

# Budget gezondheidszorg 2026: het overlegmodel onder budgettaire druk

Saskia Mahieu – Cel expertise gezondheidsbeleid CM-MC

## Samenvatting

In een economische context gekenmerkt door gematigde groeivoorzichten en een bijzonder hoge overheidsschuld, blijft de budgettaire situatie van België kwetsbaar. Net zoals in andere Europese landen nemen de uitgaven voor defensie toe. In die context beslist de federale regering om de groeicijfer voor de gezondheidszorg minstens in 2026 en 2027 tot 2% te beperken. Het Federaal Planbureau verwacht echter dat de uitgaven voor gezondheidszorg bij ongewijzigd beleid tussen 2025 en 2029 met gemiddeld 2,3% zullen toenemen. Op 22 juli 2025 bezorgt de regering bovendien aan het Verzekeringscomité een 'opdrachtenbrief' met daarin de mededeling van 907 miljoen euro besparingsmaatregelen. Deze opdrachtenbrief bevat niet enkel een budgettair kader, maar ook talrijke beleidsoriëntaties.

Dit artikel beschrijft de algemene budgettaire context voor het budget van de gezondheidszorg 2026, alsook de verschillende maatregelen die in het kader van het sociale overlegmodel zijn voorgesteld en/of aangenomen. Ondanks de uitdagingen en de moeilijkheidsgraad van de oefening, benadrukken wij het vermogen van de sociale partners om concrete voorstellen te blijven formuleren. Hoewel de besparingsopdracht sterk door de regering is aangestuurd, heeft het sociaal overleg naar behoren gefunctioneerd.

Sleutelwoorden: Budget, gezondheidszorg, gezondheidszorgdoelstellingen, besparingen, hervormingen, overlegmodel, kritische analyse

## Inhoudstafel

<b>1. Kader voor het paritair beheer bij de opmaak van het budget gezondheidszorg 2026</b>	<b>62</b>
1.1. Het Belgisch sociale DNA	62
1.2. Beperkte groei voor het budget gezondheidszorg	62
1.3. Gezondheidsdoelstellingen	63
1.4. Aandacht voor geplande hervormingen	64
1.5. Een opdrachtenbrief vanaf 2025	65
<b>2. Begrotingsdoelstelling en technische ramingen</b>	<b>68</b>
2.1. Globale begrotingsdoelstelling 2026	68
2.2. Technische ramingen voor 2026 en vergelijking met de normberekening	69
<b>3. Voorstel van de mutualiteiten en beslissing van de ministerraad</b>	<b>70</b>
3.1. Bescherming van de patiënt-e en van kwaliteitsvolle zorg	70
3.2. Voorstel van de mutualiteiten	70
3.3. Beslissing van de Algemene Raad	74
<b>Conclusie</b>	<b>77</b>
<b>Bibliografie</b>	<b>78</b>

# 1. Kader voor het paritair beheer bij de opmaak van het budget gezondheidszorg 2026

## 1.1. Het Belgisch sociale DNA

Het Belgisch sociale zekerheidssysteem is gebaseerd op het Bismarckiaanse stelsel van sociale zekerheid waarbij de financiering ervan grotendeels door sociale bijdragen in verhouding tot het loon gebeurt. Het beheer van de sociale zekerheid ligt logischerwijze bij de werkgeversorganisaties en de vakbonden. In 1963<sup>1</sup> wordt het paritair beheer uitgebreid naar de ziekenfondsen en de zorgverleners, en wordt het medebeheer op de ganse ziekteverzekering toegepast waarbij de overeenkomsten en akkoorden tussen zorgverleners en ziekenfondsen, als vertegenwoordigers van de rechthebbenden, de centrale vorm van regulering van de gezondheidszorg worden (van Cutsem, 2016).

Het medebeheer, waarbij alle betrokkenen samen het gezondheidszorgbeleid vormgeven, is meer ontvankelijk voor de evolutie in de behoeften van de bevolking dan een model zonder sociaal overleg. Daarom speelt het medebeheer een belangrijke rol in zowel de oriëntatie van beleidsmaatregelen als op het vlak van de budgettering in de ziekteverzekering.

Intussen werd de Staat ook financieel beheerder en is er sprake van een tripartite beheer van de sociale zekerheid waarbij de regering een vetorecht heeft in de Algemene Raad<sup>2</sup> van het RIZIV wanneer over het budget voor de gezondheidszorg wordt beslist. De rol van de regering wordt dus groter. Wanneer besparingsmaatregelen moeten worden genomen, bestaat het risico dat het eigen aandeel van de patiënt-e in de kosten voor diens zorg toeneemt. In dat geval kan het gebeuren dat een regering ter compensatie maatregelen neemt ter bescherming van de meest kwetsbaren in de samenleving. Dit bevordert helaas een zorg in twee snelheden. Het resultaat is een meer liberale dan

Bismarckiaanse sociale zekerheid omwille van een “sociale bijstand<sup>3</sup> die stigmatiserend is voor de allerarmsten en een meer vermarkt systeem voor de anderen” (van Cutsem, 2017, p. 5). Tegelijkertijd beperken budgettaire restricties de kansen op de hervorming van de gezondheidszorg. Het verbeteren van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem is nochtans een doelstelling van het sociaal overleg.

## 1.2. Beperkte groei voor het budget gezondheidszorg

Sinds het Verdrag van Maastricht van 1992 bestaat er een Europese governance van het economisch bestuur van de lidstaten. Deze economische governance is in 2024 hervormd met als hoofddoel te zorgen voor gezonde en houdbare overheidsfinanciën en tegelijkertijd in alle lidstaten duurzame en inclusieve groei te bevorderen door middel van hervormingen en investeringen (Europese Raad, 2024). Bovendien legt de Commissie een ‘referentietraject’ voor aan lidstaten met een overheidsschuld hoger dan 60% van het bruto binnenlands product (bbp) of een overheidstekort hoger dan 3% van het bbp. Op basis van het referentietraject nemen de lidstaten vervolgens het budgettaire aanpassingstraject, uitgedrukt als netto uitgaventrajecten, op in hun nationale structurele begrotingsplannen voor de middellange termijn.

Op 18 maart 2025 is het eerste Belgische budgettaire-structureel plan voor de middellange termijn bij de Europese Commissie ingediend. Dit plan is gebaseerd op een referentietraject bij een aanpassingsperiode van zeven in plaats van vier jaar, waarin de vereiste begrotingsinspanning meer gespreid in de tijd en dus realistischer is. Om deze verlenging met drie jaar te verantwoorden, verbond België zich ertoe belangrijke structurele hervormingen door te voeren in overeenstemming met de gemeenschappelijke prioriteiten van de Unie (een rechtvaardige groene en digitale transitie, inclusief de klimaatdoelstellingen, sociale en economische veerkracht, het Europees Sociaal

1 Wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg.

2 De Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging bepaalt de algemene beleidslijnen inzake geneeskundige verzorging. De vertegenwoordigers van diegenen die instaan voor de financiering van de verzekering, met name werkgevers, werknemers, zelfstandigen en vertegenwoordigers van de Regering, hebben in de Algemene raad 3/4 van de mandaten. De verzekeringsinstellingen hebben 1/4 van de mandaten. De vertegenwoordigers van de zorgverleners hebben in de raad enkel een adviserende stem. Zie voor meer informatie over de organen bij het RIZIV de website van het RIZIV: De organen van het RIZIV | RIZIV.

3 “De theoretici van de systemen van de sociale zekerheid maken een onderscheid tussen de sociale zekerheid en de sociale bijstand die beide voortvloeien uit een andere geschiedenis en logica. De sociale zekerheid vertegenwoordigt een verzekeringsmechanisme ten opzichte van de sociale risico’s dat in de Bismarckiaanse systemen solidair wordt gefinancierd en zich richt op iedereen afhankelijk van de behoeften. De sociale bijstand vertegenwoordigt het vangnet van laatste toevlucht, toegekend aan personen met onvoldoende middelen, gefinancierd door de belastingen en betaald door de lokale overheden zonder dat daarvoor een bijdrage verschuldigd is” (van Cutsem, 2017, p. 5).

Handvest<sup>4</sup>, energiezekerheid en, waar nodig, de opbouw van defensievermogen). De Belgische hervormingen zijn gericht op een hervorming van het pensioenstelsel, een fiscale hervorming en een arbeidsmarkthervorming. Verder wordt ook werk gemaakt van een verbetering van de competitiviteit, van de efficiëntie en de kwaliteit van de overheidsuitgaven en van de coördinatie van het begrotingsbeleid tussen de verschillende overheden (FOD Beleid en Ondersteuning, 2025).

Bij de opmaak van het regeerakkoord begin 2025, besliste de federale regering meteen om het budget voor de gezondheidszorg minder te laten toenemen. Zo werd de groeinorm voor 2026 naar 2% teruggeschoefd. Dit staat in schril contrast met de verwachtingen van het Federaal Planbureau dat de gezondheidszorguitgaven bij ongewijzigd beleid tussen 2025 en 2029 met gemiddeld 2,3% zullen toenemen (Federaal Planbureau, 2025a). De groeinorm volstaat dus niet om de uitgaven bij constant beleid te dekken, laat staan om prioritaire problemen in de Belgische gezondheidszorg aan te pakken. De groeinorm is des te meer beperkt aangezien een internationale vergelijking aantoont dat België relatief evenveel aan gezondheidszorg besteedt als Nederland en Duitsland, maar beduidend minder dan buurland Frankrijk, een land dat ook een groter deel van haar bbp besteedt,

volgens de *Classification of the functions of government* (COFOG), ontwikkeld door de OESO (zie Tabel 1).

### 1.3. Gezondheidsdoelstellingen

In 2015 namen de Verenigde Naties 17 duurzame ontwikkelingsdoelstellingen of *Sustainable Development Goals* (SDG's)<sup>5</sup> aan, met 169 subdoelstellingen en 231 indicatoren om de vooruitgang op te volgen. Dit is nodig om op een rechtvaardige wijze in de behoeften van de huidige generatie te voorzien zonder de behoeften van toekomstige generaties in gevaar te brengen.

De derde duurzame ontwikkelingsdoelstelling betreft een goede gezondheid: *“Verzekeren van een goede gezondheid en bevorderen van het welzijn voor iedereen op alle leeftijden”*. In 2025 rapporteert het Federaal Planbureau dat België vooruitgang boekt op het vlak van de levensverwachting in goede gezondheid, maar achteruitgang op (onder meer) het aantal personen ouder dan 16 jaar met chronische aandoeningen of psychische stoornissen (Federaal Planbureau, 2025b). Ook wordt vastgesteld dat de zes indicatoren voor deze derde doelstelling een betere score tonen naarmate het inkomensniveau van de burger toeneemt.

Tabel 1: Internationale vergelijking van de overheidsuitgaven in % BBP (Bron: Eurostat, 2023)

	Eurozone	BEL	FR	NL	DUI
<b>Sociale bescherming</b>	21,0%	21,0%	24,8%	16,6%	20,9%
<b>Gezondheid</b>	8,2%	8,6%	9,2%	8,7%	8,6%
<b>Subtotaal</b>	29,2%	29,6%	34,0%	25,3%	29,5%
<b>Economische zaken</b>	6,3%	7,1%	6,9%	5,9%	6,0%
<b>Openbare diensten</b>	6,1%	7,0%	5,8%	3,9%	6,2%
<b>Onderwijs en opvoeding</b>	4,7%	6,3%	5,2%	5,1%	4,5%
<b>Subtotaal</b>	17,1%	20,4%	17,9%	14,9%	16,7%
<b>Openbare orde</b>	1,7%	1,8%	1,7%	2,0%	1,7%
<b>Defensie</b>	1,2%	0,9%	1,8%	1,3%	1,1%
<b>Cultuur</b>	1,1%	1,2%	1,4%	1,3%	1,1%
<b>Milieubescherming</b>	0,8%	1,3%	1,0%	1,4%	0,6%
<b>Sociale huisvesting en gemeenschapsvoorzieningen</b>	0,6%	0,4%	1,3%	0,4%	0,5%
<b>Totaal</b>	<b>51,7%</b>	<b>55,6%</b>	<b>59,1%</b>	<b>46,6%</b>	<b>51,2%</b>

4 Het Europees Sociaal Handvest is een verdrag van de Raad van Europa dat fundamentele sociale en economische rechten garandeert, zoals het recht op huisvesting, gezondheid, onderwijs, sociale bescherming, eerlijke arbeidsvoorwaarden en personenverkeer.

5 Zie Take Action for the Sustainable Development Goals - United Nations Sustainable Development.

In 2024 formuleerde de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid in haar streven naar een betere gezondheid voor de Belgische bevolking drie gezondheidsdoelstellingen<sup>6</sup> die alle betrokken ministers gemeenschappelijk zouden nastreven:

- Verlengen van de levensduur in goede gezondheid;
- Verminderen van gezondheidsongelijkheden;
- Verzekeren van een zo gezond mogelijk leefmilieu.

In 2025 adviseerde de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen<sup>7</sup> hoe het gezondheidszorgsysteem aan de realisatie van deze nationale gezondheidsdoelstellingen zou kunnen bijdragen. Op 5 mei 2025 besliste de Algemene Raad van het RIZIV om de volgende prioritaire beleidsdoelstellingen in de zorg na te streven (RIZIV, 2025a):

- GZD1: Beter gebruik van data;
- GZD2: Verhogen van de doelmatigheid;
- GZD3: Betere organisatie van eerstelijnszorg en afstemming van de verschillende zorglijnen;
- GZD5: Betere toegankelijkheid van zorg;
- GZD7: Meer inzetten op preventie en screening.

De volgende stap bestaat in de vertaling van deze domeinen voor gezondheidszorgdoelstellingen, op basis van een evaluatie van de performantie van ons gezondheidszorgsysteem, naar SMART doelstellingen (specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdelijk bepaald), en er de nodige middelen voor ter beschikking te stellen. Dankzij de realisatie van dergelijke duidelijke doelstellingen zal beter aan de zorgbehoeften van de Belgische bevolking worden voldaan. Budgettaire ruimte creëren voor deze gezondheidszorgdoelstellingen in tijden van financiële schaarste, is een bijkomende uitdaging voor de opmaak van het budget voor de gezondheidszorg.

## 1.4. Aandacht voor geplande hervormingen

Drie grote hervormingen zijn gepland om samen op 1 januari 2028 ingevoerd te worden. Bijgevolg moet er bij het opmaken van de begroting voor 2026 en 2027 over gewaakt worden dat de besparingsmaatregelen de re-

alisatie van deze hervormingen niet in de weg zullen staan.

De **herijking van de medische nomenclatuur** heeft als doel de inkomensverschillen tussen huisartsen en artsen-specialisten en tussen artsen-specialisten onderling te corrigeren. Tegelijkertijd wordt de nomenclatuur geactualiseerd voor evoluties in medische interventies. Ook wordt de transparantie van verstrekkingen in het ziekenhuis verhoogd door een onderscheid te maken tussen het beroepsgedeelte van de arts en alle kosten die direct of indirect aan de verstrekking verbonden zijn en die niet op een andere manier gefinancierd worden. Een bijkomende doelstelling is de afdrachten op de honoraria (beroepsgedeelte) van artsen-specialisten aan ziekenhuizen af te schaffen. Tot slot dient de herziening van de medische nomenclatuur ook de samenwerking en kwaliteit van zorg te verbeteren.

De **herziening van de financiering en organisatie van het ziekenhuislandschap** is al een tijdje lopende. Op 1 januari 2019 is de 'laagvariabele zorg' ingevoerd, met een globaal bedrag aan honoraria voor standaardiseerbare, weinig complexe zorg (SOI 1 en 2, *severity of illness*). Het globaal bedrag is hetzelfde voor elk ziekenhuis, hoewel het zorgproces voor de individuele patiënt-e in functie van de aard van de behandeling en het zorgbeleid in elk ziekenhuis kunnen verschillen. De volgende stap in het garanderen van kwalitatieve ziekenhuiszorg, is het vinden van een evenwicht tussen nabije zorg en geconcentreerde zorg op basis van evoluties in medische zorg. Hiermee kan men ook de versnippering van zorg en personeelstekorten bestrijden.

Op 1 januari 2028 zal het **conventiemodel worden hervormd**. Met het oog op meer tariefzekerheid worden ereloonsupplementen beperkt en worden tegelijk richttarieven ingevoerd. Dit zijn toegestane maximale overschrijdingen van de honoraria en de prijzen voor de zorgverleners die tot de akkoorden zijn toegetreden. Ze moeten een tijdelijk karakter hebben, en de opname ervan in de akkoorden moet worden geëvalueerd. Ze worden dus niet veralgemeend ingevoerd, maar mogen worden voorzien voor onder meer innovatieve vormen van zorg of wanneer voor bepaalde verstrekkingen het bedrag van de vergoeding achterhaald is.

6 Zie PERSMEDEDELING van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid | FOD Volksgezondheid.

7 De Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen werd eind 2023 opgericht om op basis van wetenschappelijke evidentie een advies rond de prioritaire na te streven gezondheidszorgdoelstellingen te formuleren met het oog op een betere besteding van de beschikbare middelen en met het oog op een jaarlijkse evaluatie van de voortgang ervan. De commissie is samengesteld uit tien stemgerechtigde leden uit onderzoeksinstituten en negen leden met een raadgevende stem, namelijk drie overheidsadministraties in de gezondheidszorg, drie verzekeringsinstellingen en drie leden die de zorgverleners vertegenwoordigen.

Tegelijkertijd worden maximumplafonds voor ereloon-supplementen zowel in de ziekenhuis- als in de ambulante sector, en voor alle zorgverleners, ingevoerd voor wie niet geconventioneerd werkt.

## 1.5. Een opdrachtenbrief vanaf 2025

In het nieuwe federale regeerakkoord van 31 januari 2025 staat dat de regering de technische ramingen van mei en september in de ministerraad bespreekt en op basis hiervan, rekening houdend met het advies van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen, voor het zomerreces een opdrachtenbrief formuleert. Dit is een aanzienlijke wijziging in het begrotingsproces waarbij de regering de opmaak van het budget gezondheidszorg sterk naar zich toetrekt (zie Tabel 2). In deze opdrachtenbrief vermeldt de regering immers zowel het budgettaire kader waarbinnen het Verzekeringscomité een voorstel van begroting voor de gezondheidszorg kan doen als de beleidsprioriteiten waarmee moet worden rekening gehouden. De 'opdrachtenbrief' van de regering van 22 juli 2025 legt het sociaal

overleg bijgevolg sterk aan banden, zelfs al ontbreekt de wettelijke basis er nog voor. Het gebrek aan wettelijke basis bemoeilijkt de gesprekken met de zorgverleners die de 'opdrachtenbrief' weinig wensten te volgen. Anderzijds was het kader in de 'opdrachtenbrief' duidelijk richtinggevend omdat de regering finaal een vetorecht heeft in de Algemene Raad.

**De regering geeft in haar 'opdrachtenbrief' op basis van de technische ramingen van mei 2025 aan dat er 907 miljoen euro bespaard moet worden** (zie Tabel 3).

Een **eerste pakket besparingen** ten belope van 263,7 miljoen euro betreft beslissingen die eerder genomen zijn en nog geconcretiseerd moeten worden:

- Bij de opmaak van het budget gezondheidszorg 2025 werd het tekort op 361 miljoen euro geraamd, maar dienden op 1 januari 2025 besparingsmaatregelen voor een bedrag van slechts 217 miljoen euro geïmplementeerd te worden. De overige 144 miljoen euro hoefde niet meteen bespaard te worden omdat door vertragingen

**Tabel 2: Procedure voor de opmaak van de begroting voor de gezondheidszorg**

	Procedure in 2024	Nieuwe procedure in 2025
<b>Technische ramingen mei</b>	31 mei	31 mei
<b>Permanente audit</b>	30 juni	30 juni
<b>Rapport van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (CGDOS)</b>	Niet van toepassing	30 juni
<b>Behoeftenlijsten van de sectoren</b>	1 september	30 juni
<b>Compensatiemaatregelen bij overschrijding van de partiële doelstelling en voor financiering van nieuwe initiatieven</b>	1 september	30 juni
<b>Algemeen begrotingskader en strategische prioriteiten</b>	Continu proces	Continu proces
<b>Opdrachtenbrief</b>	Niet van toepassing	22 juli
<b>Technische ramingen september</b>	15 september	15 september
<b>Rapport van de Commissie voor begrotingscontrole (CBC)</b>	Ten laatste op de achtste werkdag na 15 september	Ten laatste op de achtste werkdag na 15 september
<b>Voorstel van budget gezondheidszorg van het Verzekeringscomité (VC)</b>	Stemming ten laatste op de eerste maandag van oktober	Stemming ten laatste op de eerste maandag van oktober
<b>Analyse van het voorstel van het VC door de CBC</b>	Woensdag na de stemming op het VC	Tweede maandag van oktober
<b>Analyse van het voorstel van het VC door de CGDOS</b>	Niet van toepassing	Tweede maandag van oktober
<b>Bespreking van het voorstel van budget gezondheidszorg door de ministerraad</b>	Niet van toepassing	Tussen de tweede en de derde maandag van oktober
<b>Stemming over het budget gezondheidszorg door de Algemene Raad</b>	Derde maandag van oktober	Derde maandag van oktober

in de implementatie verwacht werd dat dit budget niet in 2025 zou uitgegeven worden, maar pas vanaf 2026 (Mahieu, 2025). De minister besloot dat de compenserende maatregelen voor deze tijdelijke onderbenutting in 2025 moesten genomen worden in de sectoren die in 2024 meer dan andere hun partiële begrotingsdoelstelling overschreden: 62,198 miljoen euro in de sector van de medische honoraria, 50,670 miljoen euro in de sector farmaceutische specialiteiten, 23,526 miljoen euro in de sector implantaten en 4,329 miljoen euro in de sector medische huizen en wijkgezondheidscentra;

- Bij de opmaak van het budget gezondheidszorg 2025 is voorgesteld dat de artsen via hun voorschrijfgedrag het volume van geneesmiddelen beter zouden beheersen. Dit zou structureel 16 miljoen euro moeten opleveren met een budgetgarantie vanwege de sector van de artsen;
- Niet alle geplande maatregelen in de sector farmaceutische specialiteiten van 2024 brachten op wat vooraf ingeschat was. De beslissing over de besparing dient niettemin uitgevoerd te worden en dus moeten er voor een bedrag van 26,7 miljoen euro bijkomende beslissingen worden genomen;
- Bij de opmaak van het budget gezondheidszorg 2025 besloot de ministerraad een *claw forward*<sup>8</sup> die 80,363 miljoen euro moest opbrengen in 2025 en vanaf 1 januari 2026 door alternatieve maatregelen dient vervangen te worden (Mahieu, 2025).

Een **tweede pakket maatregelen** betreft een actieplan van de mutualiteiten voor een strengere controle die 25 miljoen euro moet opbrengen in 2026.

Een **derde pakket maatregelen** betreft enerzijds de kloof die gedicht moet worden tussen de technische ramingen van de uitgaven bij constant beleid en het ter beschikking gestelde budget voor de gezondheidszorg bij een groeicnorm van 2% (=493,5 miljoen euro), en anderzijds een besparing die aanvankelijk buiten norm was beslist, maar uiteindelijk grotendeels binnen de norm moet gerealiseerd worden (125 miljoen euro). De regering onderhandelde binnen haar schoot een meerjarenkader voor de farmaceutische sector waarbij het aandeel van de uitgaven voor geneesmiddelen in het globale budget voor de gezondheidszorg op 17,3% wordt vastgeklemd, hetzelfde percentage als gemiddeld in de periode 2021-2024. Op deze manier ligt de partiële begrotingsdoelstelling voor deze sector al vast in juli. Op basis van de technische ramingen van mei betekent dit voor de sector een besparingsinspanning van 275 miljoen euro. Ook beslist de regering over de verdeling van de resterende inspanningen:

- 150 miljoen euro in de medische honoraria;
- 50 miljoen euro in de sector ziekenhuizen;
- 50 miljoen euro in de andere sectoren;
- 25 miljoen euro op basis van een handhavingplan van het RIZIV;
- 35 miljoen euro onderbenutting in 2026;
- 33,5 miljoen euro besparingen waarvoor vooralsnog een besparing buiten de groeicnorm wordt gezocht.

**Tabel 3: Overzicht van de besparingsmaatregelen in de opdrachtenbrief van de regering van 22 juli 2025**

<b>Reeds beslist pakket maatregelen voor 2026</b>	140,7 miljoen euro	263,7 miljoen euro
<b>Nog te realiseren voor 2025: rationeel voorschrijven van geneesmiddelen door artsen</b>	16 miljoen euro	
<b>Nog te realiseren voor 2024 in de sector farmaceutische specialiteiten</b>	26,7 miljoen euro	
<b>Claw forward in te vullen vanaf 2026</b>	80,3 miljoen euro	
<b>Controle door mutualiteiten met borg</b>	25 miljoen euro	25 miljoen euro
<b>Bijkomende inspanning bij de opmaak van het budget gezondheidszorg 2026: 493,5 miljoen euro plus 125 miljoen euro</b>	618,5 miljoen euro	275 miljoen euro in de sector farmaceutische specialiteiten op basis van de technische ramingen van mei 2025 en 343,5 miljoen euro in de andere sectoren

8 Een *clawback* en een *claw forward* zijn mechanismen om in de sector farmaceutische specialiteiten overschrijdingen van de partiële begrotingsdoelstelling te recupereren. In het geval van een *clawback* wordt op het einde van het jaar het te vereffenen saldo berekend. In het geval van een *clawforward* wordt bij het begin van het jaar een bedrag betaald dat al moet betaald worden om een latere *clawback* te verminderen.

De opdrachtenbrief vermeldt dus **besparingsmaatregelen voor in totaal 449 miljoen euro in de sector farmaceutische specialiteiten**:

- 275 miljoen euro om de kloof te dichten tussen de technische ramingen van mei voor 2026 en de vastgelegde partiële begrotingsdoelstelling voor 2026 op basis van een aandeel van 17,3% in de globale begrotingsdoelstelling (zie boven);
- 50,7 miljoen euro ter compensatie van de onderbenutting in 2025 (zie boven);
- 26,7 miljoen euro nog te realiseren maatregelen volgens de budgetbeslissingen voor 2024 (zie boven);
- 80,3 miljoen euro maatregelen waarvoor in 2025 een eenmalige *claw forward* is beslist en die tegen 1 januari 2026 vertaald moet worden naar andere maatregelen voor structurele mindergaven (zie boven),
- 16 miljoen euro die voor 2025 beslist werd op basis van een inspanning van de artsen om dankzij rationeel voorschrijven het volume van geneesmiddelen beter te beheersen (zie boven).

Artikel 39 van de wet op de verplichte ziekteverzekering bepaalt dat het Verzekeringscomité de concrete overeenstemmende besparingsmaatregelen samen met de datum van inwerkingtreding ervan in haar begrotingsvoorstel vermeldt<sup>9</sup>. Tegelijkertijd bepaalt artikel 69, §4 van diezelfde wet dat de partiële begrotingsdoelstelling voor de sector farmaceutische specialiteiten na overleg met de vertegenwoordigers van de geneesmiddelenindustrie wordt vastgesteld<sup>10</sup>. Via de opdrachtenbrief laat de regering weten welke maatregelen ze na overleg met de geneesmiddelenindustrie besliste en hoe ze de besparingsinspanning over de verschillende relevante actoren verdeelt:

- **Artsen**: 16 miljoen euro rationeel voorschrijven (zie boven);
- **Open officina**: 20 miljoen euro nog te bepalen besparingsmaatregelen, waarvan 8 miljoen euro geherinverteerd wordt in de vergoedingen voor aflevering van antibiotica per behandeltermijn (netto 12 miljoen euro);
- **Ziekenhuisapotheken**: de partiële facturatie van geneesmiddelen dient 42 miljoen euro op te brengen en het vermijden van een therapieshift naar duurdere geneesmiddelen 20 miljoen euro (totaal: 62 miljoen euro);
- Aan de **patiënt-e** wordt een 'solidaire bijdrage' van minimum 2 euro voor elke verpakking geneesmiddelen gevraagd – minimum 1 euro voor mensen met recht op de verhoogde tegemoetkoming. Het gebruik van maagzuurremmers (PPI) en statines wordt financieel ontmoedigd. De solidaire bijdrage zou 26,2 miljoen euro opbrengen en het doelmatiger geneesmiddelengebruik 87,2 miljoen euro. Tegelijk wordt geherinverteerd in een uitbreiding van de MAF (8,9 miljoen euro) en in de *Early & Fast access* van nieuwe geneesmiddelen (14 miljoen euro). Dit betekent een totale besparing van 113,4 miljoen euro waarvan 22,9 miljoen euro wordt geherinverteerd;
- **Industrie**: als de geneesmiddelenindustrie geen voor de regering aanvaardbare, structurele maatregelen voorstelt voor 80,3 miljoen euro mindergaven (zie *claw forward* hiervoor), zal voor dit bedrag een prijsdaling ingaan. Het saldo van 188,2 miljoen euro zal met een *clawback* worden geregeld, wat betekent dat men van een heffing voor de overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling uitgaat in plaats van op voorhand de nodige maatregelen te nemen. Voorkomen is nochtans beter dan genezen.

9 Artikel 39 bepaalt: "Het Verzekeringscomité onderzoekt alle gegevens die door de bevoegde commissies zijn bezorgd. In voorkomend geval kan het Verzekeringscomité met een gemotiveerd verzoek de bevoegde commissies vragen [de inventaris van de wijzigingen] van hun subsector opnieuw te evalueren. [Het Verzekeringscomité bezorgt de Algemene Raad en de Commissie voor Begrotingscontrole uiterlijk op de eerste maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar een globaal voorstel dat de groeinorm, de stijging van de gezondheidsindex bedoeld in artikel 40, § 1, derde lid, het begrotingskader, het meerjarentraject en de beleidsmatige prioriteiten inzake nieuw beleid en bijsturingen van het bestaande beleid naleeft.] Teneinde de partiële doelstellingen van dat globale voorstel vast te stellen, vermeldt het Verzekeringscomité voor de betrokken sectoren in verhouding tot de technische ramingen, naargelang van het geval, ofwel het te besparen bedrag, alsook de concrete overeenstemmende besparingsmaatregelen samen met de datum van inwerkingtreding ervan, ofwel bedragen die overeenstemmen met positieve maatregelen, alsook een beschrijving van die maatregelen samen met de datum van inwerkingtreding ervan. Bij gebrek aan dergelijk voorstel op de eerste maandag van oktober is de Algemene Raad bevoegd voor de vaststelling van de partiële doelstellingen".

10 Artikel 69, §5, bepaalt: "De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van de Algemene raad en van het Verzekeringscomité, jaarlijks het globaal budget van de financiële middelen vastleggen voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b), c) en e), alsmede de opsplitsing van dit budget al naargelang voornoemde verstrekkingen worden verleend aan in een ziekenhuis of aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden. Het globaal budget van de voornoemde verstrekkingen wordt vastgesteld na overleg met de [...] vertegenwoordigers van de geneesmiddelenindustrie bedoeld in artikel 191, 15°quater. Bij de vaststelling van dit budget worden vanaf het jaar 2017 de geraamde bedragen die ter compensatie aan het Instituut verschuldigd zijn in uitvoering van de compensatieregels bedoeld in artikel 35bis, § 7, [alsook de geraamde bedragen aan het Instituut verschuldigd in uitvoering van het artikel 31septies, (4, derde lid,)] in mindering gebracht. De Koning kan, binnen het in het [eerste] lid vermeld globaal budget van de financiële middelen voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, [5°, b), c) en e)], een c splitsing in deelbudgetten vaststellen voor de farmacotherapeutische klassen die Hij aanwijst. Hij kan deze deelbudgetten verder opsplitsen in functie van de vergoedingsmodaliteiten die gelden binnen de betrokken farmacotherapeutische klassen."

Het Verzekeringscomité kan alternatieve besparingsmaatregelen voorstellen voor zover de verdeling van de besparingsinspanningen wordt gerespecteerd. Ook bevestigt de regering de beleidsprioriteiten aan de hand van de door de Algemene Raad geselecteerde gezondheidszorgdoelstellingen en vermeldt ze meer concreet volgende sectoren voor prioritaire investeringen:

- Invoering van teleconsultaties in de huisartsenwachtposten;
- Tandzorg;
- Kinesitherapie;
- Zorg verstrekt door vroedvrouwen.

Hoewel de regering het sociaal overleg niet uitsluit, beperkt ze hiermee de bewegingsruimte ervan. Daarbij vergeet men dat een opdracht eind juli laat komt als die met complexere analyses of implementatietrajecten gepaard gaat.

## 2. Begrotingsdoelstelling en technische ramingen

### 2.1. Globale begrotingsdoelstelling 2026

De berekeningswijze voor de globale begrotingsdoelstelling voor een volgend jaar ligt bij wet vast. Elk jaar wordt deze berekend door de globale begrotingsdoelstelling van het lopende jaar

- te vermeerderen met de wettelijke groeinnorm die de regering bij aanvang van de legislatuur vastlegt (2% voor 2026) en met de indexmassa<sup>11</sup>;
- aan te passen voor een raming van de inkomsten artikel 111/81 in de sector geneesmiddelen<sup>12</sup>.

Tabel 4 bevat de toepassing van deze principes voor de globale begrotingsdoelstelling 2026.

Het is een recente gewoonte van de regering om een deel van het budget voor de gezondheidszorg te blokkeren om het federale begrotingstekort te beperken. Het niet te besteden bedrag evolueert van 200,018 miljoen euro in 2025 (Mahieu, 2025) naar 310,439 miljoen euro in 2026.

**Tabel 4: Samenvatting van de berekening van de globale begrotingsdoelstelling voor 2026, in miljoen euro (Bron: RIZIV, 2025b)**

Globale begrotingsdoelstelling 2025	39.812.150
Compensatie volledige ontvangsten art.111/81-2025	-2.000.515
<b>Strikte norm</b>	<b>37.811.635</b>
Reële groeinnorm 2%	756.233
<b>Subtotaal</b>	<b>38.567.868</b>
Gezondheidsindex (2,72%)	630.464
Spilindexmassa 2025 (meerkost in 2026 ten opzichte van doelstelling 2025)	43.963
Spilindexmassa 2026	135.029
<b>Subtotaal</b>	<b>39.377.324</b>
Compensatie volledige ontvangsten art.111/81-2026	1.919.845
<b>Voorstel begrotingsdoelstelling 2026</b>	<b>41.297.169</b>

11 Gezondheidsindex: de waarde van deze index wordt bekomen door een aantal producten uit de korf van het indexcijfer van de consumptieprijzen te halen (alcoholische dranken in de winkel gekocht of in een café geconsumeerd, tabakswaaren en motorbrandstoffen, met uitzondering van LPG ). Als het gemiddelde van de laatste vier gezondheidsindexen x 98% de spilindex bereikt of overschrijdt, worden de sociale uitkeringen en lonen aangepast. Voor werknemers geldt de spilindex (toegepast de eerste maand na overschrijding van 2%).

12 Hiermee wordt verwezen naar art. 111 en volgende (vroeger art. 81 en volgende) van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 op basis waarvan de Staat geneesmiddelen, die over het algemeen zeer duur zijn en waarvan de therapeutische werking nog onzeker is, terugbetaalt, zodat patiënten er zo snel mogelijk van kunnen genieten.

Deze evolutie is te verklaren door een besparing van 91,5 miljoen euro die de regering bij afsluiten van het regeerakkoord in 2025 buiten het budget gezondheidszorg plande, maar uiteindelijk binnen de groeicijfer wenst te realiseren. Ook zal de opdracht van 25 miljoen euro handhaving en controle door de mutualiteiten, waarvoor ze buiten norm garant staan, binnen het budget gezondheidszorg een impact hebben. Het te besteden budget bedraagt voor 2026 bijgevolg 40,987 miljard euro.

## 2.2. Technische ramingen voor 2026 en vergelijking met de normberekening

Het RIZIV raamt de gezondheidszorguitgaven voor 2026 bij constant beleid op 41,593 miljard euro. In vergelijking met de gefinancierde globale begrotingsdoelstelling voor 2026 (40,987 miljard euro) wordt een tekort van 606,6 miljoen euro vastgesteld. Net zoals bij de opmaak van het budget 2025, berekent het RIZIV een onderbenutting van het beschikbaar gestelde budget:

- Vertraging in de implementatie van de gereserveerde bedragen<sup>13</sup>: 17,563 miljoen euro;
- Tijdelijke onderbenuttingen<sup>14</sup>: 80,919 miljoen euro;
- Structurele onderbenuttingen<sup>15</sup>: 37,359 miljoen euro.

De herziene technische ramingen bedragen bijgevolg 41,458 miljard euro. Daarmee rekening houdend bedraagt het tekort na vergelijking van de technische ramingen en de begrotingsdoelstelling voor 2026 470,8 miljoen euro (zie Tabel 5).

De partiële begrotingsdoelstelling is voor de sector farmaceutische specialiteiten in juli al vastgelegd op 17,3% van de globale begrotingsdoelstelling, omgerekend 6,759 miljard euro. De herziene technische ramingen van september bedragen voor deze sector 6,986 miljard euro wat betekent dat er finaal een tekort van 227,9 miljoen euro wordt vastgesteld. Dit verwachte tekort ligt in september, op basis van recentere cijfers over de uitgavenevolucie in de sector van de geneesmiddelen, 47 miljoen euro lager dan wat met de initiële technische ramingen voor 2026 in mei werd verwacht. Dit betekent dat het Verzekeringscomité lichtere besparingsvoorstellen voor deze sector kan doen.

**Tabel 5: Herziene technische ramingen van de gezondheidsuitgaven voor 2026, in miljoen euro (Bron: RIZIV, 2025b)**

	<b>Simulatie begrotingsdoelstelling 2026</b>	<b>Herziene technische ramingen 2026</b>	<b>Vershil</b>
<b>Resultaat in prijzen 2025</b>	40.987	40.828	
<b>Indexmassa</b>			
• <b>Gezondheidsindex 2,72%</b>		630.464	
• <b>Spilindex 2025</b>		135.029	
<b>Resultaat excl. niet te besteden bedragen</b>	40.987	41.593	-607
<b>Gereserveerde bedragen in prijzen 2026</b>		-18	
<b>Tijdelijke onderbenuttingen in prijzen 2026</b>		-81	
<b>Structurele onderbenuttingen in prijzen 2026</b>		-37	
<b>Resultaat incl. gereserveerde bedragen en onderbenuttingen</b>	40.987	41.458	-471
<b>Niet te besteden bedrag</b>	310		
<b>Resultaat in prijzen 2026</b>	41.297		

13 Gereserveerde bedragen zijn gebudgetteerde maatregelen die nog niet in werking zijn getreden. Voor 2026 wordt verwacht dat de implementatie van deze maatregelen niet volledig zal lukken op 1 januari 2026, maar wel in de loop van 2026.

14 Een tijdelijke onderbenutting komt voor wanneer een nieuw initiatief wel al ingevoerd is, maar nog niet op kruissnelheid is.

15 Een structurele onderbenutting wordt vastgesteld wanneer een nieuw initiatief al langere tijd geleden ingevoerd is en waarvan intussen zeker is dat het vooropgestelde budget nooit nodig zal zijn.

### 3. Voorstel van de mutualiteiten en beslissing van de ministerraad

#### 3.1. Bescherming van de patiënt-e en van kwaliteitsvolle zorg

Het sociaal overleg staat voor een grote uitdaging. De budgettaire context en grootteorde van de gevraagde besparingen maken de opmaak van het budget gezondheidszorg voor 2026 zeer moeilijk. De mutualiteiten besluiten een budgetvoorstel in te dienen na een grondige evaluatie van alle uitgaven in het gezondheidszorgsysteem om zo te besparen door inefficiënties er uit te halen. Op die manier kan de patiënt-e zo goed mogelijk beschermd worden en kan de zorgverlener nog steeds kwaliteitsvolle zorg nastreven. De middelen doelmatiger besteden, kan als volgt:

- Vermindering van de uitgaven voor zorg
  - Verspilling vermijden: dit betekent dat zorg die geen gezondheidsmeerwaarde oplevert of negatieve effecten heeft (bijvoorbeeld overmatig gebruik van antibiotica of beeldvorming enz.), moet worden vermeden;
  - Kosten verminderen: minder en/of goedkopere middelen inzetten voor dezelfde effectiviteit (bijvoorbeeld verlaging van de prijs van de basisproducten, aanpassing van de prijszetting conform evoluties van de reële marktprijs, terugdringen van praktijkvariabiliteit);
- Verhogen van de effectiviteit van zorg
  - Verbeteren van de veiligheid van de zorg: bijwerkingen of andere vermijdbare negatieve gevolgen verminderen die extra zorgkosten veroorzaken (bijvoorbeeld wondcomplicaties, ziekenhuisinfecties, vermijdbare heropname in het ziekenhuis, enz.);
  - Verbeteren van de toegang tot de zorg: het voorkomen van verergering van gezondheidsproblemen door een vertraagde behandeling waardoor duurdere zorg vereist is, bijvoorbeeld door vroegtijdige screening, de verbetering van de continuïteit van zorg, met name bij ontslag uit het ziekenhuis, de verbetering van de toegang tot essentiële zorg voor chronisch zieken of het terugdringen van wachttijden.

In de pers woedt in september, wanneer het sociaal overleg een voorstel van budget moet kunnen opmaken, een debat over de verhoging van het remgeld. De mutualiteiten doen er alles aan om een verhoging van de remgelden te voorkomen of minstens te beperken. Immers, in 2020 bedraagt het aandeel eigen betalingen voor de gezondheidszorg ten opzichte van de consumptie-uitgaven van de gezinnen 3,6%, wat meer is dan het EU-gemiddelde. Volgens de OESO bedragen in 2024 de privéuitgaven<sup>16</sup> voor gezondheidszorg 26,2% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, de publieke uitgaven voor gezondheidszorg 73,8% van het totaal. In Frankrijk, Duitsland en Nederland bedragen de respectieve percentages van privéuitgaven 15,5%, 13,7% en 16,8%. Met andere woorden, de privéuitgaven zijn in België nagenoeg twee keer zo hoog als in de drie buurlanden en vormen ruim een kwart van de totale gezondheidsuitgaven. Het aandeel eigen betalingen ligt bijzonder hoog voor tandzorg en medische hulpmiddelen (bijvoorbeeld brillen, hoorapparaten, enz.), blijkt ook uit Belgische performantierapporten<sup>17</sup>.

#### 3.2. Voorstel van de mutualiteiten

De mutualiteiten bespreken met de zorgverleners besparingsmaatregelen voor een bedrag van 242,9 miljoen euro (zie Tabel 6): 470,8 miljoen euro besparingen (zie Tabel 5), verminderd met 227,9 miljoen euro besparingen in de sector farmaceutische specialiteiten (zie boven).

Een eerste pakket voorgestelde maatregelen betreft de **sector van de medische honoraria**, voor een totaal van 150 miljoen euro:

- **Klinische biologie:** herziening van de ambulante forfaitaire honoraria met een impact van 28,4 miljoen euro;
- **Medische beeldvorming:** vermindering van de sleutellletterwaarde van een aantal minder complexe CT's en van de CBCT's (*Cone Beam Computed Tomography*), herziening van de digitale substractie-angiografieën en het honorarium van de artrografie en van de arthroMR. Een aantal van deze maatregelen zullen teruggedraaid worden op basis van aanpassingen, voorgesteld door de Belgische beroepsvereniging van radiologen. Deze aanpassingen zullen eerst in de Technisch Geneeskundige Raad worden besproken. Besparing: 25,2 miljoen euro.

16 Privéuitgaven zijn uitgaven die niet door de verplichte openbare verzekering worden gedekt. Dit omvat wat huishoudens rechtstreeks uit eigen zak betalen; remgeld, supplementen, niet-vergoede zorgkosten, evenals uitgaven die eventueel worden gedekt door het afsluiten van een particuliere verzekering, vrijwillig of via de werkgever.

17 Zie volgende website: Financiële toegang tot gezondheidszorg - Naar een gezond België.

De keuze van de onderzoeken is onder andere bepaald op basis van het bestralingsrisico. Ook de vergoeding voor de echocardiografie wordt met 4 euro verminderd (opbrengst van 5,8 miljoen euro);

- **Niet-geaccrediteerden:** vermindering van de raadplegingen en huisbezoeken van een niet-geaccrediteerde huisarts en de raadplegingen van een niet geaccrediteerde arts-specialist met 3,8 euro. Het doel is niet-geaccrediteerden aan te sporen om zich in te schrijven in de wetenschappelijke waarden van de accreditering. Besparing: 49,5 miljoen euro;
- **Speciale verstrekkingen:** vermindering met 1 euro van de verstrekking ECG (elektrocardiogram) wat kan leiden tot een besparing van 2,2 miljoen euro, en een tijdelijke vermindering van het honorarium van de knieprothese met 5% in afwachting van het vastleggen van duidelijke criteria tot chirurgie (besparing: 1,1 miljoen euro). Het toepassen van een aanpassing van de nomenclatuur voor HER2-FISH (*Human Epidermal growth factor Receptor 2 - Hybridation in situ par fluorescence*) en bijkomende cumuleregels geven een besparing van 1 miljoen euro;
- **Heelkunde:** wat betreft de operatieve hulp, is de aanwezigheid van een tweede arts niet bij elke chirurgische ingreep nodig. Daarom zal nagegaan worden waar deze hulp noodzakelijk is en zal de verstrekking met een bepaald bedrag worden herzien. Deze oefening zal gepaard gaan met een besparing van 18,5 miljoen euro. De vermindering met 10 euro van het uitsnijden van poliepen met een diathermische lus levert een besparing op van 1,1 miljoen euro, de vermindering van de tympanoscopie met 1 euro een besparing van 1,3 miljoen euro en de vermindering van de verstrekking van de osteotomie rond een geretineerde tand met 6 euro een besparing van 0,78 miljoen euro. De verstrekking voor het tellen van endotheliale cellen van de cornea wordt met 15 euro verlaagd. Aan de beroepsvereniging wordt gevraagd om criteria voor te stellen voor het correct gebruik van de endotheelceltelling. In de eerste fase levert deze verstrekking een besparing op van 2 miljoen euro;
- **Toezicht:** het toezichthonorarium oncologie in het daghospitaal oncologie vertoont een meerkost die niet onmiddellijk kan worden verklaard. Twee verstrekkingen worden met 10 euro verlaagd in afwachting van een analyse en het eventueel toepassen van bijkomende beperkingen. Besparing: 3,8 miljoen euro;
- **Honoraria buiten nomenclatuur:** triage in de huisartsenwachtposten (HWP). Een deel van de patiënten die de HWP wil consulteren, kan in feite wachten tot de volgende dag om dan de eigen huisarts te consulteren. Dit

project zou een jaarlijkse besparing kunnen opleveren van meer dan 3 miljoen euro. Voor het eerste jaar wordt gerekend op een bedrag van 1,5 miljoen euro. Tot slot worden via de geïntegreerde praktijkpremie voor de huisartsen criteria op basis van indicatoren voorgesteld om het voorschrijfgedrag zowel in de klinische biologie als in de medische beeldvorming doelmatiger te maken. Deze maatregel laat een besparing van respectievelijk 2 miljoen euro en 1,5 miljoen euro toe;

- **Dialyse:** vermindering van het forfaitair honorarium hemodialyse in het ziekenhuis met 6 euro met een totale besparing van 4,4 miljoen euro.

Een tweede pakket van maatregelen situeert zich in de **sector ziekenhuizen**, conform de 'opdrachtenbrief' in het dagziekenhuis (50 miljoen euro):

- **Impact besnijdenis op BFM:** in de beheersingsmaatregelen ten belope van 62,2 miljoen euro in de sector medische honoraria ter compensatie van de tijdelijke onderbenutting in 2025 (zie hoger) is een verstrenging van de voorwaarden voor deze verstrekking overeengekomen. Dit zal resulteren in een besparing binnen het BFM. Het overeenkomstig bedrag zal uit het BFM-budget gehaald worden (0,9 miljoen euro);
- **Impact radiofrequentieablatie van het endometrium op forfait 6:** de invoering van deze nieuwe nomenclatuur zal ervoor zorgen dat de verstrekking 432456 – 432460 (volledige resectie van het endometrium) minder uitgevoerd zal moeten worden. Hierdoor zal ook het aantal facturaties van forfaits groep 6 dagziekenhuis verminderen (2 miljoen euro);
- **Niet te besteden bedrag:** een bijkomende besparing van 47 miljoen euro zal als niet te besteden bedrag ingeschreven worden in de partiële begrotingsdoelstelling 2026 voor de ziekenhuizen, in afwachting van de uitwerking van meer doelmatige en medisch gevalideerde maatregelen. Gezien het gesloten budget, betekent dit een beperking van de beschikbare middelen voor de ziekenhuizen.

Een derde pakket maatregelen wordt voorgesteld in de **sector van de orthopedische technologen:**

- Conform de opdrachtenbrief wat betreft het verminderen van praktijkvariëaties, worden in het kader van doelmatige zorg de nomenclatuur en de terugbetaling voor knieorthesen en thoracolumbale orthesen afgestemd op de beschikbare medische evidentie (3 miljoen euro);
- Daarnaast worden tegen 31 december 2025 enkele selectieve prijsdalingen uitgewerkt (5 miljoen euro).

Een vierde pakket maatregelen betreft de **sector revalidatie**:

- Op basis van wetenschappelijke evaluaties blijkt het op dit moment niet langer noodzakelijk om een specifiek budget voor geavanceerde en dure technologie (GDT) in de diabeteszorg te blijven voorzien (1,4 miljoen euro);
- In afwachting van de herziening van de nomenclatuur voor cardiale revalidatiestrekkingen worden de prestaties lineair met 10% verminderd, zonder de zorg voor de huidige patiëntenpopulatie in het gedrang te brengen. Ook staat deze besparing een toekomstige hervorming niet in de weg (3,4 miljoen euro);
- Hoewel een hervorming van de regelgeving zuurstoftherapie op korte en lange termijn wordt voorbereid, wordt een prijsverlaging voor langdurige zuurstoftherapie alvast doorgevoerd. Deze prijsdaling staat de hervorming niet in de weg (6,9 miljoen euro).

In de **sector van de thuisverpleging** wordt de volgende besparing voorgesteld:

- De afgelopen jaren is een sterke groei merkbaar in de palliatieve forfaits per akte (PP – PN), met grote fluctuaties van jaar tot jaar. Een voorstel van de sector is om vanaf 1 januari 2026 de intrinsieke waarde van bepaalde nomenclatuurnummers te verminderen, rekening houdend met een doelmatiger gebruik op langere termijn. Meer concreet wordt de vergoeding van de forfaits PP (nummer 427173) en PN (nummer 427070) vanaf 1 januari 2026 met 25% verminderd (11,9 miljoen euro).

Een zesde pakket van maatregelen betreft de **sector van de tandzorg**:

- Zeer recent was er een herwaardering van de OPG-radiografie (OrthoPantoGram) waarbij het deel maximumtarief voortaan ook via de verplichte ziekteverzekering wordt vergoed. Onder de 19 jaar is een OPG vooral geïndiceerd bij orthodontische behandelingen. Boven de 19 jaar is een OPG minder frequent geïndiceerd en volstaat een vergoeding om de drie in plaats van om de twee jaar. Dit levert 2 miljoen euro op;
- Verplichte eID lezing vanaf 1 oktober 2026 (4,3 miljoen euro).

In de **sector van de kinesitherapie** wordt volgende maatregel voorgesteld:

- Het weekforfait telemonitoring was vastgelegd op 1,5 keer het honorarium van een individuele kinesithera-piesessie van 30 minuten (standaardprestatie M24). Dit werd namelijk, ter voorbereiding van een implementatie op 1 januari 2026, berekend als budgetneutraal. De maatregel bestaat in een gelijkstelling van dit weekforfait aan het honorarium van een zitting M24 (8,4 miljoen euro).

In de **sector van de implantaten**: vermindering van het budget voor nieuwe middelen met 1,045 miljoen euro.

Tot slot wordt in de **sector van de logopedie** een structurele onderbenutting ingeschat omdat het aantal patiënten met het *Locked-in* syndroom kleiner is dan bij de opstart in 2017 (150.000 euro).

In het voorstel van de mutualiteiten gaan alle maatregelen in op 1 januari 2026, met uitzondering van de nomenclatuuraanpassing voor knieorthesen met afstemming op de beschikbare wetenschappelijke evidentie, de nomenclatuuraanpassing voor thoracolumbale orthesen met inschrijven van indicaties ter bevordering van doelmatig medisch gebruik en de verplichte lezing eID in de tandzorg. Deze maatregelen gaan in op 1 oktober 2026.

Ook stellen de mutualiteiten in overleg met de zorgverleners alternatieve besparingsmaatregelen voor in de **sector van de farmaceutische specialiteiten** (zie Tabel 7). Vergelijken met de technische ramingen van mei waarop de opdrachtenbrief en het voorafgaandelijke bilateraal overleg van de regering met de geneesmiddelenindustrie gebaseerd zijn, moet er op basis van recentere technische ramingen van september 47,2 miljoen euro minder bespaard worden.

**Huisapotheker** – In overleg met de beroepsverenigingen voor de apothekers worden twee aanpassingen gesuggereerd: een aanpassing van de inclusiecriteria voor de doelgroepen van de huisapotheker en een haalbaardere invoering van de aflevering per eenheid voor antibiotica. Er wordt een aanpassing van de inclusiecriteria voorgesteld, bedoeld om de terugbetaling meer te richten op de patiënten met de grootste zorgnoden, namelijk de patiënten voor wie in dezelfde apotheek over een periode van één jaar minstens vijf verschillende terugbetaalde geneesmiddelen, waarvan minstens twee chronische geneesmiddelen (in plaats van één chronisch geneesmiddel), zijn afgeleverd. Voor de patiënten voor wie momenteel reeds een prestatie als ‘huisapotheker’ loopt, is continuïteit van opvolging belangrijk.

De apotheker zal evalueren op welke manier deze continuïteit het best kan worden gewaarborgd, in functie van de individuele behoeften van de patiënt-e (12 miljoen euro). Het Belgische *OneHealth* plan voorziet een aantal maatregelen om antimicrobiële resistentie te bestrijden en rationeler om te gaan met het gebruik van antibiotica. Een van de maatregelen is het afleveren van antibiotica per eenheid of in een meer geschikte verpakking, om het risico op overconsumptie van antibiotica en op zelfmedicatie die tot het fenomeen van antibioticaresistentie leiden, te minimaliseren. Een aflevering per behandeltermijn is ook opgenomen in het federale regeerakkoord. Bij het uitvoeren van de maatregel wordt voorgesteld om de aflevering van antibiotica zo doelmatig mogelijk toe te passen, dus, in de mate van het mogelijke, via de aflevering van adequate verpakkingen. Dit vereist een kleinere investering in een extra honorarium voor de technische en administratieve taken die met het afleveren per behandeltermijn gepaard gaan (-3,3 miljoen euro).

**Ziekenhuisapotheken** – De totale impact via de bijwerkingen van besparingen in andere begrotingsposten leidt ertoe dat er veel meer dan 50 miljoen euro ten laste valt van de sector ziekenhuizen. Naast de besparing op het dagziekenhuis wordt immers ook bespaard via de ziekenhuisapotheek, de revalidatie (zie boven), de implantaten (zie boven) en onrechtstreeks via de afdrachten op verminderde artsenhonoraria (zie boven). Wat de twee maatregelen voor de ziekenhuisapotheken betreft, pleiten de mutualiteiten in overleg met de ziekenhuisfederaties voor voorzichtigheid. De uitdieping van de partiële facturatie van 85% naar 78% dient te worden beperkt tot 81,5% en voor het vermijden van een therapieshift naar duurdere moleculen zonder veel meerwaarde moet eerst een selectieve lijst van moleculen opgemaakt worden zodat de te nemen maatregel een beheersbare impact heeft.

**Patiënt-e** – De opdrachtenbrief van de minister voorziet een verhoging van het remgeld voor geneesmiddelen. De opbrengsten worden geïnvesteerd in een snellere terugbetaling van geneesmiddelen en in de uitbreiding van de maximumfactuur. Ook wordt de overconsumptie van PPI's (protonpompinhibitoren of maagzuurremmers) en statines (gebruikt bij hypercholesterolemie) tegengegaan door de verhoging van de eigen bijdrage bij aankoop ervan, ongeacht de situatie van de patiënt-e. De mutualiteiten stellen voor om overconsumptie van geneesmiddelen niet met een financiële prikkel aan te pakken, maar met het doelmatiger voorschrijven ervan en controle daarop door de mutualiteiten.

PPI's staan nu ingeschreven in hoofdstuk II van de lijst van de terugbetaalde geneesmiddelen. Binnen hoofdstuk II zijn er twee categorieën van terugbetaling (B en C), naargelang de sterkte en de duur van de behandeling. Om meer doelmatig gebruik van PPI's aan te moedigen, wordt voorgesteld om de geneesmiddelen ingeschreven in categorie B in hoofdstuk II naar hoofdstuk IV (geneesmiddelen onderworpen aan een controle van de adviserend arts) over te hevelen, de actuele terugbetaling te behouden, zij het met een beperking van de behandelduur (44,1 miljoen euro). Voor een betere doelmatigheid in het gebruik van statines, ezetimibe en combinaties met ezetimibe, stellen de mutualiteiten voor om in het geval van primaire preventie zonder comorbiditeiten de geneesmiddelen van categorie B naar categorie C in hoofdstuk I over te hevelen en in het geval van primaire preventie met comorbiditeiten (bijvoorbeeld diabetes) de geneesmiddelen met behoud van terugbetaling in categorie B naar hoofdstuk IV te transfereren. Ook in het geval van secundaire preventie wordt een transfer naar hoofdstuk IV met behoud van terugbetaling in categorie B voorgesteld (17,5 miljoen euro).

**Industrie** – Responsabilisering van alle betrokken partijen is noodzakelijk, waaronder ook de farmaceutische industrie. Om de uitgaven onder controle te houden, stellen de mutualiteiten voor om in plaats van met een *clawback*, met deelbudgetten te werken, dit is een partiële begrotingsdoelstelling voor bijvoorbeeld oncologie binnen de partiële begrotingsdoelstelling voor de sector farmaceutische specialiteiten. Eenzelfde mechanisme zou ook toegepast kunnen worden voor andere snelgroeiende klassen van geneesmiddelen. Omdat deze maatregel geen invloed heeft op het voorschijfgedrag, wordt voorgesteld om tegelijk ook in te zetten op een meer rationeel gebruik van oncologische geneesmiddelen, bijvoorbeeld wat betreft mogelijke dosisverlagingen en gebruik aan het levenseinde.

**Ondanks het talrijk overleg, besluiten onder meer de artsensyndicaten en de ziekenhuisfederaties tegen het voorstel van de mutualiteiten te stemmen.** Hun signaal aan de regering is dat er te veel op te korte termijn moet bespaard worden en dat een grotere bijdrage van de patiënt-e aangewezen is. Er wordt geen voorstel van budget gezondheidszorg 2026 vanuit de Verzekeringscomité aan de Algemene Raad overgemaakt. **Het is dus aan de regering, en in het bijzonder aan de minister van Volksgezondheid, om een ontwerp van begroting aan de tafel van de Algemene Raad voor te leggen.**

### 3.3. Beslissing van de Algemene Raad

Het door de minister van Volksgezondheid ingediende begrotingsvoorstel gaat niet in op de wens van sommigen om het remgeld te verhogen om de gevraagde besparingen te realiseren, met uitzondering van de invoering van een remgeld in de sector vroedvrouwen om deze zo beter te vergoeden. Ze respecteert het voorstel van de mutualiteiten mits enkele kleinere aanpassingen (zie Tabel 6):

- **Klinische biologie:** aanpassing voor de sector ziekenhuizen. In totaal een bijna gelijke inspanning, maar 15,4 miljoen euro lineair in afwachting van maatregelen die meer op volume en doelmatigheid gericht zijn en eerst samen met de beroepsverenigingen tegen eind mei 2026 uitgewerkt moeten worden;
- **Medische beeldvorming:** grotere inspanning door voorschrijfrestricties in te voeren;
- **Niet-geaccrediteerde artsen:** een veel kleinere inspanning, met de vraag om het huidige systeem van accreditering en de geïntegreerde praktijkpremie waar het over doelmatigheid en kwaliteit gaat, tegen september 2026 te herzien;

- **Speciale verstrekkingen:** toevoeging van ambulante polysomnografie;
- **Heelkunde:** voornamelijk toevoeging van rugchirurgie en van de forfaitarisering van de extracapsulaire extractie bij cataract met inclusie van pre- en postoperatieve onderzoeken;
- **Ziekenhuizen:** lineair in plaats van niet te besteden bedrag. Alternatieve maatregelen uit te werken in de loop van 2026 met een impact in 2027;
- Besparing bij **vroedvrouwen, logopedisten en kinesitherapeuten** om de videoconsultaties lager te waarderen dan de fysieke consultaties, confer sector medische honoraria;
- Een grotere besparing op **implantaten**;
- Aanpassing van enkele berekeningen die het RIZIV nog nakeek.

1,6 miljoen euro wordt geherinvesteerd in een uitbreiding van de MAF bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Verder is er een budgetneutrale invoering van telefonische triageconsulten in de huisartsenwachtposten.

**Tabel 6: Overzicht van de besparingsmaatregelen beslist door de Algemene Raad in vergelijking met het voorstel van de mutualiteiten**

	Voorstel mutualiteiten	Beslissing Algemene Raad
<b>Sector honoraria voor de artsen</b>		
• Klinische biologie	28.400.00	26.600.000
• Medische beeldvorming	31.000.000	57.400.000
• Raadplegingen, bezoeken en adviezen	49.500.000	8.500.000
• Speciale verstrekkingen	4.300.000	5.900.000
• Heelkunde	23.680.000	43.400.000
• Toezicht	3.800.000	3.800.000
• Honoraria buiten nomenclatuur	5.000.000	0
• Dialyse: honoraria	4.400.000	4.400.000
<i>Totaal</i>	<i>150.080.000</i>	<i>150.000.000</i>
<b>Sector ziekenhuizen</b>		
• Impact besnijdenis op BFM	900.000	921.568
• Impact radiofrequentie ablatie van het endometrium op forfait 6	2.005.326	2.005.326
• Niet te besteden bedrag/lineaire vermindering van de partiële begrotingsdoelstelling	47.083.014	47.073.106
<i>Totaal</i>	<i>50.000.000</i>	<i>50.000.000</i>

<b>Andere sectoren</b>		
<b>• Orthopedisch technologen</b>		
• Aanpassing nomenclatuur knie-orthesen	1.250.000	1.250.000
• Aanpassing nomenclatuur thoraco-lumbale orthesen	1.750.000	1.750.000
• Diverse prijsdalingen	5.000.000	5.000.000
<i>Totaal</i>	<i>8.000.000</i>	<i>8.000.000</i>
<b>• Revalidatie</b>		
• GDT – 7.86.9	1.404.000	1.408.000
• Cardiale revalidatie – 7.82.1	2.178.600	2.312.000
• Langdurige zuurstoftherapie – 7.81	3.367.022	3.546.000
<i>Totaal</i>	<i>6.949.622</i>	<i>7.266.000</i>
<b>• Thuisverpleging</b>		
• Forfait PP (code 427173) en forfait PN (code 427070)	11.907.242	11.907.242
<b>• Tandzorg</b>		
• Beperken van de terugbetaling OPG 1 om de drie jaar naar per twee jaar, en dat voor de 19-jarigen of ouder	2.021.000	2.076.000
• Verplichte lezing eID	4.339.250	4.339.250
<i>Totaal</i>	<i>6.360.250</i>	<i>6.415.250</i>
<b>• Kinesithherapie</b>		
• Uniformisering videoconsultatie	0	2.335.000
• Gelijktelling weekforfait telemonitoring aan het honorarium van 1 zitting M24	8.374.000	6.039.000
<i>Totaal</i>	<i>8.374.000</i>	<i>8.374.000</i>
<b>Implantaten</b>		
• Vermindering van de geraamde middelen voor nieuw beleid	1.045.886	2.442.000
<b>Logopedie</b>		
• Initiatief <i>locked-in</i> syndroom: staat al in onderbenutting TR	150.000	0
• Uniformisering videoconsultatie	0	48.000
<i>Totaal</i>	<i>150.000</i>	<i>48.000</i>
<b>Vroedvrouwen</b>		
Uniformisering videoconsultatie	0	25.000
<b>MAF Psychiatrie</b>		
	0	-1.590.000
<b><i>Totaal</i></b>	<b><i>42.787.000 (*)</i></b>	<b><i>42.887.000 (*)</i></b>

(\*) Het verschil met het bedrag van 50 miljoen euro in de opdrachtenbrief is als volgt te verklaren:

- Het saldo van 4,1 miljoen dat na de herziene technische ramingen van september beschikbaar was gekomen omdat net iets minder bespaard diende te worden, wordt in het voorstel van de mutualiteiten gebruikt om bij te dragen aan de algemene besparingsinspanningen of dus minder in de kleinere sectoren van de ziekteverzekering bespaard. De Algemene Raad beslist een beperkt deel daarvan te herinvesteren in een uitbreiding van de MAF bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.
- Ook de WGC dragen bij tot de besparing, namelijk met 3 miljoen euro. Hun bijdrage is al in de herziene technische ramingen opgenomen waardoor ze niet in deze tabel wordt genoteerd en in feite nog maar 47 miljoen euro in de andere sectoren wordt gezocht en geen 50 miljoen euro.

Het voorstel volgt de alternatieve besparingsvoorstellen in de sector farmaceutische specialiteiten gedeeltelijk (zie Tabel 7). Het bedrag van 47,2 miljoen euro dat in deze sector uiteindelijk niet moet bespaard worden, wordt door de Algemene Raad grotendeels verdeeld over de geneesmiddelenindustrie (netto 20 miljoen euro minder besparingen) en de sector ziekenhuizen (20 miljoen euro minder besparingen). De patiënt-e wordt helaas niet ontzien. Het voorstel volgt het standpunt van de mutualiteiten om de maatregel inzake cholesterolverlagende medicatie uit te breiden naar ezetemibe en combinaties met ezetimibe wel, maar volgt de gedeeltelijke overheveling ervan naar hoofdstuk IV niet om de administratieve last voor de arts niet te verhogen. Ook komt de regering niet terug op haar opdrachtenbrief

waarin ze al gewag maakte van een remgeld van minstens 2 euro voor alle geneesmiddelen (minstens 1 euro voor personen met recht op de verhoogde tegemoetkoming). De patiënt-e levert bijgevolg een besparingsinspanning van 109,5 miljoen euro of 27% van alle besparingen in de sector farmaceutische specialiteiten, al wordt 22,9 miljoen euro geherinvesteerd in een betere toegankelijkheid van geneesmiddelen. Ook wordt het alternatieve voorstel van de mutualiteiten in verband met de besparingen bij de huisapotheker gevolgd.

De Algemene Raad keurt het voorstel van de minister van Volksgezondheid goed en legt op die manier zowel het budget voor de gezondheidszorg als de partiële begrotingsdoelstellingen vast.

**Tabel 7: Overzicht alternatieve maatregelen sector farmaceutische specialiteiten**

Maatregelen	Opdrachtenbrief	Voorstel mutualiteiten	Beslissing Algemene Raad
<b>Rationeel voorschrijven door artsen</b>	16.000	16.000	16.000
<b>Maatregelen industrie</b>			
• <i>Clawback</i>	188.200	208.200	158.200
• Prijsdaling tenzij alternatieve voorstellen ter vervanging van de <i>claw forward</i>	80.300	80.300	90.300
<b>Open officina</b>			
• Besparing op marge en honoraria	20.000		
• Doelgroep huisapotheker		12.000	12.000
• Aflevering antibiotica per eenheid	-8.000	-3.300	-3.300
<b>Ziekenhuisapothek</b>			
• Facturatie ATC 5 78% in plaats van 85% (81,5% in voorstel van de mutualiteiten)	42.000	21.000	42.000
• Facturatie ATC 4 90%	20.000	20.000	0
<b>Patiënt-e</b>			
• Minimale remgelden	26.200		26.200
• Uitbreiding Maf Cs en Cx	-8.900		-8.900
• <i>Early access</i>	-14.000	-14.000	-14.000
<b>Efficiënt gebruik</b>			
• IPP B/C -> Cx	53.900	44.100	53.900
• Statines B -> C	33.300	17.500	29.400
<b>Totaal</b>	<b>449.000</b>	<b>401.800</b>	<b>401.800</b>

## Conclusie

Hoewel het sociaal overleg onder druk staat, is het omwille van de complexiteit en grootteorde van de uitdaging des te belangrijk om het voldoende kansen te bieden. Het is daarom positief te kunnen vaststellen dat de regering het voorstel van budget voor de gezondheidszorg van de mutualiteiten nagenoeg integraal overnam.

Maar de uiteindelijk goedgekeurde begroting slaat en zalft tegelijkertijd. Zo wordt in 2026 het remgeld voor geneesmiddelen verhoogd maar wordt tegelijk de maximumfactuur uitgebreid. Daarbij komt dat onder budgettaire druk het risico op deconventionering toeneemt, net als het risico dat supplementen aangerekend worden om het verlies in inkomen te compenseren. Ook op het vlak van de niet-vergoedbare prestaties is heel wat creativiteit mogelijk om kosten aan te rekenen aan patiënten. De budgettaire context voor de gezondheidszorg dreigt helaas een gezondheidszorg in twee snelheden te bevorderen.

De budgettaire situatie voor de komende jaren oogt niet rooskleuriger. De ramingen van het Monitoringcomité van 22 september 2025 wijzen op een tekort op de federale begroting van 42,6 miljard euro tegen 2030 of 5,8% van het

bbp bij ongewijzigd beleid (Monitoringcomité, 2025). Op 24 november 2025 beslist de federale regering om 9,2 miljard euro te besparen tegen 2029. Ook in de ziekteverzekering worden tegen 2029 structurele efficiëntiewinsten aangekondigd voor 684 miljoen euro. Tegelijkertijd wordt een remgeldverhoging van 125 miljoen euro op jaarbasis vanaf 1 juli 2026 aangekondigd. Deze remgeldverhoging zal in de sector medische honoraria gerealiseerd worden en zal in de gezondheidszorg kunnen worden geherinvesteerd.

Het verbeteren van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem is een doelstelling van het sociaal overleg. Vanaf 2025 is het sociaal overleg dankzij de nieuwe Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen ondersteund met een wetenschappelijke onderbouwing van de prioriteiten in de verdeling van het gezondheidszorgbudget. De volgende jaren zal het sociaal overleg rekening moeten houden met een opdrachtenbrief van de regering, gebaseerd op de technische ramingen en het rapport van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen. Dit neemt niet weg dat het sterk aangewezen is dat de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen, de Algemene Raad en bij uitstek de regering bereid zijn om naar het sociaal overleg te luisteren en de co-constructie van het gezondheidszorgbeleid verder te zetten.

## Bibliografie

- Cès, S. (2022). Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 18-37.
- Cès, S., & Noirhomme, C. (2025). Doelstellingen bepalen voor een betere dekking van de gezondheidszorgbehoefte. *Gezondheid & Samenleving*, 14, 29-56.
- Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen. (2025). *Gezondheidszorgdoelstellingen: advies van de Commissie GDOS*. Brussel: RIZIV.
- European Commission. (2023). Autumn 2023 Economic Forecast: A modest recovery ahead after a challenging year. Opgehaald van [https://economy-finance.ec.europa.eu/economic-forecast-and-surveys/economic-forecasts/autumn-2023-economic-forecast-mo-dest-recovery-ahead-after-challenging-year\\_en?prefLang=nl](https://economy-finance.ec.europa.eu/economic-forecast-and-surveys/economic-forecasts/autumn-2023-economic-forecast-mo-dest-recovery-ahead-after-challenging-year_en?prefLang=nl).
- European Commission. (2025). *Spring 2025 Economic Forecast: Moderate growth amid global economic uncertainty*. Brussels: European Commission.
- Europese Raad. (2024). *Evaluatie economische governance: Raad en Parlement akkoord over hervorming begrotingsregels*. Opgehaald van <https://www.consilium.europa.eu/nl/press/press-releases/2024/02/10/economic-governance-review-council-and-parliament-strike-deal-on-reform-of-fiscal-rules/>.
- Eurostat. (2023). *Government expenditure by function – COFOG*. Opgehaald van [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government\\_expenditure\\_by\\_function\\_%E2%80%93\\_COFOG](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Government_expenditure_by_function_%E2%80%93_COFOG).
- Federaal Planbureau. (2025a). *Economische vooruitzichten 2025-2030*. Brussel: Federaal Planbureau.
- Federaal Planbureau. (2025b). *Indicatoren van duurzame ontwikkeling*. Brussel: Federaal Planbureau.
- FOD Beleid en Ondersteuning. (2025). *Medium-Term Fiscal-Structural Plan*. Brussel: FOD BOSA.
- Mahieu, S. (2020). Budget 2020: zorgverleners, zorgvoorzieningen, mutualiteiten en vakbonden vragen om een budget met visie en met voldoende middelen voor nieuwe initiatieven. *CM-Informatie*, 279, 4-11.
- Mahieu, S. (2024). Budget gezondheidszorg 2024: "eerst de inhoud". *Gezondheid & Samenleving*, 9, 44-55.
- Mahieu, S. (2025). Budget gezondheidszorg 2025: de meerwaarde van het sociaal overleg. *Gezondheid & Samenleving*, 14, 58-72.
- Mahieu, S., & Cès, S. (2023). Begroting voor gezondheidszorg 2023: ondersteuning van de zorgverstrekkers en van de patiënten. *Gezondheid & Samenleving*, 5, 62-72.
- Mahieu, S., & Lambert, L. (2021). Budget 2021: Zorgverstrekkers, zorgvoorzieningen en ziekenfondsen gaan samen voor noodzakelijke hervormingen. *CM-Informatie*, 283, 4-11.
- Mahieu, S., Cès, S., & Lambert, L. (2022). Budget 2022: Een nieuwe methodologie voor de begroting van het budget gezondheidszorg in België. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 6-17.
- Monitoringcomité. (2025). *Actualisatie 2025-2030*. Brussel: FOD Beleid en ondersteuning.
- OESO. (2023). *Health at a Glance 2023 - OECD Indicators*. Paris: OESO.
- Peters, B., & van Cutsem, P. (2019). Budget 2019: totstandkoming, risico's en conclusies. *CM-Informatie*, 275, 15-22.
- Regering De Wever. (2025). *Federaal regeerakkoord 2025-2029*. Brussel: Federale regering.
- Rekenhof. (2006). *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers*. Brussel: Rekenhof.
- Rekenhof. (2011). *Begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging - opvolgingsaudit*. Brussel: Rekenhof.
- RIZIV. (2022). *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024, finaal rapport*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2025a). *Nota ARGV 2025/029*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2025b). *Nota CGV\_2025\_228*. Brussel: RIZIV.
- van Cutsem, P. (2016). Federale begroting 2016 van de Gezondheidszorg. *CM-Informatie*, 263, 26-39.
- van Cutsem, P. (2017). Federale begroting van de gezondheidszorg voor 2017 - Besparingen in de gezondheidszorg en crisis van tarief-overeenkomsten: naar een liberalisering? *CM-Informatie*, 267, 3-18.
- van Cutsem, P. (2018). Budget 2018: Een begroting die oproept tot gematigdheid. *CM-Informatie*, 271, 21-26.
- Vandenbroucke, F. (2025, juli 22). *Opdrachtenbrief*. Brussel: Belgische federale regering.
- Wetenschappelijk Comité. (2022). *Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen*. Brussel: RIZIV.

