisation à domicile	Cluster : Thuishospitalisatie	Analyse					
Orange	MAC-033	Cluster: concentration de soins	Cluster: concentratie van zorg						
Green	MAC-038	Cluster : Programmes ambulatoires de réhabilitation respiratoire chez les patients atteints de BPCO	Cluster : Ambulante respiratoire revalidatie programma's COPD patiënten			Analyse			
Green	SPAC-008	Cluster : Poursuite du développement de l'hôpital de jour	Cluster : Verdere ontwikkeling dagziekenhuis	Analyse					
Green	SPAC-017	Remplacement des piles de pacemakers (EOL) en hospitalisation de jour - DONE IN 2021	Vervangingen van pacemakers batterijen (EOL) in daghospitalisatie - DONE IN 2021	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Orange	SPAC-021	Introduction du protocole ERAS pour les interventions chirurgicales sur les patientes gynécologiques et gynéco-oncologiques	Invoeren ERAS protocol voor heelkunde bij gynaecologische en gynaecologisch oncologische patiënten	4.418.406 €		4.418.406 €		4.418.406 €	
Orange	SPAC-062	Forfaits hospitalisation de jour : suppression de cinq prestations des listes donnant droit au financement lié à l'activité d'hospitalisation de jour	Dagziekenhuisforfaits : schrapping vijf verstrekkingen uit lijsten die recht geven op financiering gekoppelde dagziekenhuisactiviteit						
			Subtotal	14.418.406 €	0 €	64.418.406 €	0 €	64.418.406 €	0 €
			Balance	14.418.406 €		64.418.406 €		64.418.406 €	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022 IN	2022 OUT	2023 IN	2023 OUT	2024 IN	2024 OUT
Government agreement (outside GDOS)									
Nomenclature adjustments									
Green	MAC-057	Adaptation de la nomenclature pour détartrage (sous-gingival)	Aanpassing nomenclatuur (subgingivale) tandsteenverwijdering	**1.155.249 €**		**533.429 €**		**533.429 €**	
Orange	MAC-058	Extraction extracapsulaire (ECE) dans la cataracte : modification de la nomenclature pour inclure les examens pré et postopératoires	Extracapsulaire extractie (ECE) bij cataract: wijziging van de nomenclatuur opdat pre- en postoperatieve onderzoeken hierin zouden begrepen zijn	**4.125.000 €**		**4.125.000 €**		**4.125.000 €**	
Orange	SPAC-003	e-Fact Dentisterie	e-Fact Tandheelkunde	**3.750.000 €**		**3.750.000 €**		**3.750.000 €**	
Orange	SPAC-031	Transparence des prix dans les secteurs de l'orthopédie et de la bandagisterie	Prijstransparantie in de sectoren orthopedie en bandagisterie						
Orange	SPAC-036	Forfaitarisation des prestations kinésithérapeutes dans les institutions (MRS,...)	Forfaitarisering kinesitherapeutische verstrekkingen in instellingen (WZC,...)						
Green	SPAC-049	Établir des critères de référence largement soutenus pour 6 numéros de nomenclature et/ou médicaments	Vastleggen breed gedragen benchmarks voor 6 nomenclatuurnummers en/of geneesmiddelen			**35.000.000 €**		**35.000.000 €**	
Orange	SPAC-054	Mortalité après une chirurgie élective (benchmarking)	Mortaliteit na electieve heelkunde (benchmarking)						
Green	SPAC-055	Transition vers un mécanisme de financement pour les médecins généralistes : du "paiement à la performance" au "financement mixte : 60-30-10"	Transitie financieringsmechanisme bij huisartsen: van 'betaling-per-prestatie' naar 'gemengde financiering: 60-30-10'			**Analyse**			
Orange	SPAC-057	Statut palliatif : possibilité d'interrompre ce statut	Palliatieve status: mogelijkheid om deze status te onderbreken						
Orange	SPAC-058	Une prise en charge pour un implant innovant implique toujours une prise en charge pour l'implantation	Tussenkomst voor innovatief implantaat houdt steeds tussenkomst voor implantatie in						
Orange	SPAC-066	Modification de la nomenclature : instauration code spécifique pour 2ème consultation ou 2ème visite à domicile le même jour chez le même assuré	Wijziging nomenclatuur: invoering code specifiek voor 2e consultatie of 2e huisbezoek op dezelfde dag bij dezelfde verzekerde						
			Subtotal	**9.030.249 €**	**0 €**	**43.408.429 €**	**0 €**	**43.408.429 €**	**0 €**
			Balance	**9.030.249 €**		**43.408.429 €**		**43.408.429 €**	

Color	Code	Title FR	Title NL	2022 IN	2022 OUT	2023 IN	2023 OUT	2024 IN	2024 OUT
Government agreement (outside GDOS)									
Innovation at the service of the patient									
Orange	MAC-011	Lentilles intraoculaires de qualité en lieu et place d'interventions secondaires de la cataracte	Kwalitatieve intra-oculaire lenzen ipv secundaire cataract interventies						
Orange	MAC-048	Création de centres de référence pour les diagnostics complexes	Creatie referentiecentra voor complexe diagnostiek						
Orange	SPAC-050	Accès national à la base de données Point-Of-Care pour les soins de deuxième ligne	Landelijke toegang tot Point-Of-Care databank voor de tweede lijn						
			Subtotal	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
			Balance	**0 €**		**0 €**		**0 €**	
Valorisation of the first-line health-care workers									
Orange	MAC-003	Remboursement CRP-POCT	Terugbetaling CRP-POCT	**Analyse**					
Orange	MAC-052	Projets de mise en œuvre de soins complexes et techniques dans les soins infirmiers à domicile	Projecten voor implementatie van complexe en technische zorgen in thuisverpleging						
Orange	MAC-056	Optimiser le recours aux admissions d'urgence grâce à une meilleure coordination avec les cabinets de médecins généralistes et à des procédures claires	Optimaliseren gebruik Spoedopname door betere afstemming met huisartsenwachtposten en duidelijke trajecten						
			Subtotal	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
			Balance	**0 €**		**0 €**		**0 €**	
Others									
Orange	MAC-047	End-of-life-care, qualité dans les derniers mois de vie : planification préalable des soins ou ACP	End-of-life-care, kwaliteitsvolle laatste levensmaanden: voorafgaande zorgplanning of ACP						
Orange	SPAC-001	Réglementation des professions paramédicales au sein du comité des assurances	Regulering van de paramedische beroepen binnen het verzekeringscomité						
Orange	SPAC-013	Application permettant d'avoir une vue globale du budget des soins de santé	Apps voor een globaal overzicht van het budget voor gezondheidszorg						
Green	SPAC-022	Contribution forfaitaire pour le coût des spécialités pharmaceutiques utilisées dans les troubles de la fertilité	Forfaitaire bijdrage in de kosten van farmaceutische producten die worden gebruikt bij fertiliteitsstoornissen			**Analyse**			
			Subtotal	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
			Balance	**0 €**		**0 €**		**0 €**	

		2022		2023		2024	
		IN	OUT	IN	OUT	IN	OUT
GDOS Task Force Objectives							
Accessibility							
	Subtotal	2.500.000 €	-151.200.000 €	2.500.000 €	-151.200.000 €	2.500.000 €	-151.200.000 €
	Balance	-148.700.000 €		-148.700.000 €		-148.700.000 €	
Primary and Secondary prevention							
	Subtotal	0 €	-39.273.627 €	0 €	-39.273.627 €	250.000.000 €	-39.273.627 €
	Balance	-39.273.627 €		-39.273.627 €		210.726.373 €	
Care Pathways							
	Subtotal	0 €	-400.000 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Balance	-400.000 €		0 €		0 €	
Mental Health							
	Subtotal	0 €	-12.994.000 €	0 €	-12.994.000 €	0 €	-12.994.000 €
	Balance	-12.994.000 €		-12.994.000 €		-12.994.000 €	
Integrated Care							
	Subtotal	10.000.000 €	-6.400.000 €	30.000.000 €	-7.900.000 €	30.000.000 €	-5.400.000 €
	Balance	3.600.000 €		22.100.000 €		24.600.000 €	
Government agreement (outside GDOS)							
Accountability							
	Subtotal	3.430.000 €	0 €	3.560.000 €	0 €	3.560.000 €	0 €
	Balance	3.430.000 €		3.560.000 €		3.560.000 €	
Management of the medicines budget							
	Subtotal	22.870.000 €	0 €	22.870.000 €	0 €	22.870.000 €	0 €
	Balance	22.870.000 €		22.870.000 €		22.870.000 €	
Restructuring the hospital landscape							
	Subtotal	14.418.406 €	0 €	64.418.406 €	0 €	64.418.406 €	0 €
	Balance	14.418.406 €		64.418.406 €		64.418.406 €	
Nomenclature adjustments							
	Subtotal	9.030.249 €	0 €	43.408.429 €	0 €	43.408.429 €	0 €
	Balance	9.030.249 €		43.408.429 €		43.408.429 €	
Innovation at the service of the patient							
	Subtotal	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Balance	0 €		0 €		0 €	
Valorisation of the first-line health-care workers							
	Subtotal	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Balance	0 €		0 €		0 €	
Others							
	Subtotal	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
	Balance	0 €		0 €		0 €	
	GRAND TOTAL	62.248.655 €	-210.267.627 €	166.756.835 €	-211.367.627 €	416.756.835 €	-208.867.627 €
	BALANCE	**-148.018.972 €**		**-44.610.792 €**		**207.889.208 €**	

III.3. Andere resultaten

✧ TF Gezondheidszorgdoelstellingen

Name	Title Fr	Title NL
GDOS-001	Cancer de la bouche - prévention	Mondkanker - preventie
GDOS-002	Coopération transmurale	Transmurale samenwerking
GDOS-003	Contraception - HPV	Anticonceptie - HPV
GDOS-004	Cancer du poumon - détection	Longkanker - detectie
GDOS-005	Soins psychologiques - suicide - mode de vie	Psychische zorg - suïcide - leefstijl
GDOS-007	Cancer	Kanker
GDOS-008	IST (chez HSH)	SOA (bij MSM)
GDOS-009	Vaccin HPV	HPV-vaccinatie
GDOS-011	Obésité - diététique pour certaines maladies	Obesitas - dieet voor bepaalde ziekten
GDOS-012	Maladie inflammatoire chronique de l'intestin	Chronische inflammatoire darmaandoeningen
GDOS-013	Système intégré de soins	Geïntegreerd zorgsysteem
GDOS-014	Améliorer l'accessibilité financière-Améliorer l'accessibilité administrative-Meilleur accès face aux obstacles endogènes	Financiële toegankelijkheid verbeteren-Administratieve toegankelijkheid verbeteren-Betere toegankelijkheid bij endogene hinderpalen
GDOS-015	Digitalisation - innovation technologique	Digitalisering - technologische innovatie
GDOS-016	Suivi prénatal et postnatal	Prenatale en postnatale follow-up
GDOS-020	Vaccin HPV	HPV-vaccinatie
GDOS-022	Maladies cardiaques structurelles	Structurele Hartziekten
GDOS-023	Extension tiers payant obligatoire	Uitbreiding verplichte derdebetalersregeling
GDOS-024	Automatisation intervention majorée	Automatisering verhoogde tegemoetkoming

Name	Title Fr	Title NL
GDOS-025	Plafond des tickets modérateurs supplémentaire (maximum à facturer)	Extra remgeldplafond (maximumfactuur)
GDOS-027.1	Depuis les soins curatifs vers les soins préventifs	Curatieve zorg naar preventieve zorg
GDOS-027.3	Centres de référence	Referentiecentra
GDOS-028	Déficience auditive détectée par les généralistes	Slechthorendheid te detecteren bij huisarts
GDOS-029	Collaboration multidisciplinaire pour les problèmes d'acouphènes et d'hyperacousie	Multidisciplinaire samenwerking voor tinnitusproblematiek en hyperacusis
GDOS-030	Égalisation complète du remboursement pour tous les âges	Volledige gelijktrekking van de terugbetaling voor alle leeftijden
GDOS-031	Accessibilité soins optiques	Toegankelijkheid optische zorg
GDOS-032	Dégénérescence maculaire liée à l'âge - filtres médicaux	Medische filter - leeftijdsgebonden maculaire degeneratie
GDOS-034	Soins de technologie orthopédique	Orthopedische Technologie-zorg
GDOS-035	Collaboration multidisciplinaire entre technologues orthopédiques et autres	Multidisciplinaire samenwerking tussen orthopedisch technologen en andere
GDOS-038	Prévention et accessibilité des soins pour femmes enceintes et jeunes parents	Preventie en toegankelijkheid van zorg voor zwangere vrouwen en jonge ouders
GDOS-042	Accessibilité des soins kinésithérapeutiques	Toegankelijkheid van de kinesitherapeutische zorg
GDOS-043	Parcours de soins - soins kinésithérapeutiques	Zorgpaden - kinesitherapeutische zorg
GDOS-044.1	Accessibilité aux soins dentaires	Toegankelijkheid tot tandheelkundige zorg
GDOS-044.2	Antibiothérapie en soins dentaires	Antibiotica in de tandheelkundige zorg
GDOS-045	Antibiotiques	Antibiotica
GDOS-046	Durabilité dans le secteur de la santé	Verduurzaming in de zorgsector
GDOS-047	Mobilité durable	Duurzame mobiliteit

Name	Title Fr	Title NL
GDOS-048	Réseaux de soins et soins primaires - maisons médicales	Eerstelijnszorg en zorgnetwerken - medische huizen
GDOS-052.1	Soins palliatifs à domicile	Palliatieve patiënt thuis
GDOS-052.2	Soins rapprochés des patients diabétiques	Nabije zorg voor diabetespatiënten
GDOS-052.3	Autonomisation et soutien aux personnes âgées fragiles	Empowerment en ondersteuning voor kwetsbare ouderen
GDOS-053	Réduire l'écart de traitement pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale	Verkleinen van de behandelkloof voor mensen met GGZ-problemen
GDOS-054	Tests neuropsychologiques pour les personnes atteintes de lésions cérébrales congénitales	Neuropsychologische testen voor personen met aangeboren hersenletsel
GDOS-055	Médicaments non remboursés	Niet-terugbetaalde geneesmiddelen
GDOS-056	Kinésithérapie abordable et de haute qualité	Betaalbare en kwaliteitsvolle kinesitherapie
GDOS-057	Système intégré	Geïntegreerd systeem
GDOS-058	Accessibilité des soins hospitaliers	Toegankelijkheid van ziekenhuiszorgen
GDOS-059	Digitalisation pour la continuité des soins et expérience patients	Digitalisering voor continuïteit van zorg en patiëntervaring
GDOS-061	Littératie en santé	Gezondheidsgeletterdheid
GDOS-062	Accessibilité financière	Financiële toegankelijkheid
GDOS-063	Intégration - Prévention	Integratie - preventie
GDOS-065	Améliorer le diagnostic, le traitement et l'accompagnement des patients atteints de maladies rares - accessibilité du traitement et des soins	Diagnose, behandeling en begeleiding patiënten met zeldzame ziekte verbeteren - toegankelijkheid van behandeling en zorg
GDOS-066	Généraliste gratuit pour les enfants	Gratis huisarts voor kinderen
GDOS-067	Accessibilité des soins de santé	Toegankelijkheid van de gezondheidszorg
GDOS-068	Accessibilité financière du transport de patients	Financiële toegankelijkheid van het patiëntenvervoer

Name	Title Fr	Title NL
GDOS-070	Objectifs de soins de santé intégrés	Geïntegreerde gezondheidszorgdoelstelling
GDOS-071	Médicaments sans danger	Geneesmiddelen veilig
GDOS-072	Indemnisation pour les incidents médicaux	Vergoeding medisch incident
GDOS-073	Transport des patients	Ziekenvervoer
GDOS-074	Des soins abordables pour les patients chroniques	Zorg betaalbaar voor chronische patienten
GDOS-075	Continuité des soins	Zorgcontinuïteit
GDOS-076	Ajustement du système financier - continuité des soins	Aanpassing financieringssysteem - zorgcontinuïteit
GDOS-077	Politique de santé centrée sur les patients - associations de patients	Patiënt-centraal gezondheidsbeleid -patiëntenverenigingen
GDOS-078	Accès aux soins	Toegang tot zorg
GDOS-079	Soins de santé mentale	Geestelijke gezondheidszorg
GDOS-081	Malades chroniques - marché du travail	Chronische aandoening - arbeidsmarkt
GDOS-082	Qualité des soins pour les affections complexes et rares	Kwaliteit van zorg van complexe en zeldzame aandoeningen
GDOS-083	Accès aux applications d'e-santé	Toegang tot e-health applicaties
GDOS-084	Droit des patients	Patiëntenrechten
GDOS-086	Incidents liés à la sécurité des patients	Patiëntveiligheidsincidenten
GDOS-087	Système de soins de santé préventif	Preventief gezondheidszorgsysteem
GDOS-088	Confidentialité des données de santé (dérivées)	Privacy van (afgeleide) gezondheidsgegevens
GDOS-089	Traitements à domicile	Thuisbehandelingen

Name	Title Fr	Title NL
GDOS-090	Augmenter l'accès aux soins pour les patients transplantés	Toegankelijkheid van zorg verhogen voor transplantatiepatiënten
GDOS-091	Assurance pour les personnes atteintes d'une maladie chronique	Verzekeringen voor personen met een chronische aandoening
GDOS-092	Transparence sur la qualité	Transparantie over kwaliteit
GDOS-093	Diagnostic postpartum - santé mentale grossesse et progéniture	Postpartum diagnose - geestelijke gezondheid bij zwangerschap en kinderen
GDOS-094	Santé mentale - soins somatiques - intégration	Geestelijke gezondheid - somatische zorg - integratie
GDOS-096	Vaccination population adulte	Vaccinatie volwassenen
GDOS-098	Besoins de santé et plate-forme qualité	Gezondheidsbehoeften en kwaliteitsplatform
GDOS-099	Maisons médicales en centres de première ligne	Medische huizen als eerstelijnscentra
GDOS-100	Soins de deuxième ligne en maisons médicales	Tweedelijnszorg in medische huizen
GDOS-101	Accessibilité financière et aux médicaments	Financiële toeganeklijkheid en toegang tot medicatie
GDOS-102	Vaccination en pharmacie	Vaccinatie in apotheken
GDOS-104	Trajet de soins pour les patients adultes double diagnostic	Zorgtraject voor volwassen patiënten met dubbele diagnose
GDOS-105	Extension et transformation du module actuel « rééducation après traitement »	Uitbreiding en transformatie van de huidige module “revalidatie nabehandeling”
GDOS-106	Prise en charge spécialisée adaptée pour les jeunes avec problèmes psychiatriques	Aangepast specialistisch zorgaanbod voor jongeren met een psychiatrische problematiek
GDOS-107	Projets HIC/ID sur l’ensemble du territoire	HIC / ID-projecten in het hele land
GDOS-108	Approche intégrée des patients dans le cadre des transplantations abdominales	Geïntegreerde benadering van patiënten bij abdominale transplantaties
GDOS-109	Transplantation du foie	Levertransplantatie
GDOS-110	Mise en place d'un "plan infirmier" pour augmenter la sécurité patients	Opstellen van een "verpleegplan" om de veiligheid van de patiënten te vergroten

TF Appropriate Care

Name	Title Fr	Title NL
MAC-001	Psoriasis	Psoriasis
MAC-002	Therapeutic Monitoring of Biological Psoriasis	Therapeutic Monitoring of Biological Psoriasis
MAC-006	Améliorer l'accessibilité des soins de santé transgenres	De toegankelijkheid van transgenderzorg verbeteren
MAC-007	Remboursement système de positionnement (Nuage PLS)	Terugbetaling Zitkuipen (Nuage PLS)
MAC-008	Formation universitaite "Sédation IV pour les non-anesthésistes"	Universitaire opleiding 'IV-sedatie voor niet-anesthesiologen'
MAC-010	Plateforme e-santé en neurologie	Digitaal gezondheidsplatform in neurologie
MAC-012	Investigations après le diagnostic de cancer du sein invasif	Onderzoeken na de diagnose van invasieve borstkanker
MAC-013	Prise en charge des effets secondaires chronique/à long terme du cancer	Beheer van langdurig / chronisch bijwerkingen van kanker
MAC-016	Problèmes de développement orthophonique dans le contexte d'une perte auditive ou d'une autre comorbidité	Logopedische ontwikkelingsproblematiek in context van gehoorverlies of andere comorbiditeit
MAC-020	Soins des plaies de haute qualité et rentables	Hoogwaardige, kosteneffectieve wondverzorging
MAC-026	Réduire la morbidité et la mortalité liées au diabète par un dépistage précoce en officine	Vermindering van diabetesgerelateerde morbiditeit en mortaliteit door vroegtijdige screening in de apotheek
MAC-027	Entretien d'adhésion thérapeutique (BUM)	Therapeutisch Toetredings Interview (GGG)
MAC-035	Maisons "Soteria"	Soteriahuis
MAC-036	Dépistage systématique du glaucome chez les personnes âgées de 45 à 50 ans	Systematische screening naar glaucoom bij personen tussen 45 en 50 jaar
MAC-037	Renforcer le professionnalisme dans le secteur des dispositifs médicaux optiques	Verhogen professionaliteit in sector optische medische hulpmiddelen
MAC-040	Des soins sur mesure grâce à la réorganisation des soins pré, péri et postnataux	Zorg op maat door middel van reorganisatie pre-, peri- en postnatale zorg
MAC-041	Mesures incitatives pour récompenser les hôpitaux qui achètent des médicaments au meilleur coût pour l'assurance maladie.	Incentive dat ziekenhuizen beloont die kostenefficiënt geneesmiddelen aankopen voor de ziekteverzekering
MAC-042	Cluster: lombalgie	Cluster: lage rugpijn
MAC-053	Soutien aux patients diabétiques dans le cadre des soins à domicile	Ondersteuning diabetespatiënt in thuisverpleging

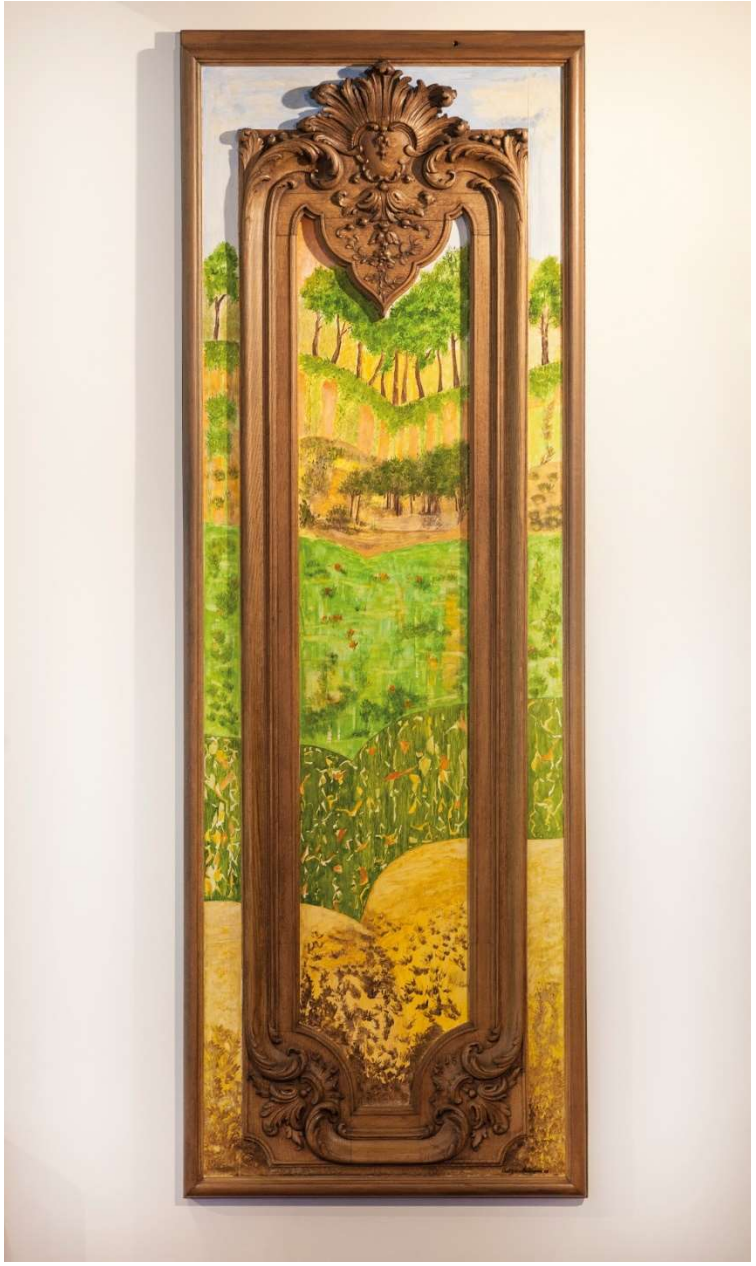
Name	Title Fr	Title NL
MAC-055	Introduction d'un forfait soins à basse variabilité pour la chirurgie de la cataracte	Invoeren laagvariabele tussenkomst/zorgforfait voor cataractoperaties
MAC-059	Arbre de décision pour un accès vasculaire adéquat en fonction de l'indication, de la durée du traitement, ...	Beslissingsboom voor adequate vasculaire toegang volgens indicatie, behandelingsduur, …
MAC-060	Optimiser la détection précoce des cancers significatifs de la prostate, éviter la surdétection et le surtraitement	Optimaliseren vroegdetectie significante prostaatkankers, vermijden overdetectie en overbehandeling
MAC-063	Demandes de tests de laboratoire et suivi de ces tests pour les affections chroniques	Verzoeken om en follow-up van laboratoriumtests voor chronische aandoeningen
MAC-066	Révision de la nomenclature pour les lentilles de contact	Herziening nomenclatuur contactlenzen
MAC-069	Interventions de santé mentale parent-enfant EB pour les problèmes socio-émotionnels et comportementaux graves chez les 0 à 3 ans	EB parent-infant mental health interventies bij ernstige sociaal-emotionele en gedragsproblemen bij 0-3 jaar
SPAC-002	Procédure de prescription des prothèses auditives	Voorschrift procedure gehoorapparaten
SPAC-005	Des médiateurs interculturels pour une meilleure communication entre le patient et les soignants	Intercultureel bemiddelaars voor een betere communicatie tussen de patiënt en de zorgverlener
SPAC-006	Diviser la nomenclature non seulement hosp/ambulatoire mais aussi extra/intramural ambulatoire	Nomenclatuur opsplitsen niet enkel hosp/ambul maar ook extra/intramuraal ambulant
SPAC-007	Simplification du financement des soins spécialisés (y compris dans les hôpitaux)	Vereenvoudiging van de financiering van de specialistische zorg (oa in ziekenhuizen)
SPAC-009	Cluster : Chirurgie extrahospitalière	Cluster: poliklinische chirurgie
SPAC-010	Forfaits de soins journaliers : passer de 7 groupes à 1 groupe	Forfaits verpleegdag: herleiden 7 groepen tot 1 groep
SPAC-011	Prise en charge de l'extraction dentaire sous anesthésie générale : augmenter la valeur K	Verzorging van tandextractie onder algemene anesthesie: verhoging van de K-waarde
SPAC-023	Réévaluation des actes hystéroscopiques au détriment du curetage	Herwaardering van hysteroscopische actes ten koste van de curettage
SPAC-024	Modification des clauses d'indexation se trouvant dans des arrêtés royaux et conventions	Wijziging van indexeringsclausules in koninklijke besluiten en overeenkomsten
SPAC-025	Suppression de l'attestation bisannuelle pour le renouvellement des prothèses mammaires externes	Afschaffing tweejaarlijks attest voor hernieuwing externe borstprothese
SPAC-026	Demande électronique de statut palliatif	Elektronische aanvraag palliatief statuut
SPAC-028	Application générale du système de tiers payant dans les soins primaires	Algemene toepassing derdebetalersregeling in de eerstelijnszorg
SPAC-032	Mise en œuvre du dossier numérique pour les audioprothésistes	Implementatie digitaal dossier audicien

Name	Title Fr	Title NL
SPAC-033	Révision et extension de la nomenclature pour les prestations de technologie orthopédique (OT)	Nomenclatuur revisies en uitbreidingen Orthopedische Technologie (OT) verstrekkingen
SPAC-039	Financement et mise en œuvre d'un fond d'implémentation HealthTech pour l' "appropriate care"	Financiering en uitvoering van een HealthTech-implementatiefonds voor "appropriate Care"
SPAC-041	Détermination de l'assistance chirurgicale comme fonction essentielle, proposition de remboursement	Bepalen operatie-assistentie als essentiële functie, voorstel tot vergoeding
SPAC-042	Enregistrement/Données des prothèses CMC I. Traumatisme grave de la main/ Données sur la réimplantation	Registratie /data CMC I prothesen. Ernstig handtrauma/ Data re- implantatie
SPAC-043	Mesures supplémentaires pour rendre le contrôle et la prévention de la fraude dans les soins à domicile plus efficaces et efficients	Extra maatregelen om controle en fraudebestrijding in thuisverpleging doeltreffender en doelmatiger te maken
SPAC-044	Étude de développement sur le nouveau financement des soins infirmiers à domicile	Ontwikkelingsonderzoek nieuwe financiering thuisverpleging
SPAC-045	Enregistrement des pratiques et financement incitatif des pratiques pour les soins infirmiers à domicile	Praktijkregistratie en stimulerende praktijkfinanciering thuisverpleging
SPAC-053	Analyses approfondies des données de santé, dans un double objectif : indicateurs pertinents, modèles de prise en charge	Grondige analyse van gezondheidsgegevens, met een dubbele doelstelling: relevante indicatoren, zorgmodellen
SPAC-056	Accessibilité financière des soins kinésithérapeutiques : suppression de la règle des 25 %.	Financiële toegankelijkheid van de kinesitherapeutische zorg: afschaffing van de 25%-regel
SPAC-059	Présence physique des orthopédistes (article 29) agréés. Amélioration des conditions d'agrément	Fysieke aanwezigheid van geaccrediteerde orthopedische chirurgen (artikel 29). Verbetering van de erkenningsvoorwaarden
SPAC-060	Adaptation nomenclature : matériel orthopédique préfabriqué	nomenclatuur aanpassing: geprefabriceerd orthopedisch materiaal
SPAC-061	Modification de la législation: raccourcissement du délai de facturation	Wetswijziging : verkorten facturatietermijn
SPAC-064	Alignement RMN et CT de la colonne vertébrale : honoraires par rapport aux coûts d'exploitation avec passage du CT au RMN	Alignatie NMR en CT wervelzuil: honorarium in verhouding tot exploitatiekost met shift van CT naar NMR
SPAC-069	Réseau collaboratif pluridisciplinaire dans les troubles alimentaires	Multidisciplinair samenwerkingsnetwerk op het gebied van eetstoornissen
SPAC-071	Introduction rapide des implants et des dispositifs médicaux invasifs sur le marché	Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen tijdig introduceren op de markt
SPAC-072	Règle des -25% pour les kinésithérapeutes, les logopèdes, les opticiens, les bandagistes,...	-25%-regel voor de kinesitherapeuten, de logopedisten, de opticiens, de bandagisten,...
SPAC-073	Evidence-based guidelines pour la prescription de vitamines, de minéraux et de suppléments nutritionnels	Evidence-based guidelines voor voorschrijven vitamines, mineralen en voedingssupplementen
SPAC-074	Politique pharmaceutique axée sur le patient	Patiëntgericht geneesmiddelenbeleid
SPAC-075	Système de financement qui garantit la continuité des soins et la qualification correcte du prestataire	Financieringssysteem dat continuïteit van zorg en juiste kwalificatie zorgverlener garandeert

IV. Discussion

- Dit onderdeel van het rapport besteedt meer aandacht aan de budgettaire aspecten met name de ramingen, en de normberekening. Daarnaast worden er een aantal voorstellen geformuleerd om te komen tot een grotere transparantie van het gezondheidszorgbudget.

- Verder worden de eerste lessen getrokken met betrekking op het verloop van de werkzaamheden en voorstellen geformuleerd met betrekking op methodologische en structurele mogelijke verbeterpunten.



IV.1. Quid budgettaire raming ?

- Op de Algemene Raad van 28 juni 2021 heeft de Dienst voor geneeskundige verzorging de initiële technische raming voor het jaar 2022 voorgesteld.

- Deze raming is gebaseerd op de trendevolutie van de verrichte uitgaven en gevallen voor de periode 2015 tot en met 2019. Er wordt geen rekening gehouden met de gepresteerde uitgaven en gevallen van het jaar 2020. Deze technische raming houdt aldus geen rekening met een mogelijke impact van Covid-19. Ze bevat geen middelen voor de eventuele bijkomende uitgaven ten gevolge van een mogelijke inhaling van uitgestelde zorg of gewijzigde zorgnoden zoals bijvoorbeeld long Covid.

- De Dienst heeft eveneens technische ramingen opgesteld voor de jaren 2023 en 2024 (in prijzen 2022).

- De begrotingsramingen voor juni 2021 (normberekening, technische ramingen 2022-2024) zijn beschikbaar door het volledige intermediair rapport te raadplegen op de website van het RIZIV
  → https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/financiering/Paginas/kick_off_uitgebreid_verzekeringscomite.aspx

- **Verhoging van de transparantie van het gezondheidszorgbudget**

✧ Sinds geruime tijd wordt in de Algemene Raad aangedrongen op een betere leesbaarheid en transparantie van het budget van de sector gezondheidszorgen. Betere leesbaarheid en transparantie zijn ook noodzakelijk om de opstelling van een meerjarenbegroting mogelijk te maken.

✧ Woensdagavond 5 mei 2021 werd op de Taskforce Dynamisch meerjarig budgettair kader overlegd over een verhoging van de transparantie van het gezondheidszorgbudget. Twee nota's vormden de basis voor dit overleg:

- De nota van de task force 2016. Die task force had als opdracht om een voorstel te formuleren om de uitgaven geneeskundige verzorging te laten overeenkomen met de toegelaten uitgaven in 2016 omwille van een in januari 2016 vastgestelde verslechtering en finaliseerde haar eindrapport in juni 2016 (Nota Algemene Raad 2016/061). In hoofdstuk 2 van haar eindrapport heeft de task force zich gebogen over een verhoging van de transparantie in het gezondheidszorgbudget;

- Daarnaast is er eveneens een niet-afgewerkte nota uit 2018 van het kabinet Sociale Zaken en Volksgezondheid die voortbouwt op de hierboven vermelde nota Algemene Raad. Desbetreffende werkzaamheden werden gepauzeerd op het moment van de val van de Regering.

✧ Beide nota's bestonden uit 3 grote onderdelen:

- Definitie en inhoud van het begrotingsobjectief: een beslissing hierover werd reeds door de Algemene Raad genomen, maar dient nog uitgevoerd te worden;
- Problematiek inzake de negatieve uitgaven: deels uitgevoerd in de begroting 2019;
- Netto-budget geneesmiddelen: reeds uitgevoerd bij de begroting 2017. Dit vormde hierdoor geen onderdeel meer van de nota van 2018 en zal ook hier niet meer aan bod komen.

✧ De nota's hadden als intenties om een aantal voorstellen te lanceren om de leesbaarheid en beheersbaarheid van het gezondheidszorgbudget te verhogen. Alle voorstellen zouden worden voorgelegd aan Algemene Raad en Verzekeringscomité, met verschillende scenario's waar nodig ter beslissing door de bevoegde organen. Alle voorstellen moesten budgetneutraal zijn, een verschuiving tussen 2 begrotingsjaren werd als budgetneutraal beschouwd als dit de uitgaven in hun totaliteit niet verhoogde en het begrotingsobjectief hieraan werd aangepast.

✧ De nota's zijn niet meer op alle punten actueel. Een deel van de beslissingen is reeds genomen door de Algemene Raad in 2016, maar dient nog te worden uitgevoerd door bijvoorbeeld een wetswijziging. Andere voorstellen werden reeds gerealiseerd en worden hier niet meer hernomen: NIPT, enveloppe paramedische beroepen, stages en stagemeesters en dubbele cohorte, financiering beroepsgroepen binnen 1 begrotingsrubriek groeperen, creatie partiële doelstelling specifieke zorgprogramma's…

1. Definitie van het begrotingsobjectief

- De huidige inhoud van de globale begrotingsdoelstelling stemt niet meer overeen met de wettelijke omschrijving die stelt dat de inhoud beperkt is tot de verstrekkingen artikel 34 van de GVU-wet. Momenteel bevinden zich onderdelen hiervan buiten het begrotingsobjectief (bv. wet ziekenhuizen) en zijn er uitgaven opgenomen die zich niet onder artikel 34 bevinden (bv. informaticapremies, artikel 56).

- Het voorstel betreft het wijzigen van de inhoud van de globale begrotingsdoelstelling ten einde een maximale responsabilisering binnen de norm mogelijk te maken en tevens een duidelijk inhoudelijk verschil aan te houden met betrekking tot wat zich binnen en buiten het begrotingsobjectief bevindt. Hiervoor zijn duidelijke criteria noodzakelijk die vastleggen waar bepaalde uitgaven op de begroting dienen te worden ingeschreven. Voor sommige rubrieken is de keuze vrij evident, maar voor andere rubrieken is dit minder het geval (bv. informaticapremies aan verpleegkundigen, …).

- De Algemene Raad van 13 juni 2016 sprak zich uit voor scenario 2 of scenario 2bis uit de oorspronkelijke nota:

  - Scenario 2: een “maximale responsabilisering binnen het begrotingsobjectief”: binnen deze context kan de globale begrotingsdoelstelling aangewend worden voor alle activiteiten die rechtstreeks (of onrechtstreeks) verband houden met “geneeskundige zorgen”;

  - Scenario 2bis: gaat nog iets verder: integratie van de rubriek internationale verdragen binnen het begrotingsobjectief.

- Het lijkt aangewezen om de uitgaven inzake internationale verdragen buiten het begrotingsobjectief te houden omwille van het volatiele patroon van deze uitgaven en aldus scenario 2 aan te houden.

- Binnen deze context van een maximalistische benadering wordt als criterium genomen dat de globale begrotingsdoelstelling aangewend kan worden voor alle activiteiten die rechtstreeks of onrechtstreeks verband houden met ‘geneeskundige zorgen’ en zorgverstrekkers, behalve de subsidies aan de beroepsorganisaties gezien deze uitgaven deel uitmaken van het beheer van de gezondheidszorg. Enkel de uitgaven die verband houden met de werking en beheer van de gezondheidszorg blijven op de administratieve uitgaven buiten het begrotingsobjectief behouden. Een wettelijk initiatief is noodzakelijk om deze beslissing uit te voeren.

2. Definitie van de partiële doelstellingen

- Vaststelling: de definitie van de partiële doelstellingen uit de GVU-wet komt niet meer overeen met de huidige begrotingsprocedure. Artikel 2 van de GVU-wet stelt: “Onder ‘partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling’ wordt in deze gecoördineerde wet verstaan: voor de in artikel 34 vermelde geneeskundige verstrekkingen of groepen van verstrekkingen, het vooropgestelde jaarlijks bedrag van de uitgaven dat de verschillende overeenkomsten- en akkoordencommissies niet mogen overschrijden.” Voor meerdere partiële doelstellingen bestaan er evenwel geen overeenkomsten- of akkoordencommissie.

- Een alignering dringt zich op. Dit kan het beste rechtgezet worden wanneer ook de procedure voor een meerjarenbegroting wordt herzien (zie §IV.2).

3. Problematiek BFM / wet ziekenhuizen

- Momenteel is een deel van de ziekenhuisfinanciering opgenomen binnen partiële doelstelling 12 van de begrotingsdoelstelling en is een deel, het zogenaamde 'deel Staat', opgenomen buiten het begrotingsobjectief binnen de rubriek 'wet ziekenhuizen'.

- Beide delen hebben een verschillend betalingscircuit en facturatieritme:
  - Het belangrijkste gedeelte van het budget (77.23 %) maakt deel uit van de globale begrotingsdoelstelling; facturatieachterstand: 2 maand;
  - Het saldo (22.77 % - het vroegere 'gedeelte Staat') wordt vermeld in de administratieve lasten: rubriek wet ziekenhuizen; facturatieachterstand: 6 maand

- Momenteel wordt jaarlijks door de FOD Volksgezondheid het globaal budget voor de ziekenhuisfinanciering opgesteld. Dit globaal budget heeft als tijdsspanne het kalenderjaar: van 01.01.n tot en met 31.12.n. Dit globaal budget wordt jaarlijks door de Ministerraad goedgekeurd. Hiervan wordt vervolgens een afgeleid budget opgesteld: het BFM (het budget van financiële middelen) met tijdsspanne van 01.07.n tot en met 30.06.n+1.

- Tenslotte wordt het RIZIV-budget afgeleid van het BFM met een opsplitsing tussen het deel binnen begrotingsobjectief, met een tijdsspanne van 01.03.n tot en met 28.02.n+1 en het deel Staat buiten het begrotingsobjectief lopende van 01.07.n tot en met 31.12.n. Dit betekent dus dat er momenteel 3 begrotingen met 3 verschillende cijfers en finaliteiten in omloop zijn inzake het ziekenhuisbudget.

- De verschillende begrotingen en de opsplitsing tussen een deel binnen en buiten de doelstelling leiden tot verwarring, een verminderde transparantie en het onnodig gebruik van negatieve uitgaven.

- Voorgesteld wordt om al deze elementen te integreren in 1 begrotingsrubriek binnen begrotingsobjectief. Binnen de nieuwe benadering betekent dit dat het bedrag 'wet ziekenhuizen', voor wat het deel artikel 34 betreft, eveneens ten laste gelegd wordt van de globale begrotingsdoelstelling. Hierbij zijn verschillende pistes mogelijk:
  - Beide onderdelen van het ziekenhuisbudget worden samen gebracht in 1 partiële doelstelling. Om beide onderdelen in 1 rubriek te kunnen samenvoegen, is het aangeraden om de verschillende facturatieritmes eerst op elkaar af te stemmen. Verschillende scenario's zijn mogelijk: jaarlijks 1 maand versnellen om de gelijktrekking te spreiden in de tijd of een 'big bang' in 1 jaar met een belangrijke eenmalige kost.
  - Facturatieritme zonder achterstand of tussenopties om het boekingsritme gelijk te trekken. Bij voorkeur wordt het facturatieritme gelijkgetrokken naar een situatie zonder achterstand opdat het globaal budget van de ziekenhuisfinanciering gelijk zou zijn aan het bedrag opgenomen binnen het RIZIV-budget. Maar om de eenmalige impact te temperen kan ervoor geopteerd worden om het facturatieritme van beide onderdelen af te stemmen op bv. 3 of 4 maand achterstand;
  - De huidige facturatieritmes behouden, maar de rubrieken toch groeperen binnen partiële doelstelling 12 om op korte termijn reeds een deel van de problemen op te lossen.

- Advies dient te worden gevraagd aan de FRZV over de verschillende pistes: de Algemene Raad neemt vervolgens een beslissing die weerspiegeld dient te worden in art. 40 van de GVU wet.

4. Negatieve uitgaven

- Binnen de gezondheidszorgbegroting zijn een aantal negatieve uitgaven opgenomen. Dit zijn correcties op uitgaven die dubbel of op de verkeerde plaats gebudgetteerd zijn. Het Verzekeringscomité en het Rekenhof hebben de voorbije jaren verschillende malen aangedrongen op het stopzetten van deze werkwijze.

- Door een aantal verschuivingen van de begroting 2021 binnen en buiten het begrotingsobjectief, stelt dit probleem zich opnieuw (zie eventueel nota ARGV 2021/028):
  - Van het budget voor de herwaardering geestelijke gezondheid verschuift een deel naar het BFM van de ziekenhuizen, waardoor met de wet ziekenhuizen een deel buiten begrotingsobjectief wordt geplaatst;
  - Het IFIC-budget publiek 2020 verschuift van het BFM naar het sociaal akkoord buiten doelstelling;
  - Voor 2021-2022 is een nieuw sociaal akkoord gesloten voor 600 miljoen euro: een belangrijk deel wordt toegewezen aan de ziekenhuizen in het BFM waardoor met de wet ziekenhuizen een deel buiten begrotingsobjectief wordt geplaats.

- Er wordt voorgesteld om structurele negatieve uitgaven te vermijden en de techniek van de negatieve uitgaven te beperken tot situaties met een eenmalige onderbenutting van het begrotingsobjectief. Het begrotingsobjectief moet dan aangepast worden om de blokkeringen budgetneutraal uit het begrotingsobjectief te kunnen schrappen. De techniek van de negatieve uitgaven kan op die manier nog steeds nuttig aangewend worden om flexibiliteit in de meerjarige begrotingsprocedure te behouden.

5. Diverse

- Artikel 56
  - De uitgaven voor de projecten artikel 56 bevinden zich op verschillende rubrieken binnen en buiten het begrotingsobjectief
  - Er wordt voorgesteld om al die projecten in 1 partiële doelstelling te verzamelen en diegene die onder de nieuwe definitie vallen (cf. punt 1.1) te integreren in het begrotingsobjectief.
- Financiering vzw IFIC
  - Voorgesteld wordt om deze financiering te concentreren buiten het begrotingsobjectief, binnen de rubriek werkingskosten.
- Sociale akkoorden
  - De uitgaven voor de sociale akkoorden bevinden zich binnen en buiten het begrotingsobjectief en binnen verschillende begrotingsrubrieken. Er wordt ook hier voorgesteld om alle uitgaven met betrekking tot de sociale akkoorden die zich niet in een dagprijs, forfait, prijzen… bevinden, in 1 partiële doelstelling op te nemen.

6. Weergave detail partiële doelstellingen

- De voorstelling van de inhoud van de partiële doelstellingen is gebaseerd op een historische indeling: sommige uitgaven die nieuw zijn, worden niet getoond, ondanks dat ze aan belang winnen of druk besproken worden. Omwille van de transparantie kunnen deze als een extra lijn worden weergegeven in de partiële begrotingsdoelstelling.

- Een voorbeeld hiervan is de nieuwe lijn huisartsenwachtposten binnen de partiële doelstelling artsen. Een aantal lijnen noodzaken een actualisering van de omschrijving om duidelijker de inhoud te duiden.

7. Indexmechanismes

- Er bestaan momenteel verschillende indexeringsmechanismes binnen de sector geneeskundige verzorging. De momenteel meest voorkomende zijn:
  1. De evolutie van de gezondheidsindex in de maand juni van een gegeven jaar n-1 ten opzichte van het jaar n-2. Dit betreft dus de evolutie van de gezondheidsindex in het jaar voorafgaandelijk aan het budgettair jaar waarin de indexmassa wordt toegekend. Dit indexmechanisme wordt gebruikt voor het merendeel van de honoraria. De honoraria die op deze wijze geïndexeerd worden, lopen bijgevolg altijd een bepaalde periode achter ten opzichte van de evolutie van de gezondheidsindex;
  2. De overschrijding van de spilindex zoals toegepast in de loonsectoren. De maand na de vastgestelde overschrijding van de spilindex worden de wedden en bedragen geïndexeerd met 2%. De spilindex is eveneens gelinkt aan de gezondheidsindex. Deze indexering gebeurt als het voortschrijdend gemiddelde gedurende 4 maand een verhoging van de levensduurte van 2% overschrijft voor een vastgestelde productkorf. De bedragen die op deze wijze worden geïndexeerd volgen sneller de evolutie van de prijzen, maar de aanpassing gebeurt minder geleidelijk en het is mogelijk dat er in sommige jaren geen spilindexoverschrijding voorvalt;
  3. Minder courant, maar overal in het gezondheidszorgbudget verspreid, zijn er ook indexeringsmechanismes waarbij er jaarlijks geïndexeerd wordt volgens de evolutie van de gezondheidsindex in een gegeven maand ten opzichte van diezelfde maand in het jaar voordien. Deze indexering gebeurt vaak, maar niet noodzakelijk, in de maand januari.

- Op het vlak van het budgettair beheer van de gezondheidszorg is het werken met verschillende indexeringsmechanismes complex. Een veralgemeende aanpassing van het indexmechanisme voor alle tegemoetkomingen is evenwel niet evident:
  - Men kan de spilindex voor de loonsectoren niet zomaar aanpassen;
  - Men kan de spilindex moeilijk toepassen op de honoraria omdat de indexmassa niet exact gekend is op het moment dat er onderhandelingen bezig zijn voor de afsluiting van overeenkomsten en akkoorden;
  - De indexmechanismes aanpassen is een zeer omvangrijk werk gezien alle indexeringsbepalingen in de verschillende reglementaire basissen dienen aangepast te worden.

- Om het beheer van de sector geneeskundige verzorging te vereenvoudigen wordt derhalve ervoor geopteerd om vanaf het positief advies over dit document door de Algemene Raad en Verzekeringscomité de indexeringsmethodes te beperken tot 3 mogelijkheden:
  - De evolutie van de gezondheidsindex juni n-1 ten opzichte van juni n-2 zoals deze nu reeds toegepast wordt voor het merendeel van de honoraria;
  - De spilindex zoals deze momenteel wordt toegepast in de loonsectoren;
  - Geen index.

- Dit betekent concreet dat alle nieuwe dossiers 1 van deze 3 indexmechanismes dienen te hanteren. Reeds bestaande dossiers met een afwijkend indexmechanisme zullen pas worden aangepast als het dossier wordt aangepast. Hierbij zal het RIZIV het indexmechanisme verifiëren en aanpassen indien nodig. Bestaande dossiers behouden hun afwijkend indexmechanisme tot er een wijziging aan het dossier wordt aangebracht.

8. Voorstelling van de inhoud van het begrotingsobjectief

- Voorgesteld wordt om de inhoud van de partiële doelstellingen te splitsen in 3 kolommen:
  - uitgaven ten laste van de VI's;
  - uitgaven ten laste van het RIZIV;
  - totaal uitgaven.

- Deze voorstellingswijze heeft als voordeel dat het voor iedereen duidelijk is dat het deel waarop de modellen N, T20 en de maandelijkse opvolging van de begroting slaan, enkel betrekking hebben op de tabel 'uitgaven gedaan door de VI' uit de begroting en niet op het totaal van het begrotingsobjectief. Bovendien kunnen beide bedragen zonder aanpassingen homogeen vergeleken worden. De begroting kan hierdoor transparanter en gemakkelijker opgevolgd worden.

9. Voorstellingswijze begroting buiten begrotingsobjectief

- De ontvangsten- en uitgavenbegroting van het RIZIV wordt geherstructureerd om de ontvangsten en uitgaven samen te brengen die inhoudelijk bij elkaar horen volgens het boekhoudingssysteem van de openbare instelling van de sociale zekerheid. Hierdoor zal de rapportering door het RIZIV op het vlak van structuur en inhoud nauw aansluiten bij het rapport van het Monitoringcomité en de Algemene Toelichting bij de begroting zoals deze door de Regering aan het Parlement wordt meegedeeld.
- Tevens worden de omschrijvingen waar nodig aangepast om dichter bij de inhoud te staan. De rubrieken waar geen ontvangsten of uitgaven geregistreerd of verwacht worden, worden niet meer weergegeven voor zolang er geen bedragen verwacht worden.

Ontvangsten

De ontvangsten worden gestructureerd in volgende rubrieken:

a) Bijdragen
- ✓ Definitie: bijdragen die verzekerden aan het RIZIV verschuldigd zijn of door het RIZIV worden ontvangen, geïnd of toegekend.

b) Alternatieve financiering
- ✓ Definitie: alternatieve financiering die aan het RIZIV wordt toegekend. Door de hervorming van de financiering van de sociale zekerheid is deze rubriek zonder voorwerp.

c) Staatstoelagen
- ✓ Definitie: financiering vanuit de federale overheid rechtstreeks gestort aan het RIZIV zonder tussenkomst van een globaal beheer. Door de programmawet van 21 juni 2021 zal een dotatie aan de ontvangsten van het RIZIV worden toegevoegd

d) Toegewezen ontvangsten
- ✓ Definitie: Ontvangsten van de overheid die aan de GVU-sector worden toegekend.

e) Externe overdrachten
- ✓ Definitie: ontvangsten van andere overheidsinstellingen die buiten de perimeter van de gezondheidszorg vallen, exclusief het globaal beheer.

f) Opbrengsten beleggingen
- ✓ Definitie: Opbrengsten uit het financieel beheer van liquiditeiten en reserves binnen de perimeter van de gezondheidszorg.

g) Diverse ontvangsten
- ✓ Definitie: Alle ontvangsten die niet in de overige rubrieken thuishoren.

h) Overdrachten vanuit de globale beheren
- ✓ Definitie: Financiering van de gezondheidszorg door het globaal beheer voor werknemers (RSZ) en het globaal beheer der zelfstandigen (RSVZ).

De rubrieken a tot en met f betreffen de eigen ontvangsten van de gezondheidszorg.

Uitgaven

De uitgaven worden gestructureerd in volgende rubrieken:

a) Prestaties
- ✓ Definitie: De prestaties voor geneeskundige verzorging zoals die in de voorgaande paragrafen zijn gedefinieerd.

b) Beheerskosten
- ✓ Definitie: De werkingskosten verbonden aan het beheer van de gezondheidszorg. Deze rubriek valt uiteen in 3 subrubrieken: centrale instellingen (het RIZIV), de uitbetalingskassen (de VI en andere instellingen die hun opdrachten uitvoeren) en de derde instellingen.

c) Externe overdrachten
- ✓ Definitie: Uitgaven naar andere overheidsinstellingen die buiten de perimeter van de gezondheidszorg vallen.

d) Diverse uitgaven
- ✓ Definitie: Alle uitgaven die niet in de overige rubrieken thuishoren. Ook de negatieve uitgaven worden hieronder opgenomen.

e) Overdrachten naar de globale beheren
- ✓ Definitie: Uitgaven naar de RSZ en het RSVZ.

IV.2. High level lessons learned

- Vanuit elk orgaan zijn er in de loop van het traject regelmatig opmerkingen geformuleerd in verband met de werkzaamheden.

- Hieronder treft men een synthese aan van de geformuleerde suggesties en adviezen door de leden per orgaan.

1. Wetenschappelijk Comité

- Het is natuurlijk veel te vroeg om de oefening van 2021 definitief te evalueren. Het is echter wel reeds mogelijk enkele eerste, zeer voorlopige, besluiten te trekken.

- De eerste globale evaluatie is zeker positief. De inspraakprocedure in 2021 was een interessante ervaring en heeft nuttige ideeën en inzichten opgeleverd. De grote hoeveelheid ingediende voorstellen van behoorlijke kwaliteit suggereert dat het initiatief zowel binnen als buiten de traditionele beleidsstructuren enthousiast werd onthaald. De individuele fiches werden op een professionele manier geëvalueerd, hun budgettaire effecten werden zo goed mogelijk berekend, er wordt veel aandacht besteed aan de feedback. Het hele proces heeft nieuwe zuurstof in het begrotingsproces binnengebracht.

- Er kunnen nochtans nu reeds twee bedenkingen worden geformuleerd, die moeten meegenomen worden wanneer het proces herhaald wordt:

1. De structuur met drie task forces en een wetenschappelijk comité was te zwaar. Ondanks alle goede wil waren er coördinatieproblemen, waardoor ook bijkomend werk werd gecreëerd dat had kunnen vermeden worden. Het bleek niet gemakkelijk om steeds op een coherente manier het onderscheid tussen “appropriate care” - voorstellen en gezondheidszorgdoelstellingen te maken. De timing van de werkzaamheden van de verschillende TF’s en van het WCS was niet altijd perfect op elkaar afgestemd.

2. De hele procedure heeft alle voor- en nadelen van een bottom-up benadering. Deze benadering leverde een hele reeks interessante, maar eerder partiële en disparate voorstellen op. Het is niet evident om die samen te brengen in een samenhangende visie op de toekomst van de Belgische gezondheidszorg. Een coherent voorstel is meer dan een simpel oplijsten van “groen” beoordeelde fiches. Bredere structurele hervormingen kunnen moeilijk aan bod komen. De hoeveelheid ingediende voorstellen reflecteert niet noodzakelijk het maatschappelijk belang van de verschillende thema’s en er zijn ook onvermijdelijk lacunes.

- Voor een gedeelte worden deze problemen ook verklaard door de grote tijdsdruk. Het in het begin afgesproken tijdsschema was niet realistisch. Dit heeft zeker implicaties voor het tweede punt. Er zou meer tijd moeten genomen worden om de resultaten, zoals ze in de vorige secties beschreven werden, ook te evalueren vanop enige afstand en vanuit een breder perspectief. Een meer inhoudelijke dan formele evaluatie met prospectieve aanbevelingen waarin ook structurele hervormingen opgenomen zijn, zou in de eerstvolgende maanden moeten gemaakt worden, ook om deze oefening zijn volle relevantie te verlenen in het kader van een meerjarenbegroting voor deze legislatuur.

- Gezien het succes van 2021 verdient het aanbeveling om de open oproep voor voorstellen op regelmatige basis te herhalen, met als bedoeling nieuwe ideeën in het proces binnen te brengen en het hele besluitvormingsproces meer participatief te maken. De frequentie van open oproepen kan nog beslist worden: één keer bij het begin van een nieuwe legislatuur is een minimum, jaarlijks is misschien te belastend voor de diensten van het RIZIV. Indien het proces regelmatig wordt herhaald moet echter met de hierboven besproken verbeterpunten rekening gehouden worden. De governance structuur met de verschillende task forces moet worden vereenvoudigd. Wanneer de inspraakronde in de toekomst wordt herhaald, zou de oproep ook uitdrukkelijk moeten verwijzen naar de lange-termijn gezondheids(zorg)- doelstellingen en/of naar de krachtlijnen van het regeerakkoord, zodat de ingediende initiatieven gemakkelijker kunnen ingepast worden in een samenhangende visie. We komen daar verder op terug in § IV.4.

- De hele inspraakprocedure is natuurlijk slechts één element in de overgang naar een proces van meerjarenbegroting in functie van gezondheids(zorg)doelstellingen. Dit langetermijnkader kon onmogelijk uitgewerkt worden binnen de voor deze oefening voorziene periode. Het zou wel goed zijn indien daarvoor tegen 2022 een voorstel zou worden uitgewerkt. In de § IV.3 & § IV.4 worden daarvoor enkele algemene principes uitgezet. Wat wordt voorgesteld is geen disruptieve wijziging, maar sluit dicht aan bij de bestaande procedures. Uitgangspunt daarbij blijft dat er niet kan afgestapt worden van het principe van een jaarlijkse begroting, maar dat er wel progressief gewerkt wordt in de richting van meer geïntegreerde en transversale begrotingen.

- In 2021 zal, gezien de zeer grote tijdsdruk en de wettelijke beperkingen, deze procedure slechts gedeeltelijk (maar wel zo goed mogelijk) kunnen worden gevolgd. We bespreken eerst deze relatief kortetermijnvisie en gaan dan dieper in op mogelijke, meer fundamentele wijzigingen op langere termijn.

- Het proces van meerjarenbegroting zou meer transparant kunnen gemaakt worden als de wijze waarop de begroting technisch wordt opgesteld zelf ook meer transparant gemaakt wordt. Wenselijke vereenvoudigingen worden verder besproken in dit rapport. Deze wijzigingen zijn complementair aan wat hier wordt voorgesteld.

- Dit project werd eveneens ingediend in het kader van de projectoproep Spending Review van de Staatssecretaris van Begroting Eva De Bleeker en de Ministerraad van januari 2020. De OESO definieert spending reviews als volgt: “Spending reviews are a collaborative process of developing and adopting policy options by analysing the government’s existing expenditure within defined areas, and linking these options to the budget process. The purposes of a spending review include:
  1. Enabling the government to manage the aggregate level of expenditure;
  2. Aligning expenditure according to the priorities of the government ;
  3. Improving effectiveness within programmes and policies.”

2. Task Force Gezondheidszorgdoelstellingen

- Gezondheidszorgdoelstellingen moeten mee vorm geven aan de transformatie van het gezondheidszorgsysteem. Ze kaderen binnen een strategische visie en komen tegemoet aan globale gezondheidsdoelstellingen zoals bijvoorbeeld vermeld in het regeerakkoord, of ze bieden een antwoord op reële noden van de burger. De doelstellingen helpen in de te maken keuzes om te komen tot een betere gezondheid van de bevolking of groep van patiënten.

- De grote troef van de doelstellingen is dat ze het beleid tastbaar en concreet maken, waardoor alle actoren aangespoord worden hun verantwoordelijkheid op te nemen. Voor deze oefening werden, zoals het performantierapport aanbeveelt, alle belanghebbenden geraadpleegd om te komen tot prioritaire thema's van gezondheids(zorg)doelstellingen.

- De TF GDOS kreeg een duidelijk signaal. De vele voorstellen die werden ingediend door de AOC's, patiëntenorganisaties, academici, onderzoeksinstellingen,… getuigen van een grote bereidheid van de sector om mee de schouders te zetten onder deze uitdaging. De vele behoeften die het terrein aanvoelt om de zorg voor de patiënten kwalitatiever te maken of patiënten gezonder te houden, werden ruim gedocumenteerd in de templates.

- Ondanks de goede afstemming tussen de taskforce AC en de TF GDOS bleef het voor een aantal templates een uitdaging ze een "juiste" plaats te geven. Het onderscheid tussen een voorstel AC en GDOS is niet altijd gemakkelijk te maken. Niet onlogisch gezien de vele raakvlakken. De opsplitsing tussen de TF GDOS en TF AC is naar de toekomst toe misschien niet meer de beste optie.

- In het vernieuwde begrotingstraject zullen de gezondheidszorgdoelstellingen de weg wijzen. Een evolutief proces waar we met deze eerste oefening een basis hebben gelegd voor de volgende budgetronde.

- De methodologie kan naar de toekomst toe zeker nog worden verfijnd, maar de eerste stappen in een vernieuwde aanpak zijn gezet. Met de vijf weerhouden prioritaire thema's (en initiatieven), gekaderd binnen een strategische visie, kunnen we verder aan de slag om te komen tot een begrotingsvoorstel gebaseerd op de reële noden van de bevolking (of patiënten).

- Het resultaat van dit participatief proces is geen revolutie, maar toont vooral aan dat er grote bereidheid is bij de verschillende actoren om op de ingeslagen weg verder te gaan, met de gezondheidszorgdoelstellingen als kompas.

3. Task Force Appropriate Care

- De activiteitsgraad binnen de TF AC was uitzonderlijk met veel ruimte voor discussie binnen een transparant kader. De TF AC kon hierbij rekenen op een duidelijk beschreven intern proces met ondermeer een innovatieve en goede ICT-ondersteuning ivm de stemprocedures, de feedback fiches en de follow-up fiches.

- De samenstelling van de TF AC was zeer divers en men is erin geslaagd om mogelijke belangenconflicten te vermijden en mogelijke individuele belangen van leden te overstijgen. Elk lid hield zich loyaal aan deze afspraken. De grote diversiteit binnen de expertengroep werd als een verrijking ervaren.

- De leden van de TF AC weerhielden in hun meeting van 8 juli 2021 de volgende aandachtspunten:
  - Binnen de gekozen initiatieven zal er ook nog wel een prioriteitenlijst moeten worden opgesteld, nu ook de gezondheidszorgdoelstellingen gekend zijn. Hierbij kan mogelijk voorrang gegeven worden aan voorstellen die door de AOC's of andere indieners zelf verder uitgewerkt kunnen worden. Good practice financieel aanmoedigen en omgekeerd met extra aandacht voor innovatieve technieken die een bewezen meerwaarde inhouden.
  - Er is nood aan administratieve vereenvoudiging en daarbij moet men zeker oog hebben voor het vermijden van zware en tijdrovende procedures om tot concrete resultaten te komen (vbn. TGR, CTG, …). Dit alles evenwel met een voldoende draagvlak binnen de AOC's. Een aangepast efficiënter traject is noodzakelijk.
  - Een rode draad in vele discussies is de absolute noodzaak aan een geïntegreerd interprofessioneel dossier, zo niet wordt appropriate care moeilijk te realiseren.
  - Het zeer transparant proces binnen de TF AC kan een stimulans zijn om het terrein verder te sensibiliseren en aan te zetten voor een verdere aanbreng in templates met concrete voorstellen. Men moet hierbij de mogelijkheid behouden om continu voorstellen AC in te dienen mits het zorgen voor een goede regulatie en evaluatie van die voorstellen.
  - Toegankelijk van de gezondheidszorg is een belangrijke gezondheidszorgdoelstelling en men moet waken over de mogelijke perverse effecten die kunnen voortvloeien uit de ingediende voorstellen AC. Meer doelmatigheid bij de terugbetaalde zorgen kan in sommige gevallen leiden tot bijkomende kosten ten laste van de patient en gedaalde toegankelijkheid van de zorgen, en dat is te vermijden.
  - Uitgewerkte voorstellen die leiden tot hervormingen van de gezondheidszorg moeten compatibel en synergetisch zijn en als een geheel bekeken worden. Geen ziekenhuishervorming zonder aandacht en versterking voor en van de eerste lijn, reform nomenclatuur, derde betalende, kwaliteit van zorg, ontschotting stimuleren, geïntegreerd interprofessioneel dossier, ed…
  - Mogelijk moet er gekozen worden voor een eerste deel top-down (grote lijnen in lijn met regeerakkoord) en dan meer concretisering bottom-up van zorgdoelstellingen en appropriate care

- De leden van de TF AC beamen dat de vooropgestelde timing veel te ambitieus was, doch dit gegeven had ook het voordeel dat er bijzonder hard moest worden gewerkt om de doelstellingen te halen en dit onmiskenbaar ook de groep experten en de administratie extra heeft gestimuleerd. Er is noodzaak aan een zeer concreet vervolg hetgeen inhoudt dat men de prioritair gekozen voorstellen snel moet implementeren!

- De governance-structuur met 3 TFs en een WCS kan doelmatiger, maar daar is iedereen het ondertussen wel over eens. Ondanks de moeilijke context om te werken binnen een al te strakke timing zijn de leden akkoord om ook in de toekomst blijvend betrokken te worden bij de werkzaamheden.

IV.3. Methodologische voorwaarden

- Het basisuitgangspunt voor de integratie van nieuwe initiatieven is vanzelfsprekend om eerst de budgettaire ruimte te bepalen door de voorspelde uitgaven (bij ongewijzigd beleid) te vergelijken met de begrotingsdoelstelling. Nieuwe transversale initiatieven, die kaderen in meerjarige gezondheids(zorg)doelstellingen, worden in een nieuwe transversale begrotingslijn (gezondheidszorgdoelstellingen en appropriate care) opgenomen.

1. Inschatting van de budgettaire ruimte

- Zolang de coördinatie met PROMES niet verzekerd is (zie verder bij structurele aanpassingen), is het aangewezen om bij het opstellen van de begroting voor 2022 te vertrekken van de technische ramingen, die werden toegelicht in IV.1 van dit rapport.

- Omwille van de COVID-pandemie bevinden we ons nu wel in een situatie van grote onzekerheid over het te verwachten toekomstige verloop van de uitgaven. De blijvende kosten gerelateerd aan de pandemie (bv. vaccinatie, testen) zijn moeilijk te voorspellen. Nog moeilijker te voorspellen zijn de gevolgen van long COVID en de bijkomende uitgaven verbonden aan het inhalen van uitgestelde zorg. Zal de gezondheidszorgsector (zowel de eerste lijn als de ziekenhuizen) in staat zijn de capaciteit voldoende uit te breiden om in die inhaalzorg te voorzien? Was de daling van sommige uitgaven misschien een indicatie dat er de vorige jaren overconsumptie was? Bij dit alles moet bovendien voor ogen gehouden worden dat de onzekerheid niet enkel slaat op de globale uitgaven, maar ook op de verdeling van de uitgaven over de verschillende sectoren.

- We stellen voor om te vertrekken van het uitgangspunt dat de kosten die rechtstreeks gerelateerd zijn aan de pandemie, ook in de volgende jaren buiten begrotingsdoelstelling blijven en gefinancierd worden via de techniek van de interdepartementale provisie. Voor de andere uitgaven is het vertrekpunt dat het gewone groeipad (zonder COVID), zoals dat uit de jaren vóór 2020 kan afgeleid worden, blijft gelden. Dit is natuurlijk slechts een voorlopige benadering. In de nabije toekomst is er gedetailleerd onderzoek nodig over het effect van COVID op de waarschijnlijke evolutie van de uitgaven, waarbij ook rekening gehouden wordt met de evoluties in andere landen. In elk geval is het noodzakelijk om de toekomstige evolutie van de uitgaven van zeer dichtbij te monitoren.

- De budgettaire ruimte voor nieuwe initiatieven kan dan afgeleid worden uit de vergelijking van de technische ramingen met de vooropgezette begrotingsdoelstellingen. We herhalen hierbij:
  - Bijkomende ruimte kan gecreëerd worden door de besparingen gerealiseerd via de initiatieven appropriate care. Dergelijke initiatieven zullen dynamische effecten hebben: wanneer ze uitgevoerd zouden worden, zal dit niet enkel een impact hebben voor 2022, maar ook voor de volgende jaren. Dat geldt niet enkel voor de besparingseffecten, maar ook voor nieuwe initiatieven in het kader van de doelstellingen: die zullen niet enkel de budgettaire ruimte van 2022 affecteren, maar ook die van de volgende jaren. Een voorzichtige en zorgvuldige analyse is dus noodzakelijk.
  - De zorgvuldige monitoring van de uitgaven (ook aan COVID gerelateerd) kan tot gevolg hebben dat de inschatting van de structureel beschikbare budgettaire ruimte naar boven of naar beneden moet aangepast worden.

- In de huidige oefening werd grotendeels abstractie gemaakt van belangrijke uitdagingen met mogelijk grote budgettaire implicaties, zoals bijvoorbeeld het farmapact, de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de hervorming van de nomenclatuur. Om in de toekomst een coherent beleid met langetermijndoelstellingen uit te werken kunnen deze elementen natuurlijk niet apart gehouden worden, maar moeten ze geïntegreerd worden in een coherente langetermijnbeleidsvisie.

2. Praktische organisatie

- Vergelijking van de globale begrotingsdoelstelling met de technische ramingen levert een schatting op van de beschikbare budgettaire ruimte voor nieuwe transversale initiatieven in het kader van expliciete gezondheids(zorg)doelstellingen. We stellen voor om de uitgekozen transversale initiatieven op te nemen in een nieuwe “transversale lijn gezondheidszorgdoelstellingen en appropriate care” in de begroting. In de volgende sectie gaan we dieper in op de wijze waarop deze transversale lijn in de toekomst zou kunnen functioneren. Dit neemt niet weg dat ook in de aparte sectoren nieuwe initiatieven mogelijk blijven.

IV.4. Structurele aanbevelingen

1. Langetermijnkader

- De neiging bestaat om een meerjarenbegroting in te passen in een legislatuur. Maar echte gezondheidszorgdoelstellingen (en a fortiori gezondheidsdoelstellingen) en strategische heroriëntaties kunnen niet binnen zo een korte periode gerealiseerd worden. Coherent beleid moet dan ook de duur van de legislatuur overschrijden. Belangrijk is dat er een globaal project op langere termijn (bv. 10 jaar) wordt uitgewerkt. Hierbij moet gestreefd worden naar een benadering van "health in all policies". Bovendien moeten strategische doelstellingen op federaal niveau gecoördineerd worden met de doelstellingen van de deelstaten. Realistisch moet er echter van uitgegaan worden dat een nieuwe regering steeds haar eigen klemtonen zal willen leggen. Daarom wordt in wat volgt het begin van een nieuwe legislatuur wel als een belangrijk scharnierpunt gezien.

- Langetermijndoelstellingen moeten op de een of andere manier duurzaam en democratisch verankerd worden. Verder overleg is noodzakelijk om een gedragen voorstel uit te werken over de wijze waarop dit zou kunnen geïmplementeerd worden.

2. Bij begin legislatuur

- Bij het begin van de legislatuur wordt een meerjarenbegroting opgesteld, waarbij expliciet gezondheids(zorg)doelstellingen geïntegreerd worden. De brede contouren passen in het hierboven geschetste langetermijnkader en er wordt naar gestreefd om de continuïteit met eerder geformuleerde doelstellingen en met goed lopende bestaande initiatieven te verzekeren. Tegelijkertijd wordt er vanzelfsprekend ook rekening gehouden met de beleidsaccenten van de nieuwe regering.

- Tijdens de eerste maanden van een nieuwe legislatuur wordt, naar analogie met 2021, een open ronde georganiseerd waarin iedereen nieuwe voorstellen kan indienen. Zoals hierboven benadrukt, moet de governance van deze operatie hertekend worden, en moet de oproep voor nieuwe initiatieven expliciet verwijzen naar het vastgelegde kader van de gezondheids(zorg)doelstellingen.

- Om een langetermijntraject uit te tekenen, moet vertrokken worden van een meerjarenraming van de uitgaven bij ongewijzigd beleid. In de toekomst zou meer dan nu gebruik moeten gemaakt worden van de complementariteit tussen de technische ramingen van RIZIV en de simulatieresultaten van PROMES. Vermits beide benaderingen hun eigen finaliteit hebben, kan het niet de bedoeling zijn om "dezelfde" predicties te krijgen, wel om een gemeenschappelijk advies af te leveren. Desgevallend kan er op technische gronden een bandbreedte (met minima en maxima) worden voorgesteld, maar uiteindelijk moet de begroting natuurlijk gebaseerd zijn op één cijfer.

- Concrete initiatieven en budgetten worden vastgelegd binnen het kader van de langetermijndoelstellingen. Bij de formulering van nieuwe initiatieven worden de te verwachten budgettaire impacten ingeschat door RIZIV en door PROMES (voor zover de initiatieven betrekking hebben op variabelen of mechanismen vervat in het model). Bij het combineren van de informatie van beide bronnen wordt er ook naar gestreefd om alle beschikbare relevante wetenschappelijke evidentie mee in de analyse op te nemen. Uiteindelijk moet er dan wel een akkoord ontstaan over één centrale raming (desgevallend met een betrouwbaarheidsinterval).

- Op basis van dit langetermijntraject en rekening houdend met vroeger gemaakte afspraken worden meerjarige partiële begrotingsdoelstellingen vastgelegd. Deze voorgestelde partiële begrotingsdoelstellingen reflecteren ook beleidskeuzes die gemaakt worden met betrekking tot het relatieve belang van de verschillende sectoren in het kader van expliciet geformuleerde doelstellingen. De "extrapolaties" bij ongewijzigd beleid vormen wel een noodzakelijke input om het overleg te sturen.

- Vergelijking van de globale begrotingsdoelstelling en de (beleidsmatig vastgelegde) partiële begrotingsdoelstellingen levert een schatting op van de beschikbare budgettaire ruimte voor nieuwe initiatieven in het kader van expliciete gezondheidszorgdoelstellingen. Deze beschikbare ruimte voor nieuwe transversale initiatieven leidt tot een "transversale lijn" in de begroting, waarover advies wordt gegeven door een Adviescomité Gezondheidszorgdoelstellingen en Appropriate Care (zie verder). Deze transversale lijn mag niet functioneren als een soort van "addendum", maar veronderstelt de participatie van alle betrokkenen.

- Zoals verder toegelicht, is het niet noodzakelijk om de eventuele marge volledig naar de transversale lijn te verschuiven. Ook in de aparte sectoren kunnen nieuwe initiatieven mogelijk blijven. De uiteindelijke beslissingen hierover worden genomen door het Verzekeringscomité en de Algemene Raad.

- Als resultaat van deze procedure:
  - komt er een engagement van de Regering, het Verzekeringscomité en de Algemene raad om de meerjarenplanning te respecteren.
  - betuigen alle commissies hun akkoord om de partiële begrotingsdoelstellingen en het bijhorende meerjarenplan te vertalen naar meerjarige overeenkomsten en akkoorden.
  - monitort de Commissie voor begrotingscontrole voortaan ook meerjarige partiële begrotingsdoelstellingen (op budgettair, niet op inhoudelijk vlak).

3. Jaarlijkse procedure

- In grote lijnen kan de huidige procedure gevolgd worden, maar er komt een belangrijke tussenstap waar het meerjarenkader en de gezondheids(zorg)doelstellingen worden geëvalueerd. De akkoorden- en overeenkomstencommissies, het Verzekeringscomité, de Commissie voor begrotingscontrole, de Algemene raad behouden de functies die ze ook nu reeds vervullen, maar de jaarlijkse behoeftelijsten worden vervangen door de nieuwe procedure van meerjarenplannen met engagement bij het begin van de legislatuur en regelmatige inbreng van nieuwe ideeën via de hoger geschetste inspraakprocedure. Dit neemt niet weg dat ad hoc beslissingen (ook op vraag van individuele sectoren) mogelijk blijven indien ze duidelijk verantwoord zijn.

- Elk van deze instanties houdt rekening met de engagementen over het meerjarenkader die zijn aangegaan in het begin van de legislatuur. Deze engagementen worden echter elk jaar geactualiseerd op basis van de nieuwe informatie. Het is absoluut noodzakelijk de evolutie van de uitgaven zorgvuldig te monitoren en desgevallend de langetermijnperspectieven aan te passen. Ter herinnering: tijdens de volgende jaren zal de monitoring van de effecten van COVID een cruciale factor vormen in dit proces.

- Er komt een Adviescomité Gezondheidszorgdoelstellingen en Appropriate Care dat op regelmatige basis samenkomt en op basis van de input geleverd door de andere organen (inclusief de auditrapporten en het rapport van de Commissie voor begrotingscontrole) adviezen uitbrengt met de volgende componenten:
  - voorstellen van transversale initiatieven die binnen de transversale lijn gefinancierd worden.
  - bij overschrijding van de globale begrotingsdoelstelling een evaluatie van waar in de eerste plaats naar besparingen kan worden gezocht (in het licht van de meerjarige doelstellingen en rekening houdend met de wetenschappelijke evidentie).
  - beoordeling (vanuit beleidsstandpunt) van de overschrijdingen/onderschrijdingen mbt partiële begrotingsdoelstellingen.
    - ✓ indien onderschrijdingen:
      - wanneer de onderschrijding verklaard wordt door verkeerde initiële inschattingen, wordt de marge (die in jaar T geobserveerd wordt voor de uitgaven van jaar T-1) voor het jaar T+1 getransfereerd naar de transversale lijn. Er kan ook overwogen worden om een gedeelte van de marge te gebruiken voor interessante initiatieven binnen de sectoren.
      - wanneer de onderschrijding het gevolg is van grotere dan verwachte besparingen, kan de marge het beste minstens gedeeltelijk in de desbetreffende sector blijven, ook om de juiste incentives te creëren.
    - ✓ bij overschrijdingen:
      - indien verklaard door verkeerde initiële inschattingen of door structureel verklaarbare factoren, kan de desbetreffende partiële begrotingsdoelstelling naar boven worden aangepast. Er moet dan wel gewaakt worden over het globale budgettaire evenwicht.
      - indien te wijten aan “ongewenste” factoren, worden van de betrokken sector besparingsvoorstellen verwacht.

- Evaluatie van de nieuwe initiatieven en van de acties appropriate care die in het kader van de meerjarenbegroting en de gezondheids(zorg)doelstellingen in de vorige jaren getroffen werden. Deze evaluatie houdt niet enkel rekening met de budgettaire effecten, maar ook met de gevolgen in termen van doelstellingen. Hierbij worden directe en indirecte effecten meegenomen vanuit een transversaal perspectief (en bij voorkeur zelfs breder dan de ziekteverzekering). Het Adviescomité Gezondheidszorgdoelstellingen en Appropriate Care formuleert een voorstel over welke mislukte initiatieven beter worden afgevoerd.

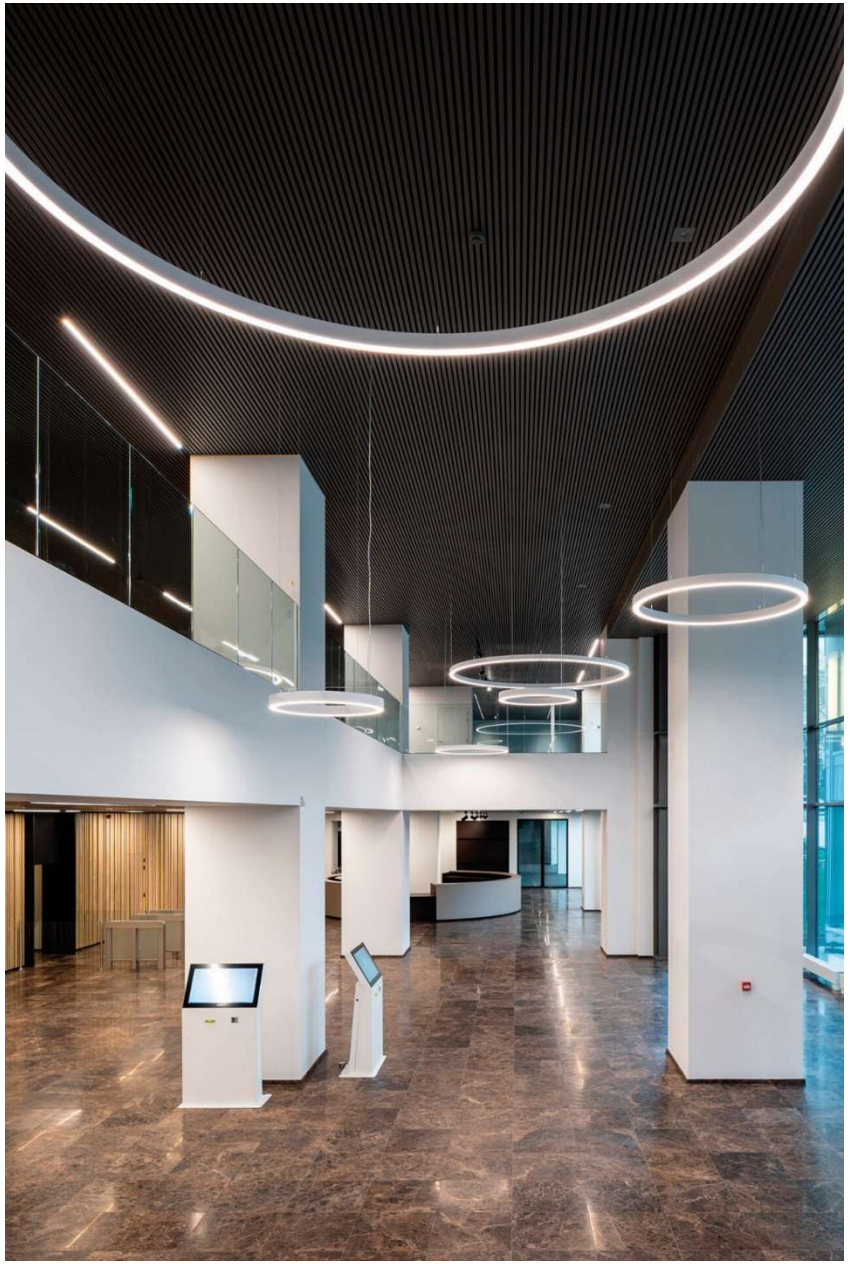
- Bij dit alles bouwt het Adviescomité natuurlijk verder op de doelstellingen en initiatieven die eerder werden geformuleerd, op de in dat verband geformuleerde/besliste prioriteiten, en op de lange-termijn strategische opties die in het globaal tienjarenproject naar voor geschoven werden. Het advies moet in de eerste plaats wetenschappelijk onderbouwd zijn en praktisch implementeerbaar.

4. Samenstelling Adviescomité Gezondheidszorgdoelstellingen en Appropriate Care

✧ Het Adviescomité heeft slechts een adviserende rol en geen beslissingsbevoegdheid, en is best een orgaan waar nieuwe ideeën kunnen naar voor gebracht worden en waar transversaal gedacht wordt. Tegelijkertijd moet het ook voeling hebben met de uiteindelijke beleidsvoerders. Het is daarom aangewezen een mix te hebben van externe experten en vertegenwoordigers van het Verzekeringscomité, gekozen op basis van hun competentie.

5. Noodzakelijke juridische stappen

✧ In deze nota worden verschillende specifieke keuzes opengelaten en blijven vele (ook technische en juridische) vragen nog onbeantwoord. In de volgende maanden zou hierover verder moeten gereflecteerd worden zodat ten laatste tegen eind 2021 een volledig uitgewerkt voorstel op de tafel ligt.



V. Conclusions

Intentieverklaring

- Het meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024, dat tot stand kwam dankzij drie task forces, een wetenschappelijk comité en een stuurgroep, is een antwoord op het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité en de Algemene Raad van de voorbije jaren, waarbij het Verzekeringscomité en de Algemene Raad naar een voorspelbare meerjarenbegroting op basis van een meerjarenplan met visie vroegen. Het "Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging" kadert eveneens binnen de doelstellingen van het federale regeerakkoord, en in het bijzonder:

  - De regering zal niet alleen nieuwe middelen injecteren; zij zal ook hervormen op basis van duidelijke gezondheidsdoelstellingen die de kwaliteit verhogen, de gelijke toegang verbeteren en uitgaven terugdringen die niet ten goede komen aan patiënten en zorgverleners. (…)

  - De wettelijke groeinorm zal niet enkel dienen ter financiering van het volume-effect in de vraag maar moet ook nieuwe zorginitiatieven mogelijk maken die mee ten dienste staan van het realiseren van de vooropgestelde gezondheidszorgdoelstellingen en het verlagen van de patiëntenfactuur. Dit betekent dat de groeinorm niet langer van meet af aan verdeeld en toegekend wordt aan de verschillende partiële doelstellingen, maar dat, na medisch-sociaal overleg, hierrond specifieke keuzes worden gemaakt (bv. de uitbreiding van het verzekerd pakket, het verbeteren van de toegankelijkheid, een versterking van de eerste lijn, het verbeteren van de kwaliteit, het introduceren van innovatie ten dienste van de patiënt, het mogelijk maken van 'change management' en het bevorderen van geïntegreerde zorg).

- Met de inzameling van de voorstellen van gezondheidszorgdoelstellingen en Appropriate Care wordt voldaan aan artikel 38 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Samen met de technische ramingen is het rapport "Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging" bijgevolg de vertrekbasis om een begrotingsvoorstel te formuleren dat ten laatste op 4 oktober dient te worden gestemd. Het is de uitdrukkelijke wens van het Verzekeringscomité en de Algemene Raad dat het uiteindelijke budget 2022 aansluit bij de geformuleerde gezondheidszorgdoelstellingen, voorgestelde initiatieven en structurele aanbevelingen (incl. de nodige marge voor 'change management') voorgesteld in het kader van het rapport "Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging" zonder daarbij andere dossiers die buiten de scope van het project waren, te vergeten. Zodoende kan in het kader van het budget 2022 de in het rapport uitgewerkte innovatieve en transversale methodologie die een nog meer patiëntgerichte middellangetermijn strategie voor de ziekteverzekering in de stelling brengt, een eerste keer praktisch getoetst worden. Het tussentijdse rapport "Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging" zal daarom voor 1 augustus 2021 aan de akkoorden en overeenkomstencommissies worden overgemaakt.

- In de schoot van het Verzekeringscomité wordt een werkgroep opgericht, aangevuld met vertegenwoordigers van de sociale partners. Deze werkgroep krijgt de opdracht het "Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging" verder uit te werken, hiervoor de nodige overlegmomenten te voorzien en ten laatste op maandag 20 december 2021 haar definitieve rapport aan het Verzekeringscomité en de Algemene raad voor te stellen. De werkgroep kan hiervoor rekenen op de ondersteuning van het RIZIV. Het eindrapport zal dieper ingaan op het formuleren van aanbevelingen met betrekking tot de structurele hervormingen van budgettaire aard alsook de methodologie van het meerjarenkader op basis van gezondheidszorgdoelstellingen, een coherent beleidsvoorstel en de vlotte operationalisering van de acties Appropriate Care.

SECTION III : Aanvullend rapport

INAMI-RIZIV

Inhoud

I. Introduction

1. Oprichting WGT.QA
2. Governance
3. Expectations FRF

II. Methodology

1. Beschrijving van de werkzaamheden
2. Tijdslijn

III. Results - Expectations FRF

1. Finaal rapport vertrekt vanuit intermediair rapport
2. De Quintuple Aim blijft de opdracht van het rapport
3. Extra aandachtspunten : innovatie en transversaliteit
4. Finalisatie ingediende voorstellen *(templates)*
5. Coherent beleidsvoorstel
6. Begrotingsopmaak
7. Incentiveringsmodel

IV. Conclusions

I. Introduction

I.1. Oprichting WGT.QA

Werkgroep Groupe de Travail Quintuple Aim

- De WGT.QA werd opgericht in navolging van de intentieverklaring door het CGV *(nota CGV_2021_241)*:

> *In de schoot van het Verzekeringscomité wordt een werkgroep opgericht, aangevuld met vertegenwoordigers van de sociale partners. Deze werkgroep krijgt de opdracht het "Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging" verder uit te werken, hiervoor de nodige overlegmomenten te voorzien en ten laatste op maandag 20 december 2021 haar definitieve rapport aan het Verzekeringscomité en de Algemene raad voor te stellen. De werkgroep kan hiervoor rekenen op de ondersteuning van het RIZIV. Het eindrapport zal dieper ingaan op het formuleren van aanbevelingen met betrekking tot de structurele hervormingen van budgettaire aard alsook de methodologie van het meerjarenkader op basis van gezondheidszorgdoelstellingen, een coherent beleidsvoorstel en de vlotte operationalisering van de acties appropriate care.*

- **De volgende opdrachten werden vastgelegd door het CGV (nota CGV_2021/301 corr.):**

1. Opstellen eindrapport
2. Afwerken reeds beschikbare templates met voorstellen
3. Verwerken nieuwe voorstellen GDOS-AC (in te dienen vanaf 2022)

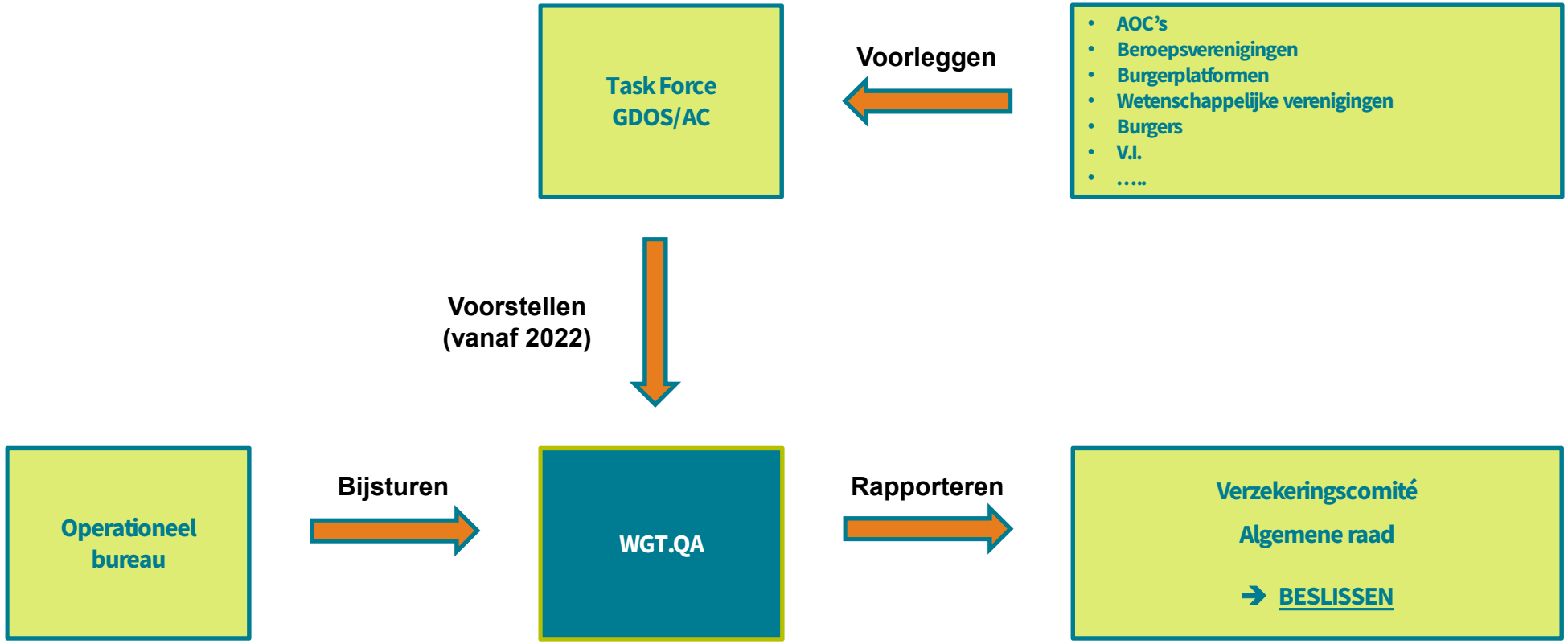
✧ De WGT.QA stelt voor om een **vierde opdracht** toe te voegen, met name de opvolging van het begrotingstraject. Voor de opvolging van het begrotingsakkoord 2022 (zie III.1. Finaal rapport vertrekt vanuit intermediair rapport) werd hiertoe de volgende procedure afgesproken:

- De 15 projecten opgenomen binnen het vooropgestelde budget van 123.650.000 € worden verwerkt volgens de beschreven principes van de agile/scrum-methode (zie roadmap op pagina 8).
- Deze 15 projecten zijn allemaal transversaal en vereisen dus een breedgedragen aanpak.
- De 15 vooropgestelde voorstellen worden elk beschouwd als een sprint.
- Het intern RIZIV-QA-team treedt op als “product owner” en geeft bij elke sprint de richting aan na overleg en richtlijnen vanwege de WGT.QA:

  - ✓ een projectleider wordt aangeduid voor elke sprint en zorgt voor de volledige afwerking van het project (vb. voorzitter dentomut voor sprint 14 – 45 mio tandartsen) en betrekt hierbij alle nodige actoren (AOC’s, interne en externe experten, e.a.)
  - ✓ een maandelijkse rapportering gebeurt aan de WGT.QA en de evolutie van de sprint is te volgen op het scrumboard binnen het SharePoint-platform (ook toegankelijk voor alle leden CGV en ARGV = transparantie)
  - ✓ een gerichte timing wordt afgesproken per sprint
  - ✓ een duidelijke budgettering wordt vastgelegd per sprint met motivatie bij afwijking initieel budget
  - ✓ de WGT.QA rapporteert aan het CGV/ARGV op regelmatige basis (de leden kunnen tevens volgen op het SharePoint platform)
  - ✓ de WGT.QA bewaakt tevens of de concrete uitgewerkte voorstellen beantwoorden aan de QA en de vastgelegde gezondheids(zorg)doelstellingen en appropriate care

I.2. Governance

✧ De governance die werd vastgelegd door het CGV op 4/10/2021 (nota CGV_2021/301 corr.) **was** de onderstaande. Dit is nadien gedeeltelijk aangepast tijdens de vergaderingen van WGT.QA en **de finale versie van dit schema is terug te vinden in punt III.4 van de huidige sectie**.



- **Samenstelling WGT.QA**

✧ De samenstelling van de werkgroep volgt de filosofie van een breed gedragen vertegenwoordiging van alle betrokkenen binnen de AR en VC, dit om garant te staan voor een volledige transparantie en betrokkenheid van en naar alle actoren. Deze brede vertegenwoordiging is onontbeerlijk om de vele multidisciplinaire voorstellen op een gepaste manier te behandelen.

✧ Elk lid wordt evenwel een stemquotum toegekend in functie van de wettelijk vastgelegde vertegenwoordiging binnen de AR/VC. Een werkend lid wordt verbonden met een vaste plaatsvervanger. De leden worden aangeduid door de organisatie die ze vertegenwoordigen:

- Er worden 7 leden voorzien voor de 7 verzekeringsinstellingen. De taalpariteit kan bekomen worden door de plaatsvervanger van een andere taalrol te voorzien. De uiteindelijke invulling en het daarbij horende stemkapitaal wordt overgelaten aan de politieke NIC.
- Er worden 6 leden voorzien voor de artsensyndicaten (3 BVAS, 2 Het Kartel en 1 AADM). Elk artsensyndicaat beschikt ook over een eigen stemkapitaal in functie van hun vertegenwoordiging in het VC.
- Voor apothekers, zorginstellingen en de vertegenwoordigers van de werkgevers en de werknemers worden wel telkens 2 mandaten voorzien, zodat er ééntje per taalrol kan worden voorzien.
- De paramedici worden allemaal als lid voorzien, evenwel met voor elkeen een eigen stemkapitaal.

Voorzitter :	Alain Van Hende	
Ondervoorzitter :	Tom Verdonck	
Experten RIZIV :	Benjamin Damanet	Krista Goorts
	Cindy Opdebeeck	Pascale Dissy

Effectieve leden	Vervangende leden	Organisatie
Landtmeters Bernard	Van Gorp Luc	V.I.
Cès Sophie	Derroitte Elise	V.I.
Perl François	Laasman Jean-Marc	V.I.
Demyttenaere Bart	Callewaert Paul	V.I.
Ceuppens Ann	Macken Evelyn	V.I.
Vanrillaer Vanessa	Gielen Marijke	V.I.
Luyten Steven	Bonnewyn Carina	V.I.
Bejjani Gilbert	Dehaes Bart	Artsen
Moens Marc	De Toeuf Jacques	Artsen
Herry Luc	Zaeytydt Pierre	Artsen
Gevaert Thomas	Creemers Michel	Artsen
Bauval Marcel	Goubella Ahmed	Artsen
Vercammen Dieter	Van Giel Roel	Artsen
Hanson Stefaan	Devriese Michel	Tandartsen
Storme Michael	Chaspierre Alain	Apothekers
Hermans Marcel	Verhelle Katy	Apothekers
Cloet Margot	Lanssiers Patricia	Zorginstellingen
Hallet Benoît	Herbaux Denis	Zorginstellingen
Hens Evelyne	Bertels Jan	Minister van volksgezondheid
Lange Bernard	Schoenmaeckers Jeroen	Minister van sociale zaken
Peferoen Christophe	Van Hoyweghen Laurent	Staatssecretaris voor begroting
Ledent Nicolas		Minister van middenstand
Brassinne Eric	Dieleman Luk	Kinesisten
Van Gansbeke Hendrik	Peters Edgard	Verpleegkundigen
Bossens Carole	Reyns Marlene	Vroedvrouwen
Seeuws Pierre	Guisset Marc-Eric	Ergotherapeuten
De Winter Diane	Berteele Xavier	Bandagisten
Wouters Dominique	De Schepper Marc	Verstrekkers implanten
Kennis Jolien	De Jonghe Nathalie	Diëtisten
Janssens Hilde	Beni Kathleen	Orthoptisten
De Vries Viviane	Segaert Thierry	Opticiens
Boey Ronny	Stegen Françoise	Logopedisten
Van Bever Hans	Jaspers Dominique	Audiciens
Haemels Carine		Podologen
De Bisschop Ineke	De Spiegelaere Tom	Vertegenwoordigers werkgevers
Van Rossen Edward		Vertegenwoordigers werkgevers
Panneels Anne	Van Lancker Hugo	Vertegenwoordigers werknemers
El Otmani Youssef	Léonard Anne	Vertegenwoordigers werknemers

- **Stemkapitaal van de verschillende organisaties**

Organisatie	Aantal leden	Stemkapitaal CGV	Stemkapitaal ARGV
V.I.	7	50 %	25 %
Artsen	6	15,9 %	0
Tandartsen	1	2,27 %	0
Apothekers	2	4,54 %	0
Zorginstellingen	2	11,36 %	0
Minister van volksgezondheid	1	0	5 %
Minister van sociale zaken	1	0	10 %
Staatssecretaris voor begroting	1	0	5 %
Minister van middenstand	1	0	5 %
Kinesisten	1	1,3275 %	0
Verpleegkundigen	1	1,3275 %	0
Vroedvrouwen	1	1,3275 %	0
Ergotherapeuten	1	1,3275 %	0
Bandagisten	1	1,3275 %	0
Verstrekkers implanten	1	1,3275 %	0
Diëtisten	1	1,3275 %	0
Orthoptisten	1	1,3275 %	0
Opticiens	1	1,3275 %	0
Logopedisten	1	1,3275 %	0
Audiciens	1	1,3275 %	0
Podologen	1	1,3275 %	0
Vertegenwoordigers werkgevers	2	0	25 %
Vertegenwoordigers werknemers	2	0	25 %
TOTAAL	**38**	**100 %**	**100 %**

- **Samenstelling van de andere groepen**

✧ Operationeel bureau:

- Het operationeel bureau heeft als doel om de werkgroep maximaal te ondersteunen in haar werking (HR, juridische bijstand, ed…).
- Dit bureau wordt voorgezeten door Brieuc Van Damme (DG DGV) t.e.m. 23/12/2021 en Jelle Coenegrachts (DG DGV a.i.) vanaf dan en aangevuld met Benoît Collin (AG RIZIV), Philip Tavernier (DG DGEC), Annick Poncé (DG FOD VVVL), Saskia Mahieu (vertegenwoordiging V.I.) en een vertegenwoordiger van de beleidscel.

✧ Task Force GDOS/AC :

- Nieuwe voorstellen. Zowel de roadmap als het intermediair rapport voorzien in de mogelijkheid om steeds nieuwe voorstellen GDOS en AC in te dienen.
- Deze voorstellen zullen op regelmatige basis vanaf 2022 terug worden voorgelegd. De concrete modaliteiten zullen in het kader van het eindrapport worden vastgelegd.

✧ RIZIV team binnen de WGT.QA :

- Voorzitter en ondervoorzitter van de WGT.QA :
  - ✓ Tweetalig
  - ✓ Nodige medische, paramedische en budgettaire kennis
- Ondersteunende equipe:
  - ✓ Uit verschillende directies binnen RIZIV
  - ✓ Zorgt voor de aansturing en de opvolging van het proces en van de voorstellen
  - ✓ Waakt over de snelle implementatie van de voorstellen alsook de conformiteit van de voorstellen aan de gezondheids(zorg)-doelstellingen en Appropriate Care

I.3. Expectations FRF

- De verwachtingen ivm. het eindrapport werden vermeld in de nota CGV_2021_297.

- Het eindrapport dient de basis te vormen voor een transparanter budget gezondheidszorg en voor een gezondheidsbeleid dat in samenwerking met een groot aantal actoren tot stand komt op basis van een coördinatie van gemeenschappelijke waarden en doelstellingen.

- Verwachtingen van CGV/ARGV met betrekking tot het te schrijven eindrapport:

1. **het eindrapport vertrekt van het tussentijds rapport**
2. **De Quintuple Aim blijft de opdracht van het rapport**
3. **Aan enkele aspecten van het rapport dient meer aandacht te worden besteed, zoals aan het element innovatie en het begrip "transversaal"**
4. **De fiches dienen binnen een redelijke termijn te worden afgewerkt (ook diegene die niet in eerste instantie weerhouden zijn) en de berekeningen inzake budgettaire impact moeten worden nagekeken**
5. **Het eindrapport bevat een coherent beleidsvoorstel op basis van gezondheidsdoelstellingen en gezondheidszorgdoelstellingen en flankerende of effectieve maatregelen**
6. **Het eindrapport gaat dieper in op de voorstellen in het tussentijds rapport inzake het begrotingsproces, de begrotingsopmaak en de opvolging van het budget**
7. **Het eindrapport voorziet in een incentiveringsmodel**

II. Methodology

II.1. Beschrijving van de werkzaamheden

- Op 3 februari 2021 werd het Verzekeringscomité via nota CGV 2021/036 op de hoogte gesteld van het initiatief om prioritair te werken rond het formuleren van gezondheidszorgdoelstellingen, om te werken rond het verhogen van de doelmatigheid in de zorg en om een methodiek te voorzien voor het bepalen van een dynamisch budgettair meerjarenkader.

- Op 1 maart 2021 vond de Kick off-meeting van het Meerjarig Begrotingstraject plaats.

- Daarbij werden de akkoorden- en overeenkomstencommissies op 22 maart 2021 uitgenodigd om zich te organiseren om gezondheidszorgdoelstellingen en prioritaire initiatieven te identificeren en om voorstellen in te dienen. In totaal werden ongeveer 100 voorstellen inzake gezondheidszorgdoelstellingen en 180 voorstellen Appropriate care ingediend door de akkoorden- en overeenkomstencommissies, alsook door andere stakeholders en onafhankelijke experten. De taskforces, het Wetenschappelijk comité en de Stuurgroep gingen er mee aan de slag.

- Het resultaat van de werkzaamheden werd gebundeld in het tussentijds rapport "Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024" dat, samen met een intentieverklaring, werd voorgelegd aan de Algemene raad en het Verzekeringscomité tijdens de gezamenlijke vergaderingen op 14 en 26 juli 2021.

- Tijdens deze gezamenlijke vergaderingen werd afgesproken dat:

  1. het tussentijds rapport aan de akkoorden- en overeenkomstencommissies zou worden overgemaakt die ze als inspiratiebron gebruiken om een begrotingsvoorstel te kunnen formuleren dat ten laatste op 4 oktober diende te worden gestemd op het Verzekeringscomité;

  2. binnen het Verzekeringscomité en de Algemene Raad een werkgroep opgericht zou worden die het tussentijds rapport verder zal uitwerken tot een definitief rapport met als deadline 20 december 2021.

- Op 29 juli 2021 werd het tussentijds rapport overgemaakt aan de akkoorden- en overeenkomstencommissies.

- In het kader van de begrotingsprocedure is voorzien dat het Verzekeringscomité een globaal voorstel bezorgt aan de Algemene Raad en de Commissie voor Begrotingscontrole uiterlijk op de eerste maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar. In concreto keurde op 4 oktober het Verzekeringscomité van het RIZIV met een grote meerderheid een voorstel voor de begroting van de geneeskundige verzorging 2022 voor een totaalbedrag van 31.755.422 duizend euro goed (nota 2021/297).

- Dit voorstel bevatte een nieuwe budgetlijn "Gezondheidszorgdoelstellingen en Appropriate Care" om de middelen voor de acties in het kader van de gezondheidszorgdoelstellingen of Appropriate Care vast te leggen. Voor 2022 is een beschikbare budgettaire marge van 123.650.000 € voorzien. De beschikbare marge werd toegewezen aan initiatieven die de volksgezondheid, in de brede betekenis van het woord, verbeteren en die passen binnen het kader van de Quintuple Aim.

- In diezelfde vergadering van 4 oktober 2021 werd de te oprichten werkgroep m.b.t. de finalisatie van het eindrapport Begrotingstraject besproken (nota CGV 2021/301 + nadien 301corr). Daarbij werden de uitgangspunten van de werkzaamheden vermeld:

  - het eindrapport vertrekt van het tussentijds rapport
  - de "Quintuple Aim" staat centraal in het rapport
  - aan enkele aspecten van het rapport dient meer aandacht te worden besteed, zoals aan innovatie en transversaliteit
  - de fiches dienen binnen een redelijke termijn te worden afgewerkt (ook diegene die niet in eerste instantie weerhouden zijn) en de berekeningen inzake budgettaire impact moeten worden nagekeken
  - het eindrapport bevat een coherent beleidsvoorstel met langetermijnvisie op basis van gezondheidsdoelstellingen en gezondheidszorgdoelstellingen en flankerende of effectieve maatregelen; ° het eindrapport gaat dieper in op de voorstellen in het tussentijdsrapport inzake het begrotingsproces, de begrotingsopmaak en de opvolging van het budget met uitwerking van een methodologie voor de toekomst.

- Ook werd de governance van het project, de samenstelling van de werkgroep, de ponderatie van de stemmen binnen de werkgroep en het huishoudelijk reglement besproken. Via schriftelijke procedure werd dit goedgekeurd (document CGV 2021/318).

- Artikel 40 § 1 van de GVU-wet bepaalt dat de Algemene Raad van de dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV uiterlijk de derde maandag van de maand oktober die aan het begrotingsjaar voorafgaat, zijn goedkeuring geeft aan de begroting, aan de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling en aan de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de overeenkomsten- en akkoordencommissies.

- Op 18 oktober 2021 keurde de Algemene Raad het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité goed (ARGV 2021/069). Bij het bedrag van 31.755.422 duizend euro werd tevens de beschikbare budgettaire marge van 123.650.000 € voor gezondheidszorgdoelstellingen of Appropriate Care goedgekeurd. Het bedrag werd toegewezen aan 15 projecten over vier domeinen:

  1. Secundaire en tertiaire preventie onder meer door middel van zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg
  2. Verbeteren van de levenskwaliteit
  3. Appropriate Care
  4. Financiële toegankelijkheid

- Het voorstel inzake de aparte budgetlijn “0. Transversale gezondheidszorgdoelstellingen” werd verder toegelicht en goedgekeurd op de Algemene Raad van 22 november 2021 (ARGV 2021/075).

- Op 14 oktober 2021 werden de diverse organisaties vertegenwoordigd binnen het Verzekeringscomité en de Algemene Raad uitgenodigd om vertegenwoordigers voor de werkgroep aan te duiden.

- Na de samenstelling van de gemengde werkgroep ontvingen de werkgroepleden op 4 november 2021 een vragenlijst m.b.t. de doelstellingen van de werkgroep. De vragenlijst diende als basis voor de werkzaamheden en het verder invullen en afwerken van het definitief rapport.

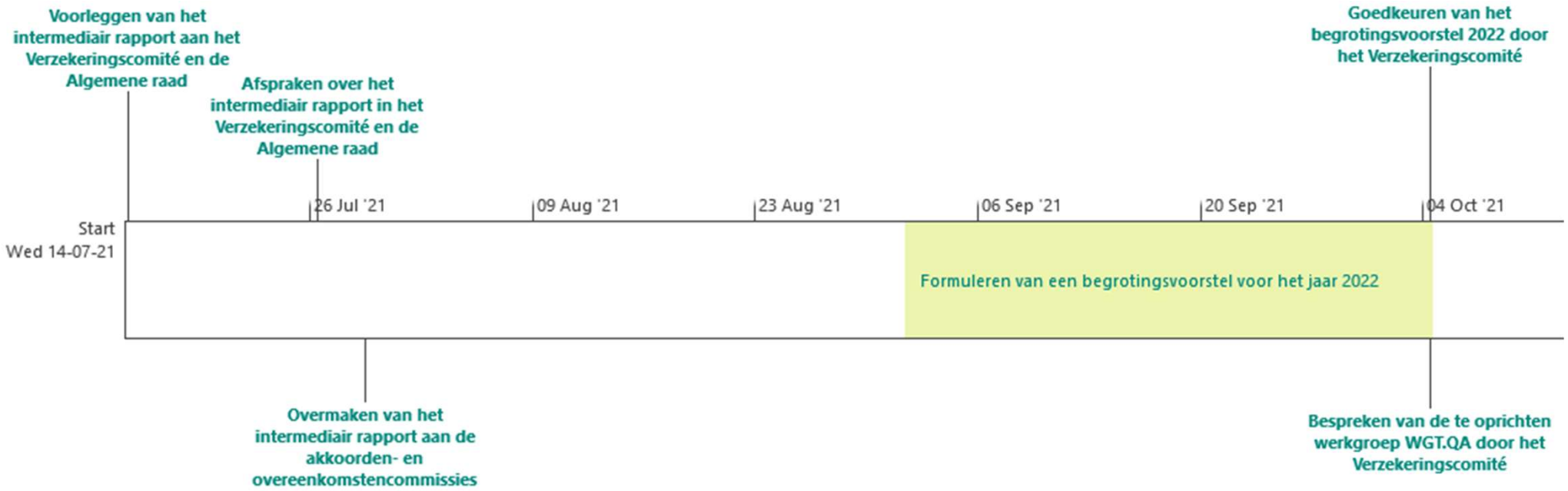
- De werkgroep kwam een eerste maal samen op 22 november 2021.

- In totaal werd 10 maal digitaal vergaderd.

- Tijdens de vergaderingen van het Verzekeringscomité en de Algemene Raad werd steeds een update gegeven van de werkzaamheden. Tijdens deze besprekingen werd de deadline voor het opleveren van het definitief rapport verplaatst naar 7 februari 2022.

- Op 7 februari 2022 werd het definitief rapport besproken tijdens een gemeenschappelijke vergadering Verzekeringscomité / Algemene Raad.

II.2. Tijdslijn



Goedkeuren van het begrotingsvoorstel 2022 door de Algemene raad
Goedkeuren van het voorstel inzake de aparte budgetlijn door de Algemene raad
Bespreken van het definitief rapport door het Verzekeringscomité en de Algemene raad
04 Oct '21
18 Oct '21
01 Nov '21
15 Nov '21
29 Nov '21
13 Dec '21
27 Dec '21
10 Jan '22
24 Jan '22
07 Feb '22
Finish
Mon 07-02-22
Opmaak van het definitief rapport
Aanduiden van vertegenwoordigers voor de werkgroep WGT.QA door het Verzekeringscomite en de Algemene raad
Vragenlijst aan de leden m.b.t. de doelstellingen van de werkgroep
Eerste vergadering WGT.QA
Vergadering WGT.QA
Vergadering WGT.QA
Vergadering WGT.QA
Vergadering WGT.QA
Vergadering WGT.QA
Vergadering WGT.QA
Vergadering WGT.QA
Vergadering WGT.QA
Vergadering WGT.QA

III. Results - Expectations FRF

III.1. Finaal rapport vertrekt vanuit intermediair rapport

- Het intermediair rapport was een inspiratiebron voor de opmaak van het budget 2022.

- Samenvatting resultaten intermediair rapport :

- Het intermediair rapport leverde heel wat tussentijdse resultaten op die bepaalde verwachtingen creëerden. Dit hoofdstuk gaat verder in op de behaalde resultaten, de tekortkomingen en actiepunten om tot remediëring van deze manco's te komen.

Task Force	Resultaten	Tekortkomingen

GDOS	• **5 vastgelegde gezondheidszorgdomeinen**
	
	• **ca. 100 extra voorstellen AC binnen templates GDOS**
		• Het criterium "aantal voorstellen ingediend" voor GDOS-selectie als prioritair beschouwen is niet optimaal en mag niet het enige zijn. Het IRI is niet exclusief.
		• Er is een zeker 'manco' van bepaalde GDOS.
		
		• Die 100 extra voorstellen AC binnen templates GDOS werden niet beoordeeld
		  • Voorbeeld:
		  • GDOS-009 = Seksualiteit → vaccinatie HPV minder bedeelde patiënten
		  • Bevat drie concrete voorstellen:
		  • Terugbetaling vaccinatie HPV bij alle jongens tot 18 jaar
		  • Terugbetaling vaccinatie HPV bij alle immuungedeprimeerde patiënten tot 45 jaar
		  • Sensibilisering van de regering over het belang van de HPV-vaccinatie en de preventie van aandoeningen gelieerd aan HPV
		
		• Geen follow-up templates beschikbaar
		  • Onvoldoende inzicht op de budgettaire impact en het te doorlopen traject

AC	• **ca. 180 voorstellen AC - deels geclusterd**	• Slechts een 20-tal follow-up templates beschikbaar
		  • Onvoldoende inzicht op de budgettaire impact en het te doorlopen traject van het grootste deel van de ca. 180 voorstellen
		  • Nood aan duidelijke timing en organigram voor afwerken resterende voorstellen

BUDGET	• **Voorlopige adviezen voor toekomstig budgettair kader**	• Enkel voorlopige conlusies • Onvoldoende beschikbare data om echte conclusies te trekken en voorstellen te formuleren

✧ Budget 2022 – Begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité *(nota CGV_2021_297)*

Gezondheidszorgdoelstellingen en appropriate care		Bedrag in 000 EUR
Secundaire en tertiaire preventie onder meer door middel van zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg		
1	Voortraject voor de patiënt met risico op diabetes en de opvolging van patiënten met diabetes	5.000
2	Zorgtraject voor kinderen met obesitas	5.000
3	Multidisciplinair perinataal (perinataal en postnataal) zorgtraject voor kwetsbare vrouwen, zie KCE-studie 326	10.000
4	Zorgpad rond de patiënt pre- en post abdominale orgaantransplantatie	4.900
5	Meer psychiatrische zorg, maar ook in somatische zorg voor jongeren met psychiatrische problemen	5.000
6	Reductie van de heropnames (nieuwe hospitalisatieperiodes) door de uitrol van een betere pulmonaire revalidatie en het verhogen van de levenskwaliteit van de betrokken patiënten door hun functionele mogelijkheden te verbeteren	5.000
7	Diverse projecten in het kader van secundaire en tertiaire preventie in de eerste lijn	13.730
Verbeteren van de levenskwaliteit		
8	Advanced care planning	400
Appropriate care		
9	Kinesitherapeutische zorg aangepast aan noden van de patiënten met hersenverlamming	820
10	Optimalisatie geneesmiddelengebruik	3.500
11	Uitbreiding van daghospitalisatie door het wegnemen van financiële belemmeringen (op ziekenhuisniveau enerzijds en op patiëntniveau anderzijds)	9.000
Financiële toegankelijkheid		
12	Vermindering van het plafond voor de maximumfactuur, in het bijzonder voor de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming	13.300
13	Uitbreiding systeem derdebetaler	0
14	Toegankelijke mond- en tandzorg	45.000
15	Transportkosten	3.000
	TOTAAL	**123.650**

- Het begrotingsvoorstel baseerde zich voor de opmaak op de inhoud van een aantal ingediende voorstellen (GDOS en AC). Bij wijze van voorbeeld is er een mogelijke relatie met ingediende templates:

Gezondheidszorgdoelstellingen en Appropriate Care				Bedrag in 000 EUR
Secundaire en tertiaire preventie onder meer door middel van zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg				
1	voortraject voor de patiënt met risico op diabetes en de opvolging van patiënten met diabetes			5.000
	Sector / zorgverstrekkers	Fiches met sterke link	Fiches met minder sterke link	
	Huisartsen Diëtisten Psychologen Kinesisten Artsen-specialisten Verpleegkundigen	GDOS-069 - Diabetes, obesitas MAC 026 - Réduire morbidité et mortalité liées au diabète par dépistage précoce en officine MAC 053- Ondersteuning diabetespatiënt in thuisverpleging MAC 015 a- Telegeneeskunde: INCAP (INtegrated CAre Program): remote monitoring diabetes patiënten die Medtronic insulinepomp gebruiken	GDOS-044.3 - Toegang tot tandheelkundige zorg diabetes antibio GDOS-052.2 - Nabije zorg - Thuisverpleegkunde -	

- Deze voorstelling toont de complexiteit aan om te komen tot een vlotte operationalisering:
  - Verschillende betrokken zorgverleners via verschillende AOC's, of soms geen AOC's → Welke aanpak?
  - Verschillende gerelateerde templates → Welke selectie? Welke templates weerhouden en welke niet?
  - NOOD aan gestructureerd, gestandaardiseerd model van aanpak (zie III.4)

- Manco's van het begrotingsvoorstel?
  - Niet alle vastgelegde gezondheidszorgdoelstellingen komen aan bod
    - → aan te vullen door WGT.QA vanaf 2022 (kader hiertoe wordt opgesteld)
  - De inhoud van de gekozen voorstellen is onvoldoende ingevuld en vatbaar voor interpretatie
  - De samenstelling en berekening van de vooropgestelde budgetten is niet weergegeven
  - De timing van de uitgaven is onduidelijk
  - Hoe de outcome wordt bepaald is niet weergegeven (bvb. uitbreiding derde betalende is enkel budgetneutraal indien er voldoende flankerende maatregelen worden ingevoerd – deze maatregelen moeten nog worden vastgelegd)
    - → de WGT.QA werkt een voorstel van uniforme procedure uit (zie III.4)

- Voorstel van de regeringsdelegatie aan de Algemene Raad van het RIZIV (nota ARGV_2021_069)
  - → De regering engageerde zich hierbij tot een eerste financiering vanuit het Europese relanceplan

3.11.Health Data Authority en veilig geïntegreerd en gedeeld patiëntendossier.

Om geïntegreerde multidisciplinaire, veilige, continue en doelmatige zorg te ondersteunen is een geïntegreerd, elektronisch en interprofessioneel patiëntendossier een absolute noodzaak. Het geheel moet het promoten en behalen van de geformuleerde gezondheids(zorg)doelstelling ondersteunen alsmede de paradigma shift in het zorgmodel, inclusief "value based healthcare". De Algemene Raad steunt dan ook de prioriteit die door alle zorgverstrekkers en mutualiteiten gedragen wordt, namelijk de invoering van het geïntegreerd, elektronisch en interprofessioneel patiëntendossier binnen een veilige omgeving. Dit wordt één van de primaire domeinen in de Roadmap eGezondheid en de Roadmap Health Data 2022-2024. In het totaal werd via het Europese relanceplan 29 miljoen EUR toegekend aan het RIZIV die tot en met 2025 kunnen worden geïnvesteerd.

		Bedrag in 000 EUR	
		2021-25	2022
Action 1	Support multidisciplinary care by making care sets available	5.000	1.250
Action 2	Extend electronic prescription capabilities	5.000	1.250
Action 3	Increase quality of prescriptions and reduce costs through Clinical Decision Support systems	4.000	1.000
Action 4	Create an integrated view on distributed medication information and activate the care use	4.000	1.000
Action 5	Operationalise teleconsulting	4.000	1.000
Action 6	Establish a Health Data Eco-System aligned with EC Open Data Market targets	7.000	1.750
	TOTAAL	**29.000**	**7.250**

III.2. De Quintuple Aim blijft de opdracht van het rapport

- Quintuple Aim wordt gebruikt als leidraad voor de strategische doelstellingen op langere termijn, maar ook voor operationele doelstellingen op korte termijn (procesdoelstellingen, structurele en organisatorische doelstellingen):
  - kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood
  - gezondheid van de bevolking
  - kosteneffectiviteit, d.w.z. de verhouding tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde waarden
  - rechtvaardigheid in de samenleving met speciale aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (d.w.z. niet enkel financieel) en met inclusie van verschillende vormen van diversiteit
  - welzijn van de zorgprofessionals.

- QA is niet per se een opdracht op zich, maar beschrijft eerder de "onderliggende waarden" die men nastreeft in de eerste 5 geselecteerde prioritaire domeinen inzake de gezondheidszorgdoelstellingen :
  - Preventieve zorg en chronische ziekten
  - Toegankelijkheid
  - Zorgtraject
  - Mentale gezondheid
  - Geïntegreerde zorg

- Per item van de QA worden er aan aantal suggesties en opmerkingen geformuleerd.

Kwaliteit van de zorg

(zoals ervaren door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en de zorgverleners)

- Dit onderdeel wordt gedefinieerd als de mogelijkheid om zorg te verlenen die de kans vergroot op het bereiken van de gewenste gezondheidsresultaten, en die overeenstemt met de huidige wetenschappelijke kennis.

- Concrete voorbeelden hiervan zijn bvb. de uitwerking van zorgpaden, het organiseren van de continuïteit van de zorg, enz. Een geïntegreerd, vlot toegankelijk en multidisciplinair digitaal medisch dossier is nodig voor een kwaliteitsvolle communicatie tussen de zorgverleners uit verschillende disciplines.

- Het is belangrijk om bij voorgestelde acties telkens duidelijk te beschrijven hoe de kwaliteitservaring bepaald zal worden (rol van PREM's en PROM's).

- Richtlijnontwikkeling kan gebruikt worden om effectieve en efficiënte zorg te omschrijven.

- De inbreng van de patiënt zelf (patient empowerment) wordt als belangrijk beschouwd omdat het juist opvolgen van het therapievoorstel en de therapietrouw zeer belangrijk zijn voor het succes van de behandeling. Ook in het kader van het garanderen van patiëntveiligheid. Deze eigen beleving dient in juiste verhouding gezien te worden ten opzicht de expertise van en de objectieve inschatting door de zorgprofessional

Gezondheid van de bevolking

- Het item “gezondheid van de algemene bevolking” wordt expliciet opgenomen in het regeerakkoord (2020) met enkele concrete doelstellingen voor de volksgezondheid. Zo wordt onder andere geambieerd om tegen 2030 de gezondheidskloof tussen mensen met het hoogste en het laagste aantal te verwachten gezonde levensjaren met minstens 25% te verkleinen. Ook werd opgenomen om het aantal vermijdbare sterfgevallen met 15% trachten terug te dringen.

- Om deze doelstellingen te realiseren zullen voorstellen vertaald moeten worden in concrete acties zoals bijvoorbeeld preventie en behandeling van obesitas in de bevolking.

- Een belangrijke educatieve rol dient door de zorgverleners opgenomen te worden bij de primaire preventie en de opvolging van chronische ziekten.

- De voedingstoestand van vele Belgische burgers is voor verbetering vatbaar met impact op de algemene bevolking.

- Er is nood aan meer aandacht voor de lichamelijke activiteitsgraad van de bevolking (beweging, sporten, enz).

- Innovatie is belangrijk zowel voor een verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking als om de kwaliteit van zorg te verbeteren: dit zou dan ook nadrukkelijker in beeld moeten komen.

Kosteneffectiviteit

- Het verbeteren van de kosteneffectiviteit gebeurt door het optimaliseren van de verhouding tussen de ingezette middelen en de bereikte resultaten.

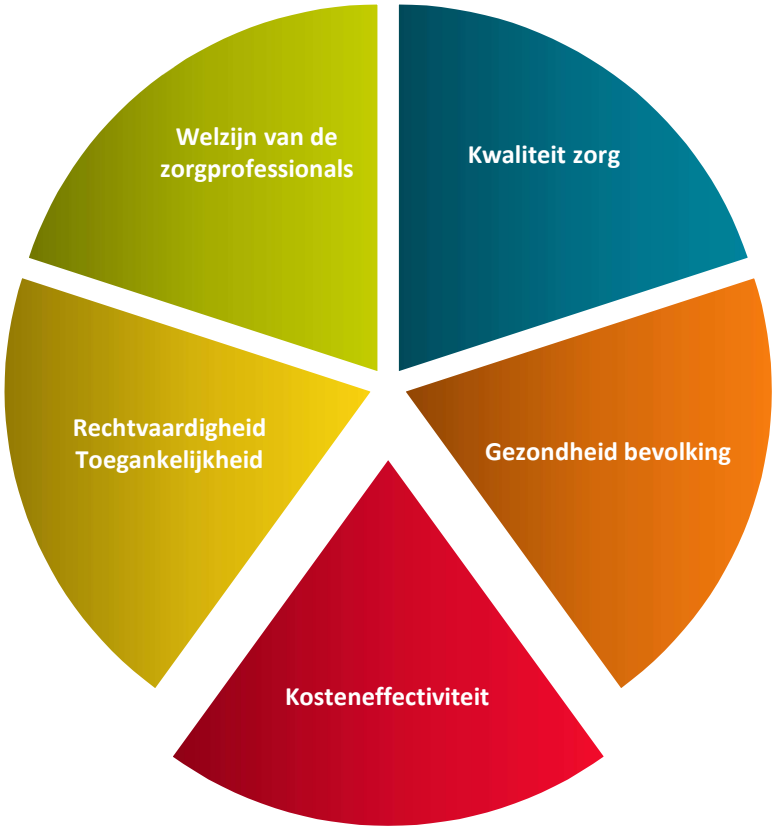
- Dit kan door overbodige en onnodig dure zorg te vermijden en dit gebaseerd op evidence based practice richtlijnen. Het verminderen van ongewenste praktijkvariatie is eveneens een doelstelling. Een optimaal gebruik van de middelen in de gezondheidszorg moet overuse, misuse en underuse reduceren. Ook kan gewerkt worden op het niveau van prijsregulatie.

- Het is belangrijk om rekening te houden met resultaten van pilootprojecten die werden gefinancierd door het RIZIV (bvb. Chronicare).

- Het nut van richtlijnontwikkeling om effectieve en efficiënte zorg te omschrijven is onbetwist. Actueel is de behoefte groter dan de ter beschikking gestelde middelen en procedures om richtlijnontwikkeling mogelijk te maken.

- Er moet meer aandacht worden besteed aan de activiteitsgraad door tijdelijke arbeidsongeschiktheid te voorkomen en zo doeltreffend mogelijk te behandelen door arbeidsongeschikten op vrijwillige basis te begeleiden naar reïntegratie op de arbeidsmarkt.

- De ervaring van patiënten en mantelzorgers op het niveau van kwaliteit van zorg is belangrijk, evenwel is de effectieve kwaliteit van zorg uiteindelijk belangrijker dan de subjectieve ervaring ervan.



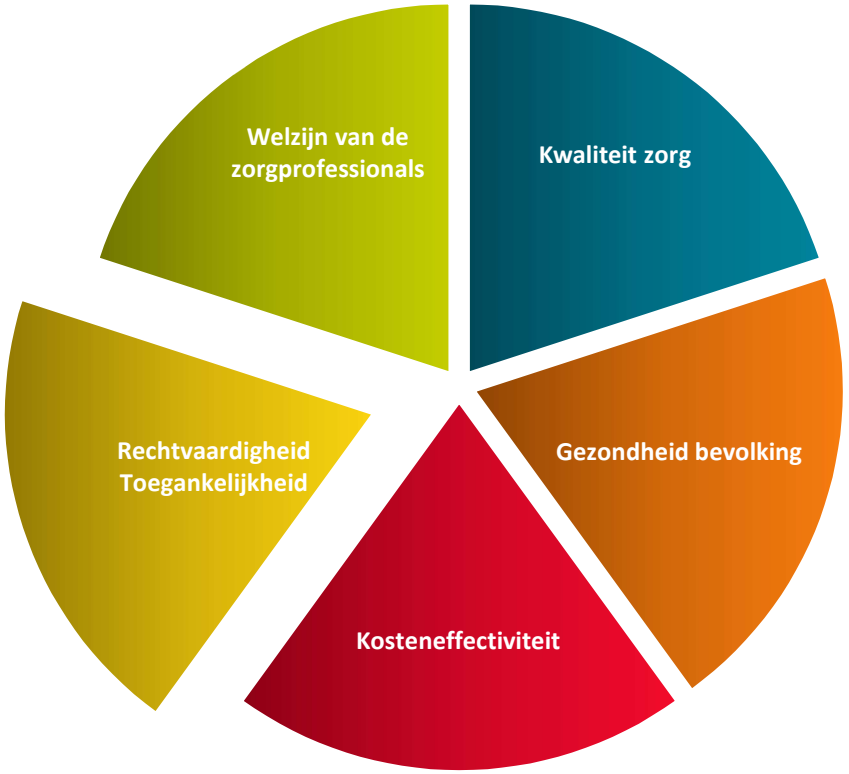
Rechtvaardigheid en toegankelijkheid

- Een rechtvaardige en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg is een andere erg belangrijke doelstelling. Iedereen zou op gelijke wijze gebruik moeten kunnen maken van onze gezondheidszorg in functie van objectieve zorgbehoeften (horizontale billijkheid). Een gegarandeerde toegankelijkheid draagt eveneens bij tot de vroegtijdige screening van gezondheidsrisico's en problemen.

- Concreet dient hierbij aandacht besteed te worden aan de financiële toegankelijkheid (remgeld, MAF, supplementen en andere eigen betalingen door de patiënten), maar ook onder andere aan de geografische beschikbaarheid van zorg over het hele land (spoeddiensten, materniteiten, …).

- De onderfinanciering van bepaalde sectoren geeft momenteel ook aanleiding tot kansongelijkheid.

- Een hoge conventioneringsgraad is wenselijk voor een betere toegankelijkheid van de zorg, maar budgettair niet in alle disciplines even gemakkelijk haalbaar op dit moment.



Welzijn van de zorgprofessionals

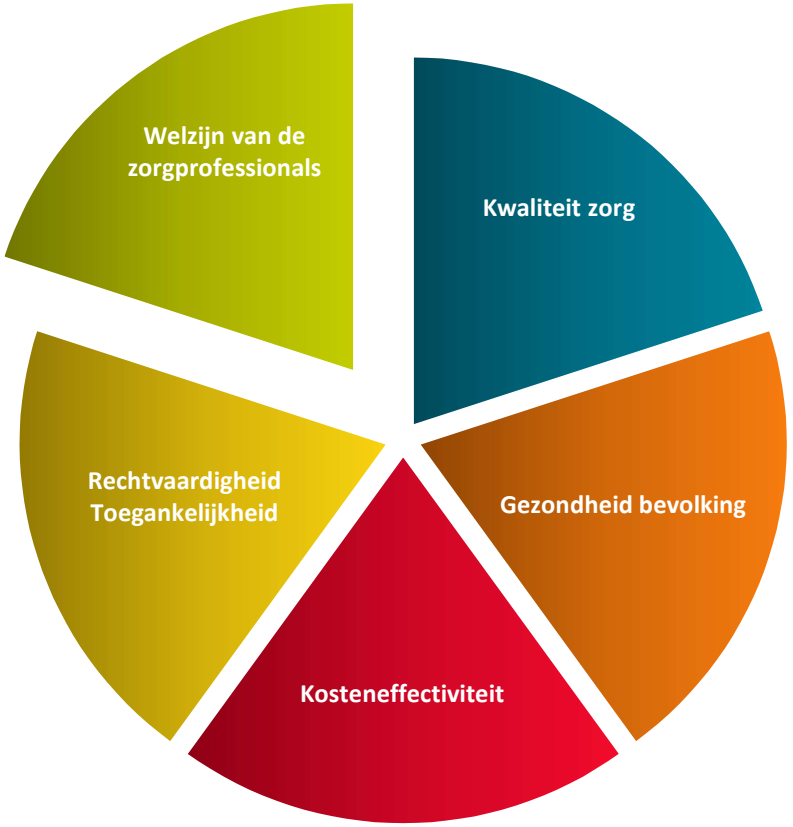
- Om het welzijn van de zorgprofessionals te vrijwaren is het belangrijk dat er voldoende gekwalificeerde zorgverleners ingezet worden op het terrein. Verder dient er een actief beleid gevoerd te worden om de emotionele belasting te verminderen en de sociale steun van collega's te bevorderen.

- Concreet zou dit bij het zorgpersoneel moeten leiden tot preventie en vermindering van burnout, mentale problemen en uitstap uit het zorgberoep.

- In dit verband vormen billijke honoraria een essentieel onderdeel van arbeidstevredenheid. Ook de administratieve overlast en het gebrek aan ondersteuning voor het vervullen van deze taken dragen bij tot een gevoel van ontevredenheid.

- Het continu streven naar de best mogelijke kwaliteit, de eventuele non-compliance van de patiënten, de toenemende transparantie door middel van zorgindicatoren en de zeer hoge, niet vergoede administratieve last om kwaliteit te kunnen aantonen kunnen evenwel leiden tot verhoging van stress en vermindering van welzijn van de zorgverleners.

- De verantwoordingsdruk voor de zorgprofessionals naar de overheid en de (mondige) burger toe moet worden bewaakt.



III.3. Extra aandachtspunten : innovatie en transversaliteit

✧ Innovatie

- Definitie:
  - ✓ Innovatie in de gezondheidszorg is het creëren van toegevoegde waarde voor de gezondheid(szorg) door de invoering van iets nieuws of door vernieuwing.
  - ✓ De toegevoegde waarde kan ondermeer bestaan uit verhoogde doeltreffendheid, verbeterde efficiëntie, andere… en wordt steeds afgetoetst aan de principes van de quintuple aim en appropriate care.
  - ✓ Het is een containerbegrip waaronder tal van veranderingen en verbeteringen worden geschaard.
  - ✓ IT heeft een hoge impact op innovatie.

- Wil men de kwaliteit van de Belgische gezondheidszorg op niveau houden dient er voldoende ruimte gecreëerd te worden voor het integreren van nieuwe producten en diensten.
- Nieuwe ontwikkelingen die op voldoende evidentie gebaseerd zijn, effectief zijn en een toegevoegde waarde hebben voor de gezondheid moeten in het systeem kunnen worden geïntegreerd.
- Om dit op een gestandaardiseerde manier mogelijk te maken moet een kader worden afgesproken waarbinnen men handelt, met vastgelegde criteria, zodat innovatieve voorstellen op een uniforme wijze kunnen beoordeeld worden.

- Canvas : referentiekader met minimale criteria

  - ✓ Voorwaarden → objectieve criteria nodig:
    - Aantoonbare wetenschappelijke evidentie
    - Passende innovatie indicatoren die meetbaarheid toelaten
    - Maximale toegankelijkheid

  - ✓ Doelgroep
    - Vastleggen doelgroep
    - Behoeftebepaling
    - Betaalbaarheid

  - ✓ Garanties
    - Duidelijke richtlijnen over informatieveiligheid
    - Blijvend recht op 'klassieke' zorg
    - Kwaliteitsgarantie te bewijzen

  - ✓ Financieel kader
    - Duidelijke kostprijs-analyse
    - Return on investment (ROI) bepalen

  - ✓ Organisatiecultuur
    - Delen van informatie waarin mensen gestimuleerd worden om ideeën te generen, om out-of-the-box te denken en waar er ruimte is om dingen uit te proberen.

✧ Transversaliteit

- Transversaal beleid is per definitie beleid waarbij verschillende beleidsdomeinen samenwerken aan de oplossing van een probleem, dan is het logisch dat een transversaal beleidsplan altijd het resultaat moet zijn van overleg tussen verschillende beleidsdomeinen. Een waardevolle kruisbestuiving tussen de verschillende stakeholders: experts, mensen op het terrein, academici, patiënten, ziekenfondsen, het RIZIV enz. dringt zich op.

- Het begrip 'transversaliteit' kent binnen het meerjarentraject gezondheidszorg een dubbele connotatie, nl. inzichten vanuit een patiëntgerichte insteek met vooral diagnosestelling, behandeling en preventie; en daarnaast inzichten vanuit de optiek van de zorgverleners met aandacht voor de uitgevoerde zorgactiviteit alsook voor de financiering van hun inbreng.

- 'Transversaal werken' staat naast de gangbare manier van werken in afgebakende sectoren. Een sectoraal beleid biedt een aantal voordelen. Het versterkt en beschermt de identiteit van werkingen en het creëert heldere lijnen op vlak van budgetten en bevoegdheden. Maar het brengt ook nadelen met zich mee. De praktijk laat zich niet netjes herleiden tot sectoren.

- Transversale zorg vereist een 'helikopterzicht' met noodzakelijke samenwerking tussen alle betrokken zorgverstrekkers, netwerkzorg, samenwerking over lijnen heen en gaat dus over zorgverlening, processen en financieringsmodellen die de samenwerking ondersteunen.

- Transversale zorg houdt eveneens de actieve betrokkenheid van de patiënten en mantelzorgers in.

- Steeds meer complexe zorgproblemen kunnen niet meer vanuit één beleidsdomein of sector worden benaderd. Vanuit verschillende sectoren moeten we zoeken naar duurzame oplossingen.

- Transversale zorg moet aan enkele randvoorwaarden voldoen. Er is hierbij onder meer nood aan een "multilevel-governance" waarbij intersectorale samenwerking cruciaal is, in partnerschap en in coherentie. Monitoring is even belangrijk. De specifieke acties en doelgroepen binnen de transversale zorg moeten goed worden opgevolgd. Dat vergt een uniform evaluatie- en monitoringsysteem dat periodiek de effecten van de zorginspanningen meet. Het werkt pas goed als men snel kan capteren wat er leeft, welke effecten het beleid veroorzaakt of welke hefbomen opduiken. Monitoren om vervolgens de acties die succesvol zijn, op te schalen is een absolute noodzaak.

- Om transversaal te kunnen werken, dient het overlegmodel hieraan aangepast te worden en moet er duidelijkheid bestaan over investeringen en opbrengsten tussen de verschillende lijnen/sectoren/silo's.

Transversaliteit vanuit een patiëntgerichte insteek

- ✓ Wat het overleg rond de patiënt betreft, moeten de actoren op het terrein de mogelijkheid krijgen om in het kader van zorgprojecten op zoek te gaan naar en te experimenteren met nieuwe zorgmodaliteiten gebaseerd op netwerking. Op basis daarvan zou 'transversaal overleg' moeten toelaten dat initiatieven van de overheid en initiatieven van het beroepsveld elkaar 'ontmoeten' door het samenbrengen en analyseren van de ervaringen op het terrein, om op die manier elementen te kunnen formuleren die moeten worden opgenomen in de beschrijving van zorgprogramma's voor elke leeftijdsgroep.

- ✓ Er moet informatie worden verzameld om voor de organisatie en de opdrachten van de toekomstige zorgprogramma's een globale formulering te vinden omtrent de modaliteiten voor de organisatie van de verzorging en in het bijzonder de relaties en de complementariteiten onder de zorgverleners in het zorgproces van de patiënt.

- ✓ Het transversale overleg rond de patiënt moet een antwoord bieden op onderstaande items:
  - wat is de meerwaarde van de zorgprojecten vanuit het oogpunt van de patiënt: continuïteit van de opvang en zorg op maat?
  - wat is de meerwaarde van de zorgprojecten op het vlak van behandeling: invoering van « ontbrekende schakels » en minder overlappingen?
  - hoe kan men de activiteit van de zorgprojecten 'kwantificeren'?
  - welke werkingsmodaliteiten in de zorgprojecten vormen een meerwaarde?
    - soort betrokken partners en rol van iedereen
    - aangewende middelen (human resources, bestede tijd, bijkomende financiële middelen), met inbegrip van de eventuele bijkomende middelen die door de partners worden aangereikt
    - organisatie van het overleg: frequentie, duur, betrokken partners, andere deelnemers
    - rol van de omgeving van de patiënt
    - aanpassing van de 'traditionele' rol van de verschillende partners
    - afstemming van de activiteitenzone: voordelen en moeilijkheden te wijten aan de activiteitenzone op het vlak van transfers van patiënten, nabijheid (stedelijk/landelijk), noodzaak aan vervoer, enz.
    - soort 'administratief beheer' van de dossiers inzake de behandeling van de patiënten

- De verwachte outcome voor de patiënt behelst:
  - optimale zorgcontinuïteit
  - perfecte zorg op maat
  - minder overlappingen in het zorgaanbod
  - minder tekortkomingen in het zorgaanbod

Transversaliteit vanuit de optiek van de zorgverleners

- ✓ Om transversaal te kunnen werken, dient het overlegmodel een duidelijke routebeschrijving aan te wijzen.

- ✓ De rol van de verschillende betrokken zorgverleners moet hierbij worden afgelijnd en nagegaan:

  - vooreerst vastleggen van de betrokken actoren
  - welke actoren interveniëren gezamenlijk bij de patiënt
  - welke actoren zijn tussengekomen waarvan de betrokkenheid vóór de opname ervan in het zorgproject niet gevraagd/nodig was
  - welke actoren zijn niet bij het therapeutisch proces betrokken geraakt
  - geeft het zorgmodel aanleiding tot eventuele wijzigingen in de interventies van bepaalde actoren (interventieduur of inhoud van de interventies)
  - welke actoren interveniëren in de entourage van de patiënt
  - welke actoren staan buiten het zorgproject en wat is de frequentie van hun interventies in het zorgproces
  - welke moeilijkheden worden vastgesteld door de verschillende actoren bij de opvang in het kader van het zorgproject (organisatorische of financiële moeilijkheden)

- ✓ Transversale werking kan uitmonden in:

  - nieuwe regels voor opvang van patiënten (andere plaats, andere uurregeling, gezamenlijke of beurtelingse opvang, betrokkenheid van andere beroepsbeoefenaars, enz.)
  - nieuwe vormen van overleg/samenwerking/overdracht van gegevens tussen zorgverleners
  - nieuwe regels voor de betrokkenheid van de entourage van de patiënt

- ✓ Transversale werking vereist duidelijke regels inzake samenwerking tussen de sectoren met betrekking tot volgende items:

  - uitwisseling van gegevens (type gegevens, frequentie, regels uitwisseling gegevens…)
  - ter beschikking stellen van personeel (partnertypes, type personeel, enz.)
  - gezamenlijke of beurtelingse interventies van verschillende partners (frequentie, types partners, enz.)
  - types samenwerking tussen intra- en extramurale zorgverleners, tussen huisartsen en specialisten, tussen individuele zorgverleners en instellingen, tussen hulpverleners en zorgverstrekkers, tussen professionele en andere hulpverleners, enz.

Transversaliteit vanuit de optiek van de zorgverleners (vervolg)

- ✓ Transversale werking impliceert indicatoren voor coördinatiemechanismen:
  - wie verwijst door
  - afspraken rond transfers
  - wie participeert aan overleg
  - welke daadwerkelijke inbreng (op vlak van casusbespreking, op vlak van coördinatie)
  - hoeveel man/vrouw-uren worden besteed
  - hoeveel kost de coördinatie feitelijk, verzorgen meerdere personen de coördinatie (bijv. duaal casemanagement…)

- ✓ De ingezette middelen binnen een transversaal beleid moeten transparant worden verdeeld onder de zorgverleners aan de hand van vaste criteria:
  - zorggebruik
  - differentiatie naargelang de activiteiten
  - differentiatie naargelang het type hulpverlener (belang diploma) en type zorg (bvb. high-care versus low-care, intramuraal versus extramuraal,…)
  - mensen / middelen voor de registratie zorgactiviteiten: - weekschema / per half uur / per betrokken VTE
  - registratie outcome

- ✓ De mogelijkheid moet worden voorzien om de veranderingen op vlak van zorg op maat en continuïteit te meten:
  - verandering in patiëntenstromen
  - verandering in organisatie van informatie-overdracht
  - verandering in zorginhoudelijke afstemming
  - registratie effect/outcome
  - effecten op levenskwaliteit

➢ Transversaliteit vereist aangepaste financieringsvormen

- ✓ De financiële stromen binnen een transversaal zorgbeleid kaderend in het budgettair meerjarenkader zijn tweeërlei :
  - toewijzen financiële middelen bij nieuwe voorstellen (één sector of meerdere sectoren met verdeling van middelen)
  - herverdelen van financiële middelen die vrijkomen ten gevolge efficiëntiewinsten AC of onderschrijdingen

- ✓ Om hiertoe te komen dienen de 'sectoren' voldoende afgelijnd te zijn, zodat ook elke sector nog een eigen autonomie en beslissingsbevoegdheid behoudt:
  - voor sectoren met een eigen AOC is dit deels wettelijk vastgelegd, doch niet elke sector heeft een AOC of is voldoende vertegenwoordigd binnen de overlegorganen (bvb. psychologen), hetgeen een duidelijke inventaris noodzaakt
  - een duidelijk plan moet deze vertegenwoordiging optimaler structureren
  - zelfs binnen een AOC is er mogelijk noodzaak aan het opsplitsen van de transversaliteit in een 'sub-transversaliteit' om een zo transparant mogelijk zicht te krijgen op de financiële stromen: (voorbeelden)
    - binnen NCAZ : dualiteit tussen huisartsen en specialisten/tussen specialismen onderling
    - binnen dentomut : dualiteit tussen tandartsen en mondhygiënisten / met stomatologen

Conclusies

- ➢ **De WGT.QA werkt tegen eind juni 2022 een gedetailleerd routeplan uit met oog voor het incentiveringsmodel met betrekking tot de herallocatie van middelen rekening houdend met de aangebrachte items en aangereikte criteria.**

- ➢ **Een nieuwe transversale en subtransversale budgetmatrix wordt opgesteld om een transparante opvolging te garanderen van de financiële stromen.**

III.4. Finalisatie ingediende voorstellen (templates)

✧ Integratie van gezondheidszorgdoelstellingen in een transversaal, meerjarig begrotingskader: een governancemodel

- Het tussentijds verslag over het meerjarentraject voor de begroting van de gezondheidszorg en het daarop gebaseerde begrotingsvoorstel voor 2022 van het Verzekeringscomité betekenen een paradigmaverschuiving in het beheer van de ziektekostenverzekering.

- De prioriteit die werd gegeven aan de controle van de jaarlijkse begroting op basis van een silo-benadering maakt plaats voor een betere verdeling van de beschikbare middelen volgens prioritaire doelstellingen op het gebied van gezondheidszorg en binnen een dynamisch meerjarig begrotingskader.

- De uitdaging bestaat erin een holistische aanpak te ontwikkelen waarbij de patiënt in zijn geheel - met inbegrip van zijn psychosociaal welzijn en dat van zijn familie - centraal staat in het besluitvormingsproces.

- Dit impliceert dat de keuzes inzake ziekteverzekering voortaan moeten worden gemaakt in het kader van de “Quintuple Aim” en de vooropgestelde gezondheids(zorg)doelstellingen binnen een appropriate care-setting.

- De nodige aandacht moet evenwel ook gaan naar het welzijn van de zorgverleners.

- Het belangrijkste voordeel van dit besluitvormingsproces is dat beter rekening wordt gehouden met de vele uitdagingen waarmee het gezondheidssysteem wordt geconfronteerd en dat het beheer van de ziektekostenverzekering met een duidelijke strategische visie wordt ondersteund.

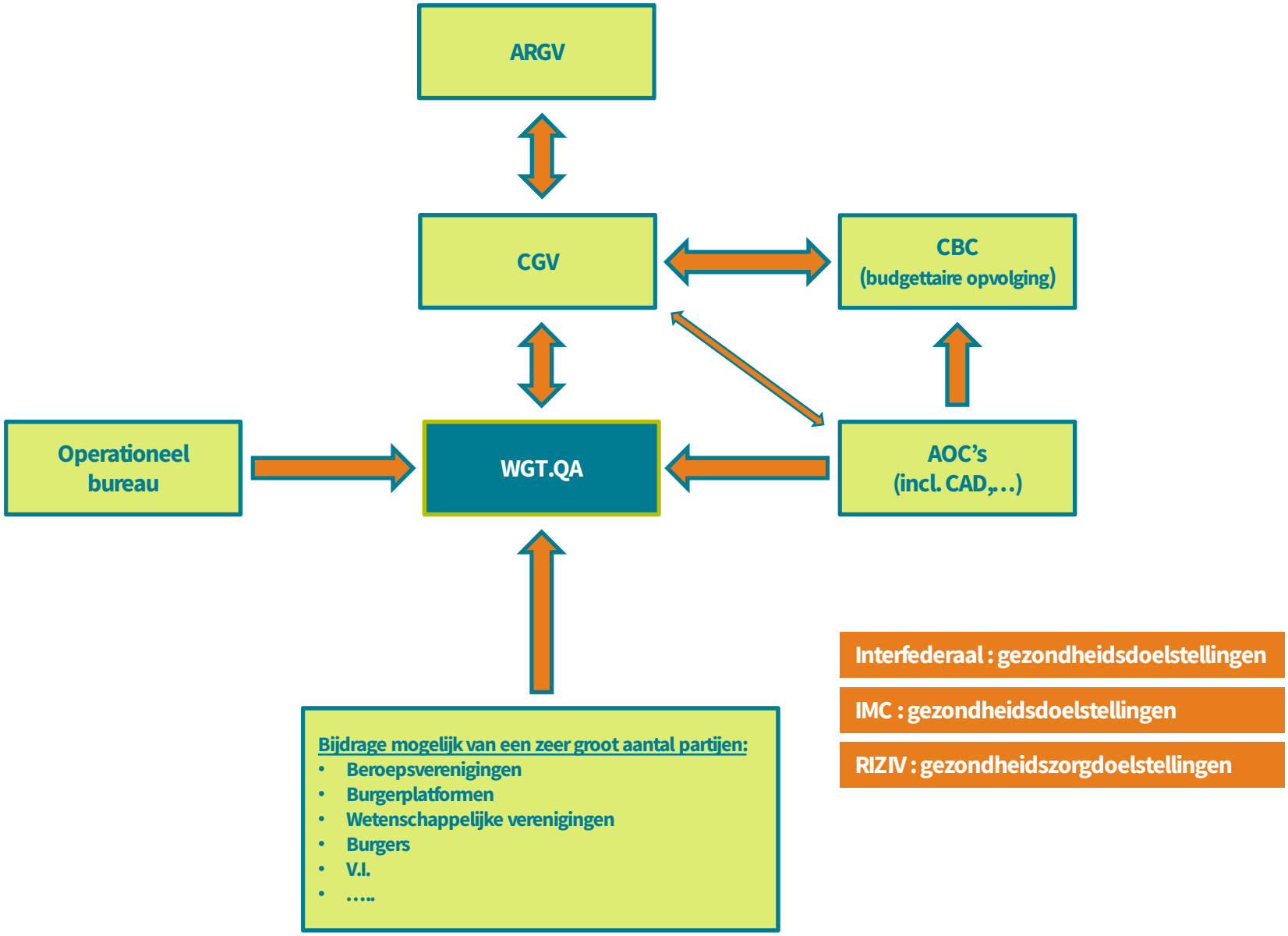
- Dit maakt de beleidsoriëntaties en hun implicaties leesbaarder voor alle actoren (en voor de burgers) en moedigt hen aan verantwoordelijkheid op te nemen.

- De uitdaging bestaat erin het multidisciplinaire overleg te versterken om de gezondheids(zorg)doelstellingen te verwezenlijken en het sociaal overleg het initiatiefrecht te geven voor de keuzes op middellange en lange termijn in het kader van de begrotingsopmaak van de ziekteverzekering zowel als de verantwoording van de middelen die voor de ziekteverzekering beschikbaar zijn.

- Een governance gebaseerd op een co-constructie tussen een groot aantal actoren moet op een efficiëntie wijze consensus nastreven.

- Enerzijds wordt een model vooropgesteld om bestaande en toekomstige voorstellen te verwerken (sectie III.III.4), hetgeen kan helpen bij de opmaak van een meerjarig begrotingskader, en anderzijds wordt een nieuw beheersmodel voorgesteld (dit wordt besproken in sectie III.III.5).

✧ Voorstel nieuwe governance WGT.QA



✧ Afwerken bestaande templates(Green & Orange)

- de bestaande templates worden door de administratie van het RIZIV in functie van de algemene beleidslijnen voor deze legislatuur verder afgewerkt tegen uiterlijk 30 augustus 2022 tot follow-up templates volgens het bestaande gestandaardiseerde canvas;
- twee items worden aan deze canvas toegevoegd, nl. de relatie met QA en de vermelding van de betrokken sectoren;
- er wordt hierbij wederom beroep gedaan op interne (binnen het RIZIV) en externe (buiten het RIZIV) experten in functie van het ingediende voorstel;
- er wordt tevens zo nodig contact gezocht met de indieners van de voorstellen om onduidelijkheden en ontbrekende gegevens te kunnen aanvullen om tot een optimale evaluatie te komen van elk voorstel en de participatie van de indieners te versterken;
- de bekomen cijfergegevens worden verwerkt in de budgetmatrix zodat men per 30 augustus 2022 een duidelijk overzicht heeft van de mogelijk te voorziene uitgaven en/of mogelijke efficiëntiewinsten;
- de rode fiches worden niet meer behandeld, maar de indieners kunnen steeds het voorstel opnieuw indienen (beter ingekleed - conform nieuwe template)

→ **de budgetmatrix wordt enkel ingevuld na validatie van de follow-up templates door de WGT.QA !**

→ **een synthese per thema wordt gemaakt ter voorbereiding van de vergaderingen van de WGT.QA met het oog op het opstellen van actieprogramma's (of het geheel van samenhorende acties in grote lijnen) om een gezondheidszorgdoelstelling te realiseren.**

MAC-xxx - Template FollowUp

Title NL

Title FR

INAMI-RIZIV

INTRODUCTION

METHODOLOGY OF THE PROPOSAL

RESULTS

Health Care Goals – Governmental agreement

Relation 'Quintuple Aim'

Health Care workers (which?)

Financial aspect

Morbi-mortality - Quality Adjusted Life Years

DISCUSSION

CONCLUSIONS – NEXT STEPS

Procedure

Competent authorities

Multiannual Budget Trajectory 2022-2024
Task Force "Appropriate Care"

✧ Eventueel verwerken nieuwe templates aangeleverd aan de WGT.QA

- de eventueel nieuw aangeleverde voorstellen worden op een identieke wijze behandeld, dit wil zeggen geëvalueerd door de WGT.QA met een pre-evaluatie door het RIZIV en met verdere ondersteuning door het RIZIV voor wat betreft de follow-up template en de budgetmatrix.

✧ Impact op RIZIV-administratie m.b.t. de templates/nieuwe voorstellen

- Het verder implementeren van breder gedragen gezondheids(zorg)doelstellingen en nieuwe voorstellen AC vereisen nog ruimere deliberatieve processen.

- Een sterke participatie van alle betrokkenen wordt nagestreefd. De inbreng van nieuwe ideeën wordt voorzien om in te spelen op nieuwe trends en evoluties (niet enkel technologische) in de zorg . Dit kan zowel spontaan vanuit het terrein via een open kanaal vanuit de diverse AOC's (met inbegrip van organen zoals het CAD) , beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen, wetenschappelijke verenigingen, burgers … of via een specifieke oproep vanuit de WGT.QA.

- Fiches die via het open communicatiekanaal worden binnengebracht, worden, indien mogelijk, trimestrieel geclusterd en per trimester aan de WGT.QA overgemaakt voor verder gevolg.

- Bovendien zijn ad hoc-beslissingen op verzoek van afzonderlijke sectoren mogelijk als zij duidelijk gezondheidszorgdoelstellingen nastreven en binnen het eigen budget kunnen gefinancierd worden.

- Deze doelstelling moet worden gerealiseerd met volgende ondersteuning door het RIZIV:

  - ✓ verbeteren van tools in het kader van de evaluatie van nieuwe templates/voorstellen: tegen 31 maart 2022
    - voorstellen formuleren voor verder optimaliseren van de evaluatietool indien nodig en de aangepaste evaluatietool aan de WGT.QA ter validatie voorleggen - voorstellen die specifiek betrekking hebben op innovatie, transversaliteit, incentivering, structurele en flankerende maatregelen moeten voldoen aan de opgestelde criteria in secties III.III.3, III.III.5 en III.III.7. De nieuwe evaluatietool bepaalt een effectieve cijfermatige score om het belang van het voorstel te duiden.
    - De nieuwe template voor het indienen van voorstellen (gevalideerd door de WGT.QA) wordt afgestemd op de evalutatietool, zodat de indieners duidelijk weten hetgeen er van hen wordt verwacht (verwachtingen duidelijk definiëren)

  - ✓ pre-evaluatie van nieuwe voorstellen + advies als dat door de WGT.QA wordt gevraagd (maximale anonimisering nastreven)

  - ✓ …

- Het RIZIV moet kunnen een beroep doen op externe expertise om een advies aan de WGT.QA te kunnen overmaken, waar gevraagd:
  - ✓ Een algemene oproep gelanceerd voor indiening van kandidaturen van experten (aan de hand van een C.V.) volgens een protocol vastgesteld door de WGT.QA
  - ✓ De WGT.QA legt begin april de lijst met experten vast waaruit het RIZIV/WGT.QA kan kiezen voor de advisering van de templates/voorstellen
  - ✓ De WGT.QA kan de lijst met experten steeds aanpassen
  - ✓ Experten kunnen ook worden aangesproken binnen bvb. de V.I., de vertegenwoordigers van zorgverleners, ed…
  - ✓ De lijst met experten wordt altijd ter goedkeuring voorgelegd aan WGT.QA
  - ✓ Een uniforme vergoeding wordt afgesproken.
- De WGT.QA heeft de vrijheid om experten ad hoc op haar vergaderingen uit te nodigen in functie van de dagorde of de besproken dossiers.

Tegen 31 maart 2022
- Verbeteren van tools in het kader van de evaluatie van nieuwe templates/voorstellen..

Begin april
- De WGT.QA legt de lijst met experten vast waaruit het RIZIV/WGT.QA kan kiezen voor de advisering van de templates/voorstellen.

Tegen uiterlijk 30 augustus 2022
- De bestaande templates worden door de administratie van het RIZIV verder afgewerkt.
- De bekomen cijfergegevens worden verwerkt in de budgetmatrix.

III.5. Coherent beleidsvoorstel

✧ Opmaak van een coherent beleidsvoorstel op basis van gezondheids- en gezondheidszorgdoelstellingen : Begroting 2023-2024

- Op 7 februari 2022 keurt de ARGV het eindrapport goed met de daarin opgenomen prioritaire domeinen GDOS.
- Uiterlijk op 15 juli 2022 bereidt de WGT.QA een voorstel tot meerjarig begrotingsprogramma 2023-2024 GDOS en AC in grote lijnen voor, rekening houdend met de lopende dossiers. Dit indicatief voorstel wordt voorgelegd aan het CGV en wordt vervolgens door de ARGV beslist. Dit programma wordt opgesteld volgens een participatieve methode waarbij de AOCs, het CGV en de ARGV worden betrokken. Het meerjarentraject is gebaseerd op een raming van de uitgaven bij constant beleid op basis van technische ramingen uit het RIZIV en het Promes-model (van zodra dit model echt bruikbaar is - stapsgewijze opbouw). Het gaat om een meerjarenbegroting en actieprogramma's in grote lijnen, maar niet om de precieze acties die na een begrotingsbeslissing door de bevoegde (gemengde) commissie(s) zullen worden uitgewerkt. De AOCs engageren zich om het meerjarenplan in de overeenkomsten en akkoorden maximaal te vertalen. Bij gebrek aan consensus binnen de AOC hieromtrent kan hiervan worden afgeweken mits gemotiveerde beslissing binnen de AOC.
- Uiterlijk op 1 september 2022 dienen de AOCs (incl. CAD, e.a..) zo nodig prioritaire aanpassingen voor hun sector in. Deze behoeften worden gemotiveerd aan de hand van de criteria van de nieuwe evaluatietool. Vragen die verscheidene sectoren betreffen, worden door de WGT.QA behandeld om een voorstel te formuleren naar die sectoren toe.
- Vóór 19 september 2022 brengt de WGT.QA een indicatief advies uit over de jaarlijkse begroting, die door het CGV moet worden gestemd. De verzekeringsinstellingen organiseren nog altijd een individueel, informeel overleg dat in het begrotingsproces van de WGT.QA wordt geïntegreerd, in eerste instantie via de adviezen die deze WGT.QA uitbrengt.
- Op de eerste maandag van oktober wordt over het begrotingsvoorstel gestemd door het CGV.
- De CBC adviseert over het begrotingsvoorstel van het CGV en houdt daarbij voortaan ook rekening met de meerjarenbegroting.
- Tegen de derde maandag van oktober wordt een begroting door de ARGV vastgesteld.

Opmaak van een coherent beleidsvoorstel op basis van gezondheids- en gezondheidszorgdoelstellingen : Begroting 2023-2024 (vervolg)

- De gezondheidszorgdoelstellingen die zullen worden gerealiseerd, staan op de nieuwe transversale begrotingslijn GDOS. Van zodra de bijbehorende acties stabiel zijn en duidelijk is welk budget expliciet aan één of meerdere sectoren kan worden toegewezen, wordt de overschrijving uitgevoerd van de transversale begrotingslijn GDOS in de globale begrotingsdoelstelling naar een GDOS-lijn in de partiële begrotingsdoelstelling. Sommige acties zullen evenwel steeds in de transversale begrotingslijn blijven (bvb. de uitgaven MAF kan men niet zomaar isoleren welk deel ten gevolge is van aanpassing plafonds).

- De acties worden geïmplementeerd door een individuele commissie of door een gemengde commissie na het eventueel consulteren van deskundigen (cfr. handelswijze budget 2022).

- Elk jaar kan de WGT.QA een individuele of een gemengde commissie (zo nodig) vragen om de geïmplementeerde acties te evalueren, en een voorstel formuleren aan het CGV, dat zal beslissen over de eventuele aanpassingen/stopzetting van geïmplementeerde acties na raadpleging van de AOCs.

- Met gemengde commissie veronderstelt men een overleg tussen twee of meerdere individuele commissies in functie van het onderwerp (bvb. overeenkomst dialyse op voorstel van de Overeenkomstencommissie tussen de Ziekenhuizen en de Verzekeringsinstellingen en van de Nationale Commissie Artsen – Ziekenfondsen). Dit is geen vast stramien, en is dus ook geen vaste TOC of transversale overeenkomstencommissie. Een TOC is mogelijk een ideaal scenario op iets langere termijn, maar dit vereist een evolutief proces over verschillende jaren heen.

- De methodologie is dezelfde voor 2023 en 2024 (budget 2024 en 2025), gebaseerd op het meerjarenprogramma en rekening houdend met de politieke ontwikkelingen en specifieke gemotiveerde behoeften. Ideeën voor de realisatie van het meerjarenplan kunnen op elk moment door elke commissie, elke organisatie, elke burger, enz. worden ingebracht. De WGT.QA evalueert de nieuwe fiches, indien nodig met deskundigen.

✧ Opmaak meerjarenbegroting na 2024

➢ Uitwerking meerjarenbegroting:

- ✓ Vanaf 1 januari 2023 ontwikkelt de WGT.QA een globaal kader voor GDOS om de performantie van het gezondheidszorgsysteem te verbeteren. De WGT.QA zal hiertoe de eerste instrumenten hebben ontwikkeld met de hulp van externe deskundigen met de juiste competenties.
- ✓ Aan het begin van elke nieuwe legislatuur keurt de ARGV een GDOS-meerjarenplan goed dat door het CGV is ingediend op basis van een indicatief voorstel door de WGT.QA aangeleverd voor de lopende legislatuur. De gemeenschappelijke gezondheidsdoelstellingen tussen de federale overheid en de gemeenschaps- en gewestoverheden worden geïntegreerd in de besprekingen over de gezondheidszorgdoelstellingen, die in de eerste plaats gericht zijn op de verbetering van de performantie van het gezondheidszorgsysteem. Daarom zijn deze gezondheidszorgdoelstellingen noodzakelijk, ook in de situatie waarin geen globale gezondheidsdoelstellingen zijn vastgesteld. Ook gezondheidszorgdoelstellingen uit vorige legislaturen worden meegenomen, tenzij deze reeds zijn gerealiseerd. Met andere woorden, per legislatuur gaat het slechts om enkele nieuwe (groepen van) gezondheidszorgdoelstellingen.
- ✓ Bij de start van elke nieuwe legislatuur stelt de WGT.QA een indicatief voorstel op van een meerjarig begrotingsprogramma GDOS en AC in grote lijnen, rekening houdend met de lopende dossiers, dat zij voorlegt aan het CGV en dat vervolgens door de ARGV wordt beslist. Dit programma wordt opgesteld volgens een participatieve methode waarbij de AOCs (incl. CAD, e.a.) en de ARGV worden betrokken, en dat wordt vertaald in de overeenkomsten en akkoorden. Ideeën voor de realisatie van het meerjarenplan kunnen op elk moment door elke commissie, elke organisatie, elke burger, enz. worden ingebracht.
- ✓ De verwezenlijking van de GDOS wordt regelmatig gemonitord op basis van onder meer de performantierapporten van het KCE in samenspraak met deskundigen.

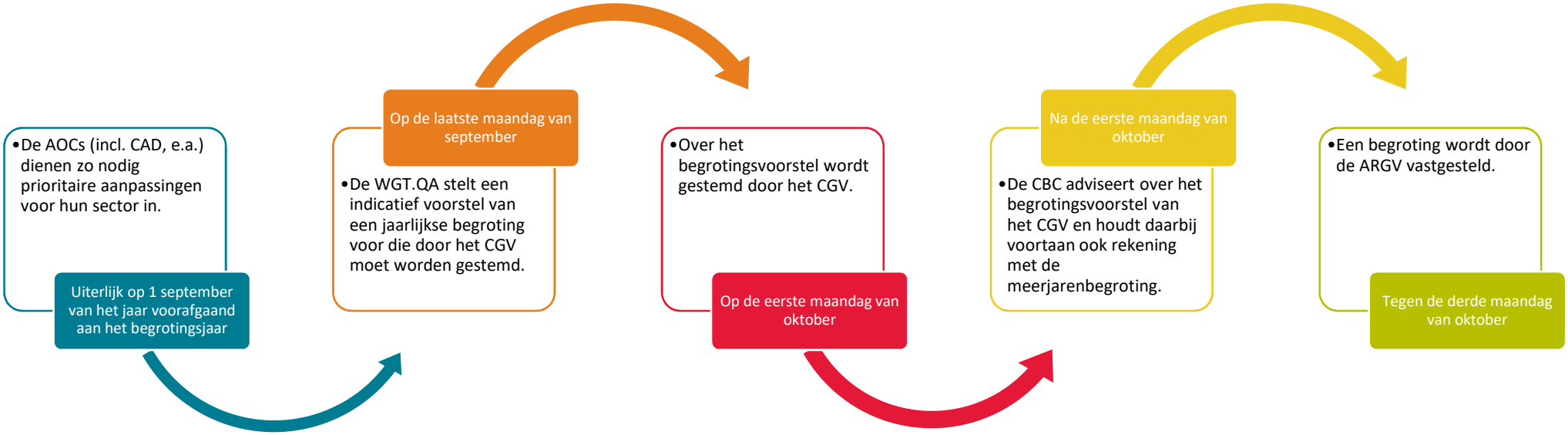
➢ Uitwerking jaarlijkse begroting:

- ✓ Uiterlijk op 1 september van het jaar voorafgaand aan het begrotingsjaar dienen de AOCs (incl. CAD, e.a.) zo nodig prioritaire aanpassingen voor hun sector in. Deze behoeften worden gemotiveerd aan de hand van de criteria van de evaluatietool.
- ✓ Op de laatste maandag van september stelt de WGT.QA een indicatief voorstel van een jaarlijkse begroting voor die door het CGV moet worden gestemd
- ✓ Op de eerste maandag van oktober wordt over het begrotingsvoorstel gestemd door het CGV.
- ✓ De CBC adviseert over het begrotingsvoorstel van het CGV en houdt daarbij voortaan ook rekening met de meerjarenbegroting.
- ✓ Tegen de derde maandag van oktober wordt een begroting door de ARGV vastgesteld.
- ✓ De gezondheidszorgdoelstellingen die zullen worden gerealiseerd, staan op de transversale begrotingslijn GDOS. Van zodra de bijbehorende acties stabiel zijn en duidelijk is welk budget expliciet aan één of meerdere sectoren kan worden toegewezen, wordt de overschrijving uitgevoerd van de transversale begrotingslijn GDOS in de globale begrotingsdoelstelling naar een GDOS-lijn in de partiële begrotingsdoelstelling. Sommige acties zullen evenwel steeds in de transversale begrotingslijn GDOS blijven.
- ✓ De acties worden geïmplementeerd door een individuele commissie of door een gemengde commissie na het eventueel consulteren van deskundigen (cfr. handelswijze budget 2022).

✧ Opmaak meerjarenbegroting na 2024 (vervolg)

➢ Uitwerking jaarlijkse begroting (vervolg):

- ✓ Elk jaar kan de WGT.QA een individuele of een gemengde commissie vragen om de geïmplementeerde acties te evalueren, en een voorstel formuleren aan het CGV, dat zal beslissen over eventuele aanpassingen/stopzetting van geïmplementeerde acties na raadpleging van de AOCs.
- ✓ De methodologie is dezelfde voor elke legislatuur. Ideeën voor de realisatie van het meerjarenplan kunnen op elk moment worden ingebracht, door elke commissie, organisatie, burger, enz. De WGT.QA evalueert de nieuwe fiches, indien nodig met deskundigen.



Organisatie van de WGT.QA

- Het huidige juridische kader wijzigt niet:
  - Gecoördineerde wet van 14.7.1994; art. 16, §1 : « De Algemene Raad bepaalt de algemene beleidslijnen, stelt de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling vast en legt, na advies van het Verzekeringscomité, de globale budgetten van de financiële middelen, bedoeld in artikel 69, § 4 en § 5 ter goedkeuring aan de Minister voor»
  - Verschillende organen beheren de ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging). Een overzicht van hun respectievelijke werking en bevoegdheden is terug te vinden op de website van het RIZIV (De organen van de Dienst voor geneeskundige verzorging - RIZIV (fgov.be).
- De werkgroep beoogt een zeer breed overleg.
- De samenstelling van de WGT.QA verandert niet, maar afhankelijk van de agenda kunnen relevante deskundigen worden gehoord.
- De adviezen van de WGT.QA zijn gebaseerd op een consensus met aandachtspunten. Indien nodig kan een richtinggevende stemming worden georganiseerd.
- Voor constructieve en efficiënte uitwisselingen kunnen deskundigen nodig zijn op het gebied van het faciliteren van vergaderingen, mits het voorzien van het nodige budget.

Evaluatie

- Voor een goed begrip en gedeelde expertise :
  - de voorgestelde methodologie zal kunnen besproken en bijgestuurd worden en de governance structuur zal in 2024 moeten worden geëvalueerd
  - er zal rekening gehouden worden met het regeerakkoord aan het begin van de legislatuur en andere hervormingen die parallel en coherent worden uitgerold. Voor de periode 2022 -2024 betreft dit onder meer het farmapact, de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en -landschap, de herijking van de nomenclatuur en de versterking van de geestelijke gezondheidszorg.
  - er is een belangrijke ondersteuning in elke fase van de reflectie nodig, waarbij hulp kan worden ingeroepen:
    - op het vlak van de inhoud, door experten in het domein van de gezondheidszorg, gezondheidseconomie, ed….
    - om de kwaliteit van de uitwisselingen te garanderen, door experten in het domein van de te ontwikkelen participatieve methodologie
    - hiervoor moet in de nodige budgetten worden voorzien.
  - een overgangsperiode is nodig om:
    - te leren in consensus actieprogramma's te ontwikkelen
    - de methodologie op lange termijn vast te stellen

✧ Strategische coördinatie met de gefedereerde entiteiten

- Gezien de bevoegdheidsverdeling tussen de federale staat en de gefedereerde entiteiten op vele belangrijke gebieden van de gezondheid, vergen de vaststelling van strategische prioriteiten op lange termijn en de uitvoering daarvan in het gezondheidsbeleid een versterkt interfederaal overleg.
- Dit beginsel is ook opgenomen in het federale regeerakkoord, dat bepaalt: "We stellen in samenspraak met de deelstaten en zorgactoren gezondheidsdoelstellingen op alsook een monitoringsysteem met mogelijke bijsturing.".
- In het regeerakkoord staat ook: "Zoals reeds voorzien in de Bijzondere Wet tot Hervorming der Instellingen, wordt invulling gegeven aan het Toekomstinstituut van de Gezondheidszorg om, ter ondersteuning van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, overlegde antwoorden op de grote uitdagingen inzake de gezondheidszorg te waarborgen. Dit instituut heeft tot taak om een gemeenschappelijke en toekomstgerichte visie te formuleren en een duurzaam gezondheidsbeleid te definiëren". Het komt het CGV toe om dit traject verder uit te werken, dit is geen taak voor de WGT.QA.

✧ Bijkomende structurele en flankerende maatregelen

- De implementatie van GDOS en AC in het kader van QA noodzaakt tot het invoeren van bijkomende structurele en flankerende maatregelen.
- Veel maatregelen zijn structureel van aard maar eveneens flankerend. Er wordt in dit eindrapport dan ook geen specifiek onderscheid hierin gemaakt.
- Zo werden een aantal maatregelen reeds vooropgesteld in het "Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2021 – 2023" dat werd goedgekeurd door de ARGV (nota RIZIV_ARGV_2021_064 – zie ook actieplan_handhaving_gezondheidszorg_2021_2023.pdf (fgov.be)).
- In het eerste onderdeel zijn enkele voorbeelden weergegeven. De detail uitwerking is terug te vinden in het betrokken document. Deze voorstellen met hun te doorlopen traject zijn reeds voldoende gedocumenteerd in het actieplan en vallen niet ten laste van de WGT.QA.
- Aanvullend worden nog een aantal bijkomende maatregelen voorgesteld. Deze voorstellen werden onderworpen aan de stemprocedure binnen de WGT.QA zodat er een duidelijk beeld wordt geschetst van de meningen hieromtrent onder de leden van het CGV en de ARV.

- <u>Voorbeelden van vooropgestelde maatregelen actieplan handhaving:</u>

  - ✓ Kwaliteitsvolle en toegankelijke facturatiegegevens:
    - Gegevensuitwisseling en beheer
    - Kwaliteit van de facturatiegegevens van de verzekeringsinstellingen
    - Verkorten facturatietermijn (digitaal en GVVH)
  - ✓ Onrechtmatige financiële drempels die de toegang tot zorg beperken:
    - Supplementen aangerekend door geconventioneerde zorgverstrekkers
    - Facturatie pseudocodes 960 in ziekenhuizen
  - ✓ Betrokkenheid en responsabilisering verzekerden en zorgverstrekkers:
    - Toegang tot eigen facturatiegegevens voor verzekerden
    - Activiteiten Federale Commissie voor het toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg
    - Overzicht eigen facturatiegegevens voor zorgverstrekkers
  - ✓ Structurele preventie van administratieve fouten, misbruik en fraude:
    - Lezing e-ID
    - Flankerende maatregelen opheffen verbod derdebetaler
    - Voorkomen facturatiefouten op softwareniveau
    - Forfaitarisering systematische technische prestaties tijdens raadpleging
    - Faciliteren van gebruik van de MyCareNet

➢ Bijkomende maatregelen reeds deels opgenomen in roadmap (p.28 tot 31, zie: *doelmatigheid_gezondheidszorg_begrotingstraject_2022_2024.pdf (fgov.be)*)

✓ **De volgende maatregelen werden ter stemming voorgelegd:**

Proposal 001 : Snellere besluitvorming binnen het RIZIV

- De TF Budget bracht in het IRI de doorlooptijd van de uit te voeren maatregelen onder de aandacht. De procedure voor de publicatie van een koninklijk besluit duurt vaak langer dan een jaar. Van zodra de maatregel in voege is getreden, moet alles nog geboekt worden. Dit resulteert in een grote vertraging bij de uitvoering van de maatregelen. In het kader van een meerjarenbudget is het belangrijk dat zowel de nieuwe initiatieven als de besparingsmaatregelen snel uitgevoerd kunnen worden zodanig dat de budgettaire impact waar te nemen is in het betrokken jaar.
- De lange doorlooptijd werkt ook demotiverend voor de leden van de AOCs die actief deelnemen aan de vele vergaderingen en hun inspanningen meestal pas na meer dan een jaar in concrete resultaten terugvinden. Dit is niet goed voor het welzijn van de betrokken zorgverstrekkers.
- De veel te lange doorlooptijd van genomen beslissingen op het niveau van de AOCs kan verbeterd worden door het aanpassen van de interne procedures binnen het RIZIV en daarbuiten.
- Binnen het RIZIV moet worden gestreefd naar een hogere performantie bij het verwerken van genomen beslissingen.
- Een aantal zeer concrete afspraken om hieraan tegemoet te komen moeten worden vastgelegd.

- De RIZIV-administratie zorgt voor een vlotte afhandeling van genomen beslissingen binnen de AOCs en andere beslissingsorganen.
- Uiterlijk 2 maanden na een genomen beslissing (binnen CGV/ARGV) moet het dossier zijn overgemaakt aan de bevoegde hogere overheid voor verdere verwerking.
- Van deze termijn kan enkel afgeweken worden mits omstandige motivatie.
- De betrokken AOCs en andere beslissingsorganen zijn zelf verantwoordelijk voor het toezicht en vlotte verwerking van voorstellen binnen de door hen opgerichte werkgroepen. Een ingediend voorstel moet daarbij binnen een termijn van 3 maanden een timeline en een te doorlopen traject worden toegewezen.
- Een gestandaardiseerde procedure met controlemogelijkheden om hiertoe te komen wordt uitgewerkt door de WGT.QA tegen eind maart 2022.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	81,80	75,00	ACCEPTED
NO	2,27	0	
ABSTENTION	0	0	
NO VOTE	15,93	25,00	

« YES » Comments
- maar ook nadat een beslissing uit het RIZIV moet onder de aandacht gebracht en bewaakt worden
- prioritering naar de sector i.f.v. aantoonbare behoeften - partieel naar transversaal
- Binnen de AOC blijft de lead voor een correcte opvolging wel bij de administratie van het RIZIV liggen
- oui si contrôle et évaluation et rectification si nécessaire

« NO » Comments
- Nihil

« ABSTENTION » Comments
- Nihil

Proposal 002 : Efficiëntere externe procedures (beleidscel, RvS, GBA, …)

- De lange doorlooptijd is eveneens een kenmerk van dossiers die het RIZIV hebben verlaten.
- Ook hier moeten een aantal zeer concrete afspraken om hieraan tegemoet te komen worden vastgelegd.

- De beleidscel zorgt samen met de RIZIV-administratie voor een aangepaste snellere verwerking met aangepast wettelijk kader van goedgekeurde dossiers binnen de beslissingsorganen binnen het RIZIV.
- Opzet is het streven naar publicatie in het Belgisch staatsblad uiterlijk 6 maanden na goedkeuring van de dossiers binnen het RIZIV.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	85,39	75,00	ACCEPTED
NO	0	0	
ABSTENTION	0	0	
NO VOTE	14,61	25,00	

« YES » Comments
- 6 maanden lijkt nogal lang. is 4 maanden haalbaar?
- Met de hoop en de verwachting dat er effectief gevolg gegeven wordt aan Kafkiaanse kwestie
- Sommige kabinetten/ministers gaan sneller moeten leren reageren op door het Verzekeringscomité goedgekeurde voorstellen..
- streven naar een termijn van 4 maanden ipv 6 maanden

« NO » Comments
- Nihil

« ABSTENTION » Comments
- Nihil

Proposal 003 : Actualisatie regelgeving voor afstuderende zorgverleners

- Er wordt vastgesteld dat zorgverleners die het terrein actief betreden op eigen kracht vaak onvoldoende praktische kennis hebben van elementaire begrippen van de bestaande regelgeving. Cursussen hieromtrent worden allicht wel gegeven maar de inhoud daarvan is vaak niet meer up to date aan de bestaande regelgeving en dient te worden opgefrist.

- Deze onvoldoende kennis van de regelgeving geeft vaak aanleiding tot het niet intentioneel verkeerd aanrekenen van verstrekkingen, die dan in een later stadium moeten worden geregulariseerd hetgeen onnodige administratieve rompslomp met zich meebrengt en frustratie opwekt bij de zorgverleners.

- Het RIZIV zorgt voor een educatief pakket en bijscholing van de meest recente regelgeving aangepast aan het type zorgverlener, kort voor het actief betreden van het werkterrein.
- Dit educatief pakket besteedt ook aandacht aan de begrippen QA, GDOS en AC.
- Bij wijze van voorbeeld kan dit bvb. als onderdeel van de verplichte seminaries voor HAIO's binnen het ISHO (interuniversitair samenwerkingsverband huisartsenopleiding)

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	34,06	0	ON HOLD
NO	0	0	
ABSTENTION	51,33	75,00	
NO VOTE	14,61	25,00	

« YES » Comments

- Kan dit gekoppeld worden aan het verkrijgen van het visum? Dit zou binnen het vormingsaanbod van de beroepsverenigingen (die een afgevaardigde in het verzekeringscomité hebben) opgenomen worden?
- bij voorkeur focus op dossiers met de grootste problemen.
- Is een belangrijk hiaat in de opleiding. Ik moet vaak als staco informatie verstrekken aan haio's. Haio stelt dan ook soms vast dat de praktijkopleider de wetgeving niet kent/toepast (onderdeel van portfolio/accreditering, uitvoering kwaliteitswet?)
- Niet verplichtend mogelijk opnemen in accreditering
- Een verplichting is initieel misschien wat fors en niet altijd nodig. Dergelijk opleidingstraject kan wel meegenomen worden (zelfs verplicht worden) binnen een verbetertraject, wanneer er zich bepaalde problemen voldoen (bv verkeerde nomenclatuur)
- la formation peut aussi se faire via les syndicats et société scientifique
- ook Vi's mee betrekken in de opleiding

« NO » Comments

- Nihil

« ABSTENTION » Comments

- Ces propositions nécessitent davantage de clarifications.
- De relevantie van dit voorstel voor dit rapport is ons niet direct duidelijk en roept vragen over de financiering ervan op (geen patiëntenzorgbudget)

Proposal 004 : Regelmatige actualisatie regelgeving voor zorgverleners (binnen portfolio?)

✧ De correcte kennis van de regelgeving is ook voor ervaren zorgverleners niet altijd een evidentie.

- Gelet op de nakende invoering van de portfolio binnen de contouren van de kwaliteitswet, is het opnemen van het volgen van een analoog educatief packet nuttig.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	27,44	25,00	ON HOLD
NO	2,27	0	
ABSTENTION	55,68	50,00	
NO VOTE	14,61	25,00	

« YES » Comments

- Dit kan georganiseerd worden door de beroepsverenigingen.
- zie ook input bij voorstel 3
- Niet verplichtend mogelijk opnemen in accreditering
- idem information via les syndicats

« NO » Comments

- portfolio competentie FOD Volksgezondheid

« ABSTENTION » Comments

- Zit wat de thuisverpleging betreft reeds vervat in de voorwaarden voor de jaarlijkse premie continue opleiding - generiek te bekijken
- Het kan niet de bedoeling zijn dat elke zorgverstrekker een continue opleiding moet volgen in nomenclaturees en sociale wetgeving. Het is aan de beroepsverenigingen om de hun eigen onderdelen te communiceren met hun leden..
- Ces propositions nécessitent davantage de clarifications.
- De relevantie van dit voorstel voor dit rapport is ons niet direct duidelijk en roept vragen over de financiering ervan op (geen patiëntenzorgbudget)

Proposal 005 : Activeren van administratieve vereenvoudiging

- Er wordt binnen de criteria van QA aandacht besteed aan het welzijn van de zorgverleners.
- Het beperken van de administratieve overlast is daar een belangrijk aandachtspunt.

- Het RIZIV zorgt voor een digitaal KAFKA-meldpunt op haar website voor de melding van absurde en vermijdbare administratieve procedures.
- De administratie zorgt voor de nodige follow-up en verwerking van de klachten.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	85,39	75,00	ACCEPTED
NO	0	0	
ABSTENTION	0	0	
NO VOTE	14,61	25,00	

« YES » Comments

- de inleiding is niet OK, dit is niet enkel voor het welzijn van de zorgverleners. dit is in eerste instantie voor het efficiënter inzetten van de middelen en in fine ook belangrijk voor de patiënt. GO GO GO
- Bij elk nieuw voorstel/wijziging moet er aandacht zijn voor principe vereenvoudiging/only once, waarbij EPD vaak een centrale rol moet kunnen spelen (extraheerbaarheid gecodeerde data om kennisgeving te doen)
- Hopelijk mag verwacht worden dat er effectief een oplossing wordt gegeven aan een Kafkaiaanse kwestie
- Een verplichting is initieel misschien wat fors en niet altijd nodig. Dergelijk opleidingstraject kan wel meegenomen worden (zelfs verplicht worden) binnen een verbetertraject, wanneerals er zich bepaalde problemen voldoen (bv aanrekenen verkeerde nomencl

« NO » Comments

- Nihil

« ABSTENTION » Comments

- Nihil

Proposal 006 : Responsabilisering van administraties en AOC's (e.a..) bij tijdig verwerken gemaakte afspraken

- Men moet streven naar het correct nakomen van gemaakte afspraken binnen de overlegstructuren.

- Voorbeeld: het akkoord NCAZ 2020 (december 2019) voorzag in een aantal maatregelen die voorlopig dode letter bleven:

  - De analyses van de ziekenhuisfacturen tonen aan dat onder de codereeks 960 een aantal verstrekkingen worden aangerekend voor een geraamd bedrag van 200 miljoen waarvan 100 miljoen erelonen. Het is noodzakelijk dat deze codereeks wordt gespecifieerd teneinde een betere controle mogelijk te maken op het al dan niet gerechtvaardigde karakter van de aangerekende verstrekkingen en dat de verstrekker die aanrekent wordt geïdentificeerd. De TGR wordt verzocht om op basis van de aangemelde probleemsituaties een duidelijke interpretatie te geven of de omschrijving van de betrokken codes te preciseren.

  - Rekening houdend met de aanbevelingen van het KCE (rapport 305A) is de NCAZ van oordeel dat na de beperking van de complexe chirurgische ingrepen bij pancreas- en slokdarmkanker een gelijkaardig initiatief wordt genomen met betrekking tot hoofd- en halstumoren.

- Indien gemaakte afspraken niet worden nagekomen moet dit duidelijk worden gemotiveerd en gedocumenteerd met een duidelijk traject om snel de gemaakte afspraken na te komen.
- De aldus verzamelde informatie moet er mee voor zorgen dat in de toekomst steeds minder afspraken niet worden nagekomen en oplossingen worden aangereikt.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	83,12	50,00	ACCEPTED
NO	2,27	0	
ABSTENTION	0	25,00	
NO VOTE	14,61	25,00	

« YES » Comments
- Nihil

« NO » Comments
- eens de akkoorden goedgekeurd zijn en aanvaard door de minister moeten ze uitgevoerd worden.

« ABSTENTION » Comments
- Verdere uitwerking en concretisering vereist alvorens goedkeuring / verdere uitwerking vereist om goed te kunnen keuren

III.6. Begrotingsopmaak

- Sinds geruime tijd wordt in de ARGV aangedrongen op een betere leesbaarheid en transparantie van het budget van de sector gezondheidszorgen. Betere leesbaarheid en transparantie zijn ook noodzakelijk om de opstelling van een meerjarenbegroting mogelijk te maken.

- In het IRI zijn hieromtrent een aantal voorstellen opgenomen komende uit de TF Budget. Deze voorstellen werden onderworpen aan de stemprocedure binnen de WGT.QA om zich een goed idee te kunnen vormen van de meningen van de leden.

- In functie van deze respons zullen deze voorstellen verder nauwkeuriger worden onderzocht, verfijnd en eventueel ingevoerd.

- Een aantal van deze voorstellen vergt evenwel een aanpassing van het juridisch kader.

Proposal 001 : indexmechanismen

- Er bestaan momenteel verschillende indexeringsmechanismes binnen de sector geneeskundige verzorging. De momenteel meest voorkomende zijn:
  1. De evolutie van de gezondheidsindex in de maand juni van een gegeven jaar n-1 ten opzichte van het jaar n-2. Dit betreft dus de evolutie van de gezondheidsindex in het jaar voorafgaandelijk aan het budgettair jaar waarin de indexmassa wordt toegekend. Dit indexmechanisme wordt gebruikt voor het merendeel van de honoraria. De honoraria die op deze wijze geïndexeerd worden, lopen bijgevolg altijd een bepaalde periode achter ten opzichte van de evolutie van de gezondheidsindex;
  2. De overschrijding van de spilindex zoals toegepast in de loonsectoren. De maand na de vastgestelde overschrijding van de spilindex worden de wedden en bedragen geïndexeerd met 2%. De spilindex is eveneens gelinkt aan de gezondheidsindex. Deze indexering gebeurt als het voortschrijdend gemiddelde gedurende 4 maand een verhoging van de levensduurte van 2% overschrijft voor een vastgestelde productkorf. De bedragen die op deze wijze worden geïndexeerd volgen sneller de evolutie van de prijzen, maar de aanpassing gebeurt minder geleidelijk en het is mogelijk dat er in sommige jaren geen spilindexoverschrijding voorvalt;
  3. Minder courant, maar overal in het gezondheidszorgbudget verspreid, zijn er ook indexeringsmechanismes waarbij er jaarlijks geïndexeerd wordt volgens de evolutie van de gezondheidsindex in een gegeven maand ten opzichte van diezelfde maand in het jaar voordien. Deze indexering gebeurt vaak, maar niet noodzakelijk, in de maand januari.
- Op het vlak van het budgettair beheer van de gezondheidszorg is het werken met verschillende indexeringsmechanismes complex. Een veralgemeende aanpassing van het indexmechanisme voor alle tegemoetkomingen is evenwel niet evident:
  - Men kan de spilindex voor de loonsectoren niet zomaar aanpassen;
  - Men kan de spilindex moeilijk toepassen op de honoraria omdat de indexmassa niet exact gekend is op het moment dat er onderhandelingen bezig zijn voor de afsluiting van overeenkomsten en akkoorden;
  - De indexmechanismes aanpassen is een zeer omvangrijk werk gezien alle indexeringsbepalingen in de verschillende reglementaire basissen dienen aangepast te worden.

- Om het beheer van de sector geneeskundige verzorging te vereenvoudigen wordt derhalve ervoor geopteerd om de indexeringsmethodes te beperken tot 3 mogelijkheden:
  1. de evolutie van de gezondheidsindex juni n-1 ten opzichte van juni n-2 zoals deze nu reeds toegepast wordt voor het merendeel van de honoraria;
  2. de spilindex zoals deze momenteel wordt toegepast in de loonsectoren;
  3. geen index.
- Dit betekent concreet dat alle nieuwe dossiers 1 van deze 3 indexmechanismes dienen te hanteren. Reeds bestaande dossiers met een afwijkend indexmechanisme zullen pas worden aangepast als het dossier wordt aangepast. Hierbij zal het RIZIV het indexmechanisme verifiëren en aanpassen indien nodig. Bestaande dossiers behouden hun afwijkend indexmechanisme tot er een wijziging aan het dossier wordt aangebracht.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	76,28	25,00	ON HOLD
NO	1,33	30,00	
ABSTENTION	15,34	25,00	
NO VOTE	7,05	20,00	

« YES » Comments

- Wat met/waarom 3e mogelijkheid "geen index"?
- Akkoord, maar voor optie 1 referteperiode september ipv juni
- Voorkeur mechanisme spilindex / préférence pour index pivot
- D'accord pour autant qu'on ne modifie pas les règles d'indexations actuelles.
- Ce n'est pas l idéal mais c'est la solution la plus pratique surtout pour les Accords

« NO » Comments

- Bij huidig systeem : liever index op basis berekenen van de maand september, ik zie niet de mogelijkheid om op nummer 3 te stemmen. Dergelijke belangrijke zaken zouden toch ook wel een uitgewerkt cijfervoorbeeld mogen geven.
- Wij vinden dit voorstel te passief en behoudsgezind. Noodzaak om voor de honoraria de spilindex (lonen) te volgen want in de TV gaat het vaak om gepresteerde tijd in combinatie met intellectuele acte. Voor alle financieringen SA'n de spilindex volgen. / Il est primordial que l'indexation des honoraires est égale à l'indice pivot (salaire) pour SID : prendre en compte le temps réel de la prise en charge. L'indice pivot doit être utilisé pour tous les budgets qui financent un temps de travail (salaire)
- L'option "pas d'indice" ne peut pas faire partie de la proposition.

« ABSTENTION » Comments

- Wij vragen om een duidelijkere inschatting van de budgettaire impact van de diverse pistes alvorens tot een beslissing over te gaan. Een toelichting bij de budgettaire impact zou niet misplaatst zijn voor elk voorstel, en zeker niet bij voorstellen als deze die zuiver technisch-financieel lijken te zijn.
- Simplification OK. pas d'indexation n'est pas une option. mécanisme d'indexation des honoraires à évaluer
- Te technisch; indien "geen index", onduidelijk op welke basis dit wordt beslist; is er onderhandelingsmogelijkheid?

Proposal 002 : Interdepartementale provisie

✧ De interdepartementale provisie buiten begrotingsdoelstelling

- Voor de maatregelen COVID-19 met een meerkost ten opzichte van het begrotingsobjectief 2020 en 2021 wordt een beroep gedaan op een bijkomende financiering vanuit de overheid, meer concreet via de interdepartementale provisie buiten begrotingsdoelstelling.
- De techniek van de interdepartementale provisie is iets wat structureel mogelijk moet zijn en niet enkel voor de huidige COVID-19 crisis, maar ook voor toekomstige pandemieën of sanitaire crisissen.
- Ook in 2022 zal de interdepartementale provisie nog noodzakelijk zijn om bepaalde maatregelen zoals testen klinische biologie, vaccinatie,… te kunnen financieren.

- De techniek van de interdepartementale provisie is iets wat structureel mogelijk moet zijn en niet enkel voor de huidige COVID-19 crisis, maar ook voor toekomstige pandemieën of sanitaire crisissen.
- Ook in 2022 zal de interdepartementale provisie nog noodzakelijk zijn om bepaalde maatregelen zoals testen klinische biologie, vaccinatie,… te kunnen financieren.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	94,27	25,00	ON HOLD
NO	0	5,00	
ABSTENTION	0	50,00	
NO VOTE	5,73	20,00	

« YES » Comments

- Deze interdepartementale provisie kan misschien ook gebruikt worden om de grote lopende werven versneld te implementeren.
- Welk orgaan zal toezicht houden op de uitgaven GHZorg voor dit extra budget? In welk van de RIZIV-organen zal dit moeten gebeuren? / Quel est le lieu qui supervisera les dépenses pour ce budget supplémentaire ? Implication de l'INAMI ?
- Cette technique est indispensable. Anciennement: facteurs exogènes
- Op voorwaarde dat er een eerlijke toekenning van deze middelen is: momenteel worden beroepen zonder overeenkomstencommissie (zoals orthoptist, ergo, podoloog, diëtist,…) gediscirimeerd, zelfstandige zorgverleners die zorgen verlenen welke geen RIZIV-nummer hebben (ten gevolge van verouderde nomenclatuur), worden vergeten.
- Maar wat is de definitie van een gezondheidscrisis? Covid is uiteraard ongezien, maar is er ook geen crisis in de geestelijke gezondheidszorg al jaren waar we noodbudgetten voor zouden moeten kunnen vrijmaken?
- Mais bien définir les conditions d'application pour éviter un usage inapproprié.

« NO » Comments

- Nihil

« ABSTENTION » Comments

- Wij vragen dat de beslissing om over te gaan tot deze "crisisfinanciering" gealigneerd wordt met de wettelijke procedure door middel van een parlementaire beslissing van de toestand van pandemie/sanitaire crisis
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.

Proposal 003 : Definitie begrotingsobjectief

- De huidige inhoud van de globale begrotingsdoelstelling stemt niet meer overeen met de wettelijke omschrijving die stelt dat de inhoud beperkt is tot de verstrekkingen artikel 34 van de GVU-wet. Momenteel bevinden zich onderdelen hiervan buiten het begrotingsobjectief (bv. wet ziekenhuizen) en zijn er uitgaven opgenomen die zich niet onder artikel 34 bevinden (bv. informaticapremies, artikel 56).

- Het voorstel betreft het wijzigen van de inhoud van de globale begrotingsdoelstelling ten einde een maximale responsabilisering binnen de norm mogelijk te maken en tevens een duidelijk inhoudelijk verschil aan te houden met betrekking tot wat zich binnen en buiten het begrotingsobjectief bevindt. Hiervoor zijn duidelijke criteria noodzakelijk die vastleggen waar bepaalde uitgaven op de begroting dienen te worden ingeschreven. Voor sommige rubrieken is de keuze vrij evident, maar voor andere rubrieken is dit minder het geval (bv. informaticapremies aan verpleegkundigen, …).

- De Algemene Raad van 13 juni 2016 sprak zich uit voor scenario 2 of scenario 2bis uit de oorspronkelijke nota:
  - Scenario 2: een “maximale responsabilisering binnen het begrotingsobjectief”: binnen deze context kan de globale begrotingsdoelstelling aangewend worden voor alle activiteiten die rechtstreeks (of onrechtstreeks) verband houden met “geneeskundige zorgen”;
  - Scenario 2bis: gaat nog iets verder: integratie van de rubriek internationale verdragen binnen het begrotingsobjectief.

- Het lijkt aangewezen om de uitgaven inzake internationale verdragen buiten het begrotingsobjectief te houden omwille van het volatiele patroon van deze uitgaven en aldus scenario 2 aan te houden.
- Binnen deze context van een maximalistische benadering wordt als criterium genomen dat de globale begrotingsdoelstelling aangewend kan worden voor alle activiteiten die rechtstreeks of onrechtstreeks verband houden met ‘geneeskundige zorgen’ en zorgverstrekkers, behalve de subsidies aan de beroepsorganisaties gezien deze uitgaven deel uitmaken van het beheer van de gezondheidszorg. Enkel de uitgaven die verband houden met de werking en beheer van de gezondheidszorg blijven op de administratieve uitgaven buiten het begrotingsobjectief behouden.
- Een wettelijk initiatief is noodzakelijk om deze beslissing uit te voeren.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	78,58	50,00	ACCEPTED
NO	0	5,00	
ABSTENTION	12,69	25,00	
NO VOTE	8,73	20,00	

« YES » Comments
- Meer transparantie wat wel en niet binnen begroting gezondheidszorg valt
- Voorkeur scenario 2
- Proposition 2
- D’accord pour autant que l’exercice soit budgétairement neutre.
- Scenario 2

« NO » Comments
- Nihil

« ABSTENTION » Comments
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l’objet d’amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.

Proposal 004 : Negatieve uitgaven

- Binnen de gezondheidszorgbegroting zijn een aantal negatieve uitgaven opgenomen. Dit zijn correcties op uitgaven die dubbel of op de verkeerde plaats gebudgetteerd zijn. Het Verzekeringscomité en het Rekenhof hebben de voorbije jaren verschillende malen aangedrongen op het stopzetten van deze werkwijze.

- Door een aantal verschuivingen van de begroting 2021 binnen en buiten het begrotingsobjectief, stelt dit probleem zich opnieuw (zie eventueel nota CGSS 2021/028) :

  - Van het budget voor de herwaardering geestelijke gezondheid verschuift een deel naar het BFM van de ziekenhuizen, waardoor met de wet ziekenhuizen een deel buiten begrotingsobjectief wordt geplaatst;

  - Het IFIC-budget publiek 2020 verschuift van het BFM naar het sociaal akkoord buiten doelstelling;

  - Voor 2021-2022 is een nieuw sociaal akkoord gesloten voor 600 miljoen euro: een belangrijk deel wordt toegewezen aan de ziekenhuizen in het BFM waardoor met de wet ziekenhuizen een deel buiten begrotingsobjectief wordt geplaatst.

- Er wordt voorgesteld om structurele negatieve uitgaven te vermijden en de techniek van de negatieve uitgaven te beperken tot situaties met een eenmalige onderbenutting van het begrotingsobjectief.
- Het begrotingsobjectief moet dan aangepast worden om de blokkeringen budgetneutraal uit het begrotingsobjectief te kunnen schrappen.
- De techniek van de negatieve uitgaven kan op die manier nog steeds nuttig aangewend worden om flexibiliteit in de meerjarige begrotingsprocedure te behouden.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	74,98	55,00	ACCEPTED
NO	5,29	0	
ABSTENTION	14,01	25,00	
NO VOTE	5,72	20,00	

« YES » Comments

- Niet geheel duidelijk wat de negatieve uitgaven allemaal precies inhouden
- Voorkeur voor vereenvoudiging, duidelijkheid en transparantie
- Is goed toepasbaar voor éénmalige projectfinancieringen, maar is het ook voldoende transparant en zonder nadelige effecten wanneer het leidt tot verschuivingen tussen recurrente budgetten, bv. tussen partiële budgetten? / Est-il suffisamment transparent et sans effet négatif pour les transferts entre budgets récurrents ?
- D'accord pour autant que les exceptions possibles soient clairement définies.
- Pour chaque ligne budgétaire, faire correspondre la proposition budgétaire à la réalité du contenu

« NO » Comments

- Het is voor ons onvoldoende duidelijk wat de gevolgen zijn wat de gevolgen zijn als de techniek van negatieve uitgaven gebruikt worden voor éénmalige onderbenuttingen. wij vragen meer info en vragen dat het voorstel nadien opnieuw kan gestemd worden.
- Il vaut mieux corriger le budget lors des contrôles semestriels

« ABSTENTION » Comments

- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.
- We hebben heden onvoldoende achtergrondinformatie om dit te beoordelen.

Proposal 005 : Projecten artikel 56

✧ De uitgaven voor de projecten artikel 56 bevinden zich op verschillende rubrieken binnen en buiten het begrotingsobjectief.

- Er wordt voorgesteld om al de projecten artikel 56 in 1 partiële doelstelling te verzamelen en te integreren in het begrotingsobjectief.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	27,63	30,00	REJECTED
NO	58,69	25,00	
ABSTENTION	7,95	25,00	
NO VOTE	5,73	20,00	

« YES » Comments

- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid en transparantie
- Is nuttig in het creëren van transparantie en verantwoordelijkheid in de logica van een transversale en geïntegreerde samenwerking.
- Radiotherapie

« NO » Comments

- Seule une partie des art.56 devrait être intégrée à l'objectif budgétaire.
- Transparantie gewenst maar in aparte bijlage om uitgaven per beroepsgroep te behouden
- Art 56 doit rester dans le budget des frais administratifs

« ABSTENTION » Comments

- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.
- Il serait préférable descinder les articles 56 en hors et dans l'OB (cf. proposition « Définition de l'objectif budgétaire »)

Proposal 006: Financiering vzw IFIC

- Wie is IFIC?
  - → Het instituut voor functieclassificatie
- IFIC is een vzw die bestaat sinds 2002. Het team bestaat uit consultants, data-analisten en directie.
- In nauwe samenwerking met het terrein en met experten en sociale partners, maken ze werk van moderne functieclassificaties in alle aspecten. Ze maken beschrijvingen, wegingen en klassenmodellen en voeren ook loonstudies uit om kostprijsberekeningen te verwezenlijken.
- In de voorbije jaren ontwikkelden ze heel wat kennis over jobs maar ook over de organisatie van de betrokken sectoren en de opbouw van sectorale lonen.
- Ze ondersteunen de sociale partners nu ook bij hun onderhandelingen over de invoering van de nieuwe classificaties en de procedures en overgangsmaatregelen die daarbij komen kijken.
- https://www.if-ic.org/fr

- Voorgesteld wordt om de financiering van de IFIC-opdrachten te concentreren buiten het begrotingsobjectief, binnen de rubriek werkingskosten.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	86,70	50,00	ACCEPTED
NO	3,59	0	
ABSTENTION	3,98	30,00	
NO VOTE	5,73	20,00	

« YES » Comments

- Gealigneerd met voorstel "definitie begrotingsobjectief"
- Blijvende transparantie en budgetopvolging IFIC wel noodzakelijk
- Noodzaak om de indexering te gebruiken volgens de evolutie van de spilindex (lonen). / L'indexation doit correspondre à l'évolution de l'indice pivot (salaire). L'IFIC finance des salaires
- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid en transparantie
- D'accord pour autant que soit bien visé l'ASBL IFIC et non l'accord social IFIC.
- Echter momenteel is er nog geen functie-omschrijving van de orthoptist bij het IFIC. Overleg met de beroepsvereniging van orthoptisten werd nog niet gevraagd door IFIC. De functieomschrijving van de orthoptist moet dringend opgesteld worden met vermelding van alle zorgdomeinen van de orthoptist.
- Mits meer transparantie over rol en financiering IFIC

« NO » Comments

- Nous (Axxon) ne sommes pas du tout satisfait de cette classification il y un manque flagrant de concertation avec les prestataires de soins non infirmier
- We denken hiermee een vrijgeleide te geven wat niet de bedoeling kan zijn
- IFIC is bijzonder belangrijk en de werking/resultaten worden gewaardeerd, maar we zien niet in waarom dit nu buiten BO moet gesteld worden

« ABSTENTION » Comments

- Overleg met beroepsverenigingen over de functieomschrijving (FO) is essentieel. De gebruikte FO zijn erg verouderd en de procedure voor de herwerking ervan loopt tergend traag.
- Hoe groot is de actuele behoefte nog aan IFIC gelet op de bekendheid?
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.

Proposal 007: Financiering sociale akkoorden

✧ De uitgaven voor de sociale akkoorden bevinden zich binnen en buiten het begrotingsobjectief en binnen verschillende begrotingsrubrieken.

- Er wordt voorgesteld om alle uitgaven met betrekking tot de sociale akkoorden die zich niet in een dagprijs, forfait, prijzen… bevinden, in 1 partiële doelstelling op te nemen.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	42,95	30,00	ON HOLD
NO	50,00	25,00	
ABSTENTION	1,32	25,00	
NO VOTE	5,73	20,00	

« YES » Comments

- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid en transparantie; graag ook alignering tussen verschillende sectoren
- Noodzaak om voor de indexering te werken volgens de evolutie van de spilindex (lonen). Vaak gaat het over de financiering van enkel loongerelateerde maatregelen. De achterliggende opdeling voor de verschillende betrokken sectoren transparant voorstellen. / L'indexation doit correspondre à l'indice pivot (salaire). Les accords sociaux financent des salaires ou équivalent

« NO » Comments

- Ce dossier n'est pas assez expliqué.

« ABSTENTION » Comments

- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion

Proposal 008: Definite van de partiële doelstellingen

- De definitie van de partiële doelstellingen uit de GVU-wet komt niet meer overeen met de huidige begrotingsprocedure.
- Artikel 2 van de GVU-wet stelt: “Onder ‘partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling’ wordt in deze gecoördineerde wet verstaan: voor de in artikel 34 vermelde geneeskundige verstrekkingen of groepen van verstrekkingen, het vooropgestelde jaarlijks bedrag van de uitgaven dat de verschillende overeenkomsten- en akkoordencommissies niet mogen overschrijden.”
- Voor meerdere partiële doelstellingen bestaan er evenwel geen overeenkomsten- of akkoordencommissie.
- Een alignering dringt zich op.

- De WGT.QA werkt tegen eind maart 2022 een voorstel tot alignering uit.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	28,58	25,00	ON HOLD
NO	3,03	0	
ABSTENTION	62,66	55,00	
NO VOTE	5,73	20,00	

« YES » Comments

- Dringende regularisering voor de beroepen zonder overeenkomsten- en akkoordencommissies!
- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid, transparantie en alignering
- A faire de même pour les objectifs globaux: hop/biologie/imagerie
- Dringende oproep om de paramedische beroepen zonder overeenkomstencommissie (waaronder de orthoptisten) volwaardig te integreren in het RIZIV en dus ook te voorzien van een overeenkomstencommissie!

« NO » Comments

- Nihil

« ABSTENTION » Comments

- Préciser les objectifs budgétaires partiels (transversaux) concernés avant de se positionner
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l’objet d’amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.
- Nécessaire que la proposition puisse faire l’objet d’un examen plus approfondi.

Proposal 009: Probleem BMF / wet ziekenhuizen

- Momenteel is een deel van de ziekenhuisfinanciering opgenomen binnen partiële doelstelling 12 van de begrotingsdoelstelling en is een deel, het zogenaamde 'deel Staat', opgenomen buiten het begrotingsobjectief binnen de rubriek 'wet ziekenhuizen'.

- Beide delen hebben een verschillend betalingscircuit en facturatieritme:
  - Het belangrijkste gedeelte van het budget (77.23 %) maakt deel uit van de globale begrotingsdoelstelling; facturatieachterstand: 2 maand;
  - Het saldo (22.77 % - het vroegere 'gedeelte Staat') wordt vermeld in de administratieve lasten: rubriek wet ziekenhuizen; facturatieachterstand: 6 maand

- Momenteel wordt jaarlijks door de FOD Volksgezondheid het globaal budget voor de ziekenhuisfinanciering opgesteld. Dit globaal budget heeft als tijdsspanne het kalenderjaar: van 01.01.n tot en met 31.12.n. Dit globaal budget wordt jaarlijks door de Ministerraad goedgekeurd. Hiervan wordt vervolgens een afgeleid budget opgesteld: het BFM (het budget van financiële middelen) met tijdsspanne van 01.07.n tot en met 30.06.n+1.

- Tenslotte wordt het RIZIV-budget afgeleid van het BFM met een opsplitsing tussen het deel binnen begrotingsobjectief, met een tijdsspanne van 01.03.n tot en met 28.02.n+1 en het deel Staat buiten het begrotingsobjectief lopende van 01.07.n tot en met 31.12.n. Dit betekent dus dat er momenteel 3 begrotingen met 3 verschillende cijfers en finaliteiten in omloop zijn inzake het ziekenhuisbudget.

- De verschillende begrotingen en de opsplitsing tussen een deel binnen en buiten de doelstelling leiden tot verwarring, een verminderde transparantie en het onnodig gebruik van negatieve uitgaven.

- Voorgesteld wordt om al deze elementen te integreren in 1 begrotingsrubriek binnen begrotingsobjectief. Binnen de nieuwe benadering betekent dit dat het bedrag 'wet ziekenhuizen', voor wat het deel artikel 34 betreft, eveneens ten laste gelegd wordt van de globale begrotingsdoelstelling. Hierbij zijn verschillende pistes mogelijk:
  - Beide onderdelen van het ziekenhuisbudget worden samen gebracht in 1 partiële doelstelling. Om beide onderdelen in 1 rubriek te kunnen samenvoegen, is het aangeraden om de verschillende facturatieritmes eerst op elkaar af te stemmen. Verschillende scenario's zijn mogelijk: jaarlijks 1 maand versnellen om de gelijktrekking te spreiden in de tijd of een 'big bang' in 1 jaar met een belangrijke éénmalige kost.
  - Facturatieritme zonder achterstand of tussenopties om het boekingsritme gelijk te trekken. Bij voorkeur wordt het facturatieritme gelijkgetrokken naar een situatie zonder achterstand opdat het globaal budget van de ziekenhuisfinanciering gelijk zou zijn aan het bedrag opgenomen binnen het RIZIV-budget. Maar om de eenmalige impact te temperen kan ervoor geopteerd worden om het facturatieritme van beide onderdelen af te stemmen op bv. 3 of 4 maand achterstand;
  - De huidige facturatieritmes behouden, maar de rubrieken toch groeperen binnen partiële doelstelling 12 om op korte termijn reeds een deel van de problemen op te lossen.

→ De WGT.QA werkt een voorstel tot aanvraag van advies uit dat dient te worden gevraagd aan de FRZV over de verschillende pistes: de ARGV neemt vervolgens een beslissing die weerspiegeld dient te worden in art. 40 van de GVU wet.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	32,92	30,00	ON HOLD
NO	11,35	0	
ABSTENTION	50,00	50,00	
NO VOTE	5,73	20,00	

« YES » Comments
- Is dat dan nog voldoende transparant en sluit dit nog voldoende aan bij de doelstelling van het gezamenlijk beheer in het concept van het transversaal en geïntegreerd samenwerken? Heeft men hierover dan nog voldoende medezeggingsrecht binnen RIZIV? / Est-ce suffisamment transparent? Quid du concept de transversalité et d'intégrité? Rôle de l'INAMI dans la codécision?
- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid, transparantie en alignering
- La part hors budget SS a été créée en 1993 pour être dans les clous EU.
- Il est inimaginable que cette approche n'ait jamais été tentée vu l'importance de ce budget et de l'imbroglio administratif.

« NO » Comments
- Nihil

« ABSTENTION » Comments
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.
- Ce dossier doit être traité dans sa globalité (recours, provision, date du calcul du BFM,…)

Proposal 010: Voorstelling inhoud begrotingsobjectief

- De voorstellingswijze moet worden aangepast zodat het voor iedereen duidelijk is dat het deel waarop de modellen N, T20 en de maandelijkse opvolging van de begroting slaan, enkel betrekking hebben op de tabel 'uitgaven gedaan door de VI' uit de begroting en niet op het totaal van het begrotingsobjectief.
- Bovendien kunnen beide bedragen zonder aanpassingen homogeen vergeleken worden.
- De begroting kan hierdoor transparanter en gemakkelijker opgevolgd worden.

- Voorgesteld wordt om de inhoud van de partiële doelstellingen te splitsen in 3 kolommen:
  - uitgaven ten laste van de VI's;
  - uitgaven ten laste van het RIZIV;
  - totaal uitgaven.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	82,91	55,00	ACCEPTED
NO	0	0	
ABSTENTION	11,36	25,00	
NO VOTE	5,73	20,00	

« YES » Comments
- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid, transparantie en alignering

« NO » Comments
- Nihil

« ABSTENTION » Comments
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.

Proposal 011: Voorstellingswijze begroting buiten begrotingsobjectief

- De ontvangsten- en uitgavenbegroting van het RIZIV wordt geherstructureerd om de ontvangsten en uitgaven samen te brengen die inhoudelijk bij elkaar horen volgens het boekhoudingssysteem van de openbare instelling van de sociale zekerheid.
- Hierdoor zal de rapportering door het RIZIV op het vlak van structuur en inhoud nauw aansluiten bij het rapport van het Monitoringcomité en de Algemene Toelichting bij de begroting zoals deze door de Regering aan het Parlement wordt meegedeeld.
- Tevens worden de omschrijvingen waar nodig aangepast om dichter bij de inhoud te staan.
- De rubrieken waar geen ontvangsten of uitgaven geregistreerd of verwacht worden, worden niet meer weergegeven voor zolang er geen bedragen verwacht worden.

- Dit voorstel met de opmerkingen werd ter discussie voorgelegd tijdens de zoommeeting van de WGT.QA van 6 december 2021 en is beschikbaar op de volgende pagina

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	81,58	55,00	ACCEPTED
NO	0	0	
ABSTENTION	12,69	25,00	
NO VOTE	5,73	20,00	

« YES » Comments

- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid, transparantie en alignering
- Sterke verbetering i.f.v. creëren van transparantie en accountability. / Permet d'améliorer la transparence et la responsabilité

« NO » Comments

- Nihil

« ABSTENTION » Comments

- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.

Proposal 011 : Voorstellingswijze begroting buiten begrotingsobjectief (vervolg)

✧ Ontvangsten

a) Bijdragen
- Definitie: bijdragen die verzekerden aan het RIZIV verschuldigd zijn of door het RIZIV worden ontvangen, geïnd of toegekend.

b) Alternatieve financiering
- Definitie: alternatieve financiering die aan het RIZIV wordt toegekend. Door de hervorming van de financiering van de sociale zekerheid is deze rubriek zonder voorwerp.

c) Staatstoelagen
- Definitie: financiering vanuit de federale overheid rechtstreeks gestort aan het RIZIV zonder tussenkomst van een globaal beheer. Door de programmawet van 21 juni 2021 zal een dotatie aan de ontvangsten van het RIZIV worden toegevoegd

d) Toegewezen ontvangsten
- Definitie: Ontvangsten van de overheid die aan de GVU-sector worden toegekend.

e) Externe overdrachten
- Definitie: ontvangsten van andere overheidsinstellingen die buiten de perimeter van de gezondheidszorg vallen, exclusief het globaal beheer.

f) Opbrengsten beleggingen
- Definitie: Opbrengsten uit het financieel beheer van liquiditeiten en reserves binnen de perimeter van de gezondheidszorg.

g) Diverse ontvangsten
- Definitie: Alle ontvangsten die niet in de overige rubrieken thuishoren.

h) Overdrachten vanuit de globale beheren
- Definitie: Financiering van de gezondheidszorg door het globaal beheer voor werknemers (RSZ) en het globaal beheer der zelfstandigen (RSVZ).

→ De rubrieken a) tot en met f) betreffen de eigen ontvangsten van de gezondheidszorg.

✧ Uitgaven

a) Prestaties
- Definitie: De prestaties voor geneeskundige verzorging zoals die in de voorgaande paragrafen zijn gedefinieerd.

b) Beheerskosten
- Definitie: De werkingskosten verbonden aan het beheer van de gezondheidszorg. Deze rubriek valt uiteen in 3 subrubrieken: centrale instellingen (het RIZIV), de uitbetalingskassen (de VI en andere instellingen die hun opdrachten uitvoeren) en de derde instellingen.

c) Externe overdrachten
- Definitie: Uitgaven naar andere overheidsinstellingen die buiten de perimeter van de gezondheidszorg vallen.

d) Diverse uitgaven
- Definitie: Alle uitgaven die niet in de overige rubrieken thuishoren. Ook de negatieve uitgaven worden hieronder opgenomen.

e) Overdrachten naar de globale beheren
- Definitie: Uitgaven naar de RSZ en het RSVZ.

Proposal 012: Inschatting budgettaire ruimte

- Zolang de coördinatie met PROMES niet verzekerd is, is het aangewezen om bij het opstellen van de begroting de komende jaren te vertrekken van de technische ramingen.
- Voor de andere uitgaven is het vertrekpunt dat het gewone groeipad (zonder COVID), zoals dat uit de jaren vóór 2020 kan afgeleid worden, blijft gelden. Dit is natuurlijk slechts een voorlopige benadering. In de nabije toekomst is er gedetailleerd onderzoek nodig over het effect van COVID op de waarschijnlijke evolutie van de uitgaven.
- Vergelijking van de globale begrotingsdoelstelling met de technische ramingen levert een schatting op van de beschikbare budgettaire ruimte voor nieuwe transversale initiatieven in het kader van expliciete gezondheids(zorg)doelstellingen.
- Er wordt grotendeels abstractie gemaakt van belangrijke uitdagingen met mogelijk grote budgettaire implicaties, zoals bijvoorbeeld het farmapact, de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de hervorming van de nomenclatuur tot de dossiers zijn afgewerkt.
- Om in de toekomst een coherent beleid met langetermijndoelstellingen uit te werken kunnen deze elementen natuurlijk niet apart gehouden worden, maar moeten ze geïntegreerd worden in een coherente langetermijnbeleidsvisie.

- De uitgekozen transversale initiatieven worden opgenomen in een nieuwe "transversale lijn gezondheidszorgdoelstellingen en appropriate care" in de begroting.
- Dit neemt niet weg dat ook in de aparte sectoren nieuwe initiatieven mogelijk blijven.
- In andere proposals worden voorstellen ter stemming vastgelegd omtrent de wijze waarop deze transversale lijn in de toekomst zou kunnen functioneren indien dit proposal wordt aanvaard.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	87,08	25,00	ON HOLD
NO	4,54	0	
ABSTENTION	2,65	55,00	
NO VOTE	5,73	20,00	

« YES » Comments

- Voorstel tot vereenvoudiging, duidelijkheid, transparantie en alignering
- Het akkoord wordt gegeven omdat er ook vermeld wordt dat in de aparte sectoren ook nieuwe initiatieven mogelijk blijven. transversaal denken is bijzonder belangrijk, maar dit kan niet de enige sector van innovatie zijn
- Cave! Werkt PROMES reeds (voldoende)? Dringend verder uit te rollen! / Permet d'améliorer la transparence et la responsabilité
- Methode moet in lijn zijn met nota van verzekeringscomité 253
- La marge ET/OB doit aussi permettre de revaloriser des secteurs (silos)
- Il faudrait aller plus loin et réfléchir aux estimations pluriannuels, transfert de budget, …
- Op voorwaarde dat de acties "appropriate care" goed gedefinieerd worden en een opening laten voor prestaties die momenteel nog niet erkend zijn.

« NO » Comments

- Nieuwe initiatieven moeten binnen elke sector mogelijk blijven, TVZ indien duidelijk aantoonbaar beter dan uitgewerkt binnen afzonderlijke sectoren (dus TVZ niet als dogma en niet superieur aan initiatieven binnen elke aparte sector)
- Nous réitérons les réserves que nous avions formulées lors de la présentation du rapport intermédiaire : La transversalité n'est pas un objectif en soi , c'est une opportunité pour certains projets innovants. La partie de la marge qui lui est consacrée ne peut mettre en péril les accords sectoriels(garant de paix sociale et d'accessibilité financière aux soins.) Les projets sélectionnés par la TF sont Intéressants et pertinents mais présentés de façon disparate ne peuvent constituer une politique de santé, par contre il sera utile de s'en inspirer pour construire des projets structurés concrets. Quelle sera la gouvernance ? Comment s'articulera -t elle avec les organes actuels ? Comment se fera le suivi et l'évaluation ?

« ABSTENTION » Comments

- Meer toelichting en uitwerking/verduidelijking vereist bij wat er precies voorgesteld wordt en wat de impact zou zijn.
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.

Proposal 013: Alternatieve financiering via 'health bonds'

- Een plan appropriate care zorgt voor efficiëntiewinsten die worden gegenereerd en gebaseerd zijn op principes zoals de juiste zorg op de juiste plaats, desinvestment ondoelmatige zorg, terugdringing praktijkvariaties, recycling van middelen uit "overuse" en herinvestering in "underuse" (roadmap p. 18).
- De niet verantwoorde uitgaven binnen de gezondheidszorg worden geschat op 10 tot 30 % van de gezondheidsbudgetten naargelang de beschikbare studies. Dit betekent een 'waste' van minimaal 3 miljard € voor het meerjarenbudget.
- De 'recuperatie' van zo'n budget via maatregelen AC vergt echter enkele jaren om hiertoe te komen, maar is wel noodzakelijk. De noden zijn evenwel groot en hieraan snel tegemeot komen met de huidige financiële middelen is niet mogelijk.
- Het FRF moet aandacht hebben voor de vernieuwing van de financiering die aansluit bij de wel in kaart gebrachte nieuwe visie en doelstellingen voor onze gezondheidszorg.
- Er moet hierbij nagedacht worden over alternatieve, nieuwe financieringsvormen. We hebben niet de luxe om de onmiskenbare noden van zorgverleners en patiënten nog veel langer uit te stellen.

Een analoog systeem bestaat nu al in het Vlaams en Waals gewest met bvb. de "sustainable bonds" in andere sectoren:

Vlaanderen

- What is a Sustainable Bond? How does it work? - Finance Flanders
- Social Impact Bonds in het plan voor Herstel en Veerkracht – nieuwe kansen? | MVO Vlaanderen

Wallonie

- rw_sustainability_bond_framework_april_2019.pdf (wallonie.be)
- Walloon Region: Sustainable Bonds allocation and impact analysis report | ManagEnergy

- In 2022 introduceert men 'health bonds' (federaal) voor een minimaal bedrag van 1 miljard € met een af te spreken looptijd (5 tot 7 jaar?).
- De looptijd zorgt voor voldoende tijd om de huidige "waste" uit te roeien waardoor deze middelen terug beschikbaar komen.
- De 'health bonds' zijn een vorm van prefinanciering voor de te recupereren middelen en zorgen voor een quasi onmiddellijke investering in onze gezondheidszorg om de ergste noden te lenigen.
- De onmiddellijke investering in alle gezondheidssectoren zorgt voor voldoende zuurstof en moet de zorgverleners overtuigen om mee te stappen in het toekomstig transversaal besteden van de budgetten volgens vast te leggen principes.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	25,57	0	REJECTED
NO	53,01	55,00	
ABSTENTION	17,21	25,00	
NO VOTE	4,21	20,00	

« YES » Comments

- Belangrijke incentive om de actoren in de gezondheidszorg mee te krijgen in het verhaal van kwalitatieve, effectieve, efficiënte zorg met opgeven van niet werkende/werkzame (verworven) principes; nodig voor disruptieve organisatie die zich opdringt
- Akkoord om na te denken over alternatieve, nieuwe financieringsvormen. te onderzoeken of dit dan 1 miljard EUR moet zijn
- Aussi un crowdfunding simple: les honoraires libres ("suppléments") -:)
- Op voorwaarde dat ook beroepsgroepen (zoals de orthoptisten) worden ondersteund die momenteel geen budgettaire middelen hebben om te verantwoorden dat hun werk gebaseerd is op het principe van "appropriate care", de juiste zorg op de juiste plaats.

« NO » Comments

- Voorstel is te vaag, vereist meer uitwerking en analyse – wat precies wil men doen en waarom juist?
- Sur base de ces infos, l'application de ce système aux soins de santé semble compliqué.
- Te begrijpen als een waardevol voorstel dat opportuniteiten biedt? Maar het is voor ons onvoldoende duidelijk hoe het werkt. Wij willen eerst hiervan een duidelijk uitgewerkt en concreet voorbeeld in de gezondheidszorg zien. Dan terug stemmen? / Cela devrait apporter des opportunités ? La mise en œuvre n'est pas claire pour nous. Avant d'accepter, il faut un exemple concret et de développement pour les soins de santé. Ce qui permettra de voter correctement après
- Verder onderzoek / advies over ESR impact door het INR is hier écht noodzakelijk

« ABSTENTION » Comments

- Onduidelijk wat de Health bonds zijn en wie wat financiert
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.
- Sous réserve d'explications complémentaires

Proposal 014: Budgettaire over- en onderschrijdingen

- Bij overschrijding van de globale begrotingsdoelstelling gebeurt er een evaluatie van waar in de eerste plaats naar besparingen kan worden gezocht (in het licht van de meerjarige doelstellingen en rekening houdend met de wetenschappelijke evidentie).

- Beoordeling (vanuit beleidsstandpunt) van de overschrijdingen/onderschrijdingen met betrekking tot de partiële begrotingsdoelstellingen.

- Bij onderschrijdingen:

  - wanneer de onderschrijding verklaard wordt door verkeerde initiële inschattingen, wordt de marge (die in jaar T geobserveerd wordt voor de uitgaven van jaar T-1) voor het jaar T+1 getransfereerd naar de transversale lijn. Er kan ook overwogen worden om een gedeelte van de marge te gebruiken voor interessante initiatieven binnen de sectoren.

  - wanneer de onderschrijding het gevolg is van grotere dan verwachte besparingen, blijft de marge in de desbetreffende sector om de juiste incentives te creëren.

- Bij overschrijdingen:

  - indien verklaard door verkeerde initiële inschattingen of door structureel verklaarbare factoren, kan de desbetreffende partiële begrotingsdoelstelling naar boven worden aangepast. Er moet dan wel gewaakt worden over het globale budgettaire evenwicht.

  - indien te wijten aan “ongewenste” factoren, worden van de betrokken sector besparingsvoorstellen verwacht.

- De WGT.QA verklaart zich akkoord met het voorstel van verwerking van de onder- en overschrijdingen rekening houdend met de feedback van het RIZIV-actuariaat (volgende pagina).

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	65,70	50,00	ACCEPTED
NO	9,66	0	
ABSTENTION	10,04	25,00	
NO VOTE	14,60	25,00	

« « YES » Comments

- procedure moet duidelijk omschreven worden: wat zijn "ongewenste" factoren zijn bij overschrijding? max. % dat aanvaardbaar is? hoe wordt beslist wat bij onderschrijding naar tranversale lijn gaat en wat binnen de sector blijft?
- prioritering van de sector i.f.v. behoeften en partieel naar transversaal
- goede en genuanceerde aanpak! - wel de betrokken sector hierin raadplegen!
- Aandacht voor opmerking actuariaat; ij onderschrijding keert de marge na (minder dan twee jaar) terug naar de transversale budgetlijn. Dat geeft de sectoren maar beperkte tijd om op “kruissnelheid te komen”.
- lorsque la sous -utilisation provient d'une estimation de départ erronée ,la marge n'est pas perdue ;elle est réutilisé soit au niveau de la ligne transversale ,soit au niveau des secteurs
- onderschrijding; duidelijk maken wanneer naar transversale lijn en wanneer behoud binnen de sector. overschrijding : max % op zetten wat aanvaardbaar is

« NO » Comments

- Sous-utilisation : nouvelle prestation/budget. Démarrage lent. Surtout on a mis d'autres nouveautés au frigo pour financer l'acte sous-consommé. Budget libéré doit d'abord permettre de sortir du frigo.
- la sous utilisation structurelle ne doit pas être ENTIEREMENT consacré au transversal, c'est le mot ENTIEREMENT qui devrait être remplacé par partiellement
- Niet akkoord met integrale overheveling naar transversale lijn

« ABSTENTION » Comments

- Bij overschrijding van de globale begrotingsdoelstelling gebeurt er een evaluatie van waar in de eerste plaats naar besparingen kan worden gezocht: niet in de eerste plaats besparingen: er zijn ook andere oorzaken mogelijk die geen besparing behoeven.
- Verdere uitwerking en voorwaarden vereist alvorens goedkeuring / verdere uitwerking vereist om goed te kunnen keuren

Proposal 014: Budgettaire over- en onderschrijdingen (vervolg)

Feed-back directie actuariaat DGV

- In grote lijnen worden de voorgestelde principes reeds toegepast. De technische ramingen voor het jaar T+1 vormen de basis van de partiële begrotingsdoelstellingen voor het jaar T+1. In het jaar T maakt het RIZIV de technische ramingen voor het jaar T+1 op basis van gegevens tot het jaar T-1. De herraming van september kan gegevens bevatten tot en met de eerste 5 maanden van het jaar T.

- Dit houdt in dat alle verkeerde initiële inschattingen of andere factoren die in jaar T vastgesteld worden voor het jaar T-1 (analyse van overschrijdingen en onderschrijdingen in auditnota's) reeds in rekening worden gebracht bij het opmaken van de technische ramingen T+1:
  - Bij onderschrijdingen in T-1, als deze structureel van aard zijn, zal de technische raming voor T+1 wat lager uitvallen waardoor er meer marge wordt gecreëerd ten opzichte van de groeinorm voor T+1. Deze marge wordt integraal toegewezen aan de transversale lijn gezondheidsdoelstelling.
  - Bij overschrijdingen, die structureel van aard zijn, zal de technische raming hoger uitvallen. Waardoor ook de partiële doelstelling hoger zal liggen.

- Bij het vastleggen van de partiële begrotingsdoelstelling kunnen de technische ramingen verhoogd worden om bij hoger dan verwachte besparingen binnen de desbetreffende sector incentives te creëren. Of omgekeerd, bij ongewenste overschrijdingen kunnen besparingsvoorstellen worden toegevoegd aan de technische ramingen. Deze partiële begrotingsdoelstellingen inclusief nieuwe beleidsmaatregelen worden in principe vastgelegd door de Algemene raad op voorstel van het Verzekeringscomité.

- Belangrijk is wel dat bij aanvang heel wat maatregelen nog niet onmiddellijk op kruissnelheid hun effect genereren. Dit impliceert dat desbetreffende minderuitgaven in het jaar T-1 niet extra aan de technische raming van het jaar T+1 kunnen worden toegevoegd, de maatregel wordt in het jaar T+1 ingeschreven aan zijn effect op kruissnelheid.

- Overschrijdingen en onderschrijdingen voor jaar T-1 kunnen van allerlei aard zijn :
  - Sectoren kunnen te hoog of te laag geraamd zijn met een onderschrijding of overschrijding tot gevolg;
  - Positieve maatregelen kunnen veel later in werking treden dan voorzien met een onderschrijding tot gevolg;
  - Positieve maatregelen kunnen veel minder uitgaven met zich meebrengen dan voorzien, omdat zorgverstrekkers onvoldoende op de hoogte zijn (maatregel komt niet van de grond) met een onderschrijding tot gevolg;
  - Besparingsmaatregelen kunnen veel later in werking treden dan voorzien met een overschrijding tot gevolg;
  - Besparingsmaatregelen kunnen ook veel minder besparing met zich meebrengen dan voorzien met een overschrijding tot gevolg.

- De overschrijdingen en onderschrijdingen voor jaar T-1 worden per sector geanalyseerd in de periode april-juni van het jaar T op basis van de diverse auditnota's.

III.7. Incentiveringsmodel

Proposal 001 : structuur incentiveringsmodel

- Het eindrapport dient te voorzien in een incentiveringsmodel.

- Het Verzekeringscomité vermeldt hierover het volgende *(nota CGV_2021_297 → SharePoint/folder 'Documents-References'/notes CGV CSS):*
  - Cf. pagina 1: Het begrotingsvoorstel voor 2022 voorziet in de financiering van maatregelen voor "gezondheidszorgdoelstellingen" op basis van de begrotingsmarge en efficiëntiewinsten naar aanleiding van projecten "appropriate care".
    De prioritering van de initiatieven gebeurt op basis van criteria die toelaten om de volksgezondheid zoveel mogelijk te verbeteren. Een model om dit aan te moedigen moet nog worden ontwikkeld.
  - Cf. pagina 4: Ook de acties appropriate care hebben als doelstelling bijkomende gezondheid te creëren. Appropriate care baseert zich op het principe van juiste zorg op de juiste plaats, volgens het subsidiariteitsbeginsel. Dit impliceert minder "inappropriate care" verlenen zoals het terugdringen van medische praktijkvariaties, het recupereren van middelen uit "overuse" om te herinvesteren in "underuse" of onderwaardering. Het gaat dan niet over besparingsmaatregelen.
  - Investeren in kwaliteit van zorg hoeft niet altijd meer te kosten. Vaak zijn er de juiste financieringsmodellen voor nodig, zoals Pay for Performance en Pay for Quality. Verder is het nodig om een model uit te werken dat het realiseren van efficiëntiewinsten aanmoedigt.

- In de strategische visienota 'Tomorrowlab' wordt eveneens meermaals verwezen naar incentivering *(Cf. 2020.10.02 - 'Visienota TOMORROWLAB'-NL→ SharePoint/folder 'Documents-References')*

- De administratie stelt voor om eerst de verschillende onderdelen van het incentiveringsmodel te definiëren en vervolgens hieraan een concrete invulling te geven.

- Een voorstel voor de structuur van het incentiveringsmodel wordt ter stemming voorgelegd om in eerste instantie opmerkingen te kunnen verzamelen
- Dit voorstel met de opmerkingen werd ter discussie voorgelegd tijdens de zoommeeting van de WGT.QA van 6 december 2021 en is beschikbaar op de volgende pagina
- Nadat de structuur van het incentiveringsmodel is vastgelegd zullen bijkomende voorstellen worden voorgelegd die passen in deze structuur.

	Insurance Commitee	General Council	Result
YES	72,30	50,00	ACCEPTED
NO	8,71	0	
ABSTENTION	5,68	25,00	
NO VOTE	13,31	25,00	

« YES » Comments
- Wij vragen zo snel mogelijk een eerste concreter voorstel uit te werken en voldoende tijd te voorzien voor discussie en input
- Dit wordt verder toegelicht in de WGT QA van 6 december? / Accepté dans l'attente d'information plus détaillée
- Voor mij moet onder streefdoel de 5 poten van de quintuple aim terugkomen (er ontbreken er nu nog)!
- Ce plan ne s'adresse qu'aux prestataires. Quid population=impliquer Communautés FR/NL/GER
- Op voorwaarde dat er realistische financiële ondersteuning voorzien wordt.

« NO » Comments
- Nihil

« ABSTENTION » Comments
- Il est nécessaire que ces propositions fassent l'objet d'amples discussions avec une évaluation de leurs implications (notamment financières) avant de pouvoir aboutir à une conclusion.

III.7. Incentiveringsmodel

Proposal 001 : structuur incentiveringsmodel (vervolg)

- Het incentiveringsmodel bevat voorstellen om alle betrokkenen (stakeholders, belanghebbenden, …) in het landschap van de volksgezondheid aan te moedigen om hun gedrag te aligneren op de principes van ‘ quintuple aim ’ en ‘ appropriate care ’ met oog voor de vastgelegde gezondheids(zorg)doelstellingen.

- De voorstellen die worden ingediend kaderen binnen onderstaande criteria:

1. **Doelgroep** - Welke doelgroep wordt er beoogd? Wie kan een incentive bekomen?
   - ✓ De incentiveringsvoorstellen in het FRF richten zich tot:
     - een zorgverlener of een groep zorgverleners
     - een groep patiënten
     - de bevolking in het algemeen
     - beroepsorganisaties
     - verzekeringsinstellingen
     - politieke overheden
     - administraties

2. **Streefdoel** - Welk objectief moet worden bereikt om een incentive te bekomen?
   - ✓ De incentiveringsvoorstellen voldoen aan minstens één van de “quintuple aim”- doelstellingen

3. **Aard van de incentive**
   - ✓ De aard van de incentiveringsvoorstellen in het FRF beperkt zich tot:
     - financiële incentives
     - andere materiele of immateriële incentives

4. **Meetbaarheid** - Nagaan of de doelstelling is bereikt volgens objectieve meetbare criteria.
   - ✓ Elk opgenomen voorstel wordt gekoppeld aan een meetbaar criterium.

IV. Conclusions

- De inhoud van sectie III werd opgesteld conform het begrotingsvoorstel 2022 van het CGV.

- De leden werden uitgebreid bevraagd met betrekking op de subrubrieken in dit onderdeel, en mede aan de hand van hun input werden teksten vooropgesteld die maximaal in consensus werden goedgekeurd.

- Sommige voorstellen werden aan de stemprocedure onderworpen om een zich een goed beeld te kunnen schetsen van de heersende meningen.

- Deze voorstellen moeten verfijnd worden door de WGT.QA na 7 februari 2022.

- De werkzaamheden hebben alvast geleid tot de volgende besluiten:
  - Vastleggen van de taken van de WGT.QA (4 opdrachten – sectie III.I.2)
  - Inventarisatie van de realisatie van voorstellen opgenomen in het IRI (sectie III.III.1)
  - Betere definiëring van de verwachtingen met betrekking tot de Quintuple Aim zoals geformuleerd door de leden van de werkgroep (sectie III.III.2)
  - Verduidelijking van de begrippen innovatie en transversaliteit (sectie III.III.3)
  - Duidelijk uitgeschreven traject aangaande de verwerking van reeds ingediende en nieuw in te dienen voorstellen (sectie III.III.4). De TF GGOS/AC wordt hierbij niet langer weerhouden, een overkoepelende Transversale Overeenkomsten Commisie (TOC) wordt voorlopig niet weerhouden.
  - Een geïntegreerd beleid in functie van de weerhouden prioritaire domeinen inzake gezondheidszorgdoelstellingen volgens een participatief model (co-creatie), inclusief beschrijving van de prioritaire acties AC (sectie III.III.4)
  - Een uitgeschreven routeplan voor de budgettaire opmaak voor de komende jaren (sectie III.III.5)
  - Het verder uitwerken van de technische procedures nodig bij de budgetopmaak met oog op een grotere transparantie (sectie III.III.6)
  - Het opstellen van een incentiveringsmodel (sectie III.III.7).

- De discussies binnen de WGT.QA hebben evenwel ook geleid tot een aantal open vragen die snel een antwoord moeten krijgen:

  - De implementatie van de nieuwe governance en de werking van de WGT.QA hebben een belangrijke impact op de workload van de RIZIV-administratie, hetgeen mogelijk een aangepast HR-beleid noodzaakt met voorzien van de nodige bijkomende middelen. Er moet worden bekeken welke budgetten hiervoor dienen te worden aangesproken of voorzien.

  - De procedure van de betrokkenheid van de experten (incl. remunerering) dient uitgewerkt te worden.

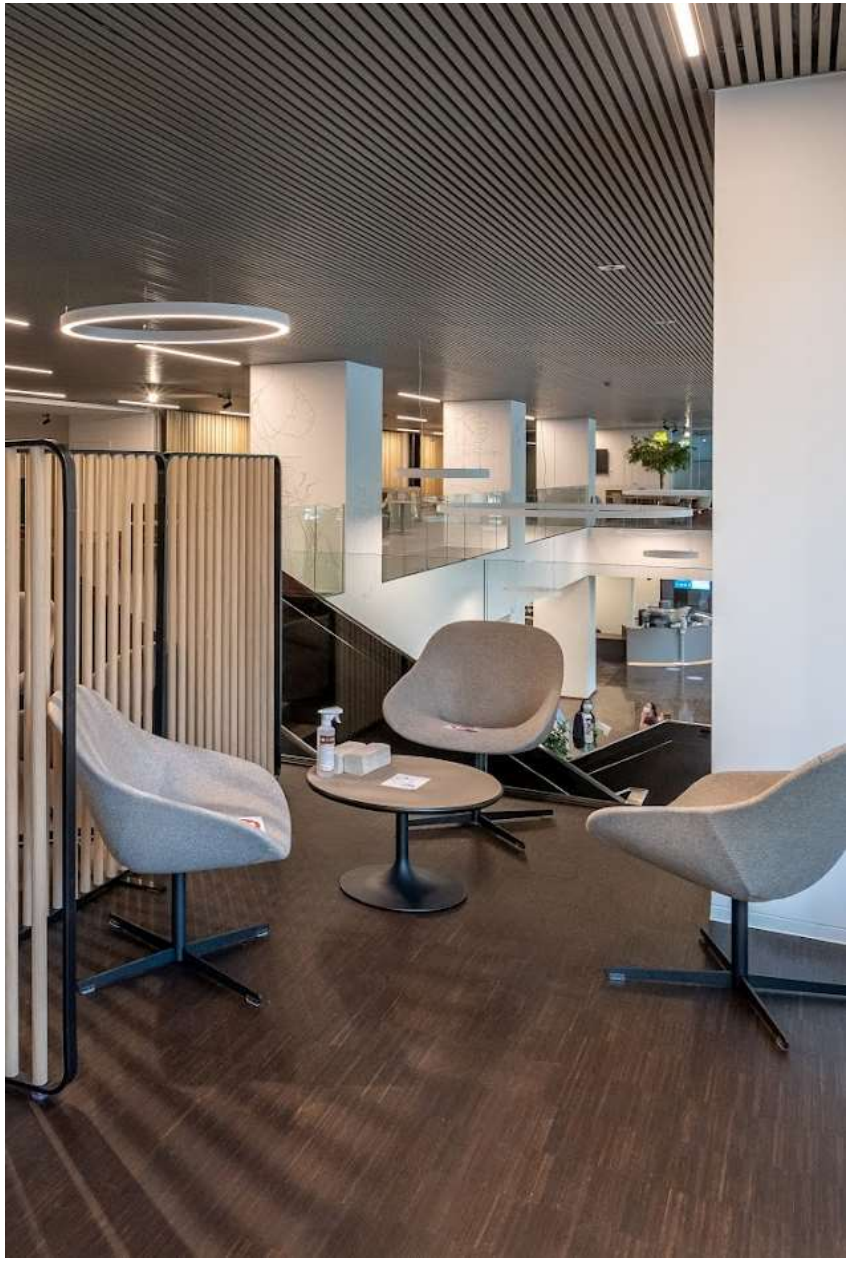
  - Aangezien het de wens is van de WGT.QA om zich te beperken tot deze WGT.QA als enig bijkomend orgaan ("Keep It Simple" principe), dient de noodzaak van een duidelijk statuut voor de WGT.QA onderzocht te worden.

  - Sommige leden vragen om de discussie te openen met betrekking op de samenstelling van de WGT.QA.

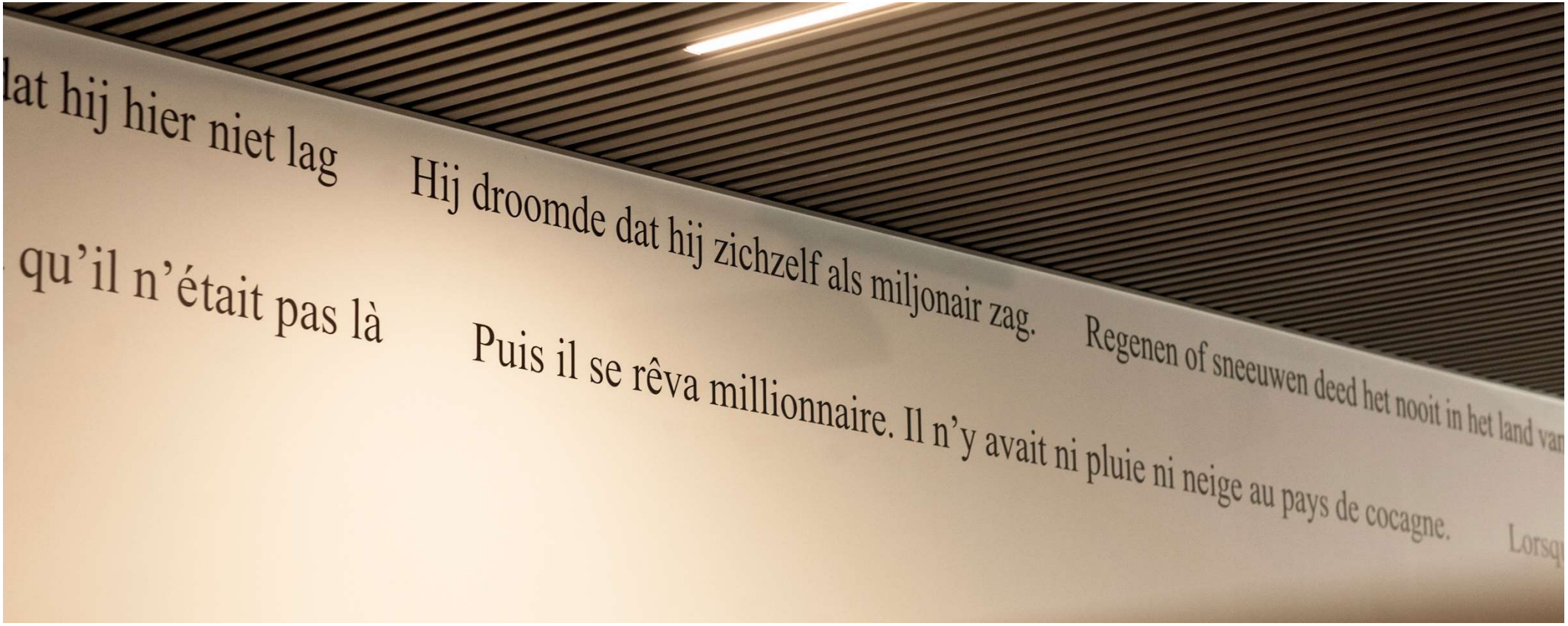
  - Niet alle zorgverleners zijn actueel actief binnen het CGV of hebben een AOC (ca. 1/5 van het budget van de ZIV). Met oog op de nodige transversaliteit en multidisciplinariteit dient hierover nagedacht te worden.

  - De vraag werd gesteld naar de juiste verhouding tussen het finaal rapport (FRF) en het rapport opgesteld door het wetenschappelijke comité.

  - De leden van de WGT.QA wijzen er nogmaals op dat de inhoud en vele voorstellen van het intermediair rapport dat opgenomen is in het FRF niet bindend zijn maar een basis vormde voor het opstellen van het FRF.



SECTION IV : Definities



Definities

- **Appropriate Care**
  - Appropriate care heeft als doelstelling bijkomende “health value” te creëren en is gebaseerd op principes zoals de juiste zorg op de juiste plaats. Dit impliceert desinvestment in ‘inappropriate care’, terugdringing praktijkvariaties, recycling van middelen uit “overuse” en herinvestering in “underuse”. Over- en onderconsumptie van zorg en geneesmiddelen worden bestreden, onder meer door technologische innovatie te bevorderen.
- **Delphi-techniek**
  - Methode gebruikt om tot een consensus te komen: https://processbook.kce.fgov.be/book/export/html/342
- **Gezondheidsdoelstelling**
  - Een specifieke, meetbare, aanvaarde en realistische doelstelling waarmee binnen een vooraf bepaalde periode een betere gezondheid bij de bevolking nagestreefd wordt.
- **Gezondheidszorgdoelstelling**
  - Een doelstelling die zo wordt gedefinieerd dat het gezondheidszorgsysteem zijn centrale rol in zowel de verbetering van de gezondheid van de gehele bevolking, de verbetering van de 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 zorgverstrekkers zo goed mogelijk kan vervullen.
- **Health in all policies**
  - « Health in All Policies is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health and health systems implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts, in order to improve population health and health equity ». (Leppo et al., 2013)
- **Innovatie**
  - Innovatie in de gezondheidszorg is het creëren van toegevoegde waarde voor de gezondheid(szorg) door de invoering van iets nieuws of door vernieuwing. De toegevoegde waarde kan ondermeer bestaan uit verhoogde doeltreffendheid, verbeterde efficiëntie,… en wordt steeds afgetoetst aan de principes van de quintuple aim en appropriate care. Het is een containerbegrip waaronder tal van veranderingen en verbeteringen worden geschaard. IT heeft een hoge impact op innovatie.

- **Maatregelen op macro-, meso-, microniveau**

  - Het macroniveau betreft beslissingen over het gezondheidssysteem, het mesoniveau betreft de organisatie van de gezondheidszorg op lokaal niveau waarbij vooral zorgorganisaties en zorgverleners betrokken zijn, en het microniveau betreft het niveau van de interactie tussen patiënten en zorgverleners.

- **Operationele gezondheidszorgdoelstellingen**

  - Procesdoelstellingen zijn gericht op de wijze waarop zorg wordt verleend om de kwaliteit, efficiëntie, toegankelijkheid en duurzaamheid te verbeteren. Dit zijn de acties die moeten worden ondernomen om de resultaatdoelstellingen te bereiken. Procesdoelstellingen zijn nuttig voor het toezicht op de uitvoering van programma's op korte termijn. Structurele en organisatorische doelstellingen hebben betrekking op veranderingen in wetgeving, infrastructuur, menselijke hulpbronnen, enz.

- **PROMES**

  - PROMES is een microsimulatiemodel ontwikkeld door het Federaal Planbureau, in samenwerking met het RIZIV. Het model heeft als doel de evolutie van de uitgaven voor geneeskundige verzorging gedekt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging te begrijpen en te projecteren op korte en middellange termijn.

- **Quintuple Aim**

  - De doelstellingen van de Quintuple Aim zijn:
    - kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood
    - gezondheid van de bevolking
    - kosteneffectiviteit, d.w.z. de verhouding tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde waarden
    - rechtvaardigheid in de samenleving met speciale aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (d.w.z. niet enkel financieel) en met inclusie van verschillende vormen van diversiteit
    - welzijn van de zorgprofessionals

- **Service Design-aanpak**

  - Een reeks van methoden om multidisciplinair over complexe problemen ("wicked problems") na te denken en innovatie te bevorderen.

- **SMART doelstelling**

  - Een SMART doelstelling is:

    - specifiek
    - meetbaar betekent gekwantificeerd (bvb. X% vermindering) of ten minste met vermelding van een indicator die moet worden gecontroleerd
    - bereikbaar, ambitieus, aanvaardbaar of overeengekomen, vooral omdat acties kunnen worden bepaald
    - realistisch in termen van context, middelen, tijdshorizon (haalbaarheid)
    - tijdelijk bepaald, met een vastgestelde termijn op korte, middellange of lange termijn (met basislijngegevens).

- **Strategische gezondheidszorgdoelstellingen**

  - De einddoelen zijn gericht op de gezondheidsstatus of de kwaliteit van leven.
  - Tussentijdse resultaatdoelstellingen richten zich op de determinanten van gezondheid om de einddoelstellingen te bereiken (bv. moeilijkheden bij de toegang tot gezondheidszorg of gezondheidsgeletterdheid).

- **Transversaliteit**

  - Het begrip 'transversaliteit' kent binnen het meerjarentraject gezondheidszorg een dubbele connotatie, nl. inzichten vanuit een patiëntgerichte insteek met vooral diagnosestelling, behandeling en preventie; en daarnaast inzichten vanuit de optiek van de zorgverleners met aandacht voor de uitgevoerde zorgactiviteit alsook voor de financiering van hun inbreng.
  - 'Transversaal werken' staat naast de gangbare manier van werken in afgebakende sectoren. Een sectoraal beleid biedt een aantal voordelen. Het versterkt en beschermt de identiteit van werkingen en het creëert heldere lijnen op vlak van budgetten en bevoegdheden. Maar het brengt ook nadelen met zich mee. De praktijk laat zich niet netjes herleiden tot sectoren.
  - Transversale zorg vereist een 'helikopterzicht' met noodzakelijke samenwerking tussen alle betrokken zorgverstrekkers, netwerkzorg, samenwerking over lijnen heen en gaat dus over zorgverlening, processen en financieringsmodellen die de samenwerking ondersteunen.