

De begroting van de gezondheidszorg in historisch perspectief. Gaan we naar een afbrokkeling van ons sociaal model?

Louise Lambert (Studiedienst)

Samenvatting

De begroting van de gezondheidszorg op federaal niveau bedraagt in 2019 26,4 miljard euro. Het is een tak van de sociale zekerheid die mede wordt beheerd door de sociale partners, de ziekenfondsen, de zorgverleners en de overheid, in een systeem dat is gebaseerd op het principe van sociaal overleg. De begroting van de gezondheidszorg wordt jaarlijks opgesteld en weerspiegelt de grote lijnen van het gevoerde beleid en de verdedigde visie voor ons gezondheidssysteem.

In dit artikel vatten we de belangrijkste trends in de begroting van de gezondheidszorg van de afgelopen 15 jaar samen, met bijzondere aandacht voor de vorige legislatuur. We leggen de twee grote krachtlijnen van de gemaakte politieke keuzes uit: ten eerste de evolutie van de begroting (sectie 2), gekenmerkt door een verzwakking van de groei (sectie 2.1), sterke besparingsmaatregelen vanaf 2012 (sectie 2.2) en een toenemende privatisering van de zorgsector (sectie 2.3); ten tweede de verzwakking van de sociale actoren en het overlegmodel ten gunste van de overheid en de politieke arbitrages vanaf 2015 (sectie 3) met het opleggen van een steeds strenger wordend begrotings- en reglementair kader (sectie 3.1) en de steeds grotere invloed van de overheid op het begrotingsproces (sectie 3.2). Tot slot wordt de kwaliteit en de toegankelijkheid van ons gezondheidszorgsysteem ook bepaald door de organisatie en de werking van de gezondheidszorg. In sectie 4 gaan we in op enkele kenmerken van de begroting van de gezondheidszorg die de uitvoering van een goed gezondheidszorgbeleid belemmeren (sectie 4.1) en komen we terug op de organisatie van twee belangrijke sectoren: de ziekenhuizen en de geneesmiddelensector (sectie 4.2).

***Sleutelwoorden:** Begroting, gezondheidszorg, besparingen, nieuwe initiatieven, privatisering, sociaal overleg, overheid, sociale zekerheid*

1. Inleiding

In België is de gezondheidszorg een bijzonder belangrijke sector in onze economie. De totale gezondheidsuitgaven, gelijk aan 45,4 miljard in 2017, vertegenwoordigen iets meer dan 10,3% van het bruto binnenlands product (BBP). België situeert zich dus rond het Europese gemiddelde¹.

Een groot deel van deze uitgaven is afhankelijk van de overheidsfinanciering (76%). De gezondheidszorg vertegenwoordigt 33% van al onze uitgaven voor de sociale zekerheid². Deze werd na de Tweede Wereldoorlog geconsolideerd met als doel de sociale vrede te waarborgen, de werknemers te bescher-

men en de door onze economie gecreëerde toegevoegde waarde beter te verdelen. Ze wordt gegarandeerd door een welvaartsstaat en is gebaseerd op een fundamenteel beginsel van solidariteit: iedereen draagt bij naargelang zijn/haar middelen en ontvangt naargelang zijn/haar behoeften. De herverdeling van het vermogen gebeurt dus stroomopwaarts (in termen van financiering via sociale bijdragen en andere belastingen), terwijl de individuen stroomafwaarts dezelfde dekking genieten. Deze eerste pijler van de financiering is bedoeld om alle Belgen een kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg te bieden. Hij wordt mede beheerd door de sociale partners (werkgevers en werknemers), de ziekenfondsen, de zorgverleners en de overheid, in een geïnstitutionaliseerd systeem van gezamenlijk beheer dat is gebaseerd op het principe van overleg.

1. Duitsland: 11,2%, Frankrijk: 11,3 % en Nederland: 10,1%. Bron: OESO.

2. Bron: Beheerscomité van de sociale zekerheid - sociale zekerheid alleen voor loontrekkenden.

Naast de overheidsfinanciering wordt 24% van de financiering gedragen door de patiënt - 19% door rechtstreekse betalingen en 5% door aanvullende verzekeringen (zowel van ziekenfondsen als van verzekeringsmaatschappijen). Dat is meer dan in onze buurlanden (zie tabel 1). Dit leidt tot uitstel van zorg: uit de Gezondheidsenquête (2018) blijkt dat 15% van de Belgische huishoudens het erg moeilijk vindt om de directe gezondheidsuitgaven te dragen (op het niveau van het laagste en hoogste inkomenskwintiel loopt dit op tot respectievelijk 28% en 6%). België kent grote sociale ongelijkheden op gezondheidsvlak: de kloof tussen de onvervulde medische behoeften van de armste en de rijkste mensen is de breedste van alle westerse EU-landen³.

2. Evolutie van de begroting

In dit artikel richten we ons op de federale begroting voor gezondheidszorg die in 2019 26,4 miljard bedroeg⁵. De belangrijkste posten in deze begroting zijn: de honoraria en technische akten van artsen (specialisten en huisartsen) voor 8,3 miljard, de ziekenhuizen voor 5,9 miljoen en geneesmiddelen voor 5,5 miljard (zie figuur 1).

Tabel 1: Kerncijfers over de gezondheidsuitgaven voor een selectie OESO-landen (2018), in percentage van de totale gezondheidsuitgaven. Bron: OESO⁴

	België	Frankrijk	Duitsland	Nederland
Publieke uitgaven voor gezondheidszorg	75,8%	83,3%	84,5%	81,7%
Private uitgaven voor gezondheidszorg	24,2%	16,3%	15,4%	17,9%
Rechtstreekse betalingen ten laste van de patiënt	19,1%	9,2%	12,5%	10,8%
Aanvullende verzekeringen	5,1%	7,1%	2,9%	7,1%

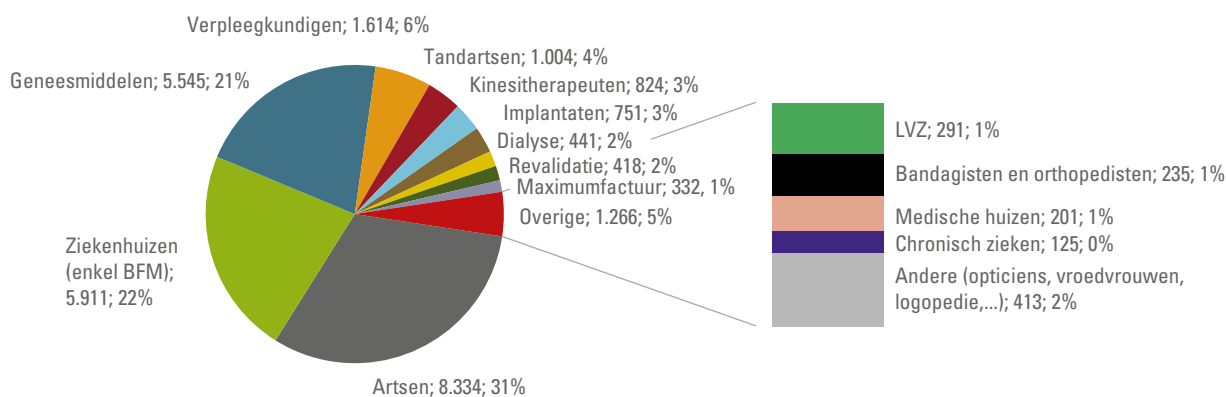
2.1. Evolutie van de groeinorm en de uitgaven

In België is de berekeningswijze van de begroting voor gezondheidszorg wettelijk vastgelegd. De begroting van een jaar is gelijk aan de begroting van het voorgaande jaar plus de groeinorm, de indexmassa en enkele specifieke uitgaven. Deze aldus vastgestelde begroting is wat er in een jaar mag worden uitgegeven.

De groeinorm van de begroting van de gezondheidszorg is dus een belangrijk gegeven omdat hij de omvang van de begroting die in de gezondheidszorg kan worden gebruikt en de bestaande marges voor de financiering van nieuwe initiatieven bepaalt. Hij is in de loop van de tijd, met het verstrijken van de legislaturen, geëvolueerd (zie tabel 2).

In 2005 besloot de regering-Verhofstadt II om de groeinorm van 2,5% te verhogen naar 4,5%. Dit is een leidend en verondersteld element van de paarse coalitie die toen aan de macht was. Acht jaar later, in 2013, besluit de regering Di Rupo om dit terug te brengen tot 2% en vervolgens 3%. Deze eerste daling

Figuur 1: De belangrijke posten in de federale begroting van de gezondheidszorg, in miljoenen (2019). Bron: RIZIV



3. Europese commissie (2019) *Landenrapport België 2019*. Europees Semester. Brussel.

4. Opgelet, de methodologie van deze gegevens wordt betwist. Raadpleeg hierover Calcoen, P. (2019) *Privé-uitgaven voor gezondheidszorg: de rol van de privé ziekteverzekeringen*. Itinera Institute.

5. Na de zesde staatshervorming zijn bepaalde bevoegdheden (hulp bij tabaksontwenning, mobiliteitshulpmiddelen, zorg in woonzorgcentra, zorg in bepaalde revalidatiecentra, tenlasteneming van psychiatrische zorg, een deel van de financiering van ziekenhuizen) overgedragen aan de gefedereerde entiteiten, die in 2018 een bedrag van iets minder dan 4 miljard vertegenwoordigden.

stuitte niet op veel tegenstand binnen de zorgsectoren. Enerzijds was de groeinorm van 4,5% bijzonder hoog in vergelijking met de begrotingsgroei in de andere takken van de sociale zekerheid en de groei van het BBP, die sterk werden beïnvloed door de crisis van 2008. Anderzijds kwam een groeinorm van 4,5% niet overeen met de evolutie van de behoeften. De groei van de uitgaven was lager dan het jaar ervoor, wat resulteerde in grote overschotten op de begroting van de gezondheidszorg: we gingen van een jaarlijks overschot van 148 miljoen in 2005 naar een overschot van 1,8 miljard in 2011⁶. In 2011 gaan de ziekenfondsen, de zorgverleners, de sociale partners en minister Onkelinx zo ver dat ze besluiten om een miljard euro uit de begroting van de gezondheidszorg ter beschikking te stellen van de sociale zekerheid om het tekort aan te vullen⁷.

In 2015 besluit de regering-Michel om de groeinorm te verlagen tot 1,5%. Voor deze keuze werd er geen rechtvaardiging (wetenschappelijk of politiek) gegeven. Maar dat cijfer geeft alle reden om verrassend te zijn. Volgens het Federaal Planbureau “leiden de endogene structurele bepalende elementen van de uitgaven voor gezondheidszorg (prevalentie van chronische ziekten, vergrijzing van de bevolking, sociaal-economische factoren, veranderingen in de medische praktijk en medische technologische vooruitgang) tot een gemiddelde groei van deze uitgaven van 2,5% per jaar in reële termen [voor de federale begroting voor gezondheidszorg], wat ruim boven de norm van 1,5% ligt”⁸. Aangezien de groeinorm niet langer toereikend is om in lijn te blijven met de evolutie van de zorgbehoefte zijn er besparingen en arbitrages nodig om het begrotingsevenwicht te handhaven (zie punt 2.2).

Bovendien lag de reële groei van de begroting voor de gezondheidszorg over het algemeen lager dan de groeinorm. Ofwel omdat de regering heeft besloten om niet de volledige groeinorm toe te kennen door een deel van de begroting voor gezondheidszorg te blokkeren. De groeinorm is namelijk een “maximumbedrag” en de wet vereist niet dat dit in zijn geheel voor de financiering van de uitgaven wordt gebruikt. Tussen 2012 en 2019, legde de regering regelmatig besparingsmaatregelen rechtstreeks op de begrotingsdoelstelling op en is zodoende niet de volledige norm toegekend. Tussen 2017 en 2019 is eveneens 341 miljoen van de begrotingsdoelstelling geblokkeerd die niet gebruikt kon worden omdat het beschouwd

werd als structurele onderconsumptie. Ofwel omdat de index van de gezondheidszorg lager was dan de gezondheidsindex. In 2015 besloot de regering om af te zien van de gezondheidsindex als een indexeringsinstrument voor de begroting van de gezondheidszorg. Vanaf deze datum zal de indexering gebeuren volgens een schatting van de massa van de index, sector per sector en niet algemeen. De indexering die nu wordt toegekend vertegenwoordigt ongeveer 60% van de indexering die volgens de oude berekeningsmethode werd toegekend.

Naast de groeinorm en de reële groei van de begroting moeten we ook kijken naar een laatste indicator om de dynamiek die de begroting van de gezondheidszorg beïnvloedt, goed te begrijpen: de groei van de uitgaven, die kan verschillen van de groei van de begroting wanneer er sprake is van “onderbesteding”. Dit wil zeggen wanneer niet de volledige begroting wordt uitgegeven. Vanaf 2010 is de jaarlijkse groei van de uitgaven vertraagd. Hoewel deze gemiddeld 4,1% (exclusief inflatie) bedroeg in de periode 2000-2009, daalde deze naar 1,3% in de periode 2009-2019. Onder de regering-Michel is de gemiddelde groei van de uitgaven voor het eerst in 25 jaar lager dan de groei van het BBP, wat duidt op een paradigmaverschuiving in de visie op de gezondheidszorg.

Vanuit budgettair oogpunt kan een lagere groei van de uitgaven voor gezondheidszorg worden beschouwd als goed nieuws maar het kan ook wijzen op een groter uitstel van zorg in sommige sectoren van de gezondheidszorg. De meeste studies in de gezondheidseconomie tonen aan dat de gezondheidsuitgaven proportioneel meer dalen dan de koopkracht wanneer deze afneemt. De economische crisis van 2008 en de daaropvolgende stagnatie van de lonen⁹ zijn allemaal factoren die doorwegen op de koopkracht en dus op de gezondheidsuitgaven. De recente covid-19-crisis en de sociaaleconomische gevolgen daarvan doen een gelijkaardig uitstel vermoeden. Bovendien heeft de geleidelijke privatisering van de gezondheidszorg (verhoging van de honorariumsupplementen¹⁰, groei van de privé verzekeringen enz.) gevolgen voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en kan dit ook leiden tot uitstel van zorg en een daling van de uitgaven (sectie 2.3). Ten slotte heeft de versnelling van de besparingsmaatregelen ook geleid tot een daling van de uitgaven (zie sectie 2.2)¹¹.

6. Gillis, O. (2014). Begroting 2013. Een begroting die oproept tot gematigdheid. CM Informatie, 251, p.8.

7. https://www.rtf.be/info/belgique/detail_la-securite-sociale-a-l-equilibre-en-2011?id=4856443 geraadpleegd op 15/06/2020.

8. Federaal Planbureau (2019) Economische perspectieven 2019-2024. Juni 2019. p. 18.

9. De lonen zijn sinds 2007 inderdaad gestagneerd. Raadpleeg hierover: Lambert L., Van Cutsem, P., Sheikh Hassan, N. en El Otmani Y. (2019) “*Le pouvoir d’achat en Belgique : une analyse par décile*”. Note d’éducation permanente de l’ASBL Fondation Travail-Université.

10. De supplementen of overschrijdingen van de honoraria zijn honoraria die worden gefactureerd door de zorgverleners (huisarts, specialist, kinesist, ...) bovenop de tarieven die zijn bepaald door het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering).

11. Tot slot moet ook worden vermeld dat de lagere groei vanaf 2015 gedeeltelijk kan worden verklaard door de 6e staats hervorming waarbij de begroting voor de woonzorgcentra werd overgedragen aan de gefedereerde entiteiten (2,8 miljard in 2014). Dit is echter een begroting die tussen 2000 en 2014 sterk is gegroeid (jaarlijks gemiddeld + 7% exclusief inflatie tussen 2000 en 2014). Deze begroting evolueerde veel minder snel in de gefedereerde entiteiten (gemiddeld + 1,1% tussen 2015 en 2018).

**Tabel 2: Evolutie van de groeinorm, de groei van de begrotingsdoelstelling, de totale gezondheidsuitgaven en het BBP, in reële termen, per legislatuur (CPI-basis = 2015).
Bron: RIZIV, eigen berekeningen**

Regering	Minister van Volksgezondheid	Jaren	Wettelijke groeinorm	Reële groei van de begrotingsdoelstelling	Reële toename van de uitgaven	Gemiddelde reële toename van de uitgaven	Gemiddelde reële toename BBP ¹²
		1996-2007	1,5% - 2,5% - 4,5%*	3,7%		3,6%	2,5%
Leterme I	Onkelinx	2008	4,5%	3,0%	5,0%	3,7%	0,8%
Van Rompuy		2009			6,9%		
Leterme II		2010			1,0%		
Leterme II		2011			1,9%		
Di Rupo		2012			0,9%		
Di Rupo		2013			2,0%		
Di Rupo	2014	3,0%		2,0%			
Michel	De Block	2015	1,5%	1,0%	6e hervorming	1,0%	1,7%
Michel		2016			-0,5%		
Michel		2017			0,3%		
Michel		2018			1,0%		
Michel		2019			3,1%		

* De wettelijke groeinorm bedraagt 1,5% tussen 1996-2000, 2,5% tussen 2001-2004 en 4,5% tussen 2005 en 2007

Opmerking: vanaf 2013 worden de inkomsten uit art. 81 geschrapt, waardoor de totale uitgaven en doelstellingen kunstmatig worden opgeblazen. Voor de reële groei van de begrotingsdoelstelling laten we eveneens vallen: de structurele blokkade, de structurele onderbesteding en de gereserveerde bedragen die overeenkomen met begrotingen die niet kunnen worden gebruikt.

2.2. Besparingen en nieuwe initiatieven in de gezondheidszorg

Elk jaar wordt de begrotingsdoelstelling vergeleken met de technische ramingen van het RIZIV (ramingen van de uitgaven op basis van het verleden) en de besparingsmaatregelen die reeds zijn uitgevoerd tijdens het begrotingsconclaf van de zomer. Als het saldo negatief is, zullen er extra besparingsmaatregelen moeten worden genomen om het begrotingstekort terug te brengen tot nul (zie tabel 3). Er bestaat echter nog steeds de mogelijkheid om nieuwe initiatieven aan te nemen, die dan worden gefinancierd via een herverdeling van de middelen binnen de begrotingsdoelstelling.

Tabel 3: Voorbeeld van de berekening om het te compenseren structureel overschot of tekort te bepalen

Begrotingsdoelstelling 2020

- = begrotingsdoelstelling 2019 + reële groeinorm van 1,5 %
 - + indexering + enkele specifieke uitgaven
 - Besparingsmaatregelen die tijdens het begrotingsconclaf zijn besloten
 - Technische ramingen 2020 (uitgaven)
-
- = saldo

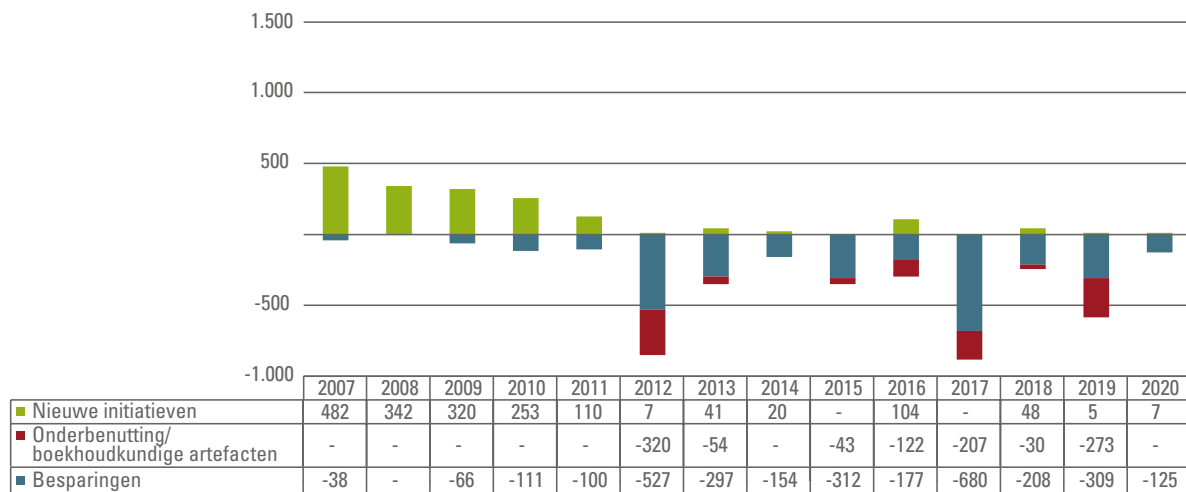
(indien positief, marges voor nieuwe initiatieven; indien negatief, noodzakelijke besparingen)

12. Bron: OESO.

Met een groeinorm van 4,5% werden er in de jaren 2007-2011 relatief weinig besparingsmaatregelen genomen in de

gezondheidszorg en de financiering van nieuwe initiatieven bleef, hoewel ze geleidelijk afnam, vrij hoog (zie figuur 2).

Figuur 2: Financiering van nieuwe initiatieven en bedragen van structurele besparingen in de begrotingsvoorstellen voor de gezondheidszorg, 2007-2020, in miljoenen. Bron: RIZIV



Van 2012 tot 2014 werden er meer inspanningen toegestaan om de overheidsfinanciën te saneren (en te voldoen aan de Europese regels voor begrotingsdiscipline). Tergelijkertijd daalde de financiering van nieuwe initiatieven sterk. In totaal wordt onder de regering-Di Rupo een miljard euro bespaard, terwijl de financiering van nieuwe initiatieven beperkt blijft tot 177 miljoen. Bovendien wordt ongeveer 370 miljoen met betrekking tot een structurele onderbesteding uit de begroting van de gezondheidszorg gehaald. Met een groeinorm van 4,5% en vervolgens 2% en vervolgens 3%, waren bij het vergelijken van de uitgavenramingen met de begrotingsdoelstelling geen bezuinigingsmaatregelen nodig. De regering heeft tijdens het begrotingsconclaf echter besloten om niet de volledige groeinorm toe te kennen en besparingsmaatregelen op te leggen. Het jaar 2012 markeert dan ook een trendbreuk in het gezondheidszorgbudget, met de invoering van een klimaat van bezuinigingen en lagere financiering voor nieuwe initiatieven.

De sectoren die het meest getroffen worden door deze besparingen zijn de farmaceutische specialiteiten, de medische honoraria, de ziekenhuizen en de implantaten. De besparingen waren vooral gericht op het rationeler voorschrijven van geneesmiddelen, een prijsverlaging van bepaalde geneesmiddelen en het stimuleren van apothekers om het goedkoopste

geneesmiddel te verstrekken alsook het rationeler voorschrijven van bepaalde onderzoeken waaronder medische beeldvorming en klinische biologie. Het leidende beginsel van alle actoren was het behoud van een kwalitatieve en toegankelijke gezondheidszorg, terwijl besparingsmaatregelen vooral meer efficiëntie beoogden.

Het jaar 2015 onderscheidt zich door een totaal gebrek aan financiering voor nieuwe initiatieven, wat een historisch feit is. Het duidt het begin aan van de legislatuur van de Regering Michel die gekenmerkt wordt door zware kostenbesparende maatregelen en weinig of geen financiering voor nieuwe initiatieven.

Zo wordt er tussen 2015 en 2020 2.485 miljard euro bespaard op gezondheidszorg en wordt er 165 miljoen vrijgemaakt voor de financiering van nieuwe initiatieven.

Van de 2.485 miljard aan besparingen (zie tabel 4) is er eerst ongeveer 675 miljoen die kan worden beschouwd als "sanering" binnen de begroting, als gevolg van een dubbeltelling of een onderbesteding die als structureel wordt beschouwd. Deze besparingen hebben dus meer betrekking op boekhoudkundige artefacten¹³.

13. Bijvoorbeeld de intrekking van de onderbenutting van de internationale overeenkomsten voor 176 miljoen of de 100 miljoen voor internationale verdragen in ziekenhuizen, ook vastgelegd in de FOD Volksgezondheid.

Er blijven dus iets meer dan 1,8 miljard reële besparingen over. We hebben de verschillende besparingsmaatregelen ingedeeld naargelang het gaat om efficiëntie maatregelen (zoals het verlagen van de prijs van een geneesmiddel), maatregelen die een rechtstreekse invloed hebben op de toegankelijkheid en/of de kwaliteit van zorgverlening (bijvoorbeeld een verhoging van de remgelden¹⁴ of een slechtere zorgverlening, onder meer in het ziekenhuis) of een onrechtstreekse invloed hebben op de toegankelijkheid en/of de kwaliteit van zorgverlening (bijvoorbeeld indexsprongen voor de tarieven van de honoraria en technische prestaties door zorgverleners die leiden tot ontevredenheid en kunnen leiden tot een toename van supplementen en deconventionering¹⁵ of zwaardere werkomstandigheden voor zorgverleners die een invloed kunnen hebben op de kwaliteit van de zorgverlening). Tot slot hadden we voor sommige maatregelen onvoldoende informatie om hun impact te evalueren en konden we ze niet classificeren.

Een aanzienlijk deel van de genomen besparingsmaatregelen (ongeveer 30%) is gericht op meer efficiëntie in het gebruik van middelen. 80% van deze maatregelen is bedoeld om de geneesmiddelensector te reguleren via prijsverminderingen voor bepaalde geneesmiddelen (voornamelijk in de sector van geneesmiddelen zonder patent) of via een toename van het aantal voorschriften voor goedkopere geneesmiddelen. In de andere sectoren zijn er bijvoorbeeld maatregelen om bepaalde procedures te vereenvoudigen.

Helaas zijn de patiënten niet gespaard gebleven van de besparingsmaatregelen. Sommige maatregelen hadden een directe impact op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorgverlening (zoals de verhoging van het remgeld voor specialisten voor 33 miljoen, de aanpassing van de terugbetalingscategorieën voor antibiotica voor 15 miljoen, de vermindering van de terugbetaling van neuscorticosteroiden voor 15,3 miljoen, de vermindering van de duur van het ziekenhuisverblijf na de bevalling zonder planning voor thuiszorg voor jonge ouders voor 12 miljoen, de verhoging van de plafonds voor de maximumfactuur voor 14 miljoen en de vertraagde invoering van de derdebetalersregeling¹⁶ voor specialisten voor 39 miljoen enz.). Deze maatregelen, waarbij vooral op korte termijn wordt gedacht en eenzijdig zijn opgelegd, maken maar weinig structurele aanpassingen en efficiëntieverbeteringen op lange termijn in ons zorgstelsel mogelijk.

Maar sommige besparingsmaatregelen hebben ook onrechtstreeks een invloed op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorgverlening. Tussen 2015 en 2017 is de indexmassa van de honoraria voor zorgverleners stelselmatig met een deel van het bedrag verlaagd. Dit heeft de overheid in drie jaar tijd 400 miljoen bespaard, maar het heeft wel geleid tot aanzienlijke frustratie en vragen bij zorgverleners over de toegevoegde waarde van het stelsel van conventionering en overeenkomsten¹⁷. Maar de deconventionering die uit deze indexsprongen kunnen voortvloeien hebben een invloed op de toegankelijk-

Tabel 4: Classificatie van besparingsmaatregelen genomen tussen 2015 en 2020. Bron: de maatregelen zijn afkomstig uit verschillende begrotingsvoorstellen (documenten RIZIV), de classificatie en de berekeningen komen van ons. De cijfers zijn schattingen en moeten dus met voorzorg worden gebruikt.

Types maatregelen	Gevolg	Bedragen (in miljoenen)	Percentage
Boekhoudkundig artefact		+ 675	27%
Besparingsmaatregelen		+ 1.810	73%
Waaronder	Efficiëntie	+ 770	+ 30%
	Rechtstreekse invloed op de toegankelijkheid en/of de kwaliteit van de zorgverlening	+ 130	+ 5%
	Onrechtstreekse invloed op de toegankelijkheid en/of de kwaliteit van de zorgverlening	+/- 760 (waaronder 400 indexsprong)	+ 30%
	Niet geclassificeerd	+ 150	+ 7%
Totaal		2.485	100%
Structurele maatregelen		+ 2.100	

14. Het remgeld is het bedrag dat ten laste blijft van de patiënt na de tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering (exclusief de eventuele honorariaspecten die worden gevraagd door niet-geconventioneerde artsen).
15. Een geconventioneerde arts houdt zich aan de overeenkomst tussen geneesheren en ziekenfondsen en verbindt zich ertoe om de vaste referentiehonoraria die in de overeenkomst zijn vastgesteld, te respecteren. Niet-geconventioneerde zorgverleners houden zich van hun kant niet aan de overeenkomst tussen geneesheren en ziekenfondsen en zijn vrij om het bedrag van hun honoraria te bepalen.
16. De derdebetalersregeling is een mechanisme dat de patiënt in staat stelt om aan de zorgverlener alleen het deel van de kosten te betalen dat voor hem/haar ten laste is (remgelden en supplementen). Hij/zij hoeft het deel dat door het ziekenfonds wordt terugbetaald, niet voor te schieten.
17. In 2017 incasseerden de honoraria van alle zorgverleners de verwijdering van twee derde van hun indexmassa. Dankzij een clause waarin wordt bepaald dat het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen kan worden verbroken in het geval van bijkomende besparingen die eenzijdig worden beslist door de regering, hebben de vakbonden van de artsen aangekondigd dat het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen voor 2016 en 2017 nu wordt beschouwd als "volgens de wet ontbonden". Ook kinesisten en tandartsen stelden het principe van conventionering sterk in vraag.

heid van de zorg. Andere maatregelen die een invloed hebben op de inkomens van de zorgverleners of de ziekenhuizen kunnen leiden tot ontevredenheid en tot deconventionering of de stijging van de gevraagde supplementen (zoals de lineaire daling van de financiering van ziekenhuizen voor 18 miljoen; andere besparingen in ziekenhuizen voor 90 miljoen om bepaalde bedden te verwijderen en enkele afdelingen te sluiten; lineaire besparingen in alle sectoren voor 85 miljoen; besparingen in de verplegingssector voor 10 miljoen enz.). We merken ook de confiscatie van bepaalde verouderde begrotingen die konden worden toegewezen aan projecten ter verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening (zoals de afschaffing van 'hoofdstuk IV'-honoraria voor apothekers voor 14 miljoen). Daarnaast is er een moratorium ingesteld op de wijkgezondheidscentra (7 miljoen) en de wachtposten (5 miljoen). Na dit moratorium konden er in 2017 geen nieuwe wijkgezondheidscentra meer worden geopend¹⁸. Verschillende recente studies tonen nochtans de goede resultaten aan van wijkgezondheidscentra op het gebied van de toegankelijkheid, preventie, kwaliteit en coördinatie van de zorgverlening¹⁹.

Tot slot moet worden opgemerkt dat de overgrote meerderheid van de genomen maatregelen structureel is en dus gevolgen heeft voor het jaar waarin de maatregelen zijn genomen maar ook voor alle komende jaren (ook als de indexsprongen zich maar één keer voordeden, hebben ze gevolgen voor het bedrag van de honoraria gedurende de hele loopbaan aangezien zij elk jaar het bedrag van de honoraria verminderen met het bedrag van de niet-toegekende index).

Sinds 2012 was de bijdrage van de verplichte ziekteverzekering aan de sanering van de overheidsfinanciën dus aanzienlijk. In 2012 maakten de initiële marge en de besparingsmaatregelen het mogelijk om 2,3 miljard vrij te maken die volledig werd toegekend aan de saneringsinspanning. Het jaar daarop vertegenwoordigen de besparingsmaatregelen in de gezondheidszorg 10% van de besparingen door de overheid. In 2015 leverde de gezondheidszorg 22% van de totale saneringsinspanning van België en is het de sector van de Belgische economie die het meest aan deze inspanning heeft bijgedragen. In juli 2015 werd gestemd voor de taxshift. De sociale zekerheid is de belangrijkste bron van deze nieuwe inspanning (22,8% van het beschikbaar gestelde geld, dit wil zeggen 1,7 miljard), en vertegenwoordigt veel grotere bedragen dan wat de media zouden moeten rapporteren inzake belasting op speculaties en kaamantaks (respectievelijk 28 en 260 miljoen). Van de 2,4 miljard aan bijkomende begrotingsconsolidaties die het Monitoringcomité in 2017²⁰ nodig achtte voor de Federale Staat, heeft 1,2 miljard betrekking op de sociale zekerheid waarvan

894 miljoen voor de gezondheidszorg. Kortom, het klimaat van bezuinigingen dat na de crisis van 2008 en vooral na de overheidsschuldencrisis van 2011 wordt opgelegd, spaart de gezondheidszorg niet. Integendeel, het is een van de zwaarst getroffen sectoren. En hoewel sommige maatregelen zijn gericht op meer efficiëntie, hebben anderen een invloed op de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg.

2.3. Privatisering van de gezondheidszorg

Een belangrijke vraag is welke invloed dit bezuinigingsbeleid heeft op de groei van de gezondheidsuitgaven ten laste van de patiënt. Hoewel het in de context van dit artikel onmogelijk is om deze impact te isoleren en te concluderen dat er een causaliteit bestaat tussen de twee variabelen, proberen we in dit gedeelte een beter inzicht te krijgen in de evolutie van het kostenaandeel dat ten laste is van de patiënt. Wij richten ons op de privatisering van de financiering van de gezondheidszorg, d.w.z. de overdracht van een overheidsfinanciering naar een private financiering om de uitgaven voor gezondheidszorg te dekken (via de ontwikkeling van facultatieve private verzekeringen, de verhoging van de directe betalingen door huishoudens, het verhoogd gebruik van publiek-private partnerschappen voor de financiering van de gezondheidszorginfrastructuur enz.). We laten de privatisering van de zorgverlening voor een andere studie (buy-outs van openbare ziekenhuizen door particuliere fondsen, uitbesteding van diensten in ziekenhuizen, toename van particuliere winstgevendende actoren in bepaalde sectoren (farmaceutische bedrijven, apothekersketens, laboratoria, woonzorgcentra, ...)).

Zoals in de inleiding is vermeld, is het aandeel van de gezondheidsuitgaven ten laste van de patiënt hoog (24%) in vergelijking met onze buurlanden. Volgens de gegevens van de OESO is dit sinds de jaren 2000 min of meer constant gebleven. De methodologie van deze gegevens vertoont echter grote tekortkomingen²¹ en veel aggregaten worden in België niet correct geregistreerd (ambulante supplementen, niet terugbetaalbare geneesmiddelen, bepaald materiaal zoals brillen of incontinentiemateriaal, niet terugbetaalbare tandzorg enz.). Bij gebrek aan betrouwbare macro-economische gegevens zullen we ons richten op bepaalde ontwikkelingen die, hoewel ze geen algemeen beeld geven van de kosten ten laste van de patiënten, toch een robuuste indicatie geven van de huidige trends.

In de eerste plaats kunnen enkele positieve evoluties worden opgemerkt: de remgelden zijn minder snel gestegen dan

18. Het moratorium werd opgeheven in 2018.

19. Zie onder andere IWEPs (2019) *Maisons médicales : quels impacts sur l'accès aux soins de santé pour les personnes précaires ?* Onderzoeksrapport nr. 32 en IMA (2017) *Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssytemen voor de eerstelijnszorg in België: een update*. Toegankelijk op: https://aim-ima.be/IMG/pdf/maisons_medicales_ima.pdf.

20. Monitoringcomité - Rapport van 18 juli 2016.

21. Raadpleeg hierover Calcoen, P. (2019) O.C.

de uitgaven van de verplichte ziekteverzekering, tandzorg is gratis geworden voor kinderen (op voorwaarde dat dit bij een geconventioneerde tandarts gebeurt), de zorg voor chronisch zieken wordt beter vergoed en de 'kleine risico's' van zelfstandigen werden in 2008 in de verplichte ziekteverzekering opgenomen (voorheen moesten zelfstandigen een privé verzekering afsluiten om deze gezondheidskosten te dekken, hetzij bij hun ziekenfonds of bij een verzekeringsmaatschappij.)

Andere evoluties wijzen echter op een toename van de kosten ten laste van de patiënt. Wat de particuliere verzekeringen betreft, zijn de inkomsten uit facultatieve verzekeringen²², dus de premies die door de bevolking worden betaald, van 1.084 miljard in 2008 gestegen naar 2.144 miljard in 2018, namelijk een gemiddelde jaarlijkse groei van 7,1%. De nominale uitgaven van de verplichte ziekteverzekering zijn in dezelfde periode gemiddeld met 4,1% gestegen. De ontwikkeling van de particuliere verzekeringen in vergelijking tot de verplichte ziekteverzekering vermindert de toegang tot de gezondheidszorg. De particuliere verzekeringen creëren namelijk een drievoudige verticale segmentatie van de bevolking: tussen sociale klassen (sommige klassen van werknemers genieten meer groepsverzekeringen dan andere), tussen werknemers en werklozen (werklozen genieten niet van een groepsverzekering) en tussen inkomensniveaus (het is voor mensen in de lagere inkomenscategorieën moeilijker om zich individueel een facultatieve verzekering te veroorloven). Daarnaast is er een hoog risico op premiedifferentiatie op basis van ziekterisico. En in dit geval is het zo dat hoe hoger het risico op een slechte gezondheid voor een individu is, hoe groter de kans is dat de kosten van een particuliere verzekering zullen stijgen. Immers, mensen met een zwakker socio-economisch profiel, hebben een groter risico om in minder goede gezondheid te zijn. Tot slot is de particuliere verzekeringsmarkt minder efficiënt omdat particuliere verzekeringen niet over de beleidsinstrumenten beschikken om de gezondheidsuitgaven te controleren en omdat de beheerskosten bijna 20% bedragen ten opzichte van slechts 3,3% voor de ziekenfondsen²³. Het Amerikaans gezondheidszorgsysteem, dat sterk geprivatiseerd is, is hiervoor symbolisch aangezien de gezondheidsuitgaven 17% van het BBP vertegenwoordigen ten opzichte van slechts 10% in België.

Een andere indicator voor de toename van het aandeel ten laste van de patiënt heeft betrekking op de toename van de honorariasupplementen²⁴ in het geval van een ziekenhuisopname. Terwijl de honoraria van de verplichte ziekteverzeke-

ring, die worden gefactureerd bij een klassieke ziekenhuisopname of dagopnames, tussen 2006 en 2018 gemiddeld met 3,7% zijn gestegen, zijn de supplementen in diezelfde periode gemiddeld met 7,8% gestegen²⁵. De supplementen die aan de patiënt worden gefactureerd bij ziekenhuisverblijven (klassieke ziekenhuisopname of dagopname) vertegenwoordigden in 2018 18,4% van de officiële honoraria voor VP (verplichte ziekteverzekering), terwijl ze in 2006 13,7% vertegenwoordigden. De praktijken verschillen sterk tussen de ziekenhuizen, volgens pathologie en vooral volgens kamertype. De financiële toegankelijkheid van eenpersoonskamers staat voor de burgers zonder hospitalisatieverzekering dermate onder druk dat het een voorbeeld is geworden van gezondheidszorg met twee snelheden.

Bovendien zijn verschillende auteurs het erover eens dat, ondanks onvolledige en onderschatte gegevens, er de laatste jaren een vrij aanzienlijke toename van ambulante supplementen is geweest²⁶. Een ander teken van de ontwikkeling van een geneeskunde met twee snelheden en een toename van de gevraagde supplementen: de deconventionering van sommige zorgverleners zoals gynaecologen of tandartsen (slechts 24% van de gynaecologen en 34% van de tandartsen waren in 2019 volledig geconventioneerd).

Tot slot is er ook een toenemend uitstel van zorg dat gedeeltelijk zou kunnen worden verklaard door de toename van de kosten ten laste van de patiënt. Uit de gegevens van EU-SILC (Eurostat) blijkt dat het percentage van personen (16 jaar en ouder) dat meldt dat zij om financiële redenen hebben moeten afzien van medische behoeften, in de loop der tijd is toegenomen, van 0,5% in 2008 tot 2,2% in 2014, en zich vervolgens in 2017 heeft gestabiliseerd rond 2,0%. Voor tandzorg zijn de trends hetzelfde maar de verhoudingen liggen hoger: van 1,4% in 2008 tot 3,5% in 2017.

Om deze stijging van de kosten ten laste van de patiënt te compenseren, zijn er bepaalde maatregelen genomen om de betaalbaarheid van de zorg te verbeteren voor kwetsbare maatschappelijke groepen. In 1994 werd het systeem van sociale en fiscale franchise, dat in 2002 werd hernoemd naar Maximumfactuur, ingevoerd om te proberen om de stijging van de remgelden te dempen. De maximumfactuur (MAF) is een maatregel die gebaseerd is op het kalenderjaar en die een huishouden garandeert dat hun uitgaven voor gezondheidszorg (remgeld) voor het betreffende jaar niet hoger zijn dan een bepaald plafond, dat wordt bepaald in functie van hun fi-

22. zowel die van de ziekenfondsen als die van verzekeringsmaatschappijen

23. Hermesse, J. en Bouvy, J. (2017) "Parce que la santé n'est pas une marchandise". *Belgisch politiek tijdschrift met analyses en debatten*, (101).

24. De supplementen of overschrijdingen van de honoraria zijn honoraria die worden gefactureerd door de zorgverleners (huisarts, specialist, kinesist, ...) bovenop de tarieven die zijn bepaald door het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering).

25. IMA (2020). Inventarisatie van de ziekenhuiskosten ten laste van de patiënt, gegevens 2018, nog te publiceren.

26. Piet Calcoen (2019) op. cit. en Solidaris (2019) Baromètre suppléments d'honoraires facturés en ambulatoire en 2016-2017. Maart 2019. Solidaris wijst bijvoorbeeld op een toename van 15% van de ambulante supplementen tussen 2016 en 2017, voornamelijk gefactureerd door niet-geconventioneerde zorgverleners. Solidaris concludeert dat het aandeel van de kosten ten laste van de gewone rechthebbende patiënt die een niet-geconventioneerde zorgverlener raadpleegt, in totaal 29% vertegenwoordigt bij de huisarts, 36% bij de tandarts, 45% bij de geneesheer specialist en 47% bij de kinesist.

nanciële middelen. De MAF is in de loop der jaren aanzienlijk uitgebreid om beter rekening te houden met bepaalde specifieke situaties (zoals genieten van het statuut chronische aandoening). Hij steeg van een begroting van 154 miljoen in 2003 tot een begroting van 327 miljoen in 2018²⁷. Een ander doelgericht mechanisme, de verhoogde tegemoetkoming, dat in 1963 werd ingevoerd, stelt bepaalde verzekerden in staat om tijdens een ziekenhuisverblijf een lagere bijdrage te betalen, evenals voor de meeste ambulante zorgen die door artsen, tandartsen, kinesitherapeuten worden verleend en voor geneesmiddelen. De verhoogde tegemoetkoming, die aanvankelijk enkel werd toegekend op basis van een sociaal voordeel of op basis van inkomen voor bepaalde categorieën van personen²⁸, werd in 2007 uitgebreid naar alle personen met een laag inkomen (statuut Omnio en vervolgens VT). Het aantal mensen dat van de verhoogde tegemoetkoming geniet nam tussen 2006 en 2016 sterk toe, van 1.302 miljoen rechthebbenden naar 2.042 miljoen²⁹. Het relatieve aandeel van de rechthebbenden in de Belgische bevolking stijgt in dezelfde periode van 12,4% van de verzekerden naar 17,7%. Ter vergelijking: het armoedepercentage steeg van 14,7% in 2006 naar 15,5% in 2016³⁰.

2.3.1. De effectiviteit van het doelgericht beleid in kwestie

De effectiviteit van doelgerichte beleidsregels is echter een onderwerp van discussies onder de economen en sociologen. In 1998 benadrukten Walter Korpi en Joakim Palme, twee Zweedse sociologen, de paradox van de herverdeling. Zij stelden dat "hoe meer vergoedingen gericht zijn op de armen [...] hoe minder kans we hebben om armoede en ongelijkheden te verminderen"³¹. Om dit te verklaren voeren Korpi en Palme aan dat de doelgerichte vergoedingen vaak worden bestempeld als diensten voor de armen en de rechthebbende bevolking kunnen stigmatiseren. Door deze vergoedingen aan te vragen erkent een persoon dat zijn middelen ontoereikend zijn en ziet hij zichzelf op basis daarvan als arm; dit benadrukt zijn marginaliteit ten opzichte van de maatschappelijke normen. Dit kan leiden tot een situatie waarin mensen geen vergoedingen willen aanvragen, ook al zouden ze daar op basis van hun inkomen recht

op hebben (hoog niet-opnemingspercentage). Bovendien zijn de regels voor dergelijke steun vaak ingewikkeld wat kan leiden tot onwetendheid over zijn/haar rechten. Tot slot formuleren Korpi en Palme de centrale hypothese dat politieke steun voor de herverdeling veel kwetsbaarder is en vatbaarder is voor erosie in landen waar de toegang tot sociale bescherming meestal afhankelijk is van inkomensdrempels, omdat de middenklasse en hogere klasse zich dan tot de particuliere verzekeringsmarkt moet wenden om zich tegen sociale risico's te beschermen en uiteindelijk terughoudend wordt om openbare stelsels te blijven financieren waartoe zij waarschijnlijk geen toegang zullen hebben. Het is volgens hen efficiënter om stroomopwaarts bij de bron te herverdelen (via progressieve belastingen) en vervolgens een meer universeel beleid te voeren.

Vanaf de jaren 2000 wordt de paradox van de herverdeling echter empirisch in twijfel getrokken. Landen zoals Denemarken en Zweden voeren een gericht beleid met behoud van het universele karakter van hun sociale zekerheid, met een positieve invloed op de herverdeling³². Sommige auteurs verdedigden vervolgens een selectiviteit die weerspiegeld wordt binnen universalistisch kader (targeting within universalism), met als doel de reikwijdte van de verzekeringsmechanismen zo veel mogelijk uit te breiden en tegelijkertijd binnen het kader verhoogde vergoedingen te behouden voor enkele kwetsbaardere categorieën³³. Er blijft het moeilijk te vinden evenwicht tussen doelgerichte beleidsregels en universele mechanismen, met het risico dat de verzekeringsmechanismen buiten de wet worden gesteld en dat het stelsel van sociale zekerheid omslaat in een stelsel van sociale bijstand³⁴.

De verhoging van de supplementen, de groei van de particuliere verzekeringen en tegemoetkomingen bedoeld voor de armsten en tegelijkertijd de besparingsmaatregelen in de openbare uitgaven voor gezondheidszorg vormen het begin van een geleidelijke terugtrekking van de staat ten gunste van de particuliere verzekeringen en ten koste van de patiënten. Met het risico op een geleidelijke verschuiving van een stelsel voor sociale zekerheid naar een stelsel voor sociale bijstand.

27. RIZIV (2020) *Maximumfactuur. Evolutie van het aantal rechthebbenden, reglementaire impact en waargenomen trends*. Administratieve controledienst.

28. WIGW - weduwen, invaliden, gepensioneerden, wezen alsook werklozen ouder dan 50 jaar en mindervaliden

29. Standaardrapport RIZIV (2019). Sector 23: Maximumfactuur.

30. Bron: Eurostat, EU-SILC.

31. Korpi, W. en Palme, J. (1998) "The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries", *American Sociological Review* 63 (5), 661-687.

32. Marx, I., Salanauskaite, L. en Verbist, G. (2013) "The Paradox of Redistribution Revisited: And That It May Rest in Peace?", IZA Discussion Paper 7414, Bonn, Institute for the Study of Labor (IZA).

33. Dumont, D. (2018) "Repenser la sécurité sociale avec le revenu de base contre le revenu de base". *Belgisch politiek tijdschrift met analyses en debatten*, (107)

34. 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 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.

3. Evolutie van het sociaal overleg

Het specifieke karakter van het Belgisch model van de sociale zekerheid, trouw aan zijn Bismarckiaanse oorsprong, is dat het de voornaamste belanghebbenden erbij betreft: aangezien het hoofdzakelijk de werkgevers en de werknemers zijn die het stelsel van sociale zekerheid financieren via sociale bijdragen, moeten ze zelf het beheer ervan garanderen. In 1963 zal het paritarisme worden uitgebreid naar de ziekenfondsen en de zorgverleners voor de ziekteverzekering.

In België wordt de begroting voor gezondheidszorguitgaven jaarlijks opgesteld over een periode van verschillende maanden en bestaat uit verschillende stappen van sociaal overleg. De onderhandelingen worden in eerste instantie gevoerd binnen de *Overeenkomsten en -Akkoordcommissies* (commissies per zorgsector waarin de ziekenfondsen en betrokken zorgverleners zijn verenigd) wanneer zij elk hun eigen begrotingsprioriteiten bepalen. Vervolgens binnen het *Verzekeringscomité* wanneer de vertegenwoordigers van zowel de zorgverleners als de ziekenfondsen een eerste globaal begrotingsvoorstel formuleren, begin oktober. Dit voorstel moet ook het begrotingskader dat door de regering is vastgesteld, respecteren.

Na het Verzekeringscomité wordt de rol van definitieve goedkeuring van de totale begroting toevertrouwd aan de *Algemene Raad van het RIZIV*, die bestaat uit vijf vertegenwoordigers van de werkgevers, vijf vertegenwoordigers van de regering, vijf vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en vijf vertegenwoordigers van de vakbonden (de zorgverleners hebben in dit orgaan slechts een adviserende stem). Sinds 2001 dient de regering een eigen begrotingsvoorstel bij de Algemene Raad in waarbij ze over het algemeen het grootste deel van de inhoud van dit Verzekeringscomité overneemt.

De filosofie achter het begrotingsproces stelt in haar *“elementaire principes”* dat *“de beschrijving van de grote begrotingsenveloppen van de ziekteverzekering chronologisch moet worden losgekoppeld van het begrotingsconclaaf van de regering”* - om te voorkomen dat de sociale zekerheid een aanpassingsvariabele in de overheidsbegroting wordt - en dat *“de beslissingen moeten worden genomen op het niveau dat het dichtst bij de werkelijkheid staat”*³⁵. Dit is de reden waarom

het wenselijk is dat de begroting voor de gezondheidszorg wordt bepaald aan de hand van een overlegprocedure en de Algemene Raad van het RIZIV verantwoordelijk is voor de uiteindelijke goedkeuring van de algemene begroting voor de gezondheidszorg en niet het kabinet. De fundamentele principes bepalen dat *“de minister van Sociale Zaken slechts als laatste reddingsmiddel mag ingrijpen”*³⁶.

De rol van de overheid zal in de loop van de jaren echter toenemen, ten koste van die van de sociale partners. De wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1994 geeft de regering een vetorecht bij de opstelling van de begroting van de gezondheidszorg binnen de Algemene Raad, aangezien *“de voorstellen enkel kunnen worden goedgekeurd wanneer zij een meerderheid van de stemmen van de leden van de Algemene Raad hebben gekregen, met inbegrip van de stemmen van alle leden van de groep [vertegenwoordigers van de regering]”*³⁷. Dit vetorecht, dat alleen aan de regering is verleend, brengt de sociale partners er toe te zeggen dat er geen echt paritair beheer is. Bovendien zijn de ziekenfondsen al jaren *“niet eens betrokken bij de vaststelling of de uitvoering van een aantal gedeeltelijke begrotingsdoelstellingen die samen nochtans meer dan een derde van de uitgaven [BFM³⁸, farmaceutische producten, sociale akkoorden] vertegenwoordigen en die in het verleden de oorzaak zijn geweest van de meeste begrotingsoverschrijdingen”*³⁹.

De ontwikkelingen die zich de afgelopen vijf jaar hebben voorgedaan, zowel in het wettelijk kader (sectie 3.1) als in de manier waarop het maatschappelijk overleg is gevoerd (sectie 3.2) maken deel uit van deze trend en zullen het co-managementmodel verder verzwakken.

3.1. Evolutie van het wettelijk kader

Tijdens de vorige legislatuur werden twee wijzigingen aangebracht in het wettelijk kader dat de begrotingsprocedure voor de gezondheidszorg definieert.

In 2015 besloot de regering-Michel tot een nieuw bindend kader voor de legislatuur 2015-2019. Er vonden twee grote veranderingen plaats die we eerder al hebben toegelicht: de groeinorm werd verlaagd van 3% naar 1,5% en er werd afgezien van de gezondheidsindex als hulpmiddel voor de indexering van de

35. Rapport namens de Commissie voor de Sociale Aangelegenheden over het wetsontwerp tot de hervorming van de wet van 9 augustus 1963 tot de instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (momenteel opgenomen in de gecoördineerde GVU-wet), *Parl. doc., Senaat*, 1992-1993, 579/2, pp. 8-9.

36. Ibidem

37. Artikel 16, § 3 van de gecoördineerde wet inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1996 - http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1994071438&table_name=wet

38. Het Budget van Financiële Middelen (BFM) is een belangrijke bron van inkomen voor ziekenhuizen, die de kosten van de opname en het verblijf van patiënten in een ziekenhuis dekt maar niet de honoraria van artsen, technische verstrekkingen of geneesmiddelen.

39. Rekenhof (2017) *Financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. Verslag ter uitvoering van de resolutie van de Kamer van Volksvertegenwoordigers van 22 oktober 2015*, p. 28.

begroting van de gezondheidszorg, ten gunste van een nieuwe methode die niet meer dan 60% zal toekennen van de index die volgens de oude methode werd toegekend.

In 2017 voerde de Minister van Sociale Zaken een nieuwe reglementering in die de begrotingsprocedure regelt en die tot doel heeft om de Belgische begrotingskalender in overeenstemming te brengen met de Europese kalender.

Deze nieuwe reglementering heeft verschillende gevolgen. In de eerste plaats is het positief dat ze een overzicht geeft van de geraamde kosten voorafgaand aan het eigenlijke begrotingsdebat. Hierdoor kunnen de discussies binnen de overeenkomsten- en akkoordencommissies beter worden verankerd in de algemene context van de begroting. In het algemeen leidt deze reglementering echter tot meer verwarring in het verloop van het overlegproces. Het begrotingskader wordt bijvoorbeeld met mondjesmaat onthuld, in een continue procedure naargelang de beslissingen van de regering en kan dus mogelijk pas worden onthuld na de limietdatums voor de afsluiting van een begrotingsvoorstel tijdens het Verzekeringscomité.

Deze nieuwe verordening schrapt ook het begrip “behoefte” aan budgettaire investeringen, die de overeenkomsten- en akkoordencommissies vroeger konden formuleren. En in plaats daarvan werd de verplichting ingevoerd om besparingsvoorstellen te formuleren om alle begrotingsoverschrijdingen of aanvragen tot nieuwe middelen te compenseren, zelfs als er een echte maatschappelijke behoefte bestaat achter deze aanvraag. De logica van de “bezuiniging” wordt zo geïnstitutionaliseerd en de silowerking wordt opnieuw bevestigd.

Maar de meest opmerkelijke en nadelige wijziging in het paritair beheer van de sociale zekerheid achter deze nieuwe reglementering heeft betrekking op de periode die aan het Verzekeringscomité wordt toegekend om, vanaf de positionering van de verschillende overeenkomsten- en akkoordencommissies, een gemeenschappelijk begrotingsvoorstel op te stellen. Vroeger had men drie maanden de tijd (van juli tot eind september) om tot een dergelijk voorstel te komen. Dit tijdsbestek maakte het mogelijk om verschillende verzekeringsinstellingen en vertegenwoordigers van zorgverleners op grote schaal te raadplegen. In de nieuwe reglementering is er een periode van twee weken voorzien voor deze transversale arbitrage, wat een diepgaand debat met alle belanghebbenden bijna onmogelijk maakt.

Tot slot: hoewel het sociaal overleg in theorie mogelijk bleef in de nieuwe reglementering, waren de bestaansvoorwaarden in de praktijk sterk afgezwakt. Daardoor versterkt deze reglementering, integendeel, de bewegingsruimte en de invloed van de minister, die, zonder voorstel in overeenstemming met het Verzekeringscomité, meer ruimte heeft om een eigen begrotingsvoorstel te formuleren.

3.2. Effectief begrotingsbeheer

Dit deel richt zich op de laatste fasen van de begrotingsprocedure: de goedkeuring van een globaal begrotingsvoorstel door het Verzekeringscomité en vervolgens door de Algemene Raad van het RIZIV. Als het voorstel niet door de Algemene Raad kan worden goedgekeurd, wordt het naar de Minister-raad gestuurd.

Vóór 2015 werd een begrotingsvoorstel aangenomen in het Verzekeringscomité. De regering nam het grootste deel van de inhoud over in haar *Voorstel van de regeringsdelegatie aan de Algemene Raad*, zelfs als de minister er enkele keren belangrijke wijzigingen in aanbracht.

In 2015 stuurde de regering echter een “*voorstel van de regeringsdelegatie*” naar de Algemene Raad dat wezenlijk verschilde van het voorstel dat door de ziekenfondsen werd geformuleerd aan het Verzekeringscomité en waarin belangrijke besnoeiingen in de begroting werden aangekondigd. Dit voorstel werd echter met een eenvoudige meerderheid van stemmen door de Algemene Raad goedgekeurd⁴⁰.

In 2016 legde de regering, tot ieders verbazing, een ex nihilo voorstel op tafel bij de Algemene Raad, zonder verwijzing naar het voorstel dat een week eerder door het Verzekeringscomité was ingediend. De Algemene Raad van het RIZIV heeft dit nieuwe voorstel verworpen. Dit feit, dat in de nationale pers maar weinig werd belicht, is niettemin historisch. Een dergelijke verwerping van een regeringsvoorstel binnen de Algemene Raad was sinds de jaren negentig niet meer voorgekomen. Zoals de procedure voorziet in een weinig voorkomend dergelijk geval waarin de tripartiete overlegorganen van het RIZIV worden uitgeschakeld, vloeit het begrotingsinitiatief terug naar de regering. Het begrotingsvoorstel werd vervolgens goedgekeurd zonder belangrijke wijzigingen door de Minister-raad, zonder dat de reden voor de weigering door de Algemene Raad van het RIZIV werd toegelicht.

In 2017 staat het sociaal overleg opnieuw schak. Dit zowel bij het Verzekeringscomité waar het formuleren van een begrotingsvoorstel niet mogelijk was vanwege het nieuwe regelgevingskader, als bij de Algemene Raad waar het voorstel van de regering dat ex-nihilo door de regering werd opgesteld, werd verworpen vanwege een gebrek aan het kenmerkende overleg. De Ministerraad heeft dus, net zoals in 2016, opnieuw alleen beslist over de begroting voor de gezondheidszorg, gepland achter gesloten deuren tijdens een begrotingsconclaaf, zonder gesprek met de actoren in de gezondheidszorg.

Ondanks het nieuwe begrotingskader kon het Verzekeringscomité in 2018 een begrotingsvoorstel verkrijgen dat vrijwel unaniem werd goedgekeurd. De regering waardeerde de

40. gesteund door de regering en de werkgeversvertegenwoordigers, verworpen door de socialistische en christelijke vakbonden en de socialistische ziekenfondsen, met de onthouding van het CM-ziekenfonds, de onafhankelijke ziekenfondsen en de liberale vakbond.

goede wil van de partijen en accepteerde het begrotingsvoorstel. Het voorstel aan de Algemene Raad heeft niet geleid tot belangrijke wijzigingen ten opzichte van het voorstel van het Verzekeringscomité.

In 2019 besloot de Algemene Raad om geen rekening te houden met het voorstel dat door het Verzekeringscomité werd goedgekeurd. Het nieuwe voorstel, dat door de minister is ingediend, werd niettemin goedgekeurd door de Algemene Raad.

Tot slot hebben de zorgverleners en de ziekenfondsen voor 2020 vrijwel unaniem (twee onthoudingen) een begrotingsvoorstel aan het Verzekeringscomité goedgekeurd. Bij de Algemene Raad werd er echter voor de eerste keer geen *Voorstel van de regeringsdelegatie* op tafel gelegd en werd het voorstel van het Verzekeringscomité verworpen (de vakbonden en de ziekenfondsen waren voor, de overheid onthield zich en de werkgevers waren tegen). Door geen begrotingsvoorstel in te dienen en zich te onthouden van de stemming op het voorstel van het Verzekeringscomité, heeft de overheid het sociaal overleg dus dubbel omzeild. Tot slot heeft de Ministerraad, achter gesloten deuren en op voorstel van de minister, besloten tot een begroting voor de gezondheidszorg voor 2020. Het voorstel is in overeenstemming met dat van het Verzekeringscomité maar schraapt de 100 miljoen extra middelen die voor nieuwe initiatieven ter beschikking waren gesteld.

Zo werd de begroting voor de gezondheidszorg tussen 2015 en 2020 dus goedgekeurd door de Ministerraad, zonder overleg met de sector, drie jaar op zes (zie Tabel 5). Deze procedure is ongekend en heeft zich sinds de jaren negentig niet meer voorgedaan. Deze nieuwe *modus vivendi*, namelijk een begroting die niet langer wordt besloten op het niveau van de overleg-

organen maar rechtstreeks door de Ministerraad, is echter in strijd met de filosofie van de reglementering die in 1993 werd ingevoerd. Een dergelijke procedure moet de uitzondering blijven en niet de regel. Bovendien verschilde de inhoud van het voorstel dat door de Algemene Raad of door de Ministerraad werd goedgekeurd vier van de zes jaar sterk van het voorstel dat ontstond uit het sociaal overleg. De invloed van deze eisen van de regering op de opstelling van de begroting is de afgelopen jaren dus steeds groter geworden.

Tot slot werden er in de loop van het jaar, in het kader van het begrotingsproces, andere beslissingen genomen door de regering, zonder sociaal overleg (tax shift, Toekomstpact in de farmaceutische sector, besparingsmaatregelen die werden besloten tijdens de begrotingsconclaven).

Het sociaal overleg, het eigenlijke DNA van onze sociale zekerheid, is de afgelopen zes jaar dan ook sterk afgezwakt door het optreden van de vorige regering. De rol van co-beheer van het gezondheidsbeleid en de begrotingskwesties, die in het verleden werd toevertrouwd aan instanties op basis van pluraliteit die bestaat uit vertegenwoordigers van de regering, maar ook uit sociale partners en actoren, wordt vandaag steeds meer overgenomen door de Ministerraad. Zoals we hebben aangetoond hebben de maatregelen die door de regering zijn genomen, de overlegorganen niet alleen stroomopwaarts (nieuwe reglementering die het begrotingsproces beheert, wijziging van het begrotingskader in de loop van het jaar, zonder overleg) maar ook stroomafwaarts afgezwakt door de onderhandelingsorganen te omzeilen, door begrotingen voor te stellen die wezenlijk verschillen van de voorstellen van het Verzekeringscomité of door over deze laatste te stemmen bij de Ministerraad.

Tabel 5: Samenvatting van de stemming en de inhoud van de begrotingsvoorstellen voor de gezondheidszorg, 2015-2020

	Stemming over een begrotingsvoorstel			Inhoud van het voorstel van de Algemene Raad/ Ministerraad
	Goedgekeurd door het Verzekeringscomité (VC)	Goedgekeurd door de Algemene Raad	Besloten door de Ministerraad	
2015	✗	✓		Verschilt van het voorstel van het VC
2016	✓	✗	✓	Verschilt van het voorstel van het VC
2017	✗	✗	✓	Verschilt van het voorstel van het VC
2018	✓	✓		Vergelijkbaar met het voorstel van het VC
2019	✓	✓		Verschilt van het voorstel van het VC
2020	✓	✗	✓	Vergelijkbaar met het voorstel van het VC

4. Achter de begroting, regeringskwesities

Naast de omvang van de begroting voor de gezondheidszorg en de evolutie van het sociaal overleg wordt de kwaliteit en de toegankelijkheid van ons gezondheidszorgsysteem ook bepaald door de organisatie en de werking van de begroting. Sommige elementen - de versnippering van bevoegdheden, de silowerking en een korte termijn en weinig motiverende visie - belemmeren de uitvoering van een goed gezondheidsbeleid (deel 4.1). Binnen elke zorgsector zullen het gevoerd beleid en de manier waarop de financiering wordt georganiseerd een invloed hebben op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. Zonder uit te wijden over de organisatie van elke sector, willen we de aandacht vestigen op de opvallende punten in twee belangrijke sectoren - de ziekenhuizen en de geneesmiddelensector (deel 4.2).

4.1. Enkele algemene principes

4.1.1. De versnippering van bevoegdheden tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus

Als gevolg van de verschillende staatshervormingen zijn de bevordering van de gezondheid en preventie, de organisatie van de eerstelijnszorg en de palliatieve zorg, zwangerschapszorg en kindzorg, sociale diensten en gemeenschapszorg, de financiering van ziekenhuisinvesteringen en de definitie van erkenningsnormen van ziekenhuizen nu gemeenschapsbevoegdheden. Met acht ministers die instaan voor de gezondheid in België is de organisatie van de gezondheidszorg complex en vereist deze een betere coördinatie tussen de verschillende gefedereerde entiteiten.

Neem bijvoorbeeld preventie. In België vertegenwoordigen de uitgaven voor preventie iets meer dan 2% van de totale gezondheidsuitgaven in 2017, wat lager is dan het EU-gemiddelde van 3,1%⁴¹. Sommige indicatoren nemen af (het aandeel Belgen ouder dan 65 jaar die tegen de griep werden gevaccineerd daalde van 64% in 2004 naar 58% in 2018, een percentage dat ver onder de doelstelling van 75% van de Wereldgezondheidsorganisatie ligt⁴²). Bovendien verschillen de vaccinatie- en screeningpercentages sterk van gewest tot gewest, wat voor grote problemen zorgt bij een epidemie (in 2017 werd 66% van de Vlaamse risicopatiënten gevaccineerd tegen de griep tegenover 49% van de Brusselaars en 44% van de Walen). Hieruit blijkt hoe moeilijk het is om een ambitieus, coherent en gecoördineerd beleid te voeren, gezien de verdeling van de bevoegdheden als resultaat van de verschillende staatshervormingen.

4.1.2. De silowerking van de gezondheidszorg

De werking van ons zorgsysteem blijft versnipperd, met paritaire commissies per beroep die met de ziekenfondsen onderhandelen over tarieven en nieuwe beleidsregels. In het Verzekeringscomité zijn de vertegenwoordigers van de zorgverleners (zeven artsen, zes paramedici, vijf zorginstellingen, twee apothekers en een tandarts) gemandateerd om hun sector en hun belangen te vertegenwoordigen. Ze moeten rekenschap afleggen voor de verbeteringen die ze voor hun sector hebben kunnen bereiken en ze kunnen deze rol moeilijk verlaten en kiezen voor een ruimere en meer transversale visie op de gezondheid, ten gunste van de patiënt en de verplichte ziekteverzekering. Dit organisatie-model maakt het moeilijk om een transversaal en multidisciplinair beleid op te zetten dat verankerd is in een systemische en geïntegreerde visie op de gezondheid.

Het lijkt dan ook noodzakelijk om van een silo-organisatie, waarbij elke speler zich richt op zijn eigen vakgebied en handelingscontext, over te stappen op een open zorgstructuur waarin de verschillende professionals zich coördineren om aangepaste, efficiënte en kwaliteitsvolle zorg aan de patiënten te kunnen bieden.

4.1.3. Een korte termijn en weinig motiverende visie

De begroting wordt jaarlijks opgesteld en in de loop van het jaar worden de begrotingsdoelstellingen voor elke sector vastgelegd. Deze korte termijn laat geen strategische langetermijnvisie toe. In elke sector moeten nieuwe initiatieven volledig worden gefinancierd binnen de begroting van het desbetreffende jaar, waardoor het moeilijker wordt om een ambitieus beleid op middellange en lange termijn te voeren.

Bovendien moeten de sectoren het aan het eind van het jaar weliswaar eens worden over kostenbesparende maatregelen als ze hun deelbudget overschrijden, maar ze geen gebruik maken van de marges als ze hun hele budget niet gebruiken. Met uitzondering van de farmaceutische sector en, met tussenpozen, een of andere kleine sector, sloten alle sectoren de afgelopen jaren af met vrij aanzienlijke boni. Tussen 2015 en 2019 is de som van de boni 340 miljoen voor artsen, 820 miljoen voor ziekenhuizen en 117 miljoen voor verpleegkundigen. Deze onderbenutting mag niet worden gebruikt, terwijl deze zou kunnen worden ingezet om nieuwe initiatieven te financieren. In totaal, en ondanks aanzienlijke overschrijdingen in de farmaceutische sector, is het gezondheidszorgbudget sinds 2015 positief afgesloten (zie tabel 6). Dit systeem leidt tot frustratie bij de sectoren die aan het begin van het jaar besparingen moeten doorvoeren om te voorkomen dat het toegestane budget wordt overschreden en aan het eind van het jaar het deel van

41. *State of Health in the EU. België. Landenprofiel gezondheid 2019*, geraadpleegd op https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_be_dutch.pdf

42. *Ibidem*

hun budget dat uiteindelijk niet is uitgegeven, niet kunnen gebruiken.

Aangezien de technische ramingen zijn gebaseerd op de uitgaven van de vorige jaren, zal de begroting van de sector voor het jaar X+1 verminderen als de begroting voor jaar X niet volledig wordt opgebruikt. De sectoren worden dus niet gestimuleerd om hun uitgaven op een optimale manier te beheren.

Wij zijn van mening dat een meerjarig begrotingsplan de flexibiliteit zou vergroten, een bredere horizon zou bieden en het voor de sectoren mogelijk zou maken om, in het geval van besparingen door efficiëntiewinst of consumptiedalingen, hier opnieuw in te investeren.

Tabel 6: Afsluiting van de boekjaren (in miljoenen). Bron: RIZIV.

	Begrotingsdoelstelling	Totale uitgaven	Bonus
2015	23.212	23.128	+ 84
2016	23.624	23.528	+ 96
2017	24.345	24.248	+ 98
2018	25.227	25.067	+ 158
2019	26.573	26.438	+ 135

4.2. De ziekenhuizen en de geneesmiddelensector

4.2.1. De ziekenhuizen

Acute ziekenhuizen halen hun middelen uit vier financieringsbronnen: het Budget van Financiële Middelen (BFM) (42%), de honoraria (35%), geneesmiddelen en medisch materiaal (13%) en betalingen door patiënten (remgelden en supplementen) (10%):

- 1) Het BFM (6,3 miljard in 2019) dekt de kosten in verband met de algemene werking van het ziekenhuis: verplegend en verzorgend personeel, hotelkosten en afschrijvingen. Het BFM is een complexe combinatie van subbudgetten⁴³. Een groot deel van deze subbudgetten zijn gesloten enveloppen, verdeeld over de ziekenhuizen volgens de gerechtvaardigde medische activiteit, zelf gebaseerd op het gemiddeld aantal dagen voor elke ingreep voor alle ziekenhuizen. Dit systeem is een nuloperatie en dwingt de ziekenhuizen om hun activiteiten proportioneel meer te verhogen dan andere ziekenhuizen om een groter deel van de enveloppe te ontvangen. Meer doen met minder middelen zet het zorgpersoneel onder druk, wat gevolgen heeft voor de arbeids-

omstandigheden en de kwaliteit van de verleende zorg. Bovendien creëert dit systeem een druk om het aantal dagen van een ziekenhuisopname per ingreep te verminderen.

- 2) De honoraria (5,3 miljard in 2019) worden gebruikt om de artsen en paramedici te vergoeden maar ook om de onderfinanciering van de ziekenhuizen te compenseren. 40 tot 60% van de honoraria wordt terugbetaald aan de beheerder van het ziekenhuis om de kosten van de technische akten, apparatuur, lokalen, technisch personeel enz. te dekken. Deze financieringsbron stimuleert het ziekenhuis om zoveel mogelijk handelingen te factureren en supplementen voor een éénpersoonskamer aan te rekenen.
- 3) De derde belangrijkste bron van inkomen bestaat uit geneesmiddelen en medisch materiaal, gedeeltelijk terugbetaald door de sociale zekerheid.
- 4) Tot slot de laatste financieringsbron: de patiënten. Ze betalen de remgelden, niet-terugbetaalde verstrekkingen, honorariasupplementen (gedeeltelijk terugbetaald aan het ziekenhuis) en de kamersupplementen. De betalingen van de patiënten vertegenwoordigen ongeveer 1,4 miljard ofwel gemiddeld 10% van de begroting van het ziekenhuis.

In België is het grootste deel van de ziekenhuisinkomsten dus gekoppeld aan het aantal uitgevoerde verstrekkingen: ofwel rechtstreeks, via de honoraria van de artsen, ofwel onrechtstreeks, via de verdeling van de gesloten begrotingsenveloppe, namelijk het BFM. Zowel de artsen als de ziekenhuisbeheerders worden gestimuleerd om een maximaal aantal zorgverstrekkingen aan te bieden, wat leidt tot een risico op overconsumptie. Ze worden ook aangemoedigd om nieuwe managementpraktijken te implementeren die gericht zijn op winstgevendheid, zodat ze meer doen met minder middelen. Daarnaast zijn de honoraria en de honorariasupplementen de laatste jaren sneller gegroeid dan het BFM en nemen ze een steeds groter deel van de financiering voor hun rekening.

4.2.2. De geneesmiddelensector

De uitgaven voor geneesmiddelen zijn bijzonder hoog in België. Het aandeel van de farmaceutische uitgaven in de totale gezondheidsuitgaven bedroeg in België 14,7% in 2017 ten opzichte van 7,6% in Nederland⁴⁴, ofwel 6,5 miljard.

In de begroting voor farmaceutische specialiteiten moeten drie belangrijke elementen worden vermeld:

- A) een vrijwel systematische overschrijding van de begrotingsdoelstelling sinds 2015;
- B) een sterke groei van de uitgaven en, meer recent, van de begrotingsdoelstelling voor deze sector;
- C) een groei van de uitgaven die voornamelijk wordt veroorzaakt door de toename van de uitgaven voor nieuwe "artikel 81/111"-geneesmiddelen.

43. Voor meer informatie, zie Crommelynck, A., Degraeve, K. en Lefèbvre, D. (2013). Infofiche: De organisatie en financiering van de ziekenhuizen. In: CM Informatie 253, september 2013.

44. bron: OESO

Alvorens deze drie elementen in detail te bespreken, komen we kort terug op de procedure met betrekking tot "artikel 81/111"-geneesmiddelen.

De **overeenkomst artikel 81/111**, ingevoerd in 2010, heeft als doel om een tijdelijke terugbetaling aan te bieden voor geneesmiddelen waarvan het onderzoek niet voldoende is om een permanente terugbetaling te garanderen, omdat er onzekerheid blijft bestaan over de klinische doeltreffendheid of de kosteneffectiviteit van het product of over het begrotingsplan. Het idee is om een uitzonderingsmaatregel te ontwerpen om innovatieve geneesmiddelen tijdelijk beschikbaar te stellen tegen een lagere prijs dan de nominale prijs, totdat er voldoende bewijs is verzameld. Vervolgens wordt er een overeenkomst gesloten tussen de minister en het farmaceutisch bedrijf, in overeenstemming met de bepalingen uit artikels 111 en volgende van het Koninklijk Besluit van 21-02-2018 (voorheen artikels 81 van het Koninklijk Besluit van 21-12-2001). De inhoud van de overeenkomsten is vertrouwelijk. Het KCE concludeert dat *"hoewel [de overeenkomsten volgens artikel 81] aanvankelijk werden gepresenteerd als win-winsituaties, de voordelen van het systeem duidelijk zijn voor de farmaceutische industrie maar steeds minder duidelijk worden voor de betalende overheid, vooral op lange termijn".* Bovendien *"zien we dat dergelijke overeenkomsten ook worden gesloten voor producten zonder aangetoonde meerwaarde, gerechtvaardigd door het simpele feit dat de vergelijker van deze producten zelf onder deze overeenkomst valt" of dat "de vertrouwelijke aard van deze compensaties de belanghebbenden buiten de werkgroep "art. 81" verbiedt om te controleren of de overeengekomen prijzen in overeenstemming zijn met de toegevoegde waarde van het product"*⁴⁵.

A. Een systematische overschrijding van de begrotingsdoelstelling

De farmaceutische specialiteiten hebben hun begroting met 249, 267, 268, 392 en 198 miljoen euro overschreden in respectievelijk 2015, 2016, 2017, 2018 en 2019. Dit is een overschrijding van 1,4 miljard in 5 jaar tijd (zie Tabel 7). De overschrijding van de voorziene begroting is systematisch en betreft aanzienlijke bedragen.

In het geval van een overschrijding zal de farmaceutische sector maximaal 2,5%⁴⁶ van zijn totale begroting moeten terugbetalen (clawback-mechanisme), een bedrag dat systematisch lager is dan de werkelijke overschrijding van de sector. Laten we er nog even bij vermelden dat de farmaceutische sector een van de enige sectoren is die niet voor 100% verantwoordelijk is voor de overschrijding. Uiteindelijk hebben de systematische overschrijdingen in de farmaceutische sector niet geleid tot tekorten in de globale begroting van de gezondheidszorg omdat de meerderheid van de andere sectoren van de gezondheidszorg hun begroting niet volledig opgebruikte, wat de overschrijdingen van de farmaceutische sector compenseerde. De budgetten van de andere zorgsectoren werden dus opnieuw benut door de farmaceutische sector.

B. Een sterke groei van de uitgaven en van de begrotingsdoelstelling

Nochtans constant tussen 2010 en 2015, toont figuur 3 ons de sterke stijging van bruto- en netto-uitgaven⁴⁷ in de farmaceutische sector vanaf 2015. De reële groei (zonder inflatie) die is voorzien voor de netto-uitgaven bedraagt 6% en 8,2% in 2020 en 2021. Nog alarmerender is het feit dat de begrotingsdoelstelling een sterke groei kent in 2019 en in 2020 (+6,4% in 2019 en +6,1% in 2020 zonder inflatie) en dit, rekening houdend met de aan de sector opgelegde besparings-

Tabel 7: Overschrijding van de farmaceutische sector en onderbenutting van andere sectoren, in duizenden, 2015-2019 (bron: RIZIV)

	2015	2016	2017	2018	2019
Overschrijding van de farmaceutische sector	- 249.028	- 267.162	- 267.660	- 392.180	- 197.646
Onderbenutting van alle andere sectoren van de gezondheidszorg	331.620	363.235	365.119	552.468	332.114

45. Verslag KCE 288Bs. (2017) Pistes om het Belgische systeem van artikel 81 overeenkomsten te verbeteren. Synthese. p. 28-29

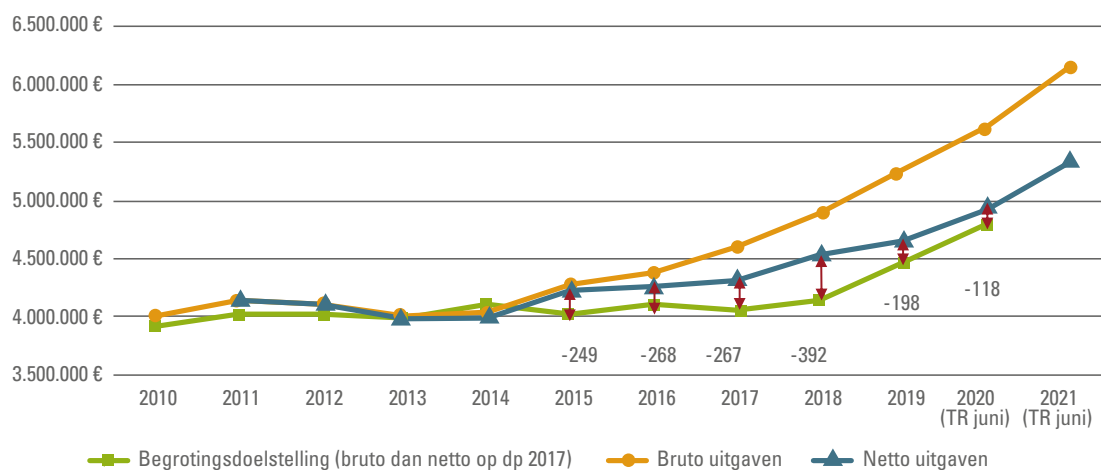
46. Vanaf 2020 zal dit bedrag worden verhoogd tot 4% (zie de wet ter uitvoering van de besparingsmaatregelen bij de farmaceutische specialiteiten in het kader van de gezondheidszorgbegroting 2020 http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2020/06/19_1.pdf#Page16)

47. De bruto-uitgaven omvatten de vergoedingen uit hoofde van artikel 81/111, namelijk de uitgaven van de ziektekostenverzekering die vervolgens worden ingevorderd in de vorm van *ristorno*'s bij farmaceutische bedrijven.

maatregelen in deze twee jaren. Dit betekent dat de sterke groei van uitgaven in de voorgaande jaren gevolgen heeft voor de goedgekeurde begroting en in zekere zin structureel wordt. Er wordt aan de farmaceutische sector dus een veel

hogere groeinorm toegekend dan de wettelijke groeinorm (1,5% zonder inflatie), wat onvermijdelijk zal worden gecompenseerd door een lagere groei in andere sectoren of door besparingsmaatregelen.

Figuur 3: Evolutie van de begrotingsdoelstellingen en uitgaven van de farmaceutische sector, 2015-2019 (bron: docPH RIZIV). Opmerking: Het verschil tussen de blauwe en de groene lijn vertegenwoordigt het bedrag aan overschrijdingen van de sector.



C. Een groei van de uitgaven gedraineerd door de groei van contracten artikel 81

De groei van farmaceutische uitgaven wordt gedraineerd door de groei van geneesmiddelen artikel 81/111. De groei van uitgaven in het kader van artikel 81 is immers zeer hoog, terwijl de uitgaven voor andere geneesmiddelen stagneren (zie Tabel 8). Het aandeel uitgaven in het kader van artikel 81 van de totale bruto-uitgaven van de geneesmiddelensector stijgt sterk, van 11,8% in 2014 naar 29,1% in 2018.

De overheidsuitgaven voor geneesmiddelen zijn de afgelopen jaren dus sterk gestegen. De voornaamste redenen voor deze stijging zijn de hoge prijzen van nieuwe geneesmiddelen, de neiging tot een verhoogd gebruik van duurere therapieën en de voorgeschreven volumes. De groei van de farmaceutische

sector zet de begroting voor de verplichte ziekteverzekering onder druk, door de marges van andere sectoren te gebruiken of door op voorhand besparingsmaatregelen op te leggen om de overschrijding van de begrotingsdoelstelling te compenseren.

De farmaceutische sector is een sector die gedomineerd wordt door multinationals met winstoogmerk. Zij worden dus gedeeltelijk gefinancierd door de sociale zekerheid en realiseren een deel van hun winst dankzij publieke middelen. We moeten bijzonder waakzaam zijn wanneer tegengestelde logica's met elkaar verweven zijn (winstoogmerk versus gemeenschapsfinanciering), namelijk door te zorgen voor transparantie van kosten en prijzen, de sector te reguleren en op lange termijn andere economische modellen voor de farmaceutische industrie te ontwikkelen.

Tabel 8: Groeipercentage van de bruto-uitgaven van de farmaceutische sector en aandeel uitgaven in het kader van artikel 81 van de bruto-uitgaven (bron: docPH).

	2015	2016	2017	2018
Stijgingsgraad				
Geneesmiddelen artikel 81	44,8%	17,5%	35,2%	29,6%
Andere geneesmiddelen	0,7%	-0,5%	-1,9%	-0,8%
Totaal bruto-uitgaven	5,9%	2,4%	4,9%	6,5%
Aandeel uitgaven in het kader van artikel 81 van de bruto-uitgaven	16,2%	18,6%	23,9%	29,1%

5. Besluit en aanbevelingen

Sinds een tiental jaar stellen we een dubbele verscherping van de krachtlijnen vast in de gemaakte politieke keuzes: (i) een streng begrotingsbeleid en tal van besparingsmaatregelen wat indirect leidt tot meer privatisering van zorg en meer beleid dat gericht is op lage inkomens alsook (ii) een verzwakking van de sociale actoren en van het overlegmodel ten gunste van de regering en de politieke arbitrages, in het bijzonder in de vorige legislatuur. Dit kondigt een afbrokkeling aan van ons sociaal model en van onze gezondheidszorg in het bijzonder. Die evolutie is nog verontrustender als men weet dat het deel ten laste van de patiënt in het Belgische gezondheidszorgsysteem vandaag al hoger is dan bij onze burens, en dat de ongelijkheden op het gebied van de toegang tot de gezondheidszorg behoren tot de hoogste van de westelijke landen van de EU⁴⁸.

Deze twee krachtlijnen vertegenwoordigen de eerste stappen van een belangrijke evolutie van onze samenleving naar een heel ander sociaal contract: onze sociale zekerheid zou evolueren van een "herverdelend" model naar een model van sociale bijstand⁴⁹. De sociale bijstand wordt gekenmerkt door een minimale dekking van de sociale risico's, voorbehouden voor de allerarmsten en streng door de staat beheerd. Tegelijkertijd wordt de sociale bescherming voor de middenklassen en de bevoorrechte klassen meer geprivatiseerd en vercommercialiseerd en moeten zij zich op de markt van aanvullende verzekeringen begeven om hun gezondheidskosten te dekken. Het risico bestaat dat zorgverleners dan hun patiënteel zullen selecteren in functie van de supplementen die ze kunnen factureren of tariefzekerheid kunnen garanderen voor de enen, maar vrije tarieven toepassen voor de anderen. Deze systemen creëren dus een geneeskunde met twee snelheden. Concreet, door zeer gerichte maatregelen te nemen, zullen patiënten uit de zwakste socio-economische categorieën ongetwijfeld kunnen genieten van een min of meer voldoende terugbetaling. Over het geheel genomen riskeert de middenklasse, in de meerderheid en minder goed verzekerd, moeilijkheden te ervaren bij de toegang tot de gezondheidszorg en riskeert ze dit beschermingsmechanisme van de allerzwaksten van zijn legitimiteit te beroven, zelfs als het toepassingsgebied en de dekking ervan worden beperkt.

Tegen de stroom van deze evoluties in willen wij afstappen van een te krappe begrotingsvisie maar ook een coherente en transversale visie op de gezondheid aannemen, de transpa-

rantie en de regulering van prijzen en tarieven vergroten en de actoren op een correcte manier ten dienste stellen van de doelstellingen van de volksgezondheid.

5.1. Afstappen van een te krappe begrotingsvisie

In de afgelopen tien jaar is de gezondheidszorg een variabele voor de aanpassing van het begrotingstekort geworden. Er zijn bezuinigings- en kostenbesparende maatregelen genomen, waarvan sommige gericht waren op meer efficiëntie, maar andere direct of indirect een invloed hadden op de patiënt. We kunnen deze maatregelen, die leiden tot een vermindering van de sociale bescherming, niet verdedigen. In plaats daarvan bevorderen we een alternatieve visie gebaseerd op de volgende principes:

- Het recht op gezondheidszorg is een fundamenteel recht⁵⁰. De gezondheidszorg moet niet worden gezien als een variabele voor budgettaire aanpassingen, maar als een belangrijke investering.
- De begroting van de gezondheidszorg moet worden geïntegreerd in een meerjarig begrotingsplan dat meer flexibiliteit en een bredere horizon mogelijk maakt.
- Het ontwerp van de begroting van de gezondheidszorg moet deel uitmaken van een coherente en transversale visie op de gezondheid (punt 2). We moeten uitgaan van de werkelijke behoeften om het begrotingskader te definiëren. Er moeten bijkomende middelen vrijgemaakt worden of herverdeeld binnen het gezondheidszorgbudget om te kunnen voldoen aan de vastgestelde reële behoeften en de vastgelegde gezondheidsobjectieven.
- Tot slot betekent het loslaten van een strikt budgettaire logica niet dat er moet worden afgezien van een rationeel beheer van de toegewezen middelen. Er zijn verbeteringen mogelijk met betrekking tot de grote variatie in medische praktijken, abnormale voorschrijfpatronen, onjuist gebruik van de nomenclatuur, overmatig gebruik van geneesmiddelen en technische akten, de overvloed aan bedden in acute en psychiatrische ziekenhuizen enz. Er is nog ruimte om de efficiëntie van het Belgisch gezondheidssysteem te verhogen door de transparantie en de regulering van prijzen en akten te verbeteren.

5.2. Een coherente en transversale visie op de gezondheid

De coronacrisis heeft de tekortkomingen in verband met een onsamenhangende verdeling van de bevoegdheden op

48. State of Health in the EU. België. Gezondheidsprofielen per land 2019

49. 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.

50. opgenomen in het ICESCR, in het Europees Sociaal Handvest en in het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie.

het gebied van gezondheid en vooral de zwakke punten van een vaak moeizame samenwerking tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus aan het licht gebracht. Bovendien is de werking van de gezondheidszorg gebaseerd op een silo-organisatie en een aanpak op korte termijn. Dit zet ons tot het volgende aan:

- Nadenken over een adequate verdeling van de bevoegdheden tussen de verschillende gefedereerde entiteiten en over een doeltreffende coördinatie.
- In het kader van het sociaal overleg doelstellingen op het gebied van de volksgezondheid vaststellen. Deze doelstellingen moeten deel uitmaken van een meerjarig en sectoroverschrijdend kader om perspectieven op middellange en lange termijn te bieden en de silowerking van ons gezondheidssysteem te doorbreken.
 - De toegankelijkheid van ons gezondheidszorgsysteem moet verbeterd worden (vermindering van het deel ten laste van de patiënt, meer toegankelijke tandzorg en psychologische zorg, ...) en de sociale ongelijkheid in gezondheid moet verminderd worden door in te werken op de sociale determinanten van gezondheid⁵¹.
 - Er moet een antwoord komen op nieuwe behoeften zoals de vergrijzing van de bevolking en de toename van chronische aandoeningen⁵².
 - We moeten ons gezondheidsbeleid aanpassen van een aanbodgericht naar een behoeftegericht beleid en ook van een curatieve geneeskunde overstappen naar een preventieve geneeskunde. We moeten investeren in een ambitieus en transversaal volksgezondheids- en preventiebeleid.
 - De eerstelijns gezondheidszorg moet worden versterkt met een betere articulatie en echelonnering tussen de verschillende beroepen, meer zorg die dichterbij de gewoontes en levenscontext van de mensen staat en een betere coördinatie met de tweedelijns gezondheidszorg.
 - Multidisciplinaire praktijken zoals wijkgezondheidscentra, geïntegreerde zorgprojecten of groepspraktijken moeten worden aangemoedigd omdat zij de logica van silo's doorbreken en zorgen voor een betere coördinatie en echelonnering van de zorg.
- Tot slot moet het transversale karakter ook tot uiting komen door de opname van alle aspecten die een invloed hebben op de gezondheid: werkgelegenheid, huisvesting, milieu, stedenbouwkunde enz.

5.3. Een betere regulering en transparantie van de prijzen

Er zijn nog steeds aanzienlijke kosten die niet worden terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering, of het nu gaat om tandheelkundig (implantaten, kronen, bruggen enz.) of me-

disch (brillen, gehoorapparaten) materiaal, niet-terugbetaalde geneesmiddelen, honorariumsupplementen of kosten met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg. Deze kosten ten laste van de patiënt kunnen worden verminderd, op voorwaarde dat er een politieke wil is om middelen vrij te maken en om meer transparantie en een betere prijsregulering op te leggen.

Er ontbreken details over de realiteit van de kosten, of het nu gaat om tandzorg, brillen, hoorapparaten, honorariumsupplementen of geneesmiddelen: fabricageprijs van het materiaal of de behandeling, kosten voor tussenpersonen, vergoedingen. De aanzienlijke prijsverschillen die in België worden vastgesteld voor dezelfde behandeling en de vergelijking met deze behandelingen in andere landen tonen aan dat de eindfactuur die aan de patiënten wordt voorgelegd zeer ver verwijderd kan zijn van de realiteit van de kosten. Als we de ongelijkheden in de toegang tot zorg willen verminderen, moeten er betere terugbetalingen zijn. Maar een betere, stroomopwaartse terugbetaling voor tandzorg of een bril heeft alleen zin als de prijzen en de kwaliteit stroomafwaarts worden gecontroleerd. Net als in Duitsland of Frankrijk moet de transparantie van de kosten en de terugbetalingen worden geëist. De prijzen moeten worden gereguleerd in functie van de werkelijke materiaalkosten en vervolgens gedeeltelijk of volledig door de ziekenfondsen worden terugbetaald.

5.4. De actoren ten dienste stellen van de doelstellingen van de volksgezondheid

Sommige actoren nemen door hun omvang en rol een belangrijke plaats in het systeem in.

5.4.1. De ziekenhuisinstellingen

De manier waarop ziekenhuizen worden gefinancierd en georganiseerd moet worden hervormd om de bovenstaande problemen te overwinnen - financiering met betrekking tot de activiteit, verhoogde supplementen, gebrek aan transparantie, logica van rentabiliteit die de teams onder druk zet enz. Wij zijn van mening dat het volgende nodig is:

- een wettelijk verbod op honorariumsupplementen voor de gehospitaliseerde patiënt, ook in de ambulante zorg. Als de supplementen zouden verdwijnen, zouden de hospitalisatieverzekeringen ook overbodig zijn. In de loop van de jaren is er een pervers systeem ontstaan waarbij het bestaan van een hospitalisatieverzekering dient als alibi voor het in rekening brengen van supplementen die steeds hoger worden en die op hun beurt de premies van de hospitalisatieverzekering opdrijven. Het is deze stijgende kostenspiraal die we willen doorbreken omdat hij de grondbeginselen van

51. Volgens de WGO zijn de sociale determinanten van gezondheid de omstandigheden waarin individuen geboren worden, opgroeien, leven, werken en ouder worden (inkomen, woonkwaliteit, omgeving, tewerkstelling, ...) alsook de systemen die ingesteld zijn om het hoofd te bieden aan ziekte.

52. Het Federaal Planbureau schat dat "de endogene structurele determinanten van de gezondheidsuitgaven (prevalentie van chronische aandoeningen, vergrijzing van de bevolking, socio-economische factoren, evolutie van de medische praktijk en technologische vooruitgang) leiden tot een toename van deze uitgaven met gemiddelde 2,5% per jaar in reële termen [voor het federale gezondheidszorgbudget], hetzij duidelijk boven de norm van 1,5%".

de gezondheidszorg en de sociale zekerheid aantast omdat hij de trend naar de ontwikkeling van een geneeskunde met twee snelheden accentueert;

- een andere financieringsmethode die een combinatie is van tarificatie volgens akte en een forfaitair bedrag, en die voldoende is om het verbod op honorariasupplementen te compenseren⁵³;
- een herwaardering van de functies en een verbetering van de werkomstandigheden van het zorgpersoneel;
- een volledige transparantie, met name wat betreft de stroom aan honoraria en supplementen en de kosten voor een opname in verhouding tot de financiering die door een ziekenhuis wordt ontvangen.

5.4.2. De farmaceutische sector

De overheidsuitgaven voor geneesmiddelen zijn de afgelopen jaren sterk gestegen, wegens de exponentiële groei van geneesmiddelen onder conventie artikel 81/111. Deze sterke groei van de farmaceutische sector zet de begroting voor de verplichte ziekteverzekering en de sociale zekerheid onder grote druk. Deze groei is niet houdbaar. Er moet een maximaal groeipercentage worden vastgesteld voor deze sector alsook een realistisch mechanisme om het budget te beheren worden uitgewerkt. Er moet meer nadruk worden gelegd op de reële medische behoeften van de patiënten, de werking van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) binnen het RIZIV moet worden geoptimaliseerd, de criteria voor de overeenkomsten volgens artikel 81/111 moeten worden herzien op basis van de aanbevelingen van het KCE⁵⁴ en de sector moet geresponsabiliseerd worden.

De farmaceutische sector is bij uitstek een internationale sector, gedomineerd door multinationals met winstoogmerk. Een nauwere samenwerking op internationaal en Europees niveau is belangrijk om meer transparantie te bereiken met betrekking tot de uitwisseling over de werkelijke kosten van geneesmiddelen en om op lange termijn andere economische modellen voor de farmaceutische industrie te ontwikkelen. In 2016 had het KCE vier scenario's ontwikkeld om dit te bereiken. Deze scenario's gingen van partnerschappen openbaar-privaat tot de openbare tenlasteneming van de sector⁵⁵.

Tot slot zijn we ervan overtuigd dat de efficiëntie van het Belgisch gezondheidssysteem kan worden verhoogd door de transparantie en de regulering van de prijzen te verbeteren. En dit veel eerder dan te gokken op het herstel van de economische groei om de staatskas terug aan te vullen, wat, in deze periode van ecologische uitdagingen, eerder een utopie lijkt. We zijn echter van mening dat de keuzes die de afgelopen

jaren zijn gemaakt een breuk en een paradigmaverschuiving markeren die niet overeenkomen met het samenlevingsmodel waarin wij geloven. Wij willen daarentegen een krachtige en solidaire verplichte ziekteverzekering in stand houden die patiënten in staat stelt om voor zichzelf te zorgen. We blijven dus de grondslagen van ons gezondheidssysteem verdedigen, dat bedoeld is als een kwaliteitsvol en universeel systeem dat door iedereen en voor iedereen solidair wordt gefinancierd, zonder discriminatie bij de zorg. De sociale zekerheid moet een vehikel van solidariteit blijven, een antwoord op sociale behoeften, een buffer tegen crisissen en sociaal-economische schokken en mag in geen geval louter een budgettaire aanpassingsvariabele worden en in de eerste plaats worden gezien als een rem op de werkgelegenheid en het concurrentievermogen. Nu de Covid-19-crisis verwoestende sociale en economische effecten begint te vertonen met een heropleving van de sociale ongelijkheden, is het dringend noodzakelijk om te hameren op deze principes en niet opnieuw te capituleren voor uitspraken als *"Er is geen alternatief"*, die uitsluitend gericht zijn op een begrotingsperspectief. Integendeel, we moeten de gelegenheid aangrijpen om, vertrekkende van de grondbeginselen en de reële sociale behoeften, creatief te innoveren om de begrotingsbarrières te overstijgen.

We verdedigen ook het sociaal overleg bij het voeren van het gezondheidsbeleid om een betere overeenstemming tussen de politieke besluiten en de behoeften van de burgers te garanderen dankzij de sociale organisaties die dichter bij de realiteit op het terrein staan. Het paritair beheer beperkt ook het risico op bureaucratische inertie en een bureaucratisch isolement van het systeem en maakt een dynamischere aanpassing mogelijk die ontvankelijk is voor de veranderende evolutie van de omgeving en de realiteit van de zorg⁵⁶. Het voordeel van een dergelijk systeem is dat het een zekere stabiliteit in de tijd garandeert dankzij de aanwezigheid van actoren in de praktijk.

Om een duurzaam en solidair gezondheidssysteem te garanderen, achten wij het, meer concreet, noodzakelijk om af te stappen van een te krappe begrotingsvisie maar ook om een coherente en transversale visie op de gezondheid aan te nemen, de transparantie en de regulering van prijzen en tarieven te vergroten en de actoren op een correcte manier ten dienste te stellen van de doelstellingen van de volksgezondheid. Dit om ervoor te zorgen dat de financiële middelen efficiënt worden gebruikt en dat ze worden geïnvesteerd in de aanpassing van ons zorgsysteem aan de toekomstige uitdagingen zoals de toename van chronische ziekten en de vergrijzing van de bevolking.

53. Voor meer informatie, zie Dolphens, M., Wantier, M., Rousseau, B. Ghyselen, E. en Landtmeters, B. (2019) CM ziekenhuisbarometer 2019. CM Informatie 279.

54. Verslag KCE 288Bs. (2017), o.c. p. 28-29

55. KCE (2016) Toekomstscenario's voor de ontwikkeling en prijszetting van geneesmiddelen. Beschikbaar op https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/drugpricing_NL_D30-06_0.pdf

56. Fuss, H. (1958) *La genèse clandestine de la sécurité sociale en Belgique*.