

# Budget gezondheidszorg 2025: de meerwaarde van het sociaal overleg

Saskia Mahieu – Cel Expertise Gezondheidsbeleid CM-MC

## Samenvatting

Het budget voor de gezondheidszorg 2025 werd opgemaakt in een periode dat de regering-De Croo in lopende zaken was. Hoewel volledig bevoegd om dit budget op te maken, leek deze regering soms te aarzelen over de richting die ze in dit begrotingstraject moest inslaan, met name omdat op hetzelfde moment over een nieuwe coalitie en een nieuw regeerakkoord werd onderhandeld. Echter, wanneer tegen eind 2024 geen budget zou zijn goedgekeurd, was de indexering van de honoraria vanaf 1 januari 2025 niet helemaal zeker. Deze onzekerheid beïnvloedde het proces sterk, aangezien zorgverleners er in december 2024 mee dreigden hun overeenkomst of akkoord op te zeggen.

Deze specifieke elementen moeten gezien worden in de bredere budgettaire context van de verslechterende overheidsfinanciën. Het activiteitsniveau nam na de coronapandemie gestaag toe, met een lichte overschrijding van de globale begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorg in 2024 tot gevolg. De Europese Commissie formuleerde bijkomende aanbevelingen opdat België haar overheidstekort zou bedwingen. Bovendien deden conflicten – meer bepaald in Oekraïne – de druk toenemen voor grote investeringen in defensie.

Ondanks deze moeilijke context, functioneerde het sociaal overleg goed. Sterk toenemende uitgaven werden geanalyseerd en als die niet in lijn waren met het beoogde gezondheidszorgbeleid, werden gepaste maatregelen getroffen waarbij de patiënt-e en de zorgverlener werden beschermd. Na heel wat moeilijkheden overwonnen te hebben, legde een nieuwe ministerraad onder leiding van premier De Wever op 28 februari 2025 het budget voor de gezondheidszorg voor 2025 vast. Het Verzekeringscomité werd, met uitzondering van aanpassingen op het vlak van de besparingen in de sector van de geneesmiddelen, in haar voorstel van begin oktober gevolgd.

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

# 1. Het Belgische sociale DNA

Het Belgische sociale zekerheidssysteem is gebaseerd op het Bismarckiaanse stelsel van sociale zekerheid dat in de late negentiende eeuw in Duitsland werd ontwikkeld. Dit houdt in dat de financiering van de sociale zekerheid grotendeels door sociale bijdragen in verhouding tot het loon gebeurt. Het systeem is gebaseerd op een sterke solidariteit tussen actieve en inactieve mensen en tussen zieke en gezonde mensen. Het beheer van de sociale zekerheid ligt logischerwijze bij de werkgeversorganisaties en de vakbonden, vertegenwoordigers van de werknemers, die het financieren, het zogenaamd systeem van paritair beheer. In 1963<sup>1</sup> wordt het paritair beheer uitgebreid naar de ziekenfondsen en de zorgverleners, en wordt de logica van medebeheer op de ganse ziekteverzekering toegepast waarbij de overeenkomsten en akkoorden tussen de zorgverleners en de ziekenfondsen als vertegenwoordigers van de rechthebbenden de centrale vorm van regulering van de gezondheidszorg worden (van Cutsem, 2016).

In het paritair beheersmodel worden de behoeften van de bevolking op basis van het sociaal overleg vastgelegd. 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 en speelt daarom een belangrijke rol in de oriëntatie van niet alleen de beleidsmaatregelen, maar ook van de budgettering in de ziekteverzekering. Dit medebeheer heeft het mogelijk gemaakt om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg, met oog voor de meest kwetsbare patiëntengroepen, tot op heden zo goed mogelijk te garanderen. We verwijzen naar Prof. Dr. Herman Deleeck die, onder meer met zijn boek *De architectuur van de welvaartsstaat opnieuw bekeken* (2001), de idee in vraag

stelt dat sociale zekerheid een pure staatsaangelegenheid zou zijn en die de rol van sociale partners en het pluralistische karakter van het systeem benadrukt (van Cutsem, 2016).

In de loop der jaren ontstond een tripartite beheer van de sociale zekerheid en nam de Staat meer de rol op van politiek en financieel beheerder, naast de actoren van het sociaal overleg. De regering beslist over de groeinorm voor het budget gezondheidszorg en heeft een vetorecht in de Algemene Raad<sup>2</sup> van het RIZIV wanneer het budget voor de gezondheidszorg wordt beslist. Het Verzekeringscomité<sup>3</sup> heeft inmiddels nog maar weinig tijd voor de bespreking van een voorstel van budget voor de gezondheidszorg, omdat de herziene technische ramingen<sup>4</sup> pas half september gekend zijn en het financieel voorstel al tegen ten laatste de eerste maandag van oktober moet ingediend worden.

De begrotingsprocedure werd vanaf 2017 aangepast, enerzijds om de Belgische budgettaire kalender in overstemming met de Europese begrotingskalender te brengen en anderzijds om de overeenkomsten- en akkoordencommissies te verplichten om compensaties te formuleren bij een overschrijding van hun begrotingsdoelstelling of bij een aanvraag tot investering van nieuwe middelen. Hiermee waren zowel het bezuinigen als de silowerking in de ziekteverzekering geïntroduceerd (van Cutsem, 2017). Intussen probeerden de ziekenfondsen opnieuw silodoorbekend te werken. In 2022 gaven de ziekenfondsen samen met de zorgverleners de methodologie van gezondheids(zorg) doelstellingen<sup>5</sup> concreet gestalte met een nieuwe begrotingslijn. De ambities van CM op het vlak van co-constructie<sup>6</sup> waren groot, enerzijds voor het sociaal overlegmodel en anderzijds voor het engageren van alle betrokken partijen om gezondheidszorgdoelstellingen te realiseren.

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. Voor meer informatie over de organen bij het RIZIV, zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/onze-organen>.

3 Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging staat in voor de taken die nauwer verbonden zijn met de zorgverleners en de geneeskundige verstrekkingen. Het is samengesteld uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de zorgverleners. De vertegenwoordigers van de sociale partners hebben hierin een adviserende stem. Voor meer informatie over de organen bij het RIZIV de website van het RIZIV, zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/onze-organen>.

4 De technische ramingen zijn de berekeningen van het actuaariaat van het RIZIV over de verwachte uitgaven voor de gezondheidszorg in het volgende jaar op basis van een analyse van de uitgaven in de voorbije vijf jaar en rekening houdend met de effectieve implementatie van voorbije budgetbeslissingen.

5 Globale gezondheidsdoelstellingen kaderen in een meer algemeen gezondheidsbeleid dat gericht is op alle beleidsdomeinen (*Health in All Policies*). Ze worden door de federale overheid en de overheden van gemeenschappen en gewesten samen opgesteld om in de toekomst een samenhangend en geordend gezondheidsbeleid te realiseren. Binnen het beleidsdomein gezondheidszorg moeten er gezondheidszorgdoelstellingen geformuleerd worden. Deze helpen mee de globale gezondheidsdoelstellingen te realiseren (Mahieu, Cès, & Lambert, 2022).

6 Co-constructie wordt gedefinieerd als de samenwerking tussen verschillende actoren (zorgverleners, zorgorganisaties, patiëntenverenigingen, deskundigen, mutualiteiten) rond complexe vraagstukken in verband met de volksgezondheid en de performantie van het gezondheidszorgsysteem, teneinde actieprogramma's voor te stellen om gedeelde prioritaire doelstellingen te verwezenlijken en de effecten ervan te monitoren (Cès, 2022).

Vanaf 2025 is het sociaal overleg, dankzij de nieuwe Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (CGZD), ondersteund met een wetenschappelijke onderbouwing van de prioritaire aanpassingen in de verdeling van het budget voor de gezondheidszorg (zie Kader).

Budgettaire beperkingen in de gezondheidszorg verhogen het risico op een groter eigen aandeel van de patiënt-e in de kosten voor diens zorg. Het risico bestaat dat een regering in perioden van schaarste de gezondheidszorg deels privatiseert en ter compensatie bijkomende maatregelen ter bescherming van de allerzwaksten in de samenleving neemt. Dit neigt echter een zorg in twee snelheden te bevorderen. Het resultaat is een meer liberale dan Bismarckiaanse sociale zekerheid omwille van een “sociale bijstand” die stigmatiserend is voor de allerarmsten en een meer vermarkt systeem voor de anderen” (van Cutsem, 2017, p. 5). Ook beperkt een te gering budget voor de gezondheidszorg de kansen op de hervorming ervan. Het verbeteren van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem is nochtans een doelstelling van het sociaal overleg.

In het nieuwe federale regeerakkoord van 31 januari 2025 staat genoteerd dat “Basisdocumenten in het kader van de begrotingsopmaak, zoals de Technische Ramingen van juni en september, eerst in de ministerraad besproken worden. Op basis van deze bespreking en van de werkzaamheden van de Commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen, formuleert de Regering een opdrachtenbrief, waarin duidelijk de beleidsprioriteiten vermeld zijn evenals het budgettair kader en een heldere tijdslijn waarbinnen het Verzekeringscomité haar wettelijke opdracht tot het opstellen van een eerste voorstel tot begrotingsontwerp dient uit te voeren”<sup>8</sup> (Regering De Wever, 2025). Hoewel de regering blijft steunen op het sociaal overleg, maakt ze de implementatie ervan moeilijk omdat er onvoldoende tijd resteert om een kwaliteitsvol begrotingsproces met de betrokken partijen te voeren.

## 2. Beheer van de ziekteverzekering door de regering-De Croo

Op 2 februari 2020 werd België voor het eerst met de coronacrisis geconfronteerd. Kort daarna werden de ziekenhuisnoodplannen opgestart en werden niet dringende consultaties, onderzoeken en ingrepen in alle ziekenhuizen tijdelijk opgeschort. De eerste opdracht van de nieuwe regering-De Croo was de bescherming van de volksgezondheid. Daarop volgden bijzondere begrotingsoefeningen, waarvan we hierna een overzicht geven.

### 2.1. Keuze voor de gezondheidszorg in 2020

Wanneer de regering-De Croo op 30 september 2020 aantreedt, zijn enkele maatregelen om de gezondheidszorg te ondersteunen al beslist, niet alleen op het vlak van het bestrijden van COVID-19, maar ook op het vlak van het wegwerken van het tekort aan zorgverleners<sup>9</sup> en het invullen van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg. De regering financiert de benodigde 1,2 miljard euro voor een groot deel op basis van btw-inkomsten en alternatieve financieringsbronnen<sup>10</sup> (zie Tabel 2). Deze investering komt overeen met een nominale groei van de begrotingsdoelstelling met 5,57% tussen 2020 en 2021 (Mahieu & Lambert, 2021).

7 “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).

8 Zie regeerakkoord na goedkeuring door federale parlement, p. 125 ([https://www.belgium.be/nl/over\\_belgie/overheid/federale\\_overheid/federale\\_regering/beleid/regeerakkoord](https://www.belgium.be/nl/over_belgie/overheid/federale_overheid/federale_regering/beleid/regeerakkoord)).

9 Verpleegkundigen staan in de drie Belgische gewesten al meer dan tien jaar op de lijst van knelpuntberoepen (Janssens & Lavergne, 2024).

10 Alternatieve financieringsbronnen: een percentage van de btw-ontvangsten en andere fiscale inkomsten zoals accijnzen en de personen- en vennootschapsbelasting, in plaats van arbeid te belasten.

## De voorstellen van het Verzekeringscomité aan de Regering

Het Rekenhof verwees zowel in haar verslag van 2006 als in dat van 2011 over het begroten en beheersen van de uitgaven voor geneeskundige verzorging naar de ‘elementaire basisbeginselen’ van de Wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering: “In de toelichting over de ‘elementaire basisbeginselen’ van de Wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering is nadrukkelijk gesteld dat het vastleggen van de grote budgettaire enveloppen van de ziekteverzekering chronologisch moet losgekoppeld worden van het budgettair regeringsconclaaf” en dat “de beslissingen zo dicht mogelijk bij de dagelijkse realiteit moeten genomen worden: de minister van Sociale Zaken mag slechts in allerlaatste instantie optreden” (Rekenhof, 2006; Rekenhof, 2011, p. 27). De begrotingsprocedure diende weliswaar aangepast te worden aan de Europese begrotingskalender. Dit neemt niet weg dat het aangewezen is om het sociaal overleg de beslissingen over het budget voor de gezondheidszorg inhoudelijk te laten voorbereiden.

In de voorbije tien jaren is het voorstel van budget voor de gezondheidszorg van het Verzekeringscomité tijdens de verdere besluitvormingsprocedure zes keer gerespecteerd geworden. Het budget voor de gezondheidszorg is vier keer niet in het kader van het sociaal overleg door de Algemene Raad van het RIZIV beslist, maar wel door de Ministerraad (zie Tabel 1).

**Tabel 1: Respect voor het sociaal overleg in het kader van de opmaak van het budget gezondheidszorg**

|      | Voorstel Verzekeringscomité | Voorstel Algemene Raad lijkt op voorstel Verzekeringscomité | Goedkeuring van het budget voor de gezondheidszorg door de Algemene Raad | Beslissing over het budget voor de gezondheidszorg door de Ministerraad |
|------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 2016 | X                           |                                                             |                                                                          | X                                                                       |
| 2017 |                             |                                                             |                                                                          | X                                                                       |
| 2018 | X                           | X                                                           | X                                                                        |                                                                         |
| 2019 | X                           |                                                             | X                                                                        |                                                                         |
| 2020 | X                           |                                                             |                                                                          | X                                                                       |
| 2021 | X                           | X                                                           | X                                                                        |                                                                         |
| 2022 | X                           | X                                                           | X                                                                        |                                                                         |
| 2023 | X                           | X                                                           | X                                                                        |                                                                         |
| 2024 | X                           | X                                                           | X                                                                        |                                                                         |
| 2025 | X                           | X                                                           |                                                                          | X                                                                       |

**Tabel 2: Overzicht politieke beslissingen budget gezondheidszorg 2020**

| Overzicht parlementaire beslissingen    | Totale meerkost op jaarbasis in miljoen euro |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
| Zorgpersoneelsfonds                     | 402                                          |
| Mobiele equipes ziekenhuizen            | 22                                           |
| Uitbreiding geestelijke gezondheidszorg | 200                                          |
| Uitbreiding contraceptie                | 11,5                                         |
| Sociaal akkoord                         | 600                                          |
| Totaal                                  | 1.235,5                                      |



## Nieuwe Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (CGZD)

De wet van 6 november 2023 houdende een meerjarenkader en gezondheidszorgdoelstellingen legde de volgende opdrachten voor de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (CGZD) vast.

- De CGZD legt binnen de veertig dagen volgend op elke ontbinding van de Kamer van volksvertegenwoordigers een rapport voor met de gezondheidszorgdoelstellingen die gedurende de termijn van de volgende legislatuur prioritair nagestreefd zouden moeten worden. Ze doet dit op basis van enerzijds een gestructureerde bevraging bij het brede werkveld van de gezondheidszorg en anderzijds wetenschappelijke evidentie en alle beschikbare nationale en internationale gegevens en rapporten betreffende de performantie van gezondheidssystemen, gezondheidszorgsystemen en sociale zekerheidssystemen inzake gezondheid. Ook houdt ze daarbij rekening met zowel de gezondheidsdoelstellingen als de gezondheidszorgdoelstellingen die voor de vorige legislatuur golden. De Commissie maakt terzelfdertijd een evaluatie van de realisatie van de gezondheidszorgdoelstellingen uit de voorgaande legislatuur.
- Op uiterlijk 30 juni brengt de Commissie een jaarlijks rapport uit over de voortgang van de realisatie van de voor die legislatuur door de Algemene Raad bepaalde gezondheidszorgdoelstellingen.
- De Commissie brengt uiterlijk op de tweede maandag van oktober aan de Algemene Raad een advies uit over de conformiteit van het globale voorstel van het Verzekeringscomité voor het budget gezondheidszorg met de gezondheidszorgdoelstellingen. Dit advies wordt tegelijkertijd toegezonden aan het Verzekeringscomité, dat vóór de derde maandag van oktober bijeen kan komen om eventueel haar voorstel aan te passen.

Aangezien de CGZD pas na de zomer van 2024 gevormd is, zal haar eerste rapport pas in het eerste semester van 2025 beschikbaar zijn. Op basis van onder meer dit rapport zal de Algemene Raad, rekening houdend met de budgettaire context, de voor de legislatuur prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen binnen het kader van de verplichte ziekteverzekering bepalen. De Algemene Raad wordt geacht hiertoe het Verzekeringscomité te raadplegen dat haar advies binnen de dertig dagen volgend op de vraag van de Algemene Raad moet geven.

De Algemene Raad verifieert ook de afstemming van de overeenkomsten en akkoorden op de gezondheidszorgdoelstellingen die ze bepaalt.

De nieuwe Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen is als volgt samengesteld:

- Stemgerechtigd: de voorzitter, één lid van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), één lid van Sciensano, één lid van de Hoge Gezondheidsraad en zes leden die de academische en wetenschappelijke sector vertegenwoordigen;
- Met raadgevende stem: één lid van het RIZIV, één lid van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, één lid van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, drie leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en drie leden die de zorgverleners vertegenwoordigen.

## 2.2. Impact van COVID-19 op de opmaak van het budget gezondheidszorg 2021-2024

Wanneer 2020 met 2019 wordt vergeleken, dan wordt in nagenoeg alle sectoren, behalve in de thuisverpleging, een vermindering van de uitgaven vastgesteld. Bijvoorbeeld voor de maand april: -29% in de sector van de ziekenhuizen, -49,9% op de honoraria van de huisartsen, -93,5% op de honoraria van de tandartsen, -4,7% op de honoraria van de artsen-specialisten, -74,1% bij de kinesitherapeuten, -92,4% bij de opticiens, -50,1% bij de audiciens, enz. Aan gezien de pandemie niet meteen bestreden geraakt, beslist het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) geen rekening te houden met de evolutie van de uitgaven in 2020 om de uitgaven bij constant beleid te ramen voor 2021, 2022 en 2023. Vanaf 2024 raamt het RIZIV de gezondheidszorguitgaven wel opnieuw rekening houdend met de cijfers tot 31 december van het voorbije jaar. Uiteindelijk zal blijken dat de activiteiten in de zorgsector ook in 2023 nog niet helemaal hernomen zijn (zie deel 3.2).

Heel wat maatregelen worden genomen om COVID-19 te bestrijden: beschermingsmaatregelen, afname- en triagecentra, schakelzorgcentra<sup>11</sup>, testcapaciteit, cohortzorg<sup>12</sup>, vaccins, zorg op afstand, administratieve vereenvoudiging, versoepeling van procedures, *contact tracing*, enz. Deze maatregelen worden in de periode 2020 tot en met 2022 bovenop het budget voor de gezondheidszorg gefinancierd. Daarna wordt de meerkost ervan ingekanteld in het budget voor de gezondheidszorg: in 2023 wordt 91 miljoen euro voorzien en in 2024 wordt 18,8 miljoen begroot. Tot slot worden de ziekenhuizen in 2020, 2021 en 2022 financieel ondersteund met in totaal 2,071 miljard euro in de vorm van voorschotten aan de algemene en psychiatrische ziekenhuizen, deels voor de artsen-specialisten. Op basis van de stand van zaken van de huidige afrekeningen, zal bijkomend 138 miljoen euro via het Budget Financiële Middelen bij de ziekenhuizen geregulariseerd worden (RIZIV, 2025).

## 2.3. Ad hoc beheer van het budget gezondheidszorg

De pandemie, gevolgd door de energiecrisis, hebben tot gevolg dat de Belgische economie krimpt en een gat ontstaat in de algemene federale begroting. De regering komt in 2022 steeds meer onder druk te staan om een evenwicht te vinden tussen budgettaire inspanningen om het begrotingstekort te verminderen en meeruitgaven om de koopkracht van de gezinnen en het concurrentievermogen van de bedrijven te behouden. Dit geeft aanleiding tot *ad hoc* beslissingen op het vlak van het budget voor de gezondheidszorg naarmate informatie over de evolutie van de gezondheidszorguitgaven beschikbaar wordt. Een overzicht van de bedragen is opgenomen in tabel 3.

- Bij de opmaak van het regeerakkoord van 30 september 2020, beslist de regering over een structureel besparingstraject in de sector van de farmaceutische specialiteiten, beginnend bij 150 miljoen euro in 2021 tot in totaal 250 miljoen euro in 2024. De begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorg wijzigt niet, maar de middelen mogen niet elders in de gezondheidszorg besteed worden. Er wordt een 'negatieve uitgave' bij het RIZIV ingeschreven ten behoeve van het begrotingssaldo van de federale regering;
- Regelmatig wordt een bedrag verschoven van binnen naar buiten de begrotingsdoelstelling, zoals in het kader van de wet op de ziekenhuizen of voor het sociaal akkoord;
- De regering brengt op het moment van de begrotingsopmaak, maar ook doorheen het jaar, technische correcties op de ramingen van het RIZIV aan, ervan uitgaand dat het budget voor de gezondheidszorg onderbenut zal worden;
- Het Verzekeringscomité engageert zich om 80 miljoen euro efficiëntiewinsten ('*appropriate care*')<sup>13</sup> in 2024 te realiseren, maar de regering beslist dat de helft daarvan niet geherinvesteerd mag worden;

11 Schakelzorgcentra kunnen patiënten met COVID-19 tijdelijk opvangen na hun verblijf in het ziekenhuis of na onderzoek in een triagecentrum, in afwachting dat zij weer naar hun thuissituatie kunnen (zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema/covid-19-financiering-van-de-zorg-in-schakelzorgcentra>).

12 Patiënten (vermoedelijk) besmet met COVID-19 hebben soms nood aan thuisverpleging. Binnen het kader van cohortzorg staat een vaste equipe van verpleegkundigen in voor de thuisverpleging van die patiëntengroep tijdens hun besmettingsperiode. Door het afscheiden van die zorgverleners en van de betrokken patiënten wordt zorgcontinuïteit geboden terwijl de kruisbesmetting met niet-besmette patiënten en collega-zorgverleners wordt vermeden. Bovendien kan dankzij cohortzorg het specifiek vereiste beschermingsmateriaal optimaal worden ingezet (zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema/1-november-2022-einde-overeenkomst-thuisverpleegkundige-cohortzorg-voor-covid-19-patiënten#voordelen-van-cohortzorg-in-de-thuisverpleging-tijdens-de-covid19pandemie>).

13 *Appropriate care* heeft als doelstelling bijkomende '*health value*' te creëren en is gebaseerd op principes zoals de juiste zorg op de juiste plaats. Dit impliceert *desinvestment* in '*inappropriate care*', terugdringing praktijkvariëaties, *recycling* van middelen uit '*overuse*' en herinvestering in '*underuse*'. Over- en onderconsumptie van zorg en geneesmiddelen worden bestreden, onder meer door technologische innovatie te bevorderen (RIZIV, 2022).

**Tabel 3: Overzicht van de niet te besteden bedragen in het budget gezondheidszorg, in miljoen euro (Bronnen: RIZIV 2020, 2021, 2022, 2023)**

| Maatregel                                       | 2021       | 2022         | 2023         | 2024         |
|-------------------------------------------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| Besparingstraject farmaceutische specialiteiten | 150        | 180          | 210          | 250          |
| Transfers buiten doelstelling                   | /          | 206,5        | 116,7        | 108,4        |
| Technische correcties                           | /          | /            | 55,4         | 255,5        |
| Besparing op <i>appropriate care</i>            | /          | /            | /            | 40           |
| Vermindering van de groeinorm                   | /          | /            | /            | 169          |
| <b>Totaal</b>                                   | <b>150</b> | <b>386,5</b> | <b>382,1</b> | <b>822,9</b> |

- Tot slot verlaagt de regering de groeinorm voor het budget gezondheidszorg in 2024 uitzonderlijk van 2,5% naar 2% (Mahieu, 2024).

Niet alleen kunnen heel wat middelen binnen de groeinorm uiteindelijk niet voor gezondheidszorg worden besteed. Ook is het budget voor de gezondheidszorg steeds minder transparant omdat het niet altijd duidelijk is of een beslissing van een regering enkel voor het lopende jaar geldt, dan wel structureel van aard is. Dit bemoeilijkt de onderhandelingen voor de opmaak van de begroting voor de gezondheidszorg, omdat de aandacht afgeleid wordt van gezondheidszorgbeleid naar het oplossen van budgettaire problemen.

### 3. Begrotingsdoelstelling 2025 en technische ramingen

#### 3.1. Globale begrotingsdoelstelling

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 groeinorm die de regering bij aanvang van de legislatuur vastlegt (voor 2025 is die groeinorm 2,5%) en met de indexmassa;
- aan te passen voor een raming van de inkomsten artikel 111/81 in de sector geneesmiddelen<sup>14</sup>.

Tabel 4 bevat de toepassing van deze principes voor de globale begrotingsdoelstelling 2025.

**Tabel 4: Samenvatting van de berekening van de globale begrotingsdoelstelling voor 2025, in miljoen euro (Bron: RIZIV, 2024)**

|                                                                           |               |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Globale begrotingsdoelstelling 2024                                       | 37.825        |
| Compensatie volledige ontvangsten art.111/81-2024                         | -1.842        |
| <b>Strikte norm</b>                                                       | <b>35.982</b> |
| Reële groeinorm 2,5%                                                      | +900          |
| <b>Subtotaal</b>                                                          | <b>36.882</b> |
| Gezondheidsindex (3,34%)                                                  | +742          |
| Spilindexmassa 2024 (meerkost in 2025 ten opzichte van doelstelling 2024) | +55           |
| Spilindexmassa 2025                                                       | +132          |
| <b>Subtotaal</b>                                                          | <b>37.812</b> |
| Compensatie volledige ontvangsten art.111/81-2025                         | +2.001        |
| <b>Voorstel begrotingsdoelstelling 2025</b>                               | <b>39.812</b> |

<sup>14</sup> Hiermee wordt verwezen naar art. 111 en volgende (vroeger art. 81 en volgende) van het koninklijk besluit van 1 februari 1918 op basis waarvan de staat geneesmiddelen, die over het algemeen zeer duur zijn en waarvan de therapeutische werking nog onzeker is, terugbetalen, zodat patiënten er zo snel mogelijk van kunnen genieten.

In de begrotingsdoelstelling voor 2025 zitten niet te besteden bedragen vervat. De besparingsmaatregelen in het domein geneesmiddelen zijn structureel van aard en bedragen 250 miljoen euro in 2025. Ook zijn er de technische correcties op de ramingen van het RIZIV die door de regering worden aangebracht vanuit het vermoeden dat het budget gezondheidszorg zal onderbenut worden. Eén van deze reeds besliste technische correcties die in 2025 nog geldt, bedraagt 62,5 miljoen euro. Vervolgens engageerde het Verzekeringscomité zich om vanaf 1 oktober 2023 op kruissnelheid 80 miljoen euro efficiëntiewinsten (*‘appropriate care’*) te realiseren, maar de regering besloot dat 40 miljoen euro niet geherinvesteerd mocht worden. Tot slot staat er voor 2025 aanvankelijk een transfert van middelen van binnen naar buiten de begrotingsdoelstelling van 162,482 miljoen euro als niet te besteden bedrag goedgekeurd. Het RIZIV besliste met het oog op een transparanter budget enkele correcties te doen, waaronder de groepering van de uitgaven voor het sociaal akkoord binnen het begrotingsobjectief en van de uitgaven voor stagemeeesters in de respectievelijke partiële begrotingsdoelstellingen voor artsen en tandartsen. Deze correcties herleiden – samen met de annulering van een interne overdracht binnen het RIZIV, in totaal 152,482 miljoen euro – het niet te besteden bedrag tot 200,018 miljoen euro. Het te besteden budget bedraagt 39,612 miljard euro.

### 3.2. Technische ramingen en vergelijking met de normberekening

Het RIZIV raamt de gezondheidszorguitgaven voor 2025 bij constant beleid half september op 39,973 miljard euro. In de vergelijking met de gefinancierde globale begrotingsdoelstelling voor 2025, met name 39,612 miljard euro, wordt een tekort van 361 miljoen euro vastgesteld. Tegelijkertijd wordt verwacht dat enkele nieuwe initiatieven later dan op 1 januari 2025 in werking zullen treden en dat sommige nieuwe initiatieven in 2025 nog niet op kruissnelheid zullen zijn, wat vermoedelijk overeenkomt met respectievelijk 30,148 miljoen euro en 114,401 miljoen euro. Daarmee rekening houdend bedraagt het tekort bij een vergelijking van de technische ramingen en de begrotingsdoelstelling voor 2025 ‘slechts’ 216,8 miljoen euro (zie Tabel 5). Dit verwachte tekort ligt in september, op basis van recentere cijfers over de evolutie in de uitgaven voor gezondheidszorg, veel hoger dan wat met de initiele technische ramingen voor 2025 werd verwacht, toen 79,117 miljoen euro (RIZIV, 2024a). De stijgende trend in de gezondheidszorguitgaven is vermoedelijk groter dan verwacht omdat de activiteiten in de zorgsector in 2023 nog niet helemaal van de coronapandemie hersteld waren en de heropname van de activiteiten zich dus in 2024 nog verderzette.

**Tabel 5: Herziene technische ramingen van de gezondheidsuitgaven voor 2025, in miljoen euro (Bron: RIZIV, 2024)**

|                                                                            | <b>Simulatie<br/>begrotingsdoelstelling<br/>2025</b> | <b>Herziene technische<br/>ramingen 2025</b> | <b>Vershil</b> |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------|
| <b>Resultaat in prijzen 2024</b>                                           | <b>39.612</b>                                        | <b>39.096</b>                                |                |
| Indexmassa                                                                 |                                                      |                                              |                |
| • Gezondheidsindex (3,34%)                                                 |                                                      | 746                                          |                |
| • Spilindex 2025                                                           |                                                      | 132                                          |                |
| <b>Resultaat excl. niet te besteden bedragen</b>                           | <b>39.612</b>                                        | <b>39.973</b>                                | <b>-361</b>    |
| Gereserveerde bedragen in prijzen 2025                                     |                                                      | -30                                          |                |
| Onderbenuttingen 2025 in prijzen 2025                                      |                                                      | -114                                         |                |
| <b>Resultaat incl. gereserveerde bedragen<br/>en onderbenuttingen 2025</b> | <b>39.612</b>                                        | <b>39.829</b>                                | <b>-217</b>    |
| Niet te besteden bedrag (farma)                                            | 250                                                  |                                              |                |
| Technische correctie 125 miljoen euro:<br>50% binnen doelstelling          | 62,5                                                 |                                              |                |
| Niet te besteden bedrag: <i>appropriate care</i>                           | 40                                                   |                                              |                |
| Correctie niet te besteden bedrag                                          | -152                                                 |                                              |                |
| <b>Resultaat in prijzen 2025</b>                                           | <b>39.812</b>                                        |                                              |                |

## 4. Voorstel 2025 van het Verzekeringscomité en beslissing van de ministerraad

### 4.1. Politieke context

Bij de opmaak van de begroting voor de gezondheidszorg 2025, was de federale regering in lopende zaken. Hoewel bevoegd, bemoeilijkt de politieke situatie haar werkzaamheden en dus was de uitkomst van de besprekingen in de Algemene Raad onzeker. Het niet vastleggen van een begrotingsdoelstelling tegen 31 december 2024 kon het zorgsysteem in een periode van onzekerheid brengen en daarom speelde het sociaal overleg een cruciale rol in de opmaak van het budget voor de gezondheidszorg in 2025.

Bovendien is de Europese *governance* van het economisch bestuur van de lidstaten hervormd. Het stabiliteitsprogramma bestaat sinds het Verdrag van Maastricht van 1992, maar voortaan zal de Europese Commissie ook een 'referentietraject' voorleggen 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 betrokken lidstaten vervolgens het budgettaire aanpassingstraject, uitgedrukt als netto uitgaventrajecten, in hun nationale structurele begrotingsplannen op. De nieuwe regels zullen structurele hervormingen en overheidsinvesteringen in duurzaamheid en groei verder aanmoedigen. De lidstaten kunnen vragen om een verlenging van de vierjarige budgettaire aanpassingsperiode tot maximaal zeven jaar, indien zij bepaalde hervormingen en investeringen doorvoeren die de veerkracht en het groeipotentieel verbeteren, de budgettaire houdbaarheid ondersteu-

nen en gemeenschappelijke prioriteiten van de Europese Unie aanpakken. Daartoe behoren het realiseren van een eerlijke, groene en digitale transitie, het waarborgen van energiezekerheid, het versterken van de sociale en economische veerkracht en, waar nodig, het opbouwen van defensiecapaciteit (Europese Raad, 2024).

België behoort tot de landen met een buitensporig overheidstekort. Dit betekent conform de Verordening het volgende: "Indien de procedure bij buitensporige tekorten is ingesteld op grond van het tekortcriterium, geldt voor de jaren waarin het algemene overheidstekort de referentiewaarde naar verwachting zal overschrijden, als benchmark voor het correctieve netto-uitgaventraject een minimale jaarlijkse structurele aanpassing van ten minste 0,5% van het bbp" (Europese Raad, 2024).

Het nieuwe federale regeerakkoord van 31 januari 2025 bevestigt dat de inspanning die nodig is om de publieke financiën opnieuw gezond te maken bijzonder groot is en meer dan één legislatuur zal vragen.

### 4.2. Budgettaire context

Uit de herziene technische ramingen van september 2024 blijkt dat de globale begrotingsdoelstelling voor 2024 naar alle verwachting met 153,768 miljoen euro zal overschreden worden. Sommige sectoren onderschrijden hun partiële begrotingsdoelstelling. De totale overschrijding van de sectoren die overschrijden, bedraagt 546,125 miljoen euro (zie Tabel 6).

Voor het jaar 2024 kunnen er in het najaar niet voldoende maatregelen meer genomen worden, maar om te vermijden dat deze overschrijdingen zich in 2025 zullen herhalen,

Tabel 6: Overzicht verwachte overschrijding van de partiële begrotingsdoelstellingen in 2024 op basis van de herziene technische ramingen van september 2024 (Bron: Commissie voor Begrotingscontrole, 2024)

| Sectoren met een aanzienlijke overschrijding          | Overschrijding in miljoen euro | Aandeel in de overschrijding |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <b>Totaal</b>                                         | 546,1                          | 100,0%                       |
| <b>Honoraria van artsen</b>                           | 185,4                          | 33,9%                        |
| <b>Tandartsen</b>                                     | 21,3                           | 3,9%                         |
| <b>Farmaceutische specialiteiten NETTO</b>            | 214,6                          | 39,3%                        |
| <b>Magistrale bereidingen</b>                         | 1,3                            | 0,2%                         |
| <b>Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen</b> | 80,2                           | 14,7%                        |
| <b>Medische huizen</b>                                | 19,9                           | 3,6%                         |
| <b>COVID-maatregelen</b>                              | 23,5                           | 4,3%                         |

dienen correctiemaatregelen genomen te worden met een recurrente impact vanaf 1 januari 2025.

### 4.3. Voorstel van het Verzekeringscomité

Besparingsmaatregelen moeten steeds goed overwogen worden, daarbij de *Quintuple Aim* voor het gezondheidszorgbeleid van het *Institute for Health Care Improvement* respecterend. Deze vijf doelstellingen zijn:

- Kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood;
- Gezondheid van de bevolking;
- Kosteneffectiviteit, dit is de verhouding tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde waarden;
- Rechtvaardigheid in de samenleving met speciale aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (dus niet enkel financieel) en met inclusie van verschillende vormen van diversiteit;
- Welzijn van de zorgprofessionals (RIZIV, 2022).

Inefficiënties opsporen en vertalen naar maatregelen vergt tijd. De analyse van mogelijke verspilling van middelen moet grondig gebeuren en het implementatietraject moet wel overwogen worden zodat de patiënt-e en de zorgverlener beschermd worden.

In september 2024 vond veelvuldig overleg plaats tussen de ziekenfondsen en de betrokken zorgverleners om ongewenste trends in de uitgavenevolucie te detecteren en de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen. Het overleg concentreerde zich op de volgende sectoren omdat deze hun partiële begrotingsdoelstelling in 2024 overschreden en samen verantwoordelijk waren voor 92% van de overschrijding: honoraria van de artsen, honoraria van de tandartsen, farmaceutische specialiteiten en implantaten. Tegelijkertijd werd, omwille van de moeilijke politieke en budgettaire situatie, beslist om in 2025 geen nieuwe initiatieven te nemen.

Het Verzekeringscomité stelde de volgende besparingsmaatregelen voor (zie Tabel 7).

Tabel 7: Overzicht besparingsmaatregelen geadviseerd door het Verzekeringscomité, in miljoen euro (Bron: RIZIV)

|                                                       |               |
|-------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Tekort zonder besparingen</b>                      | <b>- 217</b>  |
| <b>Besparingen sector geneesmiddelen</b>              | <b>113,4</b>  |
| • Deelbudget oncologische geneesmiddelen              | 88,4          |
| • Prijsdaling oude, dure weesgeneesmiddelen           | 9             |
| • Rationeel voorschrijven                             | 16            |
| <b>Besparingen sector honoraria voor de artsen</b>    | <b>73,4</b>   |
| • Opschorten teleconsultatie                          | 68,4          |
| • Vermindering sleutelletterwaarde voor de prestaties |               |
| - cerebrale angiografie                               | 0,5           |
| - bilateraal kleurenduplexonderzoek                   | 2,5           |
| - complete urinaire echografie                        | 1,5           |
| - heeldkunde op het abdomen                           | 0,5           |
| <b>Besparingen sector implantaten</b>                 | <b>10</b>     |
| <b>Besparingen sector tandzorg</b>                    | <b>19,989</b> |
| <b>Beschikbare marge met besparingen</b>              | <b>0</b>      |

### Sector geneesmiddelen

De totale kost van de oncologische geneesmiddelen in de ziekteverzekering neemt sterk toe. Het Verzekeringscomité vroeg daarom aan de regering een besparing van 88,432 miljoen euro netto op jaarbasis en een beter beheer van deze gezondheidszorguitgaven aan de hand van een daarvoor vast te leggen deelbudget. Ook is het zo dat sommige weesgeneesmiddelen of geneesmiddelen die als weesgeneesmiddelen op de markt gebracht werden, al meer dan 12 jaar worden terugbetaald en voor de ziekteverzekering een zeer hoge kost per patiënt-e kennen. Veel van deze geneesmiddelen zijn niet langer door een patent beschermd en dus zou het systeem van wettelijke prijsdalingen kunnen functioneren, maar er is helaas geen generiek geneesmiddel beschikbaar. Hierdoor hebben die 'oude' geneesmiddelen de prijsdaling gelinkt aan de *patent cliff*<sup>15</sup> niet ondergaan, terwijl het onderzoek ervoor ondertussen afgeschreven is. De bezorgdheid over onbeschikbaarheden goed in acht nemend, stelde het Verzekeringscomité bijgevolg voor om de prijs van deze 'oude' geneesmiddelen met 20% te verlagen met het oog op een opbrengst van 9 miljoen euro. Tot slot werd voorgesteld om vóór het einde van 2024 een 'mini-Task force' met de betrokkenen bij de beheersing van het volume van geneesmiddelen te laten beslissen over concrete maatregelen voor het rationeler voorschrijven van geneesmiddelen vanaf 1 januari 2025. Dit zou in voor het publiek opengestelde apotheken structureel 16 miljoen euro op jaarbasis opbrengen met een budgetgarantie vanwege de sector van de artsen.

### Sector honoraria voor de artsen

De uitgaven voor de telefonische consultaties van huisartsen, en in mindere mate van artsen-specialisten, namen spectaculair toe tot ruim 68 miljoen euro. Dit niet-tegenstaande bij invoering geen budgettaire impact verwacht werd aangezien het de bedoeling was dat ze fysieke raadplegingen zouden vervangen. Hoewel dit aantoonde dat artsen veel tijd besteden aan telefonische interacties, werden de middelen voor de honoraria van artsen hiermee niet optimaal ingezet. Niet alle telefonische consultaties hadden een even grote meerwaarde. Het was noodzakelijk om de vergoeding voor telefonische consultaties te herzien en dit met duidelijkere richtlijnen. Het Verzekeringscomité stelde voor om de huidige werkwijze vanaf 1 januari 2025 te schrappen en vanaf 1 januari

2026 een nieuwe werkwijze in te voeren, indien mogelijk met een overgangsperiode van 1 januari tot 31 december 2025. De videoconsultaties blijven wel bestaan. Een bijkomende besparing van afgerond 6 miljoen euro zou vanaf 1 januari 2025 worden gerealiseerd aan de hand van een tariefdaling voor meerdere prestaties van artsen-specialisten.

### Sector implantaten

De herziene technische ramingen voor de gezondheidszorguitgaven in 2025 bevatten 19 miljoen euro voor nieuwe initiatieven in 2025. Dit budget voor nieuwe initiatieven werd met 10 miljoen euro verminderd.

### Sector tandzorg

De analyse van het auditrapport 2023 liet een exponentiële groei in het gebruik van de *Dutch Periodontal Scoring Index* (DPSI) test zien. In 2024 zal het aantal DPSI-testen vermoedelijk 1,9 miljoen bedragen, wat zou neerkomen op 47,2 miljoen euro of 80% van de parodontale uitgaven in 2024. De vergoeding voor de in 2006 ingevoerde DPSI kan bovendien worden gecombineerd met de vergoeding voor het jaarlijkse mondonderzoek. Op basis van de prestatiegegevens 2023 bleek dat 1.285.345 (88%) van de in totaal 1.455.155 DPSI-verstrekkings op dezelfde dag als een jaarlijks preventief mondonderzoek bij de patiënt-e werden uitgevoerd. Bijgevolg stelde het Verzekeringscomité voor om de DPSI te integreren in het tarief voor het jaarlijkse mondonderzoek, dat al een hele reeks diagnostische en preventieve akten omvatte (bijvoorbeeld intra-orale röntgenfoto's, tandplakverwijdering, lichte tandsteenverwijdering, enz.). Daarvoor werd de vergoeding van het mondonderzoek met 10 euro verhoogd. Ook werd de DPSI-vergoeding die niet in een mondonderzoek kaderde, verlaagd van 28,5 euro naar 24,5 euro om rekening te houden met de gemiddelde tijd die nodig is om de test af te nemen.

## 4.4. Beslissing van de ministerraad op 28 februari 2025

Het voorstel van het Verzekeringscomité is quasi unaniem positief gestemd geworden: enkel de vroedvrouwen stemden tegen omdat hun honorarium – in tegenstelling tot alle andere sectoren – in 2025 afnam ten opzichte van

15 In België gelden wettelijk opgelegde prijsdalingen waarbij de tegemoetkoming vanuit de ziekteverzekering voor een geneesmiddel vermindert als er een goedkopere specialiteit voor beschikbaar is. Als in België een 'referentiecluster' wordt geopend, dan houdt dat in dat de prijs en de vergoedingsbasis van de originele specialiteit met een percentage variërend tussen 44,75% en 51,52% verminderen. Dit is de toepassing van de zogenaamde *patent cliff*. De prijsdaling is van toepassing op het generiek zowel als op het origineel geneesmiddel.

2024. De reden daarvoor was de stopzetting van de tijdelijke 'conventiepremie'. Die was enkel en alleen voor de vroegvrouwen met één jaar in 2024 verlengd in afwachting van de realisatie van het perinatale zorgprogramma. Ook onthield een van de leden van de artsensyndicaten zich.

Tijdens de vergadering van de Algemene Raad van 21 oktober 2024 werd door de regering geen voorstel van budget voor de gezondheidszorg in 2025 neergelegd. Bijgevolg werd het voorstel van budget van het Verzekeringscomité gestemd. Hoewel gedragen door 14 op 21 stemmen, werd er geen budget goedgekeurd omdat twee regeringspartijen hun vetorecht inzetten<sup>16</sup>.

Vanuit een engagement om de continuïteit in de opdrachten van het RIZIV vanaf 1 januari 2025 te verzekeren, vergaderde het Algemeen Beheerscomité<sup>17</sup> van het RIZIV op 4 december 2024 over de ontwerpbegroting voor de geneeskundige verzorging. De vertegenwoordigers van de werkgeversbank onthielden zich, maar het voorstel van budget van het Verzekeringscomité werd op basis van het koninklijk besluit van 3 april 1997 inzake de responsabilisering van Openbare Instellingen van Sociale Zekerheid (OISZ)<sup>18</sup>, en in afwachting van een beslissing door de ministerraad, goedgekeurd. Enkel nieuwe uitgaven waren niet mogelijk. De beroepsorganisaties voor de vroegvrouwen en de Belgische beroepsvereniging voor kinesitherapeuten zegden de overeenkomst met betrekking tot de vergoeding van hun interventies in december 2024 op<sup>19</sup>.

Op 28 februari 2025 keurde de ministerraad, op voorstel van de bevoegde minister voor Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke, het budget voor de gezondheidszorg in 2025 goed. De finale beslissing week slechts weinig af van het voorstel van het Verzekeringscomité, maar betrok de artsen, apothekers en mutualiteiten in de besparingen op het vlak van het gebruik van geneesmiddelen. Het verschil met het voorstel van het Verzekeringscomité was als volgt (zie Tabel 8; RIZIV, 2025). De besparingen via het deelbudget op oncologische geneesmiddelen en de prijsdaling op 'oude' weesgeneesmiddelen werden geschrapt (97,432 miljoen euro). Ter compensatie werd de economische marge voor de apothekers niet geïndexeerd en is de indexmassa op hun honoraria verminderd. Het afbouwprogramma inzake benzodiazepines werd wel verdergezet (-7,069 miljoen euro). Ook werd beslist dat door de verzekeringsinstellingen, in samenspraak met en met steun van het RIZIV en onder coördinatie van de Hoge raad van artsen-specialisten en van huisartsen, een controleprogramma op de naleving van Hoofdstuk IV-geneesmiddelen zal worden bepaald (-10 miljoen euro). Er gaat in het bijzonder minstens aandacht naar de semaglutiden en tweede- en derdelijns diabetesmedicatie, de geneesmiddelen voor familiale hypercholesterolemie, dure oncolytica en orale anticoagulantia. In 2025 zal een *claw forward* 80,363 miljoen euro opbrengen in plaats van de maatregelen in de farmasector, voorzien door het Verzekeringscomité. Een structurele mindering voor geneesmiddelen zal als alternatief voor deze *claw forward* tegen 1 januari 2026 uitgewerkt worden. Mocht de industrie hier tegen de zomer van 2025 onvoldoende alternatieve maatregelen voorstellen, dan zal een algemene prijsdaling voor alle geneesmiddelen toegepast worden en zal er een vangnet voor onbeschikbaarheden worden uitgewerkt.

16 De Algemene Raad stemde over het voorstel van budget gezondheidszorg van het Verzekeringscomité: vijf stemmen voor bij de werknemers, drie stemmen voor bij de mutualiteiten, één stem voor vanwege de voorzitter van de Algemene Raad, vijf stemmen voor bij de regeringsleden, vijf onthoudingen bij de werkgevers, één onthouding vanwege *Mouvement Réformateur* (MR) en één stem tegen vanwege Open VLD. Elk regeringslid dient voor te stemmen opdat het voorstel van budget door de Algemene Raad zou kunnen goedgekeurd worden.

17 De bevoegdheden van het Algemeen beheerscomité hebben hoofdzakelijk betrekking op het bijhouden van de rekeningen, het opmaken van de begroting van de administratiekosten en de beslissingen in verband met het personeel. Het Algemeen beheerscomité is samengesteld uit vertegenwoordigers van de representatieve werkgeversorganisaties en de organisaties van de zelfstandigen, vertegenwoordigers van de representatieve werknemersorganisaties en vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen. Ook drie vertegenwoordigers van de regering wonen de vergaderingen bij. Zij worden door de koning benoemd op voordracht van de ministers die Sociale Zaken, Begroting en Middenstand onder hun bevoegdheid hebben.

18 Dit besluit bepaalt dat:

- de ontwerpbegroting van de openbare instellingen van sociale zekerheid door het beheersorgaan wordt opgesteld;
- de jaarlijkse begroting van elke Openbare Instelling van de Sociale Zekerheid (OISZ) bestaat uit:
  - een opdrachtenbegroting die de uitgaven en ontvangsten bevat die betrekking hebben op de wettelijke opdrachten van de instelling;
  - een beheersbegroting die de uitgaven en ontvangsten omvat voor het beheer van de instelling.

19 Zoals de procedure het voorziet, legde het RIZIV aan het Verzekeringscomité een andere overeenkomststekst voor. Deze nieuwe teksten bevatten een indexering van de honoraria vanaf 1 februari 2025. Voor beide sectoren zijn de overeenkomsten op 27 januari 2025 door de Algemene Raad goedgekeurd en in februari 2025 door de ministerraad. Intussen zijn de overeenkomststeksten aan elke vroegvrouw, respectievelijk kinesitherapeut, voorgelegd. Niets belet de betrokken overeenkomstencommissies om alsnog een nieuwe overeenkomst te onderhandelen die dan later van toepassing wordt.

**Tabel 8: Verschil tussen de besparingsmaatregelen geadviseerd door het Verzekeringscomité en beslist door de ministerraad, in miljoen euro (Bron: RIZIV, 2025)**

|                                                       | <b>Voorstel<br/>Verzekeringscomité</b> | <b>Beslissing<br/>ministerraad</b> |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Beschikbare marge zonder besparingen</b>           | <b>- 217</b>                           | <b>- 217</b>                       |
| <b>Besparingen sector geneesmiddelen:</b>             | <b>113,4</b>                           | <b>113,4</b>                       |
| • Deelbudget oncologische geneesmiddelen              | 88,4                                   |                                    |
| • Prijsdaling oude, dure weesgeneesmiddelen           | 9                                      |                                    |
| • Rationeel voorschrijven                             | 16                                     | 16                                 |
| • Apothekers                                          |                                        | 7,069                              |
| • <i>Claw forward</i>                                 |                                        | 80,4                               |
| • Conformiteit - Hoofdstuk IV                         |                                        | 10                                 |
| <b>Besparingen sector honoraria voor de artsen</b>    | <b>73,4</b>                            | <b>73,4</b>                        |
| • Opschorten teleconsultatie                          | 68,4                                   | 68,4                               |
| • Vermindering sleutelletterwaarde voor de prestaties |                                        |                                    |
| - cerebrale angiografie                               | 0,5                                    | 0,5                                |
| - bilateraal kleurenduplexonderzoek                   | 2,5                                    | 2,5                                |
| - complete urinaire echografie                        | 1,5                                    | 1,5                                |
| - heilkunde op het abdomen                            | 0,5                                    | 0,5                                |
| <b>Besparingen sector implantaten</b>                 | <b>10</b>                              | <b>10</b>                          |
| <b>Besparingen sector tandzorg</b>                    | <b>19,989</b>                          | <b>19,989</b>                      |
| <b>Beschikbare marge met besparingen</b>              | <b>0</b>                               | <b>0</b>                           |

Dankzij deze *claw forward* daalt het niet te besteden bedrag van 200,018 miljoen euro tot 119,655 miljoen euro. De uitgaven voor gezondheidszorg mogen in 2025 daarom 39,692 miljard euro bedragen in plaats van 39,612 miljard euro (zie deel 3.1).

Echter, omwille van de laattijdige beslissing over het budget gezondheidszorg, zijn de meeste maatregelen niet op 1 januari 2025 van start gegaan<sup>20</sup>. Dit – samen met de nog steeds sterker toenemende gezondheidszorguitgaven dan verwacht – wijst, dankzij de nieuwe technische ramingen van het RIZIV van januari 2025, op een verwachte overschrijding van de globale begrotingsdoelstelling voor 2025 met (momenteel) 46 miljoen euro (RIZIV, 2025).

Tot slot wijst de regering de Commissie voor Begrotingscontrole, het Verzekeringscomité en de akkoorden- en overeenkomstencommissies op hun verantwoordelijkheid om het budget voor de gezondheidszorg voor 2026 veilig te stellen (RIZIV, 2025). De minister zal alvast de besparingsmaatregelen voor de berekende, tijdelijke gereserveerde bedragen en onderbenutting van 144,401 miljoen euro initiëren (zie deel 3.2). Zonder aanpassing van het beleid, kunnen deze initiatieven vanaf 1 januari 2026 immers niet onderbenut zijn en op kruissnelheid geraken en vooralsnog 144,401 miljoen euro kosten.

<sup>20</sup> Enkel de tariefdaling voor enkele interventies bij de artsen-specialisten werd op 1 januari 2025 geïmplementeerd. Ook werden de werkzaamheden voor een controleprogramma op de naleving van hoofdstuk IV-geneesmiddelen in het najaar van 2024 opgestart: de controle op de naleving van de terugbetalingscriteria voor diabetesmedicijnen behoeven op 1 maart enkel nog een beslissing van de minister en zal op korte termijn worden ingevoerd.

## Conclusie

Dankzij een goed functionerend sociaal overleg, heeft de nieuwe regering een maand na aantreden al een budget voor de gezondheidszorg in 2025 kunnen goedkeuren waarin de nodige besparingsmaatregelen waren vervat. Het sociaal overleg lette nauwgezet op de duurzaamheid van het Belgische gezondheidszorgsysteem en de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor de patiënt-e op korte termijn. De besparingsmaatregelen waren weloverwogen en onderscheidden zich van de in het verleden vaak lineaire correcties die als consequentie hadden dat ze het volume in zorg en de supplementen voor de patiënten opdreven ten nadele van een performant en duurzaam gezondheidszorgsysteem.

Net zoals in de andere Europese landen, is de economische groei in België de komende jaren beperkt en fragiel, in eerste instantie omwille van de oorlog in Oekraïne, maar ook omwille van de oorlog tussen Israël en Palestina, de toenemende risico's van de klimaatverandering en momenteel mogelijks een handelsoorlog met de Verenigde Staten van Amerika. Het Belgische overheidstekort zou onder invloed van enerzijds de uitgaven voor pensioenen en gezondheidszorg en anderzijds de stijgende rentelasten elk jaar toenemen tot 6% van het bbp in 2029 (Monitoringcomité, 2025). De referentiewaarde voor het Europese stabiliteitspact is echter een overheidstekort van maximum 3% van het bbp.

De regering-De Wever besloot de groeinorm voor 2026 en 2027 van 2,5% naar 2% te verlagen en hem nadien vast te leggen op 2,6% in 2028 en 3% in 2029. Echter, bijkomende besparingsmaatregelen staan genoteerd, voorlopig buiten norm, maar het is wachten op een beslissing over hoeveel hiervan binnen het budget gezondheidszorg zal moeten gerealiseerd worden. Ter vergelijking, de vermindering van de groeinorm van 2,5% naar 2% in 2026 komt overeen met 192 miljoen euro. Het wordt voor het sociaal overleg dus een hele uitdaging om een budget voor de gezondheidszorg voor 2026 voor te stellen dat voldoende door de zorgverleners gedragen wordt en rekening houdt met een accuraat gezondheidszorgbeleid waarbij een modern en performant gezondheidszorgsysteem wordt nagestreefd. *Business as usual* zal dus niet lukken. Als we de welvaartsstaat en een betere levenskwaliteit voor iedereen willen realiseren, dan moet ons beleid rond gezondheid en gezondheidszorg wijzigen. Grondige hervormingen die inefficiënties vermijden en meerwaarde voor de patiënt-e als focus hebben, zijn dringend. Het sociaal overleg concretiseerde deze nieuwe visie en aanpak op besparingsmaatregelen met het budget voor de gezondheidszorg in 2025. De mutualiteiten zetten daar verder hun schouders onder voor 2026 en de daarop volgende jaren.

## Bibliografie

- Cès, S. (2022). Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 18-37.
- Commissie voor begrotingscontrole. (2024). *Rapport van de Commissie voor begrotingscontrole in het kader van de vaststelling van het budget voor geneeskundige verzorging voor het jaar 2025*. Brussel: RIZIV.
- Europese Raad. (2024). *Evaluatie economische governance: Raad en Parlement akkoord over hervorming begrotingsregels*. Opgehaald van Europese Raad: <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/>.
- Janssens, H. & Lavergne, T. (2024). Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het 'zorgen voor'. *Gezondheid & Samenleving*, 10, 4-37.
- Mahieu, S. (2024). Budget gezondheidszorg 2024: "eerst de inhoud". *Gezondheid & Samenleving*, 9, 44-55.
- 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). *Voorlopige realisaties 2024 - Raming 2025 - Meerjarenraming 2026 – 2029 Entiteit I*. Brussel: BOSA.
- 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. (2020, 10 19). Nota ARGV\_2020\_066. Brussel, België: RIZIV.
- RIZIV. (2021, 10 18). Nota ARGV\_2021\_069. Brussel, België: RIZIV.
- RIZIV. (2022). *Meerjarig begrotingstraject voor de verzekering voor geneeskundige verzorging 2022-2024, finaal rapport*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2022, 10 17). Nota ARGV\_2022\_064. Brussel, België: RIZIV.
- RIZIV. (2023, 10 16). Nota ARGV\_2023\_080. Brussel, België: RIZIV.
- RIZIV. (2024a). *Nota CGV\_2024\_177*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2024b). *Nota CGV\_2024\_265*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2025, 01 17). Nota ARGV 2025\_007. Brussel, België: RIZIV.
- RIZIV. (2025, 03 10). Nota ARGV\_2025\_011. Brussel, België: RIZIV.
- RIZIV. (2025). *Nota ARGV-2025-009*. Brussel: RIZIV.
- van Cutsem, P. (2016). Federale begroting 2016 van de Gezondheidszorg. *CM-Informatie*, 263, 26-39.
- van Cutsem, P. (2017). Besparingen in de gezondheidszorg en crisis van tariefovereenkomsten: naar een liberalisering van onze sociale zekerheid? *CM-Informatie*, 267, 3-18.
- Wetenschappelijk Comité. (2022). *Naar een meerjarenbegroting voor de gezondheidszorg met gezondheidszorgdoelstellingen*. Brussel: RIZIV.



