



**Vice-eersteminister en minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Armoedebestrijding**

Frank Vandenbroucke

Aan de leden van het Verzekeringscomité
Aan de leden van de Algemene Raad
Aan de leden van de Commissie voor begrotingscontrole
Aan de leden van de Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen

Uw kenmerk

/

Ons kenmerk

/

Bijlage(n)

/

Dossier behandeld door

/

Contact via

info@vandenbroucke.fed.be

Datum

Brussel, 22/07/2025

Geachte voorzitters,
Geachte leden,

In navolging van het regeerakkoord maak ik u de opdrachtenbrief in het kader van het begrotingsproces 2026 voor de ziekteverzekering over. Deze opdrachtenbrief werd door de regering goedgekeurd op 17 juli 2025. Ze vermeldt de beleidsprioriteiten evenals het budgettair kader en een heldere tijdslijn waarbinnen het Verzekeringscomité haar wettelijke opdracht tot het opstellen van een eerste voorstel tot begrotingsontwerp dient uit te voeren. Ze houdt hierbij ook rekening met het advies van de Algemene Raad over de verdeling van de te leveren inspanning (Nota ARGV 2025/046).

Ik ben me ervan bewust dat de begrotingsopmaak 2026 geen eenvoudige oefening wordt. Als we in de tweede helft van deze legislatuur de nodige budgettaire ruimte willen om de noden te beantwoorden, te investeren in de door de Algemene Raad besliste prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen, en ruimte willen maken om te investeren in ons zorgpersoneel, dan moeten we nu evenwel onze verantwoordelijkheid nemen en de begroting op het goede spoor zetten. Iedereen moet hierbij zijn deel doen, zodat de inspanningen eerlijk gebeuren en gebaseerd op doelmatigheid.

Met de meeste hoogachting,



Frank Vandenbroucke

Vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Armoedebestrijding.

OPDRACHTENBRIEF VAN DE REGERING AAN DE ALGEMENE RAAD EN HET VERZEKERINGSCOMITÉ VAN HET RIZIV

INLEIDING

Zorg moet voor iedereen betaalbaar, effectief beschikbaar en van topkwaliteit zijn. Ook voor de volgende generaties. Onvervulde behoeften en nieuwe noden moeten ook beantwoord kunnen worden. Dat is de inzet van deze regering. Daarom investeren we de komende jaren extra in de gezondheidszorg. Het budget zal jaar na jaar stijgen. Met 2 procent in 2026 en 2027, met 2,6 procent in 2028 en met 3 procent in 2029. En dit bovenop de index.

Dat komt overeen met zo'n 4 miljard euro extra tegen het einde van de legislatuur, bovenop de index. Dat is veel geld, maar het moet ingezet worden waar de noden het hoogst zijn. De uitdagingen zijn groot: een groeiende, meer diverse en verouderende bevolking, de toename van het aantal chronisch zieken, beginnende en ernstige mentale gezondheidsproblemen, aanhoudende personeelstekorten, tekorten aan soms levensnoodzakelijke geneesmiddelen,...

Naast investeren, moeten we dus hervormen. Onze gezondheidszorg is sterk dankzij de solidariteit waarop ze gebaseerd is. Maar we moeten zorgvuldig omspringen met die solidariteit. Zorgvuldigheid betekent: de beschikbare middelen goed en gericht inzetten. We moeten verspilling tegengaan. De noodzakelijke investeringen mogen niet verdrongen worden door een toename van uitgaven die niet nuttig zijn. Nog anders gezegd, we mogen de kraan van de lopende uitgaven niet zomaar laten openstaan. Integendeel, als we ruimte willen om goed te investeren in de gezondheidszorg van de toekomst, en in de mensen die werken in de zorg, dan moeten we kritisch kijken naar uitgaven die vandaag gebeuren.

Het jaar 2026 is daarbij een cruciaal jaar, een echt scharnierjaar. Als we in de tweede helft van deze legislatuur de nodige budgettaire ruimte willen om de noden die we hoger omschreven hebben te beantwoorden, en ruimte om te investeren in ons zorgpersoneel, dan moeten we nu onze verantwoordelijkheid nemen en de begroting op het goede spoor zetten. Iedereen moet daarom zijn deel doen, zodat de inspanningen eerlijk gebeuren.

Omdat het gaat over de toekomst van de zorg, is het belangrijk dat de Algemene Raad prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen heeft vastgelegd: een sterkere en beter georganiseerde eerstelijnszorg, dankzij multidisciplinaire samenwerking, toegankelijke zorg en preventie, met bijzondere aandacht voor tandzorg en geestelijke gezondheidszorg. Dit zijn prioritaire uitdagingen waar het de volgende jaren om zal draaien, naast investeringen in ons zorgpersoneel.

Kortom, budgetten goed inzetten, op basis van een *evidence-based* aanpak, verspilling vermijden en zo ruimte creëren voor nieuwe investeringen, de zorg voor de volgende generaties voorbereiden, dat is nu de opdracht. Er ligt een grote verantwoordelijkheid bij de partners van de ziekteverzekering -de zorgverleners, zorginstellingen, ziekenfondsen, de farmaceutische industrie, vakbonden, werkgevers en patiënten- om deze ambitie te realiseren. Maar ook de regering dient hier verantwoordelijkheid op

te nemen, met respect voor het overlegproces. Het is daarom belangrijk dat er een goede dialoog is tussen de regering en de partners.

Om deze dialoog goed en transparant te organiseren, voorziet het regeerakkoord dat de regering bij de start van de jaarlijkse begrotingsbesprekingen van de ziekteverzekering een opdrachtenbrief formuleert, waarin de beleidsprioriteiten vermeld zijn evenals het budgettair kader en een heldere tijdslijn waarbinnen het Verzekeringscomité zijn wettelijke opdracht, het opstellen van een eerste voorstel tot begrotingsontwerp, dient uit te voeren.

De reglementaire basis hiervan is in uitwerking. De regering meent niettemin dat in anticipatie hiervan en conform het regeerakkoord, het goed is om dit proces nu al aan te vatten. Dit kan ook een iteratief proces zijn, dat later op het jaar het voorwerp kan uitmaken van evaluatie met de partners in het Verzekeringscomité en de Algemene Raad. We merken ook op dat we vandaag met initiële technische ramingen werken, en dat in september meer definitieve cijfers volgen op basis van de herziene ramingen. Gezien de omvang van de inspanning is het belangrijk dat deze budgettaire opdracht nu al ter hand genomen wordt. Deze opdrachtenbrief geeft het budgettair kader, de beleidsprioriteiten en de tijdslijn weer waarmee het Verzekeringscomité verder aan de slag kan. Deze opdrachtenbrief bevat daarnaast voorstellen tot doelmatigheid, in bijlage, dewelke ingeen geval een dictaat zijn. Het spreekt voor zich dat het Verzekeringscomité geloofwaardige en evenwichtige alternatieven kan formuleren.

BUDGETTAIR KADER

Het Verzekeringscomité dient tegen de eerste maandag van oktober zijn begrotingsvoorstel voor de ziekteverzekering 2026 neer te leggen, rekening houdend met deze gezondheidszorgdoelstellingen en een groeinorm van 2 procent. In 2026 wordt 1,546 miljard euro extra geïnvesteerd. Deze toename is het resultaat van de toepassing van de groeinorm (756 miljoen euro), de gezondheidsindex voor de zorgverleners (2,7% – 625 miljoen euro) en de stijging van de spilindexmassa voor de zorginstellingen (165 miljoen euro). Hierdoor stijgt het totale gezondheidszorgbudget tot 41,579 miljard euro.

De reeds gekende cijfers (initiële technische ramingen 2026) geven desondanks aan dat 2026 een moeilijk budgettair jaar wordt. Omdat een mogelijke ontsporing van de begroting 2026 zich al eerder aankondigde, zijn er reeds proactieve maatregelen overeengekomen ten belope van 264 miljoen euro. Ondanks interessante aanzetten, moeten deze maatregelen nog geconcretiseerd worden (onder meer omdat voorlopige maatregelen, zoals een 'claw forward' op de uitgaven voor geneesmiddelen, omgezet moeten worden in meer doeltreffende structurele ingrepen).

Maar dit is onvoldoende. Zonder extra maatregelen stevenen we af op een tekort van 493,5 miljoen euro. Daarenboven is er een afspraak gemaakt bij de vorming van de regering dat er in 2026 een bijkomende opdracht is om maatregelen ter beheersing van uitgaven te nemen ten belope van 150 miljoen euro (125 miljoen en 25 miljoen borg van de verzekeringsinstellingen).

Als je deze bedragen samentelt, dan betekent dit dat tegen 1 januari 2026 een samenhangend pakket van 907 miljoen euro aan maatregelen in werking moet treden (zie bijlage 1 voor meer detail).

Om te weten welke maatregelen aangewezen zijn, moeten we ons twee vragen stellen: waar ligt de oorzaak van de verwachte overschrijding van de begroting? En welke bestaande uitgaven zijn niet doelmatig?

De oorzaak van de verwachte overschrijding ligt ondermeer bij fors stijgende uitgaven voor geneesmiddelen (een spontane uitgavengroei van 7 tot 8 procent). Geneesmiddelen worden nog te vaak niet correct gebruikt, soms zelfs regelrecht verkeerd, en ook niet altijd adequaat voorgeschreven. Dat is een probleem van doelmatigheid. Maar hetzelfde probleem van doelmatigheid zien we ook bij sommige medische prestaties waar we jaar na jaar stijgende uitgaven zien, die niet altijd nodig of verklaarbaar zijn. Kortom, in alle sectoren moeten we inzetten op meer doelmatigheid.

Met de farmaceutische sector wordt een meerjarenkader onderhandeld, met als belangrijk kompas dat het aandeel dat de uitgaven voor geneesmiddelen in de begroting van de ziekteverzekering innemen voor enkele jaren stevig wordt vastgeklemd (op 17,3% van de uitgaven). Hierdoor wordt vermeden dat de geneesmiddelen een steeds groter deel van de beschikbare middelen opeten, ten nadele van andere prioriteiten, en creëren we tegelijk ruimte voor noodzakelijke investeringen in innovatieve therapieën voor patiënten. Als we dit kompas toepassen op het begrotingsjaar 2026, dan moeten we een inspanning doen van 275 miljoen euro inzake uitgaven voor geneesmiddelen, bovenop wat reeds afgesproken is in het kader van de *proactieve afspraken* waar we hoger naar verwezen. Als je dit samentelt (275 miljoen en wat reeds afgesproken is), dan kom je aan een inspanning van 433 miljoen. Er liggen reeds concrete maatregelen hiervoor op tafel (zie bijlage 2).

Voor een deel gaat het om initiatieven om zorgvuldig met geneesmiddelen om te gaan, verspilling tegen te gaan en - vooral - geld vrij te maken voor betere terugbetaling van nieuwe geneesmiddelen. Daarom hervormen we in beperkte mate de remgelden en zetten we in op bewustmaking bij de voorschrijvende artsen en mensen. Voor een ander deel gaat het om maatregelen die burgers aanspreken op het feit dat elke verpakking geneesmiddelen een minimale kost heeft. Het grootste deel van het voorgestelde pakket berust echter op een robuuste garantie van de farmaceutische industrie dat ze tekorten helpt dekken, naast een gerichte prijsdaling indien deze niet vervangen wordt door een structurele uitgavenvermindering ten laste van de industrie. (Overigens stellen we ook voor om de maximumfactuur breder toepasbaar te maken, opdat remgelden op méér verpakkingen gevat worden door de maximumfactuur.)

De maatregelen die we voorstellen inzake geneesmiddelen dienen echter ook een bijzonder doel: bovenop het 'vaste aandeel farma' ten belope van 17,3% van de uitgaven voor gezondheidszorg voorzien we een beperkt bijkomend budget (van 25 miljoen euro), gekoppeld aan een nieuwe snelle procedure van terugbetaling, opdat patiënten in ons land in de toekomst veel sneller toegang zouden krijgen tot nieuwe, innovatieve geneesmiddelen. Deze nieuwe vorm van solidariteit is erg belangrijk om nieuwe noden te beantwoorden, met name om aandoeningen waarvoor vandaag nog geen goede behandeling bestaat zo goed mogelijk te kunnen behandelen met de beste nieuwe geneesmiddelen.

Op basis van de huidige beschikbare cijfers is er in de andere sectoren dan nog een weg af te leggen van 343,5 miljoen euro, opdat de begroting voor 2026 op het goede spoor zou blijven, en we voor de toekomst ruimte zouden krijgen voor nieuwe initiatieven. Deze 343,5 miljoen is het saldo dat overblijft als je 907,5 miljoen vermindert met 264 (reeds overeengekomen), 275 miljoen (extra inspanningen in farma-budget) en 25 miljoen (borg VI).

De Algemene Raad stelde voor deze inspanning gelijkmatig te verdelen over enerzijds technische akten en speciale verstrekkingen en anderzijds via correcties (ruimer dan correcties van overschrijdingen) en onderbenuttingen te realiseren (Nota ARGV 2025/046).

Het accent op technische akten en speciale verstrekkingen is goed, gezien we weten dat op dit vlak nog vooruitgang te boeken is in doelmatige zorg. De regering stelt daarom voor hierop verder te bouwen, en voornamelijk in te zetten op sectoren waar we zuiniger kunnen omspringen met de middelen zonder in te boeten op goede gezondheidszorg. De regering suggereert daarvoor, in budgettaire termen, het volgende kader (maar staat open voor alternatieven):

- Medische prestaties door artsen (klinische biologie, medische beeldvorming, speciale verstrekkingen en heilkunde): 150 miljoen
- Herevalueren van prestaties in het dagziekenhuis en een betere organisatie van het ziekenhuislandschap, met als doel meer kostenefficiëntie binnen en tussen ziekenhuizen: 50 miljoen
- Andere sectoren¹: 50 miljoen

Hiernaast engageert de regering zich om volgende doelstellingen te realiseren

- Een krachtig plan handhaving en fraudebestrijding van het RIZIV, dat een uitsplitsing en monitoring van elke maatregel moet bevatten om de effectiviteit ervan te garanderen; en dit met respect voor de evenwichten van het regeerakkoord: 25 miljoen²
- Een vermindering van structurele onderbenutting: 35 miljoen
- Maatregelen buiten de begrotingsnorm: 33,5 miljoen

Van de Verzekeringsinstellingen wordt zoals het regeerakkoord voorziet een borg van 25 miljoen euro gevraagd, waarbij ze dienen aan te tonen dat ze in het kader van handhaving de gezondheidszorguitgaven mee onder controle krijgen. Bij de opmaak van de technische ramingen in september zal de Dienst op basis van meer recente informatie een inschatting kunnen maken van de onderbenuttingen en gereserveerde bedragen 2026 die een potentieel reducerend effect kunnen hebben op de ITR 2026. De regering hoopt dat de betrokken doelstellingen grondig worden

¹ Hierbij wordt rekening gehouden met het feit dat de farmaceutische sector al geresponsabiliseerd is via de begroting meerjarentraject (cfr bijlage 2). Er wordt ook voorgesteld (cfr bijlage 3) het voorziene budget van de medische huizen in de ITR 2026 met 3 miljoen te verminderen.

² [Pagina 126 RA](#) : “Wat meer in het bijzonder het doelmatige gebruik van de beschikbare middelen betreft, zal de regering in overleg met de betrokken actoren een omvattende strategie definiëren en beginnen implementeren tegen uiterlijk 1 januari 2026. Dit plan moet ook inzetten op een sterkere bestrijding van fraude.”

geanalyseerd met het oog op een structurele reductie van de onderbenuttingen die zou kunnen leiden tot een bedrag van 35 miljoen euro.

De regering vraagt het Verzekeringscomité en de partners van de ziekteverzekering deze oefening zonder taboe aan te gaan. Ze is zich ervan bewust dat dit geen makkelijke oefening is, maar ze is nodig teneinde te vermijden dat lineair zal moeten worden ingegrepen, wat niet wenselijk en niet goed is. Wat we nodig hebben, zijn maatregelen die ervoor zorgen dat we goede zorg kunnen bieden aan iedereen, en dit gebaseerd op de meest recente *evidence-based* inzichten. Rekening houdend met tal van internationale rapporten moeten we durven toegeven dat hier werk aan de winkel is. Ter inspiratie worden in bijlage 3 een aantal voorstellen gegeven. Het gaat om medische prestaties waar meer doelmatigheid zou leiden tot een betere beheersing van de uitgaven, en dus meer ruimte zou creëren voor andere, noodzakelijke uitgaven.

Aan de administratie van het RIZIV wordt gevraagd om, waar mogelijk, voorstellen reeds inhoudelijk, technisch en juridisch concreet uit te werken.

BELEIDSPRIORITEITEN

De begroting van de ziekteverzekering op orde houden en de doelmatigheid verhogen, heeft natuurlijk als ultieme doelstelling (op termijn) marge vrij te maken voor de door de Algemene Raad besliste gezondheidszorgdoelstellingen, met name:

- GZD 3: Betere organisatie van **eerstelijnszorg** en afstemming van de verschillende zorglijnen door de vorming van multidisciplinaire zorgteams en toepassing van principes van populatiemanagement.
- GZD 5: Betere **financiële toegankelijkheid** van zorg voor iedereen en wegwerken van onverklaarde verschillen in de behandeling van verschillende socio-economische groepen.
- GZD 7: Meer inzetten op **sensibilisering, preventie en screening**, waarbij samenwerking tussen federale en de gefedereerde entiteiten in duidelijke akkoorden wordt verankerd.

Daarnaast zijn er ook twee transversale gezondheidszorgdoelstellingen die van fundamenteel belang zijn voor het realiseren van de bovengenoemde prioriteiten:

- GZD 1: Betere verzameling en uitwisseling van **data**, zowel op macroniveau om het zorgbeleid te informeren als op patiëntniveau voor beter geïntegreerde zorg.
- GZD 2: Verhogen van de **doelmatigheid** onder meer door het wegwerken van grote onverklaarbare variaties in medische praktijken.

In haar eerste advies gaf de Commissie reeds concrete aanzetten voor de verdere operationalisering van deze gezondheidszorgdoelstellingen, waarvoor zo snel mogelijk meer specifieke doelstellingen moeten worden vastgesteld en vertaald in indicatoren.

Het Verzekeringscomité wordt dus verondersteld bij haar werkzaamheden rekening te houden met de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen, en staat waar mogelijk vrij om reeds in 2026 bijkomende middelen te voorzien voor investeringen in deze doelstellingen. Ook in de komende jaren zullen deze namelijk het beleid blijven sturen.

Zo lijkt in het kader van een betere organisatie van de eerste lijn een verdere optimalisatie van de wacht van de huisartsen een prioriteit, bijvoorbeeld via het invoeren van **teleconsultaties in de huisartsenwachtposten**. De regering zal voorts -rekening houdend met de verzuchtingen van de huisartsen en de spoeddiensten- prioritair werk maken van een bindende triage van patiënten voor niet-geplande dringende zorg. Hiervoor zal in overleg met de minister van Binnenlandse Zaken de 1733 verder uitgerold worden naar alle huisartsenwachtposten ten laatste tegen 1 juli 2026. Indien hier onvoldoende engagementen genomen kunnen worden, zal een alternatieve piste bewandeld worden waarbij de wachtposten gefinancierd worden om de triage zelf in handen te nemen. Ook bij de spoeddiensten zal een systeem van bindende triage worden uitgewerkt. Een concreet plan van aanpak -inclusief de nodige reglementaire aanpassingen- zal terzake in overleg met de betrokken actoren worden uitgewerkt tegen 15 december 2025.

Inzake toegankelijkheid wijst het rapport van de commissie gezondheidszorgdoelstellingen terecht op een aantal specifieke sectoren waarin geïnvesteerd dient te worden, zoals de **tandzorg**. Hiertoe kan ook binnen de sector zelf ingezet worden op doelmatigheid, bijvoorbeeld om het gebruik van tandheelkundige beeldvorming beter af te stemmen op wetenschappelijke richtlijnen. De vrijgekomen middelen kunnen dan geïnvesteerd worden in noodzakelijke herwaarderingen met bijzondere aandacht voor personen met bijzondere noden, voor de verstrekkingen die materialen en technieken omvatten en voor verstrekkingen die een bijzondere bekwaamheid van de verstrekker behoeven met het oog op het verhogen van de toegankelijkheid voor de patiënten.

Ook in de **kinesithérapie** weten we dat de toegankelijkheid onder druk staat, doordat de nomenclatuur niet altijd adequaat is. Binnen de overeenkomstencommissie wordt daarom gewerkt aan een systeem dat meer flexibiliteit toelaat in een behandelplan. De idee is de invoering van een container tijdseenheden van 15 minuten, maar waarbij de kinesitherapeut meer autonomie krijgt om dit in te zetten op maat van de patiënt. Het kan zo zijn dat langere sessies in het begin en kortere sessies op het einde van de behandeling aangeraden zijn. Dit zou het mogelijk maken om het zorgaanbod voor elke patiënt aan te passen zonder de zorgconsumptie te verhogen, of eventueel zelf te verlagen. De aldus vrijgemaakte middelen kunnen geherinvesteerd worden in de sector in het kader van de herwaardering van sommigen verstrekkingen of van nieuwe initiatieven en projecten

De regering herhaalt dat verder gewerkt dient te worden aan trajecten die de rol van de **vroedvrouw** in de eerste lijn versterken. Een goed uitgebouwd perinataal traject zou vanaf 2026 moeten worden ingevoerd. Er kan nagedacht worden aan manieren om middelen vrij te maken om gericht te investeren in betere erelonen.

TIJDSLIJN

Zoals wettelijk voorzien dient het Verzekeringscomité ten laatste de 1^{ste} maandag van oktober een begrotingsvoorstel te doen. Idealiter bevat dit concrete maatregelen die allen in werking kunnen treden op 1 januari 2026. Het is vervolgens aan de regering en de Algemene raad om op de 3^{de} maandag van oktober de begroting te beslissen.

BIJLAGE 1

Reeds beslist pakket naar 2026 (artsen, farma, implantaten, medische huizen)	140,7 miljoen	= 263,7 miljoen
Nog te realiseren voor 2025 – artsen doelmatig voorschrijven	16 miljoen	
Nog te realiseren voor 2024 - farma	26,7 miljoen	
Claw forward in te vullen na 2026	80,3 miljoen	
Borg VI	25 miljoen	25 miljoen
Bijkomende inspanning 2026 = 618,5 miljoen (493,5 miljoen (ITR 2026) + 125 miljoen (extra inspanning RA))		- o 275 miljoen farmaceutische verstrekkingen (ikv meerjarencader) - o 343,5 miljoen binnen andere sectoren
Totaal bedrag	907,2 miljoen	

BIJLAGE 2: FARMACEUTISCHE SECTOR

i. Context

Er moet in totaal 433 miljoen euro aan maatregelen worden gevonden als we ervoor willen zorgen dat het geneesmiddelenbudget binnen haar aandeel van 17,3% blijft.

Dit bedrag omvat het reeds afgesproken besparingstraject: de 26,9 miljoen euro voor het inhalen van niet-gerealiseerde groepsgewijze herzieningen en TPE, 80,3 miljoen euro clawforward die moet worden omgezet in een structurele besparing (indien niet: prijsdaling), en 51 miljoen euro bijkomend beslist in 2025.

Daarbij moet nog bijkomend 275 miljoen euro worden gezocht om een budgetoverschrijding in 2026 te voorkomen. Bovenop het farma-aandeel van 17,3% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, voorzien we een beperkt budget, gebaseerd op een nieuwe mechanisme van 'Early and Fast Reimbursement'. Daarvoor is bijkomend 14 miljoen euro nodig, zodat samen met de al voorziene 11 miljoen euro voor UMN (Unmet Medical Needs) een budget van 25 miljoen euro voor dit programma kan worden gerealiseerd.

Bovenop de 433 miljoen komen nog bijkomende, reeds afgesproken besparingen van 16 miljoen euro doelmatig voorschrijven bij de artsen, 10 miljoen euro via controlemaatregelen VI, en 7 à 8 miljoen euro bij de apothekers. De betrokken sectoren staan hier reeds borg voor binnen hun eigen budget, en dit wordt daarom niet meegeteld in de nog te nemen maatregelen.

Hieronder volgt een pakket t.w.v. ongeveer 244,8 miljoen euro. Dat betekent dat 188,2 miljoen euro overblijft. Het nieuwe meerjarencader voorziet een grotere rol voor de Commissie voor Terugbetaling van Geneesmiddelen (CTG) bij de bewaking van het globaal budget voor farmaceutische verstrekkingen, zodat een scherpere afweging gemaakt wordt tussen de kostprijs van nieuwe geneesmiddelen en het beschikbare budget. Dit moet ervoor zorgen dat ook de stijgende groei in uitgaven aan nieuwe geneesmiddelen afgeremd wordt. Verder blijft de farmaceutische industrie geresponsabiliseerd worden voor budgetoverschrijding middels de clawback.

ii. Voorstellen

De voorgestelde maatregelen beogen elke actor in de keten te responsabiliseren: de industrie, de artsen, de open officina, de ziekenhuisapotheken, de parallelhandelaars en de burger. Bovendien wordt voorrang gegeven aan maatregelen die doelmatigheid beogen. De voorgestelde maatregelen zijn veelal voorstellen geformuleerd door de industrie, de VI en de artsen. Ook de apothekers hebben voorstellen geformuleerd.

Industrie

Vanuit de stakeholders werden geen voorstellen geformuleerd die ten laste komen van de industrie en die ook onmiddellijk implementeerbaar zijn met een becijferbaar budgettair effect. De sector blijft verantwoordelijk voor de 80,3 miljoen structurele maatregelen ter vervanging van de claw forward. Zij staan hiervoor borg. Indien geen geloofwaardige maatregelen worden gevonden waarvoor de sector zelf verantwoordelijk kan worden gesteld, gaat een prijsdaling in. Verder wordt de sector ook geresponsabiliseerd middels de clawback.

Artsen

De artsen staan borg voor 16 miljoen euro. Wij stellen voor om deze borgstelling in de geest van het begrotingsakkoord '25 te koppelen aan het optrekken van het percentage goedkoop voorschrijven, inclusief optrekken voorschrijven similairen. Een biosimilaire dat nieuw op de markt is telt zwaarder door in het quotum gedurende de eerste 3 jaar.

Bij dit voorstel moet een caveat gemaakt worden: de geschatte besparingsomvang vertaalt zich in een redelijk brede vork. Bij 100% goedkoop voorschrijven (uiteraard een onrealistisch scenario) komt

de maatregel neer op een besparing die vergelijkbaar is met de veralgemeende toepassing van VOS, met een besparingsvork tussen 9,6 miljoen en 28,7 miljoen euro. Dit maakt het onduidelijk (onwaarschijnlijk?) dat de 16 miljoen met deze maatregel alleen kan worden opgehaald. Aanvullend kunnen we hier nog een extra maatregel opleggen door 'switchen' naar goedkopere alternatieven binnen dezelfde ATC4-klasse aan te moedigen (bvb goedkopere statines kiezen ipv de duurdere), al zijn er te veel hypothesen om de opbrengst van deze maatregel op dit moment nauwkeurig te berekenen.

Een derde optie is om de borgstelling te koppelen aan verminderd voorschrijven van antidepressiva, hoewel de invoering van dergelijke maatregel meer reflectie met het terrein behoeft.

Resultaat: maatregel t.w.v. 16 miljoen euro. De sector van de artsen staat hiervoor reeds borg. Dit zit buiten de doelstelling van 433 miljoen euro (zie inleiding).

Open Officina

We zetten de bijdrage van de open officina op 20 miljoen, en bespreken met de sector hoe die best behaald kan worden (ingrepen op de economische marge, herziening van bepaalde honoraria, ...). 8 miljoen wordt geïnvesteerd in vergoedingen voor de aflevering per behandeltermijn van antibiotica. Die maatregel treedt vanaf januari 2026 in werking en voorziet dat patiënten enkel het exact benodigde aantal antibioticapillen meekrijgen van de apotheek, om verspilling en slecht gebruik tegen te gaan.

Resultaat: maatregel t.w.v. 12 miljoen euro.

Ziekenhuisapotheken

Partiële facturatie

De partiële facturatie wordt uitgediept naar 78% (ipv 85%). Dit levert een besparing op van 42 miljoen euro.

Vermijden therapie shift naar duurdere molecule

Wanneer moleculen op ATC5-niveau off-patent gaan en generieken of biosimilars op de markt komen, treedt de zogenaamde patentcliff of biocliff in werking. Binnen eenzelfde klasse van geneesmiddelen (ATC4) kan dit echter leiden tot grote prijsverschillen, zowel voor de patiënt als voor de ziekteverzekering, terwijl de meerwaarde van de duurdere alternatieven vaak beperkt is.

Om een therapieverschuiving naar deze duurdere alternatieven (met beperkte incrementele meerwaarde) te vermijden, stellen we voor dat de andere moleculen (ATC5) binnen dezelfde klasse (ATC4), waarvoor nog geen generiek of biosimilaire alternatief beschikbaar is, in ziekenhuizen gefactureerd worden aan 90% van hun prijs.

Deze maatregel wordt voorlopig ingeschat op een besparing van 20 miljoen euro.

Resultaat: besparingsmaatregelen t.w.v. 62 miljoen euro

Parallelhandelaars

Parallelhandelaars bieden kortingen aan aan ziekenhuisapotheken en open officina, terwijl de ziekteverzekering wel degelijk de volle prijs betaalt. Daarom kunnen geïmporteerde producten slechts aan maximum 80% worden gefactureerd aan het RIZIV, zowel in open officina als bij de ziekenhuisapotheek. Uitzonderingen op dit principe: het geneesmiddel werd geïmporteerd onder KB Special Needs in kader van een tekort of het geneesmiddel valt onder de 78%-facturatie of het ziekenhuisforfait.

Resultaat: nog te berekenen

Patiënt

Solidaire bijdrage

Geneesmiddelen kosten zeer veel geld. Daarom wordt een solidaire bijdrage gevraagd aan de patiënt van een minimumtarief van €1 per pakje voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming, en €2 per pakje voor mensen zonder verhoogde tegemoetkoming (voor sommige pakjes is het remgeld namelijk nog steeds minder dan €1). De inkomsten hiervan zullen gebruikt worden ten voordele van de patiënten, namelijk door het nieuwe systeem van snelle en vroege toegang tot geneesmiddelen te financieren. Iedereen blijft daarbovenop beschermd door de maximumfactuur. Deze maatregel levert (met effect MAF) 26,2 miljoen euro op.

Catégorie	TM minimum à 1 euro					
	Non préférentiels		Préférentiels		Total	
	Economie INAMI	Nombre de boîtes avec supplément	Economie INAMI	Nombre de boîtes avec supplément	Economie INAMI	Nombre de boîtes avec supplément
A	-8.197.652	8.197.652	-4.221.576	4.221.576	-12.419.228	12.419.228
B	-1.619.690	6.837.252	-2.125.301	5.741.961	-3.744.991	12.579.213
C	-13	68	-3	14	-16	82
Cs	0	0	0	0	0	0
Cx	0	0	0	0	0	0
Total	-9.817.355	15.034.972	-6.346.880	9.963.552	-16.164.235	24.998.524

Catégorie	TM minimum à 2 euro		
	Non préférentiels	Préférentiels	Total

	Economie INAMI	Nombre de boites avec supplément	Economie INAMI	Nombre de boites avec supplément	Economie INAMI	Nombre de boites avec supplément
A	-16.395.303	8.197.652	-8.443.153	4.221.576	-24.838.456	12.419.228
B	-13.744.385	18.319.278	-11.403.499	11.146.659	-25.147.884	29.465.937
C	-340.211	1.122.966	-108.856	372.719	-449.067	1.495.685
Cs	-65.231	277.760	-14.579	62.644	-79.809	340.404
Cx	-2.738	12.563	-1.329	6.095	-4.067	18.658
Total	-30.547.869	27.930.219	-19.971.415	15.809.694	-50.519.284	43.739.913

Uitbreiding van de MAF

Naast de uitbreiding van de solidaire bijdrage, breiden we ook de MAF uit zodat meer geneesmiddelen gedekt worden door de maximumfactuur. Hierdoor worden mensen die reeds hoge facturen betalen beter beschermd. Voortaan gaan ook categorieën Cs en Cx in de MAF, zodat ook anticonceptiva en geneesmiddelen tegen allergieën gedekt worden door het systeem. Dit kost de sociale zekerheid 8,9 miljoen euro.

CAT	Dépenses INAMI	Dépenses patients	Impact d'une prise en compte dans le MAF
A	806.828.538	0	0
B	2.642.528.785	340.917.844	0
C	87.613.351	54.017.501	0
Cs	21.450.977	17.829.376	5.152.690
Cx	6.434.952	12.859.201	3.716.309

Resultaat: maatregelen t.w.v. 3,3 miljoen euro (= 17,3 miljoen opbrengsten – 14 miljoen voor Early & Fast)

We trekken het minimumremgeld op per doosje (minimaal €1 zelf betalen voor een doosje is fair), maar investeren dat geld in een betere bescherming via de maximumfactuur en een nieuwe procedure voor snelle en vroege toegang tot geneesmiddelen

Doelmatig gebruik geneesmiddelen

Maagzuurremmers/PPI

België behoort al jarenlang tot de landen met het hoogste gebruik van maagzuurremmers in Europa: minstens 1 op 5 Belgen neemt maagzuurremmers. Enkel Spanje, Italië en Nederland gaan ons voor. Tussen 2004 en 2017 is het gebruik verdrievoudigd, en sindsdien blijft het jaar na jaar stijgen. Wat nog zorgwekkender is: veel mensen gebruiken PPI's (veel) langer dan aanbevolen.

Dat is niet zonder risico. Langdurig of onnodig gebruik van maagzuurremmers kan leiden tot tekorten aan magnesium, calcium en vitamine B12, verhoogde kans op infecties (zoals longontsteking of darmontsteking), nierproblemen, botbreuken, en mogelijk zelfs een licht verhoogd risico op maagkanker. Bovendien merken we dat patiënten na langdurig gebruik soms moeilijk kunnen stoppen, omdat het zuur in de maag tijdelijk sterker terugkomt ("rebound"). Het gaat dus niet om een onschuldig geneesmiddel.

Het grote (over)gebruik van PPI kost de ziekteverzekering jaarlijk 130 miljoen euro. Dat is een kost die moeilijk te verantwoorden valt. Daarom worden de maagzuurremmers in terugbetalingscategorie B (therapeutisch belangrijke specialiteiten) verplaatst naar categorie Cx. De maagzuurremmers in terugbetalingscategorie A blijven ongemoeid, daar deze dienen voor mensen met ernstige aandoeningen (zoals het Barrett-syndroom).

Deze maatregel levert 53,9 miljoen euro op.

Statines

Cholesterolverlagers kostten de ziekteverzekering vorig jaar ongeveer €250 miljoen (meer dan 4% van de globale netto-uitgaven). Die kost wordt deels gedreven door ondoelmatig gebruik. KCE berekende dat meer dan een kwart van de Belgen ouder dan 40 statines voorgeschreven krijgt, en dat iets meer dan de helft daarvan ze niet correct gebruikt of de behandeling stopzet. Het overgrote merendeel van mensen die statines voorgeschreven krijgen (88%) heeft geen voorgeschiedenis van hart- en vaatziekten. De ruime inzet van statines in combinatie met de lage therapietrouw zorgt voor uitgaven die moeilijk te verantwoorden zijn. Daarom worden de statines in categorieën B en C verplaatst naar categorie Cx. Dit zijn veelal de zeer goedkope geneesmiddelen. De dure geneesmiddelen voor ondermeer hyperfamiliale cholesterolemie blijven volledig vergoed via categorie A. De maatregel levert volgens de berekeningen 33,3 miljoen euro op.

Resultaat: maatregelen t.w.v. 87,2 miljoen euro

Berekenbaar totaal = 244,8 miljoen euro

BIJLAGE 3: DOELMATIGHEIDSPISTES TER REFLECTIE

De onderstaande opsomming van pistes is niet limitatief en de regering verwijst dan ook naar de vele reeds bestaande rapporten. In zijn publicaties heeft het KCE al gewezen op een aantal gebieden waar onze gezondheidszorg verder kan worden verbeterd. Denk bijvoorbeeld aan een betere organisatie van de zorg in ziekenhuissectoren, waar nabije zorg waar mogelijk en gespecialiseerde zorg waar nodig een belangrijk uitgangspunt blijft.

Onverklaarbare variaties in medische praktijken

Het wegwerken van grote, onverklaarbare variaties in medische praktijken een belangrijke opdracht. Sinds 2017 publiceert de Cel Doelmatige Zorg van het RIZIV de rapporten "*Variaties in medische praktijken*", die robuuste analyses bevatten op basis van recente data. We vragen aan het Verzekeringcomité om de respectievelijke beroepsgroepen te mobiliseren om deze rapporten te interpreteren, te confronteren met de *evidence-based* guidelines waar de vereniging zich op beroept, om zo de dialoog formeel op gang te krijgen, sensibilisering van de volledige beroepsgroep te bekomen, en uiteindelijk concrete maatregelen uit te werken om onverklaarbare variaties terug te dringen (GZD 2).

Klinische biologie:

Binnen dit domein valt op dat bepaalde labotests, zoals vitamine D, B9 en B12, nog steeds vaak en soms ondoelmatig worden aangevraagd. Ook bijvoorbeeld het gebruik van D-dimeren vertoont sterke variatie tussen regio's, wat wijst op mogelijk inefficiënt gebruik: in sommige regio's ligt het gestandaardiseerd gebruik ervan tot dubbel zo hoog als elders. Daarnaast is een evaluatie nodig van het toenemend gebruik van moleculair-biologische testen, zeker gezien recente budgetoverschrijdingen.

Hoewel de uitgaven van individuele testen op zich misschien beperkt lijken, lopen de totale kosten aanzienlijk op. Bovendien leidt overmatig gebruik van diagnostische testen niet alleen tot hogere uitgaven, maar ook soms tot overdiagnose en overbehandeling (vb. antibioticabehandeling van asymptomatische kiemen). Dit zet extra druk op het zorgsysteem en resulteert in bijkomende consultaties en behandelingen.

Een ander voorbeeld, ditmaal binnen de pathologische anatomie, zijn de praktijkvariaties in weefselonderzoeken tussen ziekenhuizen. In 2019 bedroeg het totale budget hiervoor ongeveer 35,4 miljoen euro. Het gaat onder meer om immunohistochemie en elektronenmicroscopie. Een recent KCE-rapport beveelt aan dat beroepsverenigingen richtlijnen opstellen, te beginnen met immunohistochemie bij *Helicobacter pylori* en coeliakie, als basis voor een aangepaste nomenclatuur.

Medische beeldvorming

Een terugkerend pijnpunt is de beeldvorming van de wervelkolom via CT of NMR. Ondanks duidelijke en lang bestaande richtlijnen blijft het gebruik uitzonderlijk hoog, met grote regionale verschillen die wijzen op praktijkvariatie. Tussen 2016 en 2022 daalde het totaal aantal onderzoeken gemiddeld met amper 2% per jaar. In 2019 lag het gebruik van alle CT-onderzoeken in België 40% hoger dan het EU-gemiddelde. Nochtans is bij specifieke rugpijn in de overgrote meerderheid van de gevallen geen beeldvorming nodig, en draagt dit bij aan overbehandeling, onrust en nodeloze verwijzingen.

Er is ook overtuigende evidentie dat de opvolging na oncologische behandeling van sommige indicaties met zware beeldvorming doelmatiger kan, zonder gezondheidsverlies voor de patiënt. Voor individuele zorgverleners is het echter moeilijk om deze praktijken af te bouwen, maar we moeten daar durven samen stappen in zetten. Daarom pleiten we om nationale richtlijnen om het gebruik

van PET-CT, CT en MRI bij geselecteerde indicaties terug te dringen. Zo verminderen we zware beeldvorming, onnodige bestraling en dringen we tegelijk wachttijden terug.

Er kan ook nagedacht worden om in geval van zeer specifieke indicaties bepaalde onderzoeken niet meer door de huisarts te laten voorschrijven maar enkel door de arts-specialist.

Tot slot blijkt ook uit de literatuur dat het volgen van richtlijnen, bijvoorbeeld bij knieartrose, bemoeilijkt wordt doordat patiënten vaak aandringen op beeldvorming en zich niet neerleggen bij een zuiver klinische diagnose. Ook op dat vlak is sensibilisering en ondersteuning nodig om tot meer doelmatig gebruik te komen.

Heelkundige verstrekkingen

Voldoende cijfers tonen dat we in België doelmatiger kunnen, en dus dienen om te springen met chirurgische verstrekkingen.

Zo zijn er opvallende geografische verschillen in het aantal knieoperaties voor artrose, wat het belang onderstreept van het toepassen van de recente kwaliteitsindicatoren voor milde tot ernstige knieartrose. Het strikt opvolgen van deze richtlijnen is cruciaal voor zorg waarbij een conservatieve aanpak centraal staat. Huisartsen en kinesitherapeuten spelen hierbij een sleutelrol. Daarnaast heeft de NRKP in 2023 een indicator goedgekeurd om het ondoelmatig gebruik van arthroscopische meniscectomieën bij degeneratief knielijden terug te dringen.

Een ander voorbeeld van ondoelmatig gebruik is de routinematige endotheelceltelling (ECC) voorafgaand aan een cataractoperatie, waarvoor de meerwaarde bij de meerderheid van de patiënten niet wetenschappelijk is aangetoond. Een mogelijke oplossing is een forfaitaire terugbetaling van cataractchirurgie, met daarin een beperkt bedrag voorzien voor ECC, afgestemd op het percentage patiënten bij wie deze test wél aangetoond doelmatig is.

Daarnaast behoren we tot de landen met een hoog aantal rugchirurgieën. De praktijkvariaties in wervelchirurgie blijven een aandachtspunt.

Speciale verstrekkingen

Binnen de rubriek speciale verstrekkingen treedt eveneens een budgetoverschrijding op, dewelke verder dient geanalyseerd te worden. Binnen de radiotherapie, met een jaarlijks budget van 166 miljoen euro dat in stijgende lijn is, tekent de trend richting hypofractionering zich af binnen bepaalde indicaties. Deze evolutie heeft het potentieel om bij te dragen aan een doelmatiger gebruik van middelen, zonder in te boeten aan kwaliteit van zorg. Dit dient zich dan ook door te zetten in de terugbetalingsvoorwaarden (frequentie, honorarium).

Ook binnen andere domeinen kan gericht gekeken worden naar verbeteringen, zoals bijvoorbeeld de vergoedingsvoorwaarden voor ECG's, en de vergoeding van het multidisciplinair oncologisch consult (MOC).

Ziekenhuizen

Binnen de ziekenhuizen zijn structurele veranderingen nodig om de doelmatigheid van zorg te versterken. Die hervorming is geen doel op zich, maar een noodzakelijke hefboom om zorg toekomstgericht te organiseren: meer ambulant, dicht bij de patiënt en afgestemd op medische noodzaak. We schatten dat het aantal erkende acute ziekenhuisbedden tegen 2030 met zo'n 8% kan dalen, onder meer dankzij de groei van daghospitalisatie en thuishospitalisatie. Medische innovaties maken het steeds vaker mogelijk om complexe zorg in kortere tijd of zelfs thuis aan te bieden. Belangrijk is dat de uitbreiding van het dagziekenhuis zorgvuldig en selectief gebeurt, zoals recent gebeurd is in 2023. Tegelijk dient de financiering die voorzien wordt voor een daghospitalisatie correct te worden afgestemd op de aard en zwaarte van de zorg.

Gekeken kan zo worden of de prestaties op de A-lijst, die dus in aanmerking komen voor BFM chirurgisch dagziekenhuis aan 95%, te verschuiven. Overgewaardeerde prestaties die daar niet langer thuishoren, kunnen worden geschrapt en voortaan gefinancierd via het forfaitaire dagziekenhuisbudget (groepen 1 tot en met 7).

Sommige technische verstrekkingen waarvoor vandaag nog een dagziekenhuisforfait wordt toegekend, kunnen of worden intussen veilig en efficiënt poliklinisch uitgevoerd. We vragen daarom om het forfait voor deze ingrepen te schrappen. Met inachtnaam dat de nomenclatuur voorziet dat prestaties met een waarde $\geq$ K120 of N200 enkel door de ziekteverzekering worden vergoed als ze in een erkend ziekenhuis gebeuren (met uitzondering van oftalmologie).

Medische Huizen

Er zijn signalen dat een beperkt aantal medische huizen misbruik maken van het systeem, dat ze zien als een verdienmodel. Het is legitiem om dit aan te pakken, maar hiervoor ontbreken de wettelijke instrumenten. In afwachting van deze nodige reglementaire aanpassingen zou een programmatie-afpraak gemaakt kunnen worden met de sector over de toegelaten groei. Bv: Indien tijdens 2026 blijkt dat de sector aan het programmatiemaximum zit, worden er tijdelijk geen nieuwe medische huizen toegelaten, en dit tot eind 2026.

End of life

Er zou oordeelkundig werk gemaakt dienen te worden van gerichte maatregelen om onnodige behandelingen en ziekenhuisopnames in de laatste levensfase te vermijden, en meer aandacht te besteden aan levenskwaliteit en levensdoelen. Dit is complex en vraagt een brede, zorgvuldige en overlegde aanpak. Het lijkt zinvol een werkgroep op te richten met vertegenwoordigers van artsen, verpleegkundigen, verzekeringsinstellingen en patiëntenorganisaties, die de opdracht krijgt om uiterlijk tegen 30 juni 2026 een rapport voor te leggen met concrete, haalbare voorstellen om onnodige zorg aan het levenseinde terug te dringen.