

Persnota Frank Vandenbroucke, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

“Wat doen we om de zorg te steunen?” - Dinsdag 14 december 2021

Inhoudstafel

0. INLEIDING

1. BUDGETTAIRE MAATREGELEN

1.1 43 miljoen voor gespecialiseerde verpleegkundigen

1.2 Ziekenhuisfinanciering: bijkomende ondersteuning

1.3 Beschermingsmateriaal voor mensen in de zorg

2. NIEUWE KWALITATIEVE MAATREGELEN VOOR MEER HELPENDE HANDEN EN OM ONS ZORGPERSONEEL ZO GOED MOGELIJK IN TE ZETTEN

2.1 Nieuwe maatregelen inzake studentenarbeid

2.2 Nieuwe maatregelen voor vrijwilligers in de zorg

2.3 Noodwet: om verpleegkundigen minder in te zetten in test- en vaccinatiecentra en meer elders

3. WIJZIGINGEN IN DE TESTSTRATEGIE OM ONZE HUISARTSEN ZUURSTOF TE BIEDEN

4. CONCRETE IMPACT VAN HET ZORGPERSONEELFONDS

5. EEN HISTORISCHE GLOBALE BUDGETTAIRE INSPANNING VOOR DE ZORG

0. INLEIDING

Gezondheid is ons allerhoogste goed, onze gezondheidszorg van onschatbare waarde. Dat heeft deze coronacrisis meer dan ooit aangetoond. Investeren in onze gezondheidszorg is dan ook investeren in ons allen. Maar om slim en efficiënt te investeren hebben we de filosofie omgedraaid en zijn we vertrokken van de zorgnoden in onze samenleving. Waar zijn de noden het hoogst? Waar zetten we eerst op in? Dat lijkt logisch, maar dat was het tot voor kort niet. Deze nieuwe aanpak moet betaalbare en toegankelijke zorg opleveren.

Om opnieuw te *kunnen* investeren in onze zorg hebben we een inhaalbeweging gemaakt en eerst en vooral de groeinorm - de jaarlijks toegelaten uitgavenstijging in onze gezondheidszorg - fors verhoogd: van 1,5% naar 2,5%, maar daarbovenop investeren we nog extra. In 2022 zal zo - ten opzichte van 2019 - in totaal voor 4,9 miljard extra geïnvesteerd worden in onze zorg. In 2024 zal dat bedrag zijn opgelopen tot minstens 5,6 miljard extra ten opzichte van 2019.

Dat toegenomen budget moet niet enkel dienen om de extra zorgvraag te dekken, het moet ook dienen om de factuur voor de patiënt te verlagen. Maar een toegenomen zorgvraag vergt ook investeringen in ons zorgpersoneel. Het ene zonder het andere gaat niet. Vandaag maakt de coronacrisis het tekort aan handen aan het bed van de voorbije jaren pijnlijk bloot. Dat legt een enorme werklast op de schouders van onze huidige zorgverleners. Het is een publiek geheim dat velen onder hen hun limiet al een hele tijd ruimschoots overschreden hebben. Dat maakt het beroep niet alleen minder aantrekkelijk voor wie in de zorg aan de slag wil, het maakt ook dat zorgverleners na vele jaren het beroep de rug toekeren.

Met alle gevolgen van dien: vandaag is ons zorgpersoneel moe en uitgeput. Precies daarom moeten we er niet alleen alles aan doen om deze vierde golf zo kort mogelijk te houden, maar moeten investeringen zich ook vertalen op het terrein. Het Zorgpersoneelsfonds (402 miljoen euro) ziet zich nu al concreet vertaald door meer handen aan het bed. Dankzij het sociaal akkoord (600 miljoen euro) investeren we dan weer in betere lonen voor een groot deel van de personeelsleden en in betere werkomstandigheden.

Maar er is meer nodig. Een set steunmaatregelen en extra investeringen zijn nodig die de druk verlichten en onze zorgverstrekkers zuurstof bieden op een duurzame manier. Zodat ook op de lange termijn werken in de zorg weer écht aantrekkelijk wordt - onder meer met betere lonen - en werken in de zorg weer écht werkbaar wordt. In deze nota bieden we een algemeen overzicht om dat duidelijk te maken, zeer concreet zelfs.

Er ligt werk op de plank, veel werk. Met wat we doen, is geenszins de bewering dat alle gaten nu worden gedicht, alle verzuchtingen meteen worden ingelost, alle zorgen vanaf morgen van de baan zijn. Maar de ambitie moet wel altijd zijn om handvaten en middelen te bieden die kwalitatieve en veilige zorg mogelijk maken. Om die ambitie waar te maken, moet een welvarende samenleving als de onze eerst en vooral haar gezondheidssysteem opnieuw volop waarderen. Dit is een nieuwe stap in die richting.

1. BUDGETTAIRE MAATREGELEN

1.1 43 miljoen euro voor gespecialiseerde verpleegkundigen

In overleg met de sociale partners werd onder de vorige regering een nieuw functiemodel voor het zorgpersoneel uitgewerkt, het zogenaamde IFIC-model. De bedoeling van deze functieclassificatie was om zorgpersoneel te betalen op basis van hun taken, en niet meer op basis van hun diploma.

Sinds het begin van deze legislatuur is aan deze nieuwe functieclassificatie een half miljard euro via de sociale akkoorden uitgegeven. Het is een mooi bedrag dat de meeste lonen erop doet vooruitgaan, en zeker de lonen van de starters. Dit was trouwens een van de doelstellingen van de hervorming: de aantrekkelijkheid van het beroep vergroten dankzij betere lonen.

Een paar concrete voorbeelden van mensen die er duidelijk op vooruit gaan:

- Zo kan een zorgkundige of een administratieve medewerker raadpleging er bij de start van zijn/haar carrière 8% op vooruit gaan.
- Een A2 verpleegkundige zonder bijzondere beroepsbekwaamheid kan er met een anciënniteit van 5 jaar 15% op vooruit gaan.
- Een diëtiste kan er met een anciënniteit van 10 jaar 7% op vooruit gaan.
- Een logistiek medewerker kan er met een anciënniteit van 15 jaar 4,6% op vooruit gaan.

Opgelet: we vergelijken hier het bestaande sectoriële barema met het IFIC sectoriële barema. Het kan zijn dat mensen in ziekenhuizen meer betaald worden dan wat er in de sectoriële barema's is voorzien.

IFIC is voor heel wat mensen in de zorg een vooruitgang. Maar na een analyse van de sectorlonen is gebleken dat er zich voor de gespecialiseerde verpleegkundigen een abnormaliteit stelde. Hun specialisatie werd niet of onvoldoende gevaloriseerd in IFIC, terwijl de kwestie van de specialisaties zich onder meer voordoet in de spoed- en intensieve zorgdiensten en deze diensten net een sleutelrol vervullen tijdens deze pandemie.

Daarom heeft minister Frank Vandenbroucke aangedrongen op een extra enveloppe voor die gespecialiseerde verpleegkundigen, precies om dat recht te zetten. Dat gaan we doen door een specialisatiecomplement in te voeren voor de verpleegkundigen met een erkende specialisatie¹ bovenop de 500 miljoen euro die al voorzien is in IFIC. Dit complement zou de vorm van een forfaitair bedrag krijgen waarmee de erkende specialisaties opnieuw gevaloriseerd worden. Dit forfaitair bedrag zal worden toegekend vanaf 1/1/2022. De toekenning zal met terugwerkende kracht gebeuren omdat de technische uitwerking ervan een aantal maanden zal vergen. Het voorstel dat wij op tafel leggen, ziet er concreet als volgt uit: 2.500 euro bruto extra op jaarbasis voor de gespecialiseerde verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel en 833 euro bruto extra op jaarbasis voor de gespecialiseerde verpleegkundigen met een bijzondere beroepsbekwaamheid.

¹ Het gaat voor wat betreft de BBT om oncologie, geriatrie, pediatrie-neonatalogie, psychiatrie, spoed-intensieve zorgen, en peri-operatieve zorgen. Voor wat betreft de BBK gaat het om geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie, geriatrie, diabetologie en palliatieve zorg.

Naast de gespecialiseerde verpleegkundigen moet er ook perspectief zijn voor alle zorgpersoneel. Daarom moet dit specialisatiecomplement, uiteraard binnen het huidige budgettaire kader, deel uitmaken van een groter geheel van maatregelen op korte, middellange en langere termijn. Die bepalen en werken we uit samen met de sociale partners en de actoren op het terrein.

Met IFIC is ervoor gekozen om starters in de zorg te bevorderen, precies om de attractiviteit van de job te vergroten. Er zijn echter ook heel wat mensen in de zorg actief met een zekere anciënniteit. Dit aspect willen we verder met de sociale partners bekijken in het kader van het onderhoud van het IFIC-model, dat in wezen een evolutief karakter heeft dat eveneens voorzien is in het huidige sociaal akkoord. Bovendien is er ook een taskforce verpleegkundige zorg lopende waarin “de verpleegkundige van de toekomst” wordt besproken. Ook hiervoor zal moeten bekeken worden wat de impact is van de conclusies van deze taskforce op het IFIC-model en de eventuele evoluties die, ook in het kader van het huidige sociale akkoord, nodig zouden zijn.

1.2 Ziekenhuisfinanciering: bijkomende ondersteuning

De ziekenhuizen worden sinds het begin van de crisis ondersteund. In 2020 kregen ze voorschotten van ruim 2 miljard euro toegekend. Die voorschotten hebben tot doel om de continuïteit in de ziekenhuizen te kunnen garanderen. Dat liet de ziekenhuizen toe financieel het hoofd boven water te houden in deze crisis.

Concreet wordt een vierledige compensatie voorzien:

1. een tegemoetkoming voor uitzonderlijke kosten zoals beschermings-, verbruiks-, schoonmaak-, IT-materiaal; bijkomende personeelskosten, bijkomende verzekeringen, beveiliging,...;
2. een compensatie voor de daling van de reguliere activiteiten;
3. een dekking van de kosten voor bijkomende covid-activiteiten zoals de medische coordinatie;
4. een compensatie voor de impact van de verplichte reservatie van een percentage van de capaciteit aan ziekenhuisbedden voor COVID-19 zorg op de activiteit van de zorgverleners die worden gefinancierd door honoraria.

Voor het jaar 2020 worden de vier posten voorzien, goed voor 1,45 miljard euro (raming).

Voor het jaar 2021 – rekening houdend met de impact van covid op de ziekenhuisactiviteit - werden de posten 1 en 4 voorzien tem eind september 2021, goed voor 408 miljoen euro.

Gegeven de vierde golf werd eind 2021 door de regering beslist om deze maatregelen te verlengen voor het vierde trimester 2021 en het eerste trimester 2022. Er wordt hiervoor een budget vrijgemaakt van tweemaal 143 miljoen euro. De verdere modaliteiten van de tegemoetkoming worden in een nieuw KB uitgewerkt.

Die bedragen die we in crisistijd moeten bijleggen, zijn ook het bewijs dat ons ziekenhuisfinancieringssysteem niet meer aangepast is aan deze tijden. Een grondige hervorming van onze ziekenhuisfinanciering is dan ook noodzakelijk. Die grondige hervorming is intussen zo goed als klaar en wordt in januari voorgesteld.

1.3 Beschermingsmateriaal voor mensen in de zorg

Voor de zorgverleners in de ambulante zorg wordt sinds het begin van de crisis een vergoeding voorzien voor beschermingsmateriaal. Die vergoeding compenseert zowel de kosten voor de aankoop van beschermingsmateriaal (handschoenen, maskers, kielens, brillen, gezichtsschermen, sterilisatiemateriaal, alcoholgel en -spray), als de extra werktijd die dat van een zorgverlener inpalmt, zoals de praktijkruimte grondig ontsmetten of ventileren tussen 2 consultaties in.

In totaal werd hier 740 miljoen euro voor vrijgemaakt. Tot voor kort was de vergoeding voorzien tot en met eind juni 2021 en werd ze in 3 schijven uitbetaald. Voor eind februari moet ook de derde en laatste schijf uitbetaald worden.

Omdat de vierde golf hard toeslaat en zorgverleners die beschermingsmaatregelen nog altijd moeten nemen, nam de regering vorige week de principiële beslissing om een gelijkaardige vergoeding ook uit te keren voor de maanden die achter ons liggen en het eerste kwartaal van 2022. De omvang van de vergoeding zal aangepast worden onder meer omwille van de evolutie van de prijzen van het beschermingsmateriaal en de budgettaire mogelijkheden. Een definitief voorstel wordt verder besproken in de regering.

2. NIEUWE KWALITATIEVE MAATREGELEN VOOR MEER HELPENDE HANDEN EN OM ONS ZORGPERSONEEL ZO GOED MOGELIJK IN TE ZETTEN

2.1. Nieuwe maatregelen inzake studentenarbeid

Studenten kunnen tot 475 uren per jaar werken zonder onderworpen te zijn aan sociale bijdragen. Om tijdens deze pandemie extra helpende handen te voorzien, worden de uren dat een student in de zorg werkt geneutraliseerd. Op 10 december besliste de regering dat de gepresteerde uren door studenten in de zorg ook voor het eerste kwartaal van 2022 niet meegeteld worden omdat de nood aan helpende handen in de zorgsector opnieuw luidt klinkt. Aanpassingen in de wetgeving worden voorbereid, met ingangsdatum van deze versoepeling vanaf 1 januari 2022.

2.2. Nieuwe maatregelen voor vrijwilligers in de zorg

Op de ministerraad van 19 november 2021 werd groen licht gegeven voor de verhoging van het jaarlijks onkostenplafond voor vrijwilligers. Het gaat zeer specifiek over vrijwilligers die actief zijn in de testcentra en in de vaccinatiecentra. In de testcentra trekken we het aantal dagen op van 74 naar 90 tot 3.186,90 euro/jaar). In de vaccinatiecentra trekken we het plafond voor vrijwilligers op van 100 naar 116 dagen (4.107,56 euro/jaar).

Ook voor 2022 willen we het plafond nu al verhogen. We werkten een ontwerp van KB uit dat voorziet in de verhoging van het jaarlijks forfaitair onkostenplafond voor vrijwilligerswerk in 2022 in de zorgsector. Zowel de private als de openbare zorgsector als de vaccinatiecentra vallen hieronder. Het jaarplafond voor

de forfaitaire onkostenvergoeding van 1.416,16 euro wordt verhoogd tot 2.600,90 euro. Vrijwilligers die de maximale dagvergoeding van 35,41 euro ontvangen, kunnen zo tot 74 dagen/jaar in plaats van 40 dagen/jaar actief zijn.

De regering besliste op 10 december 2021 om een crisismaatregel te verlengen die het mogelijk maakt dat vrijwilligers aan de slag gaan in de sector van de private rusthuizen. In principe kan de private sector van rusthuizen geen beroep doen op vrijwilligers, dat wordt enkel toegestaan in de publieke of non-profit sector. Tijdens de eerste golf van deze pandemie werd dit toegelaten. Ook tijdens de tweede en derde golf werd de maatregel verlengd. De regering besliste vorige week om de maatregel ook voor het voorjaar van 2022 te verlengen (tot 31/03/2021).

2.3. Noodwet: om verpleegkundigen minder in te zetten in test- en vaccinatiecentra en meer elders

De nieuwe noodwet maakt het mogelijk om meer mensen in te zetten in de testcentra en vaccinatiecentra als zij omkaderd worden in een gestructureerde zorgequipe. Studenten geneeskunde en verpleegkunde, student-laboranten, vroedvrouwen, tandartsen, apothekers, farmaceutische assistenten, logopedisten, ambulanciers met twee jaar ervaring, logopedisten, mondhygiënisten, medisch laboratorium technologen en zorgkundigen kunnen op die manier ingeschakeld worden. Dat maakt de weg vrij om verplegers zoveel als mogelijk elders in te zetten dan in vaccinatiecentra en testcentra. We hopen dat de wet spoedig gestemd wordt in de plenaire zitting van de Kamer. Deze maatregel geldt met terugwerkende kracht.

3. WIJZIGINGEN IN DE TESTSTRATEGIE OM ONZE HUISARTSEN ZUURSTOF TE GEVEN

Onze teststrategie is aangepast om de situatie - midden deze vierde golf - werkbaar te houden voor onze huisartsen en onze testcentra, en de druk op hen te verlichten. Dat doen we ook met de invoering van een aantal toepassingen op mijngezondheid.be en via de corona-alert app.

-Wie een hoog-risicocontact had hoeft zich nog maar één keer te laten testen, bij voorkeur op dag 5 na het contact. De testcode die men krijgt is geldig van dag 3 tot en met dag 6. Zo verlagen we de druk op de huisartsen en testcentra. Wie uit quarantaine wil, mag dat vanaf dag 4 na een negatieve zelftest. Die moet men herhalen tot het negatieve testresultaat van de PCR-test.

-Met de zelfevaluatie-tool op mijngezondheid.belgie.be kan men evalueren of een PCR-test nodig is. In dat geval kan men meteen online een testcode downloaden, evenals een afwezigheidsattest voor de werkgever voor de tijd die nodig is om zich te laten testen. Er maakten al 327.431 personen gebruik van deze toepassing.

-Op mijngezondheid.belgie.be kan men bij besmetting zelf zijn of haar hoog-risicocontacten invoeren met hun email-adres of gsm-nummer. Zo krijgen deze personen automatisch een melding en een testcode om een PCR-test te laten afnemen. Sinds de start van het systeem op 3 december, werden er al 13.924 hoogrisico-contacten ingegeven.

-Wie de corona-alert app gebruikt en een hoog-risicocontact had (en dus een rood scherm krijgt) kan doorklikken naar een website buiten de app om een testcode te krijgen voor een gratis test. Op mijngezondheid.be kan je ook andere mensen registreren waarvan je denkt dat ze een hoog-risicocontact hebben gehad.

Met deze toepassingen, verlagen we de druk op de huisartsen en de contactopvolging. Hierdoor komt capaciteit vrij voor personen die deze systemen niet kunnen gebruiken. Zij kunnen nog steeds terecht op het nummer 02/214.19.19 om een testcode aan te vragen.

4. CONCRETE IMPACT VAN HET ZORGPERSONEELSFONDS

Met het Zorgpersoneelsfonds (402 miljoen euro) realiseren we een stevige investering in ons zorgpersoneel. We zorgen zo voor meer handen aan het bed én voor betere werkomstandigheden voor het zorgpersoneel. Concreet brengt het zorgpersoneelsfonds het volgende teweeg:

4.1. Extra VTE's

In 2019 werden 1000 VTE's gecreëerd in de ziekenhuizen en de thuisverpleging, in 2020 waren dat er 4500. Vanaf 2021 is er tewerkstelling in wijkgezondheidscentra mogelijk. Een deel van het budget uit het zorgpersoneelsfonds wordt aangewend om de hoofdverpleegkundige uit de financieringsnorm te halen. We zien over het algemeen in alle ziekenhuizen - op slechts enkele uitzonderingen na - extra aanwervingen. De ambitie is om structureel gemiddeld één extra voltijdse verpleegkundige te kunnen aanwerven per dienst. Op die manier kan de werklast op zware diensten verlicht worden met extra handen aan het bed. Enkele voorbeelden uit de praktijk:

- Ziekenhuis CHU Saint-Pierre in Brussel: 58 extra VTE's
- Ziekenhuis Alma Eeklo: 40 extra VTE's
- Ziekenhuis Jan Yperman in Leper: 30 extra VTE's
- Ziekenhuis Alma in Eeklo 40 extra VTE's
- Algemeen Ziekenhuis Vilvoorde 23,68 extra VTE's
- Sint-Lucas in Gent 29,14 extra VTE's
- CHU Brugmann Brussel : 64 extra VTE's
- Centre Hospitalier Régional Namur: 31 extra VTE's
- CHU de Charleroi : 63 extra VTE's

4.2 Opleidingen in het kader van het Zorgpersoneelsfonds

446 mensen van buiten de zorg konden via het nieuwe project "Kies voor de Zorg" starten met een opleiding tot verpleegkundige of zorgkundige. Nog eens 400 werkzoekenden konden rekenen op een beurs van 1.500 euro om een opleiding tot verpleegkundige of zorgkundige te starten.

In de private sector zijn in september 2021 436 mensen kunnen starten in project 600, een gekend opleidingstraject in de sector waarmee mensen die al werkzaam zijn in de zorg, zich via dit project kunnen omscholen tot verpleegkundige. In de publieke sector startten nog eens 250 mensen.

Daarnaast is er in de private sector ook nog een project zorgkundigen waarmee jaarlijks ongeveer 80 mensen kunnen starten met een opleiding. Via Pentaplust, een opleidingsproject waarmee 5 extra verpleegkundige handelingen aan zorgkundigen worden aangeleerd, heeft men in de private sector al om en bij de 10.000 mensen kunnen bereiken. We onderzoeken momenteel nog een aantal pistes voor opleidingen in het kader van het sociaal akkoord.

4.3. Investerings in materiaal

Op het terrein wordt in acties en materiaal geïnvesteerd om de werklast van het verplegend personeel te verlagen: denk bijvoorbeeld aan ergonomisch materiaal zoals tilliften. Er wordt ook geïnvesteerd in acties om de veiligheid van het personeel te waarborgen (bv. Acties rond agressie tav personeel).

4.4. Psychosociale ondersteuning

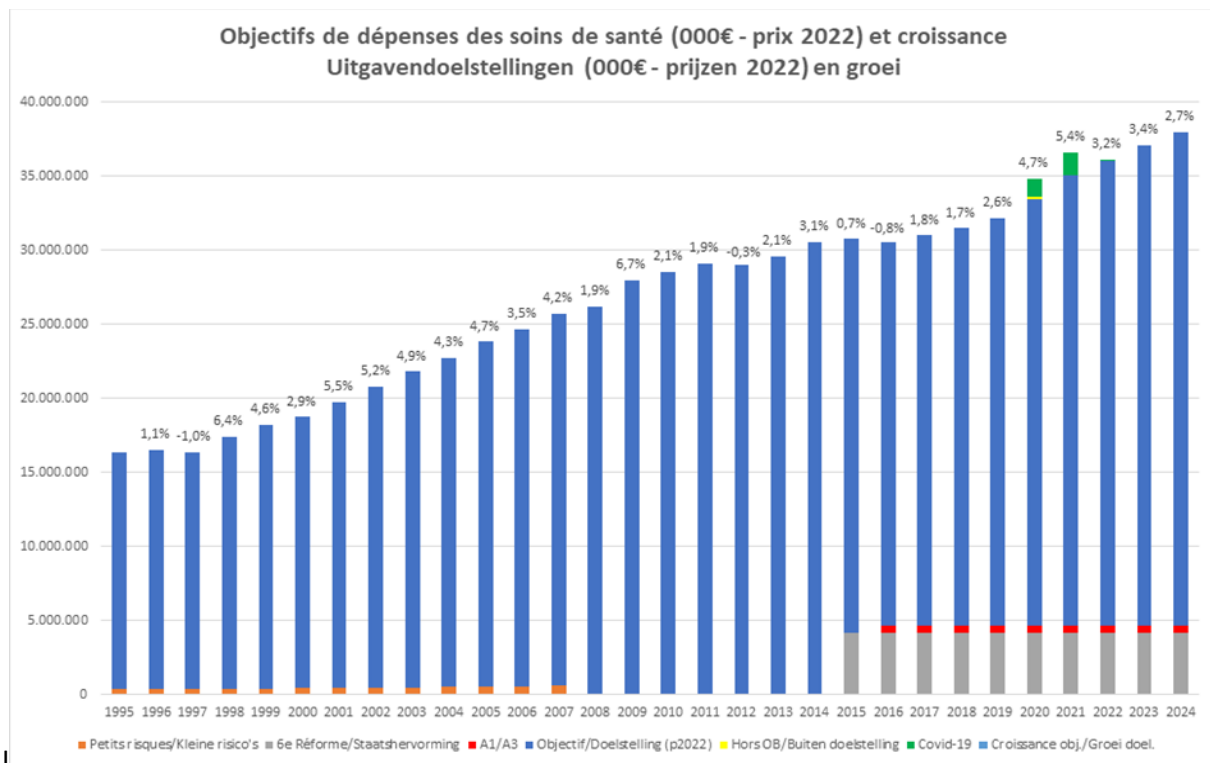
Er worden specifieke maatregelen genomen voor de psychosociale ondersteuning van het personeel op het terrein zoals een aantal initiatieven tegen burn-outs. Deze verschillende investeringen en aanwervingen worden lokaal op het terrein zelf ingevuld, in samenwerking tussen ziekenhuizen en vakbonden, zodat deze zo goed als mogelijk aansluiten bij de concrete noden van het personeel.

5. EEN HISTORISCHE GLOBALE BUDGETTAIRE INSPANNING VOOR DE ZORG

Onderstaande grafiek toont de evolutie (in prijzen 2022, dus zonder inflatie) door de jaren heen van investeringen in onze gezondheidszorg. Sinds 2020 zien we opnieuw een duidelijke en consequente stijging en dat na een plateau van 10 jaar. In 2020 en 2021 geeft het groene balkje weer wat deze regering extra investeerde in gezondheidszorg, bovenop de al verhoogde groei van de begrotingsdoelstelling.

Ten opzichte van 2019 zal in 2022 in totaal voor 4,9 miljard extra geïnvesteerd worden in zorg (2 miljard via het zorgbudget en 2,9 miljard voor de Covid-maatregelen).

En in 2024 zullen deze extra investeringen minstens 5,6 miljard extra bedragen ten opzichte van 2019 (2,6 miljard via de begroting voor gezondheidszorg en nog eens 3 miljard buiten de begroting).



Blaauw = investeringen in onze gezondheidszorg volgens begrotingsdoelstelling

Groen = 2020 en 2021: extra investeringen in onze gezondheidszorg (onder meer om COVID het hoofd te bieden), bovenop de verhoogde groei van de begrotingsdoelstelling.

Rood = sinds 2016 is het budget voor ziekenhuisinfrastructuur overgeheveld naar deelstaten. Om een adequate vergelijking te (kunnen) maken met vandaag, werd budget in deze grafiek opgenomen.

Grijs = door de 6e staats hervorming is sinds 2015 deel van budget overgeheveld naar de deelstaten. Om een adequate vergelijking te (kunnen) maken met vandaag, werd budget in deze grafiek opgenomen.

Oranje = voor 2008 waren kleine gezondheidsrisico's voor zelfstandigen niet opgenomen in de gezondheidsdoelstellingen. Zelfstandigen moesten tot dan een aanvullende verzekering afsluiten. Sinds 2008 hoeft dat niet meer en is dat klein risico voor zelfstandigen ook gedekt.

Bovenstaande tabel vereist enige toelichting. Onze gezondheidszorg heeft over een periode van meer dan twintig jaar heel wat verandering doorgemaakt. Dat maakt het soms ook moeilijk om een correcte vergelijking te kunnen maken.

De in het **blauw** weergegeven delen komen overeen, voor elk van de jaren en uitgedrukt in prijzen van 2022, met de begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorg zoals goedgekeurd door de Algemene Raad van het RIZIV en rekening houdend met de bedragen die de toenmalige regering besloten had niet uit te geven, vandaar dat de term "uitgavendoelstelling" wordt gebruikt.

De groeipercentages komen dan overeen met de feitelijke groei van deze uitgavendoelstelling ten opzichte van het voorgaande jaar (dus alleen de delen in het blauw), met 3 uitzonderingen gelinkt aan de veranderingen voor de gezondheidszorg:

- In 2008 zijn de kleine risico's voor zelfstandigen² in de gezondheidszorg geïntegreerd, waardoor de eenmalige begrotingsdoelstelling met 472 miljoen is toegenomen; om een vergelijking tussen 2007 en 2008 mogelijk te maken, is de begroting 2007 met het overeenkomstige bedrag verhoogd om de groei tussen 2007 en 2008 te berekenen. Om een vergelijking over de gehele periode mogelijk te maken, is eenzelfde bedrag toegevoegd aan alle jaren vóór 2008; dit zijn de delen die in de tabel in oranje zijn weergegeven
- in 2015 heeft de overdracht van gezondheidsbevoegdheden aan de gefedereerde entiteiten in het kader van de 6^e Staatshervorming geleid tot een daling van het budget voor gezondheidszorg met ongeveer 3,7 miljard; om de groei tussen 2014 en 2015 te berekenen, werd in 2015 een fictief budget opgesteld dat ervan uitgaat dat de overdracht van bevoegdheden niet zou hebben plaatsgevonden; dit verklaart waarom de groei in 2015 0,7% bedraagt in plaats van negatief te zijn; de fictieve bedragen in verband met deze overdracht van bevoegdheden worden vervolgens tot het einde van de periode behouden en zijn in de tabel grijs weergegeven;
- in 2016 zijn in het kader van de 6e staatshervorming ook de subonderdelen A1³ en A3 van het budget voor financiële middelen (FMB) voor ziekenhuizen overgeheveld, waardoor het budget voor gezondheidszorg met 487 miljoen is gedaald; hier is dezelfde redenering gevolgd als bij de overheveling van 2015 en de fictieve bedragen in verband met deze overheveling zijn in de tabel in het rood weergegeven.

Om de enorme investeringen te meten die in 2020 en 2021 - buiten de begrotingsdoelstelling om - in de gezondheidszorg zijn gedaan, bevat de tabel ten slotte 2 aanvullende gegevens:

- in het geel, de bedragen die in het kader van het BFM zijn toegewezen aan het Zorgpersoneelsfonds en de mobiele teams (97 miljoen euro in 2020 en 36 miljoen euro in 2021);
- in het groen, de bedragen van de interdepartementale provisie voor de Covid-maatregelen (1,2 miljard in 2020, 1,5 miljard in 2021 en, voorlopig, 120 miljoen in 2022);
