

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE-EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel

Dienst Geneeskundige Verzorging

ALGEMENE RAAD

Nota ARGV 2020/065

Brussel, 19 oktober 2020.

BETREFT : Begroting 2021. Globaal voorstel van het Verzekeringscomité.

INHOUD :

In het kader van de begrotingsprocedure is voorzien dat het Verzekeringscomité een globaal voorstel bezorgt aan de Algemene Raad en de Commissie voor Begrotingscontrole uiterlijk op de eerste maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar.

Het koninklijk besluit van 10 september 2017, gepubliceerd in Belgisch Staatsblad van 19 september 2017, wijzigt de stemmingsprocedure in het Verzekeringscomité over het globaal begrotingsvoorstel : het koninklijk besluit voorziet in een gekwalificeerde dubbele meerderheid op elke bank in de eerste zitting, gevolgd door een gewone dubbele meerderheid in een eventuele tweede zitting.

Het globaal voorstel, in bijlage, werd door het Verzekeringscomité goedgekeurd in zijn eerste zitting van 12 oktober 2020 met 22 stemmen voor (unaniem) op de bank van de VI, 11 stemmen voor, 1 stem tegen en 7 onthoudingen op de bank van de zorgverleners.

Gelet op het globale voorstel van het Verzekeringscomité, op het Rapport van de Commissie voor Begrotingscontrole en op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole over het globale voorstel van het Verzekeringscomité, hecht de Algemene Raad uiterlijk de derde maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar zijn goedkeuring aan de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging, de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de overeenkomsten- of akkoordencommissies. De Algemene Raad hecht eveneens zijn goedkeuring aan de structurele besparingen (inhoud, jaarlijks bedrag en datum van inwerkingtreding) die noodzakelijk zijn voor de naleving van de groeinorm en de stijging van de gezondheidsindex.

BUDGETTAIRE WEERSLAG :

Dit voorstel kadert binnen het globale budget 2021 van 30.073.560 duizend €.

ADMINISTRATIEVE WEERSLAG : nihil.

PROCEDURE : Wettelijke basis : artikel 40 van de GVU-wet.

OPDRACHT VAN DE ALGEMENE RAAD :

De Algemene raad gelieve kennis te willen nemen van dit voorstel en een beslissing te nemen met betrekking tot de vaststelling van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de overeenkomsten- of akkoordencommissies.

Budget 2021 – Begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité

Begin dit jaar 2020 veroverde de COVID 19 pandemie de wereld. Er vielen sindsdien wereldwijd meer dan 1 miljoen doden, waarvan meer dan 10.000 in ons land. De maatregelen die genomen zijn om het coronavirus te bestrijden, brachten de wereldeconomie in de greep van een historische recessie.

Deze gezondheids crisis herinnert ons eraan dat gezondheid een "gemeenschappelijk goed" is, dat van vitaal belang is voor het goed functioneren van onze samenleving. Het herinnert ons er ook aan dat gezondheid nooit een vanzelfsprekendheid is, dat een sterk en veerkrachtig gezondheids(zorg)stelsel de onmisbare basis vormt voor onze gezondheid en dat dit stelsel voortdurend moet worden aangepast om de demografische, sociale, ecologische en technologische uitdagingen het hoofd te bieden. Gezondheid moet op de agenda's staan van alle beleidsdomeinen en moet worden gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid van het individu, zijn leefomgeving en zijn sociale context waar men vanuit een solidaire duurzaamheids gedachte breed op inzet. Want het gaat om meer dan enkel investeren in gezondheidszorg. Het gaat ook om welbevinden, empowerment, veerkracht, participatie en zingeving.

De voorbije tien jaar zijn de overheidsbudgetten voor de gezondheidszorg ruimschoots ontoereikend om aan de ontwikkeling van de behoeften te voldoen, laat staan om nieuwe initiatieven te nemen om de kwaliteit en de toegankelijkheid van onze gezondheidszorg te verbeteren, althans in de manier waarop ons zorgstelsel vandaag georganiseerd is. Hoewel onze gezondheidszorg tot de beste ter wereld behoort in termen van kwaliteit en financiële toegankelijkheid, zijn er de laatste jaren steeds meer waarschuwingssignalen: hogere bijdrage voor de patiënt, toename van zorgbehoefte die onvoldoende of niet door de ziekteverzekering wordt terugbetaald, verslechtering van de financiële situatie van de ziekenhuizen¹, achteruitgang van de arbeidsomstandigheden van het personeel in de gezondheidszorg, toename van sociale gezondheidsongelijkheid, tekort aan bepaalde kwalificaties van zorgpersoneel.

Het herfinancieren van de gezondheidszorg op een solidaire en efficiënte basis is niet alleen dringend op gezondheidsgebied, maar ook dringend op sociaal vlak! Herinvesteren in gezondheid betekent ook kiezen voor een herstel dat gericht is op gemeenschappelijk welzijn, op een duurzamer en rechtvaardiger ontwikkelingsmodel.

Het Verzekeringscomité verheugt zich dan ook over het federale regeerakkoord betreffende het budget voor de ziekteverzekering in de komende legislatuur. In totaal vertegenwoordigt het geplande budgettaire groeipad een investering van ongeveer 3 miljard euro in de gezondheidszorg tegen 2024 in vergelijking met een ongewijzigd beleid (cf. groeinorm van 1,5%). Bovendien worden de meerkosten van de maatregelen in het kader van de bestrijding van Covid-19 buiten de begrotingsdoelstelling gefinancierd.

Deze herfinanciering omvat onder meer de recente parlementaire initiatieven als het sociaal akkoord in de gezondheidszorg. Deze initiatieven komen tegemoet aan dringende behoeften die het Verzekeringscomité in haar voorbije adviezen reeds aanbracht. Het Zorgpersoneelsfonds zal het met een budget van 402 miljoen euro mogelijk maken om het tekort aan verpleegkundigen in ons land aan te sterken zoals opgemerkt werd in een recente studie van het KCE. 200 miljoen euro bijkomende middelen worden ter beschikking gesteld om de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren, onder andere in de eerstelijns. Verder zal het sociaal akkoord in de gezondheidszorg met een budget van 600 miljoen euro, waarvan 500 miljoen euro voor loonsverhoging, de

¹ MAHA-studie 2019: een derde van de acute ziekenhuizen heeft verlies geleden, met een gemiddeld courant bedrijfsresultaat dat is gedaald tot slechts 0,2% van de omzet.

gezondheidssector voor zorgverleners aantrekkelijker maken. Tenslotte wordt er voor de uitbreiding van de contraconceptie 11,5 miljoen euro uitgetrokken. Dit totale bedrag van 1,2 miljard euro komt bovenop de begrotingsdoelstelling voor de ziekteverzekering in 2021 en is geïntegreerd in de vertrekbasis voor de berekeningen van de wettelijke groeïnorm vanaf 2022. Verder is er een thesaurie enveloppe voor de ziekenhuizen die geen impact op de toekomstige budgetten gezondheidszorg mag hebben.

Het Verzekeringscomité verheugt zich over de verhoging van de begrotingsdoelstelling en de wettelijke groeïnorm. Voor 2021 wordt de begrotingsdoelstelling verhoogd tot de technische ramingen van het RIZIV; nl. 30.073,56 miljoen euro. De begrotingsdoelstelling wordt vanaf 2022 berekend aan de hand van een wettelijke groeïnorm van 2,5% die berekend wordt op basis van de begrotingsdoelstelling van het jaar voordien, wat het mogelijk maakt om de toenemende uitgaven voor gezondheidszorg te financieren zoals geschat door het Federale Planbureau zonder besparingen in het budget van de ziekteverzekering. Deze verhoging van de begrotingsdoelstelling en van de groeïnorm vertegenwoordigt een investering van 1,7 miljard euro tegen 2024. Het besparingstraject in de farmaceutische sector van 250 miljoen euro in de loop van de legislatuur ten gunste van het begrotingsaldo leidt niet tot een verlaging van de normatieve begrotingsdoelstellingen.

Dit budgettaire groeïpad laat de ziekteverzekering toe om na tien jaar begrotingsdiscipline een inhaalbeweging te maken en uiteindelijk het evenwicht terug te vinden. Naast de bijkomende financiering voor de parlementaire en federale initiatieven die reeds beslist zijn, laten de middelen op basis van een groeïnorm van 2,5% toe om de toenemende uitgaven "bij constant beleid" te financieren. Met andere woorden moeten de middelen die nodig zijn om nieuw beleid te voeren met het oog op een betere toegang en kwaliteit van zorg binnen de globale begrotingsdoelstelling gevonden worden. Bijgevolg zullen de budgetbeheersing en de efficiënte toewijzing en reallocatie van middelen in de komende jaren essentieel blijven om een noodzakelijke paradigmashift in de gezondheidszorg tot stand te brengen.

Hoewel we dringend moeten herinvesteren in gezondheid, moeten we dit momentum ook aangrijpen om lessen te trekken uit deze crisis en de structurele veranderingen door te voeren die nodig zijn om ons gezondheidszorgstelsel te versterken.

De gezondheids crisis heeft inderdaad gewerkt als een "stresstest" voor ons gezondheidssysteem en heeft de belangrijkste structurele tekortkomingen ervan aan het licht gebracht. In het bijzonder heeft het de nadruk gelegd op:

- een gezondheidszorgbeleid dat losstaat van volksgezondheidskwesïtes - preventie, eerstelijnszorg, gemeenschapsgezondheid - en gericht is op het beheer van de acute zorg met het oog op de beheersing van de kosten op korte termijn;
- een silo-organisatie van de gezondheidszorg, met een hoge mate van ontkoppeling tussen ziekenhuis, ambulante zorg en extramurale zorginstellingen voor zorgafhankelijke ouderen en psychiatrische patiënten, hoewel alle zorgverleners tijdens de crisis op lokaal niveau een uitzonderlijke wederzijdse ondersteuning hebben laten zien;
- een complex model van overwegend prestatiefinanciering dat geconfronteerd wordt met een korte termijn liquiditeitscrisis als gevolg van het annuleren en uitstellen van niet-essentiële zorg en dat na de crisis een economisch risico vormt;
- een sterke versnippering van de bevoegdheden inzake gezondheidszorg en een gebrek aan coördinatie waardoor het niet altijd mogelijk was om een gemeenschappelijk en doeltreffend antwoord aan de pandemie te geven, denk in het bijzonder aan het beheer van de epidemie in de woonzorgcentra.

De lessen die we uit deze crisis trekken, vragen om een paradigmaverschuiving in het gezondheidszorgbeleid. Zoals het Verzekeringscomité het in zijn advies over de begroting voor 2020 al heeft gevraagd, **“We hebben nood aan een langetermijnvisie met duidelijke gezondheidsdoelstellingen. Dat moet het mogelijk maken om veel meer vanuit de behoeften van de burger en de patiënt te vertrekken. En we moeten een transversaal beleid ontwikkelen over de grenzen van de sectoren heen en met een meerjarenaanpak binnen een stabiel kader met voldoende middelen.”**

In plaats van een kortetermijnbeleid te voeren met een uitsluitend budgettaire en op silo's gebaseerde aanpak, moet het beleid zich richten op een betere toewijzing van de middelen aan de hand van objectieve behoeften en op een verbetering van de efficiëntie van het gezondheidszorgstelsel. Dit nieuwe beleid is gebaseerd op een strategische visie op gezondheid op de middellange/ lange termijn, gekoppeld aan prioritaire gezondheidsdoelstellingen. In dit verband is het Verzekeringscomité tevreden dat het regeerakkoord zich in deze logica inschrijft aangezien het bepaalt dat *“De wettelijke groeinorm zal niet enkel dienen ter financiering van het volume-effect in de vraag maar moet ook nieuwe zorginitiatieven mogelijk maken die mee ten dienste staan van het realiseren van de vooropgestelde gezondheidszorgdoelstellingen.”*

Vermindering van de sociale ongelijkheid in de gezondheidszorg, het financieel toegankelijker maken van de geestelijke gezondheidszorg, de versterking van de tariefzekerheid voor patiënten, een transparantere, rechtvaardigere en efficiëntere financiering van de ziekenhuizen en van de ziekenhuisartsen invoeren, consolidering van het ziekenhuislandschap op basis van netwerken, invoering van meer geïntegreerde zorgmodellen voor patiënten met chronische aandoeningen, investeringen in preventie, het ontwikkelen van een financieel toegankelijk zorgaanbod voor ouderen in functie van hun behoeften, meer handen ten dienste van de patiënt, de verbetering van de arbeidsomstandigheden van zorgverleners en zorgen voor een beter evenwicht tussen hun werk en privéleven, regelgevende belemmeringen voor samenwerking wegnemen... dit zijn enkele van de prioritaire uitdagingen die de ruggengraat moeten vormen van het nieuwe gezondheidszorgbeleid en de leidraad moeten vormen voor de keuzes in de ziekteverzekering. Het regeerakkoord vermeldt hierover trouwens: *“Een goed gestructureerde, sterke en performante eerstelijns gezondheidszorg is een sleutel voor de toekomst. Deze moet in diens rol als bewaker en coach van ons systeem verder worden ondersteund.”*

Dit ambitieuze gezondheidsbeleid zal niet mogelijk zijn zonder de steun van de gezondheidsactoren, zonder hun betrokkenheid bij de identificatie van de behoeften, de co-creatie van aangepaste antwoorden en de implementatie ervan op het terrein. Het is daarom noodzakelijk om het initiatiefrecht aan het overleg omtrent de gezondheidszorg te herstellen binnen een vernieuwd governance-model. De uitdaging is om een meer transversaal overleg over de silo's heen te stimuleren en de patiënt als geheel - inclusief de psychosociale aspecten van zijn of haar ziekte - in het hart van het besluitvormingsproces van de ziekteverzekering te plaatsen.²

Met name het begrotingskader voor de ziekteverzekering moet worden aangepast om het overleg binnen een voorspelbaar meerjarenperspectief mogelijk te maken, de ontschotting aan te moedigen en de uitvoering van de noodzakelijke hervormingen met betrekking tot de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen te ondersteunen.

² Dit veronderstelt dat het besluitvormingsproces niet enkel gebaseerd is op medisch-technische criteria, maar ook op het psychosociaal welzijn van de patiënt en zijn of haar omgeving door het verder integreren van criteria die verband houden met de "levenskwaliteit", zoals werd opgemerkt ter gelegenheid van het "burgerlaboratorium" georganiseerd door de Koning Boudewijnstichting (referenties /...).

Op die manier wordt een voorspelbare meerjarenbegroting voor de ziekteverzekering gegarandeerd, wat noodzakelijk is voor de uitvoering van de hervormingen. Bovendien wordt gegarandeerd dat de daaruit voortvloeiende efficiëntiewinsten opnieuw worden geïnvesteerd in de ziekteverzekering om de kwaliteit en de toegang tot de zorg te verbeteren.

Er moet ook worden voorzien in specifieke middelen voor de financiering van nieuwe initiatieven om de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen te verwezenlijken, daarbij overleg over de verschillende silo's heen aanmoedigend. Er moet overwogen worden om een deel van de groeinorm voor het realiseren van gezondheidszorgdoelstellingen voor te behouden. We geven aan "transversaal beleid" richting door een deel van de budgettaire marges ter beschikking te stellen voor acties die nodig zijn om gezondheids(zorg)doelstellingen te realiseren. Deze gezondheids(zorg)doelstellingen hebben als doel de stijging van het aantal levensjaren in goede gezondheid enerzijds en het verminderen van sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid anderzijds. (zie enkele voorbeelden in bijlage 2) Het realiseren van gezondheidszorgdoelstellingen vergt de effectieve en efficiënte "samenwerking" van velen op basis van EBM, good practices, gegevensdeling en gezondheidsvaardigheden (Health literacy) vertrekkende van de noden van de bevolking. Het gaat over hoe zorg verlenen en niet over waar of door wie zorg zal worden verleend.

In dezelfde geest moet het overlegmodel worden vereenvoudigd en geprofessionaliseerd. De herinrichting van de federale administraties moet de coherentie van het besluitvormingsproces binnen het overlegmodel zowel vereenvoudigen als versterken. Het besluitvormingsproces moet ook gebaseerd zijn op methodologische, logistieke en wetenschappelijke ondersteuning (Health Research System) van de betrokken administraties.³

Het Verzekeringscomité zou door de Algemene Raad van het RIZIV kunnen worden aangesteld om, in overleg met de verschillende overeenkomstencommissies en de commissie voor begrotingscontrole een voorstel uit te werken om deze beginselen in de besluitvormingsprocessen te verankeren en de begrotingsprocedure in overleg met de minister dienovereenkomstig aan te passen.

Tot slot is het ook van essentieel belang dat de budgetbeheersing van de farmaceutische specialiteiten wordt hersteld. Ondanks een toename van het geneesmiddelenbudget in 2019 en 2020 met meer dan 7% per jaar, laten de technische schattingen voor 2021 een groei zien van 10,7% (+ 516 miljoen euro op 1 jaar!). De financiering van een dergelijke groei in een genormeerde begroting wanneer de middelen beperkt zijn, is op lange termijn niet houdbaar. Om deze uitgaven onder controle te houden, moet het huidige vergoedingssysteem transparanter worden gemaakt en moet de voorspelbaarheid van de begroting worden verbeterd. Gezien de sterke evolutie op bepaalde gebieden, zoals de oncologie, moet er een "horizonscanning" en een systeem van maximale budgetten voor bepaalde pathologieën worden ingevoerd, waarbij de betrokken bedrijven verantwoordelijk worden gesteld in geval van een eventuele overbesteding.

1. Context

Het Verzekeringscomité wenst naar aanleiding van zijn advies omtrent de begroting 2021, de Algemene Raad op een aantal punten te wijzen.

³ We denken hierbij in het bijzonder aan het lopende project dat het RIZIV en de FOD Volksgezondheid op federaal niveau hebben gelanceerd om de reflectie op het niveau van het Verzekeringscomité over "de toekomst van de gezondheidszorg tegen 2040" te ondersteunen en dat het mogelijk moet maken om de verschillende mogelijke/wenselijke scenario's voor de evolutie van de gezondheidszorg en de rol van de verschillende actoren te verduidelijken.

Het begrotingstraject waartoe de Regering in oktober 2014 besliste, legde besparingen in de ziekteverzekering op. Daardoor droeg de gezondheidszorgsector bij tot de sanering van de begroting en/of de financiering van een ander beleid zoals onderstaande tabel aangeeft:

Doelstelling 2015	355.109 d eur
Doelstelling 2016	182.700 d eur
Doelstelling 2017	894.181 d eur
Doelstelling 2018	237.876 d eur
Doelstelling 2019	477.372 d eur
Doelstelling 2020	124.514 d eur

Inventaris van besparingen bij vaststelling begrotingsdoelstellingen

Bron : RIZIV

Deze besparingen hadden en hebben nog steeds onrechtstreeks een invloed op het akkoorden- en overeenkomstenmodel. Daarnaast brachten ze de tariefzekerheid in het gedrang. Wij wijzen daaromtrent op de onrustwekkende toename van het aantal niet-geconventioneerde tandartsen en kinesitherapeuten en de toename van ereloonsupplementen en niet-vergoedbare betalingen (bijv. niet-vergoedbare honoraria) die aan de patiënten gefactureerd worden. Deze besparingen wegen ook op het zorgpersoneel dat ten dienste staat van de patiënt en aldus op de kwaliteit van de zorg. De algemene verhoging van de zorgzwaarte ging de voorbije decennia niet gepaard met een aanpassing van het aantal zorgverleners rond de patiënt, waardoor niet enkel de werkdruk verhoogde, maar ook de kwaliteit van de zorg onder druk kwam te staan en de reden daarvoor is deels het tekort aan personeel aan bed.

Besparingen zijn vanuit gezondheidseconomische invalshoek verdedigbaar wanneer ze als resultaat hebben dat met minder middelen eenzelfde output wordt gerealiseerd. Ze zijn niet verdedigbaar wanneer ze ten koste gaan van toegankelijkheid, betaalbaarheid of kwaliteit van zorg.

Binnen een strak begrotingskader moet bovendien worden vermeden dat de kosten in bepaalde domeinen van de gezondheidszorg onvoldoende gedekt zijn.

Als gevolg van de besparingen nam het budget voor de ziekteverzekering de voorbije jaren gemiddeld met minder dan 1,5% toe. Het budget van de ziekteverzekering werd dan wel gerespecteerd, aan de behoeften van de bevolking werd niet tegemoetgekomen.

Verschillende studies tonen de nood aan bijkomende middelen voor de ziekteverzekering aan. Het rapport van de Studiecommissie voor de Vergrijzing (2020) bijvoorbeeld toont aan dat tot 2040 een toenemend aandeel van het Bruto Binnenlands Product bij constant beleid zal nodig zijn om de uitgaven voor gezondheidszorg te betalen, niet in het minst in de eerst komende jaren tot 2025 onder meer omdat het BBP lager zal liggen dan het niveau dat het zou bereiken zonder gezondheids crisis.⁴ Tegelijkertijd zijn er meer uitgaven ten laste van de patiënt. Niet alleen de vergrijzing heeft een invloed op de gezondheidszorguitgaven, maar ook epidemiologische evoluties en technologische en andere innovaties. In 2020 hebben we vastgesteld dat nog andere elementen spelen zoals de nog te berekenen impact van de gezondheids crisis op de fysieke en mentale gezondheid van een deel van de bevolking.

⁴ Website https://www.plan.be/press/communique-2019-nl-vooruitzichten_2019_2070_een_uitgesproken_toename_van_de_sociale_uitgaven_tot_2040_maar_een_daling_van_het_armoederisico.

Wanneer de baten van een investering groter zijn dan de kosten, dan mag geenszins aan het nut van de investering getwijfeld worden. We verwijzen naar het rapport “Investing in Health” (2013) van de Europese Commissie waarin in de inleiding staat vermeld: *“Health expenditure is recognised as growth-friendly expenditure. Cost-effective and efficient health expenditure can increase the quantity and the productivity of labour by increasing healthy life expectancy. However, the relatively large share of healthcare spending in total government expenditure, combined with the need for budgetary consolidation across the EU, requires more efficiency and cost-effectiveness to ensure the sustainability of current health system models. Evidence suggests there is considerable potential for efficiency gains in the healthcare sector.”*. Efficiëntiematregelen moeten benut worden om met evenveel middelen meer gezondheid te realiseren.

Het Federaal Planbureau liet ons op 10 september 2020 weten dat de Belgische economie in 2020 met 7,4% zou krimpen en zich in 2021 slechts gedeeltelijk zou herstellen.⁵ Op 17 juli 2020 werden we reeds op de hoogte gebracht van een mogelijke impact van Covid-19 op lange termijn en een beperkte economische groei tot 2025.⁶ De middelen voor innovatie en nieuw beleid zullen steeds beperkt blijven. De enige manier om duurzaam kwaliteit en toegankelijkheid van zorg aan iedereen die deze nodig heeft, te kunnen aanbieden, bestaat erin de bestaande en nieuwe middelen zo kosteneffectief mogelijk te besteden op basis van transparante criteria die onder meer te maken hebben met billijkheid, niet ingevulde zorgbehoeften, strijd tegen sociale ongelijkheid, zorgorganisatie, budgettaire impact enz.

Kosteneffectiviteit gaat in eerste instantie over meer kwaliteit van zorg met dezelfde middelen (vb. het toepassen van EBM en EBP, neveneffecten vermijden, ...) of evenveel kwaliteit van zorg met minder middelen (vb. goedkopere geneesmiddelen voorschrijven, geen onnodige interventies, ...) of relatief meer bijkomende kwaliteit in vergelijking tot de bijkomende middelen om die kwaliteit te realiseren (vb. geïntegreerde zorg, patient empowerment, ...). We wensen vanaf 2021 met alle betrokkenen implementatietrajecten met het oog op meer kosteneffectiviteit in de zorg te realiseren. Meer kosteneffectiviteit dient stap voor stap gerealiseerd te worden en houdt geen besparingen in, maar wel herallocatie van beschikbare middelen, in overleg met elke overeenkomstencommissie.

Het budget van de sector farmaceutische specialiteiten bevat vandaag nog steeds een deel van de vergoedingsmassa van de officina-apothekers, die als subsector ook al lange tijd een onderschrijding kent. Het Verzekeringscomité wil onder de aandacht brengen dat besparingen in de sector van de farmaceutische specialiteiten de laatste jaren ook impact hebben gehad op sectoren als officina-apothekers en ziekenhuizen, wat niet wenselijk is. Het Verzekeringscomité verwijst in die context naar de regeringsbeslissing van 4 april 2018 met de officina-apothekers. Aangaande de economische marge werd hier reeds uitvoering aan gegeven, via het uitvoeringsbesluit (M.B. van 21/12/2018) in bijlage 1 en reeds een eerste keer toepassing aan gegeven voor het jaar 2019. Deze maatregel moet volledig geïmplementeerd en verder gezet worden. Het Verzekeringscomité verzoekt eveneens om de beslissing aangaande de aparte partiële begrotingsdoelstelling voor de officina-apothekers, die echter nog niet werd gerealiseerd, zo snel mogelijk in uitvoering te brengen. Verder vraagt het Verzekeringscomité dat besparingsmaatregelen in de sector geneesmiddelen met de betrokken actoren worden overlegd.

Het budget voor farmaceutische specialiteiten is de afgelopen jaren sterk toegenomen (+7,7% in 2019 en 2020, na in rekening brengen van de inkomsten uit artikel 81). In 2021 voorzien de technische

⁵ Federaal Planbureau. Perscommuniqué van 10 september 2020 “De Belgische economie zou in 2020 krimpen met 7,4% en zich in 2021 gedeeltelijk herstellen met een groei van 6,5%.”

⁶ Federaal Planbureau. Perscommuniqué van 17 juli 2020 “Regionale vooruitzichten tot 2025. Een sterk maar gedeeltelijk economisch herstel in de drie gewesten na de recessie van 2020.” zowel als “De economische vooruitzichten 2020-2025” van juni 2020.

ramingen een groei van 10,7%. Deze groei wijkt sterk af van de wettelijke groeionorm voor de ziekteverzekering die 2,5% zal bedragen. Een groei van meer dan 2,5% kan gerechtvaardigd zijn om innovatie te financieren, maar dergelijk grote afwijkingen zijn onhoudbaar. Bovendien valt jaar na jaar de overschrijding van de begrotingsdoelstelling farmaceutische specialiteiten op.⁷ De sterke groei in de sector farmaceutische specialiteiten heeft tot gevolg dat er binnen de begrotingsdoelstelling geen marge overblijft voor nieuwe initiatieven in andere sectoren.

De uitgaven naar aanleiding van de inhaalbedragen en de voorzieningen voor juridische geschillen worden mits de nodige aanpassingen in de betreffende wetgeving voortaan exogeen bovenop de begrotingsdoelstelling toegevoegd. Het Verzekeringscomité waardeert dat het budget Gezondheidszorgen transparant opgevolgd wordt. Voor de sector ziekenhuizen betekent dit een afzonderlijke opvolging van enerzijds het structurele, beleidsmatige budget voor de sector ziekenhuizen en anderzijds naast de one shot elementen ook de financiering van de statutaire pensioenen alsook de uitrol van sociale akkoorden.

Ondanks deze prangende situatie koos het Verzekeringscomité de voorbije jaren steeds weer voor een constructief en probleemoplossend overleg. Dit voorstel vandaag bewijst die keuze nogmaals. Een diepgaand overleg tussen zorgverleners en de mutualiteiten in de Overeenkomstencommissies met wederzijds respect is noodzakelijk.

2. Langetermijnvisie, gezondheids(zorg)doelstellingen en financieel meerjarenplan

Ons gezondheidssysteem staat voor tal van uitdagingen, met name op het vlak van de financiering van zorg, de organisatie van zorg, de vergrijzing van de bevolking, chronische en complexe ziekten, toegenomen diversiteit enz.

De KCE-studie “De performantie van het Belgische gezondheidssysteem”⁸ meet driejaarlijks de performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Deze studie vormt een interessante basis voor het formuleren van gezondheidsdoelstellingen en het monitoren ervan. Gezondheidsdoelstellingen maken op een meetbare manier zichtbaar welke gezondheidswinst een samenleving over een wel bepaalde periode wenst te realiseren.⁹

Om een gezondheidsdoelstelling te realiseren, dient er initiatief genomen te worden. Het is best mogelijk dat een overheid niet over de middelen beschikt om alle gewenste initiatieven voor de geformuleerde doelstellingen te realiseren. Gezondheidseconomische evaluatie van mogelijke acties is nodig om de schaarse middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten met het oog op maximale gezondheid. Transparante criteria om keuzes te maken wanneer de middelen beperkt zijn, zijn nodig, in overleg met de bevoegde minister, voor een periode van meerdere jaren zodat de nodige acties kunnen genomen en bijgestuurd of gecontroleerd worden. Het realiseren van gezondheidsdoelstellingen vergt vaak de samenwerking van velen, zowel op het vlak van de regio’s (vb. het bestrijden van sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid) als op het vlak van de zorgverstrekkers en de zorgvoorzieningen (vb. gecoördineerde of multidisciplinaire zorg). We

⁷ De sector farmaceutische specialiteiten heeft haar budget met 249, 267, 268, 392 en 198 miljoen euro overschreden in respectievelijk 2015, 2016, 2017, 2018 en 2019 (rekening houdend met de inkomsten uit art. 81/111), of met andere woorden een overschrijding van 1,4 miljard euro op 5 jaar tijd. In 2020 is de verwachte overschrijding 108 miljoen euro.

⁸ Zie <https://kce.fgov.be/nl/de-performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem-%E2%80%93-rapport-2019>

⁹ Zie de website www.gezondbelgie.be.

verwijzen graag naar de bijlage 2 voor een eerste aanzet vanwege de mutualiteiten betreffende het concept gezondheids(zorg)doelstellingen in de ziekteverzekering.

De zorgsector is aan de vooravond van een transitie die meer samenwerking en een grotere transversaliteit zal vereisen. Sommige sectoren zijn al in volle hervormingen, zoals het geval is bijvoorbeeld voor de ziekenhuissector. Deze transformaties kunnen slechts bewerkstelligd worden in een omgeving die stabiel is en in een relatie van vertrouwen tussen alle betrokkenen. Het is daarom van essentieel belang te genieten van een voorspelbaar begrotingskader op de middellange termijn. *“Onze ziekenhuizen moeten binnen een budgettair meerjarenkader zodanig gefinancierd worden dat zij aan alle patiënten kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg aanbieden op een duurzame manier.”*¹⁰ Van essentieel belang is eveneens dat herfinanciering gepaard gaat met financiële toegankelijkheid en transparantie in de aanwending van de middelen. De hervorming van de financiering van de ziekenhuizen dient gelijktijdig te verlopen met een herijking van de nomenclatuur en met een verduidelijking van de afspraken over het wettelijke kader van de afdrachten. Misschien kunnen de werkzaamheden in het kader van de herijking van de nomenclatuur versneld worden verder gezet. Overleg met alle betrokkenen om in de juiste richting te evolueren, is vereist. Daarnaast dient er ook een grotere aandacht besteed te worden aan de sociale rechten van de arts in opleiding, aan de kwaliteit van zijn opleiding en aan de vergoeding tijdens permanenties zowel voor de HAIO als voor de ASO.

Het Verzekeringscomité stelt een voorspelbare meerjarige begroting voor, met een redelijke flexibiliteit binnen de budgettaire doelstellingen. Het is duidelijk dat een geschikt regelgevend kader nodig zal zijn voor de invoering van een meerjarenbegroting voor de verplichte ziekteverzekering.

Het meerjarenplan en de bredere horizon die ermee gepaard gaat, laat de sectoren toe om, in het geval van besparingen op basis van efficiëntiewinsten of dalingen in de consumptie, deze middelen te herinvesteren, bijvoorbeeld om in te gaan op veelbelovende technologische ontwikkelingen of een andere aanpak in de organisatie van de zorg. We denken vb. aan taakdelegatie, gegevensdeling voor een betere samenwerking en aangepaste financieringsmodellen... We maken verder werk van een grotere zorggeletterdheid bij alle burgers. We baseren ons op nationale zowel als internationale studies, vb. KCE, enz.

Een meerjarenplan over meerdere jaren heeft voordelen:

- het meerjarenplan laat ruimte voor flexibiliteit: een sector die zijn begrotingsdoelstelling met maximum 1% overschrijdt, wordt daarvoor niet gesanctioneerd indien hij in het andere jaar zijn budget onderschrijdt;
- het meerjarenplan laat toe om een strategische visie te realiseren wanneer diverse maatregelen genomen worden, maar niet tegelijkertijd kunnen ingevoerd worden. Indien de financiële impact van een eerste maatregel dient te kunnen gemeten worden om over de tweede maatregel een definitieve beslissing te kunnen nemen, dan dienen deze maatregelen gekoppeld geïmplementeerd te worden en dit over een periode van langer dan één jaar. Indien de eerste maatregel bijvoorbeeld een besparingsmaatregel is, dan wordt bij de technische ramingen van het tweede jaar geen rekening gehouden met de gerealiseerde mindere uitgaven omdat de besparingsmaatregel tot doel heeft in het tweede jaar een nieuw initiatief te realiseren waarbij de sector op basis van de efficiëntiewinsten een bijdrage in de meerkost van het nieuwe initiatief heeft geleverd;
- van zodra gezondheidsdoelstellingen nagestreefd worden en over een periode van twee of drie jaar gemonitord worden, wordt het duidelijk welke investeringen nodig zijn om bepaalde gezondheidswinsten op te leveren. Dankzij deze gezondheidsdoelstellingen en een begroting

¹⁰ Zie de formatienota van 30 september 2020, p.20.

op meerdere jaren wordt de ziekteverzekering op een transparante wijze en met een duidelijke visie in de richting van meer toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor elke zorgbehoevende geleid;

- een dergelijke werkwijze laat toe dat sectoren en gezondheidszorgactoren anticiperen op de budgettaire impact van structurele hervormingen. Zo is er tijd om desgevallend budgetten te reserveren om deze budgettaire impact in het tweede jaar op te vangen of te compenseren.

In de toekomst zou de begroting van de ziekteverzekering nog nauwer moeten kunnen aansluiten bij de reële behoeften van de burgers. De techniek met betrekking tot het vaststellen van partiële begrotingsdoelstellingen (constant en nieuw beleid) en budget voor transversaal beleid op basis van gezondheidszorgdoelstellingen en lange termijnvisie dient onderzocht te worden. Daartoe wordt een werkgroep van het Verzekeringscomité opgericht met een dubbele opdracht:

- voorstellen van transversaal beleid uitwerken op basis van gezondheidszorgdoelstellingen en op basis van de langetermijnvisie.
- criteria voorstellen op basis waarvan in de toekomst door het Verzekeringscomité investeringskeuzes in de ziekteverzekering worden gemaakt. Gezondheidszorgdoelstellingen zullen de baten van de investeringskosten duidelijk maken. Investeringskeuzes kunnen dan gemaakt worden op basis van de verwachte gezondheidswinsten, naast andere beleidsdoelstellingen, en rekening houdend met het beschikbare budget. Het Verzekeringscomité doet voorstellen aan de Algemene Raad die het budgettaire kader, het meerjarenplan en de prioritaire gezondheidsdoelstellingen in overleg met alle actoren bepaalt.

Een goed beheer van de begroting vereist dat maatregelen binnen een bepaalde timing genomen worden. Ook dienen termijnen voor de beslissing van de Inspecteur van Financiën en van de Minister van Begroting wettelijk vastgesteld te worden met het oog op een vlotte publicatie van besluiten in het Belgisch Staatsblad en dienen het Verzekeringscomité, het RIZIV en de beleidscel zich te engageren voor een zo vlot mogelijke doorstroming van dossiers.

3. Reactie van het Verzekeringscomité op de budgetoverschrijding in de sector farmaceutische specialiteiten

De overheidsuitgaven voor geneesmiddelen in de gezondheidszorg nemen de laatste jaren sterk toe. De belangrijkste oorzaken van deze stijging zijn de hoge prijzen van nieuwe geneesmiddelen, de trend van toenemend gebruik van duurder therapieën (vooral in de ziekenhuizen), en de volumes die voorgeschreven worden.

Om de uitgaven onder controle te houden, is een bijsturing van het huidige systeem voor terugbetaling nodig. Dit kan gerealiseerd worden door meer de focus te leggen op de echte medische behoeften van de patiënten en de prioriteiten in de gezondheidszorg, door de werking van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) bij het RIZIV te optimaliseren, en door de farmaceutische sector sterker te responsabiliseren.

De farmaceutische sector is bij uitstek een internationale sector. Een sterkere samenwerking op internationaal en Europees niveau is belangrijk om te komen tot meer transparantie over de reële kosten van geneesmiddelen, en om op langere termijn alternatieve businessmodellen voor de farmaceutische industrie te ontwikkelen.

Door het stimuleren van het rationeel en correct gebruik van geneesmiddelen kan het geneesmiddelengebruik in België geoptimaliseerd worden. Concreet willen we inzetten op regelmatig overleg tussen arts en apotheker over het voorschrijven van medicatie, op het meer voorschrijven volgens de richtlijnen (guidelines), het meer inzetten op preventie en een hoger gebruik van goedkope geneesmiddelen zoals bv. biosimilars en andere off-patent geneesmiddelen.

Zie bijlage 3 voor meer detail met betrekking tot de visienota van de verzekeringsinstellingen over het geneesmiddelenbeleid.

4. Voorstel van het Verzekeringscomité

De inspanningen om kwaliteitsvolle zorg te organiseren die voor iedereen optimaal toegankelijk is en de levenskwaliteit van alle burgers verbetert, moeten ondersteund worden ondanks de beperkte middelen. Die doelstelling geldt voor de hele gezondheidszorgsector, zorgverleners en verzekeringsinstellingen.

De zorgverleners moeten bij dit debat worden betrokken om deze principes ingang te doen vinden in het overleg maar ook op het terrein. Het Verzekeringscomité wenst te blijven investeren in het overlegmodel waarbij alle gezondheidsactoren betrokken zijn. In dat kader en ondanks de moeilijke budgettaire context door de regeringsvorming, vonden bilaterale en zelfs multilaterale ontmoetingen plaats opdat het voorstel van het Verzekeringscomité de bekommelingen en prerogatieven van de sector zo goed mogelijk zou weerspiegelen.

2021 is een bijzonder jaar. De aanwezigheid van Covid-19 vertaalt zich op twee niveaus: enerzijds is er de meerkost omwille van de maatregelen die genomen moeten worden om Covid-19 te bestrijden en anderzijds is er de impact van Covid-19 op de uitgaven bij constant beleid omwille van de aanhoudende beschermingsmaatregelen. Aangezien de structurele impact van Covid-19 vandaag nog onvoldoende kan ingeschat worden, is een afzonderlijke budgettering ervan voorlopig nog noodzakelijk. De impact van de Covid-19 crisis op de zorgactiviteit in 2020 is alvast niet gering: deze mindere uitgaven worden geschat op 1,4 miljard euro in het eerste semester van 2020. Deze middelen worden in 2020 gemobiliseerd voor compensatiemaatregelen voor de ziekenhuizen. Het is koffiedik kijken welke de impact van Covid-19 op de uitgaven in 2021 zal zijn.

Bij een strakke toepassing van het normatief kader dat artikel 40 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994(11) vastlegde, bedraagt de begrotingsdoelstelling 2021 voor gezondheidszorg 29,5 miljard euro, rekening houdende met de gedeeltelijke integratie van enkele recente politieke beslissingen in het budget gezondheidszorgen 2020 en verder. Daarmee wordt bedoeld:

Overzicht parlementaire beslissingen	Totale meerkost ervan op jaarbasis
Zorgpersoneelsfonds	€ 402 miljoen
Mobiele equipes ziekenhuizen	€ 22 miljoen
Uitbreiding geestelijke gezondheidszorg	€ 200 miljoen
Uitbreiding contraceptie	€ 11,5 miljoen
Sociaal akkoord	€ 600 miljoen (*)
Totaal	€ 1.235 miljard

¹¹ « Vanaf 2016 stemt het bedrag van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling overeen met het bedrag van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het vorige jaar, vermeerderd met een reële groeinorm van 1,5 pct. en vermeerderd met het bedrag dat overeenstemt met de meerkosten in het begrotingjaar van de indexering van de lonen, verzekeringstegemoetkomingen, tarieven en prijzen bepaald bij of krachtens deze gecoördineerde wet.. »

(*) In 2021 gaat het over €250 miljoen voor lonen en €100 miljoen voor de financiering van de kwalitatieve verbetering van de arbeidsomstandigheden. Het eerste deel zal in 2022 verdubbelen.

Begrotingsdoelstelling voor 2021:

Strikte normberekening	2021 (in 000 eur)
Globale begrotingsdoelstelling 2020	27.975.913
E-attest tandheekunde	-25.000
Maandelijks facturatie psychiatrische ziekenhuizen	-36.000
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 – 2020	-697.048
Inhaalbedragen / Juridische geschillen BFM 2020	-185.095
Strikte norm 2020	27.032.770
Reële groeionorm 1,5%	405.492
Sub-totaal	27.438.262
Gezondheidsindex (1,01%)	166.608
Spilindexmassa 2021 (overschrijding spil februari 2020 + augustus 2021)	49.169
Sub-totaal	27.654.069
Uitbreiding eerstelijnspsychologische zorg	16.700
Saldo Zorgpersoneelsfonds	34.898
Saldo Mobiele equipes ziekenhuizen	2.550
Saldo geestelijke gezondheid	131.995
Saldo contraceptie	7.632
Sociaal akkoord	350.000
Sub-totaal	28.197.814
Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 – 2021	876.153
eAttest artsen-specialisten	44.752
eAttest tandartsen	21.061
Inhaalbedragen / juridische geschillen BFM 2021	394.416
Voorstel Begrotingsdoelstelling 2021	29.534.196

De technische ramingen van september van het RIZIV bedragen 30 miljard euro.

De technische ramingen van het RIZIV liggen dus 539 miljoen euro hoger dan de normatieve begrotingsdoelstelling.

Raming 2021 (p2020)	29.846.260
Indexering honoraria	166.608
Spilindex	60.692
Raming 2021 (p2021)	30.073.560
BD 2021	29.534.196
Verschil met de BD 2021	-539.364

Op 1 oktober II. werden we op de hoogte gesteld van de politieke beslissingen in het kader van het budget gezondheidszorgen 2021. Voor het jaar 2021 zal de wettelijke groeionorm bepaald worden op basis van de technische ramingen van het RIZIV, rekening houdend met mogelijke technische correcties. Hierdoor is er geen tekort meer.

Raming 2021 (p2020)	29.846.260
Indexering honoraria	166.608
Spilindex	60.692
Raming 2021 (p2021)	30.073.560
BD 2021	30.073.560
Verschil met de BD 2021	0

In het weekend van 2 oktober werden we door de bevoegde minister in kennis gesteld van de budgettaire lijn die door de regering werd vastgelegd voor het jaar 2021. Het regeerakkoord en de bijbehorende budgettaire tabel stipuleert volgende zaken:

- Voor het jaar 2021 is de begrotingsdoelstelling gelijk aan de ITR2021 (Nota CGV 2020/210) meer bepaald 30.073.560 kEuro;
- Een besparing ten gunste van het begrotingssaldo ten belope van 150.000 kEuro wordt gevraagd, die gezocht dient te worden op het budget farmaceutische specialiteiten in de strikte zin.

De bevoegde minister vraagt aan de leden van het Verzekeringscomité om met deze budgettaire contouren rekening te houden.

Het regeerakkoord vermeldt dat de wettelijke groeिनorm niet enkel zal dienen ter financiering van het volume-effect in de vraag, maar ook nieuwe zorginitiatieven moet mogelijk maken die mee ten dienste staan van het realiseren van de vooropgestelde gezondheidszorgdoelstellingen en het verlagen van de patiëntenfactuur. Het Verzekeringscomité stelt reeds geruime tijd vast dat de behoefte aan nieuwe initiatieven om de gezondheidszorg te verbeteren dringend nodig zijn. Het Verzekeringscomité verwijst daarvoor naar de behoeftelijsten van de verschillende overeenkomstencommissies. Daarnaast zijn er ook de lopende parlementaire initiatieven (maximumfactuur, ...) ter verbetering van de toegang tot de zorg die in de Commissie worden besproken.

Het Verzekeringscomité neemt akte van dit budgettair kader. Rekening houdend met de uiterst krappe timing, de reeds besliste forse investeringen in de geestelijke gezondheidszorg en het zorgpersoneel in 2021 die nog moeten worden vertaald in concrete maatregelen in overleg met de betrokken actoren, het optrekken van de begrotingsbasis tot de technische ramingen en het door de regering opgelegde besparingstraject in de sector farmaceutische specialiteiten, beslist het Verzekeringscomité om geen bijkomende voorstellen te doen in het kader van de begrotingsopmaak 2021. Elke sector dient waar nodig en mogelijk binnen zijn eigen partiële begrotingsdoelstelling in 2021 middelen vrij te maken voor dringende nieuwe initiatieven.

2021 is een overgangsjaar om een aantal zaken zoals boven vermeld voor te bereiden voor 2022.

Het Verzekeringscomité stelt voor om in samenspraak met de regering:

- In lijn met het regeerakkoord, de aangehaalde visie in dit begrotingsvoorstel en het eindrapport van Living Tomorrow, vanaf het begrotingsjaar 2022 een deel van de wettelijke groeिनorm boven de 2 procent in te zetten voor de realisatie van gezondheidszorgdoelstellingen. Tegen juni 2021 moeten voorstellen gemaakt worden om invulling te geven aan het budget dat hiervoor gereserveerd wordt. Dit is overeenkomstig het regeerakkoord dat stelt: *“De wettelijke groeिनorm zal niet enkel dienen ter financiering van het volume-effect in de vraag maar moet ook nieuwe zorginitiatieven mogelijk maken*

die mee ten dienste staan van het realiseren van de vooropgestelde gezondheidszorgdoelstellingen en het verlagen van de patiëntenfactuur.”

Het Verzekeringscomité schuift hiertoe al volgende werven naar voor in lijn met de gezondheids(zorg)doelstellingen:

- Preventieve zorg. We willen een andere invulling van de zorg en ondersteuning waarbij de patiënt centraal staat en waarbij die zorg persoonlijk is, predictief, preventief en participatief. We willen meer inzetten op preventieve zorg en opvolgingsbezoeken, onder meer in de tandzorg en in de thuiszorg. Verder willen we meer aandacht besteden aan het voorkomen van overgewicht en obesitas, verslaving, chronische aandoeningen...
- Financiële toegankelijkheid van de zorg. We denken hierbij onder meer aan een betere toegankelijkheid van tandzorg, de zorgverlening in de eerste lijn (vb. een versterking van de forfaitaire vergoeding of van de financieringscomponenten om samenwerking en preventief en gericht handelen aan te moedigen, hoorapparaten of kosten van patiëntenvervoer, zoals voorbeeld opgenomen in de behoeftefiches van de sectoren en het Observatorium Chronisch Zieken, en meer daghospitalisatie waar mogelijk. Vanuit het Verzekeringscomité wordt eveneens gewerkt aan evenwichtige tariefakkoorden die leiden tot een hogere conventiegraad en dus meer tariefzekerheid voor de patiënt;
- Geïntegreerde zorg. We denken hierbij aan de uitrol van zorgtrajecten om de zorg voor patiënten in samenwerking met verschillende zorgverleners te verbeteren zoals zorgtrajecten voor zwangere vrouwen, het voortraject diabetes met meer inzet van educatie door apothekers, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, diëtisten en podologen, zorgtrajecten voor mensen met een zeldzame aandoening, voor patiënten die voor bariatrische chirurgie in aanmerking komen of voor personen met risico op of met ondervoeding... Initiatieven in de richting van thuiszorg voor kankerpatiënten (vb. project OncoHome) kunnen in dit kader opgenomen worden zowel als het ondersteunen van de netwerken ziekenhuizen en de netwerken artikel 107. De geïntegreerde zorg moet ondersteund worden door een vlotte gegevensuitwisseling tussen actoren met respect voor de privacy (vb. de uitbouw van het EPD is hierin belangrijk als investering in ICT). Ook het verhogen van het gezondheidsvaardigheidsniveau, meer overleg tussen arts en apotheker betreffende het voorschrijven van geneesmiddelen met onder meer als doelstelling minder polimedicatie onder de 75-plussers, meer zorgcoördinatie voor patiënten met chronische aandoeningen en voor patiënten die revalideren van een besmetting door Covid-19 passen hieronder, en meer geestelijke gezondheidszorg. In de behoeftefiches van de sectoren vinden we hier ook elementen van terug. Verder lopen er tot eind 2021 pilootprojecten Geïntegreerde Zorg voor chronisch zieken die geëvalueerd dienen te worden en mits positieve evaluatie verlengd kunnen worden;
- dat, in lijn met het regeerakkoord, de aangehaalde visie in dit begrotingsvoorstel en het eindrapport van Living Tomorrow, het Verzekeringscomité een Task Force opricht om in overleg met elke overeenkomstencommissie en andere bevoegde overlegorganen een plan doelmatige zorg (verminderen van de medische praktijkvariëaties, rationeel voorschrijven...) uit te werken en daarbij een bepaald budget voor ogen te houden dat in 2022 op structurele basis efficiëntiewinsten moet genereren en waarover vóór 30 juni 2021 verslag aan het Verzekeringscomité wordt uitgebracht dat er toezicht op houdt en een coördinerende rol opneemt. We kunnen dit integraal terug investeren in de zorg.

Ten slotte roept het Verzekeringscomité op –om in overleg met alle betrokken actoren- een gedragen meerjarenpact met de sector farmaceutische specialiteiten uit te werken. Dit pact moet rekening houden met het opgelegde besparingstraject, en inzetten op meer transparantie, het

bijsturen van het huidige systeem van terugbetaling en het stimuleren van het rationeel en correct gebruik van geneesmiddelen, zoals ook beschreven in bijlage 3 van deze nota.

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 17 december 2018;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 21 december 2018;

Overwegende dat de Commissie voor de Regulering van de Elektriciteit en het Gas op 13 december 2018 op basis van de huidige tariefbepalingen, is overgegaan tot raming van de bedragen die nodig zijn om in 2019 te kunnen voorzien in de financiering van de werkelijke kostprijs ingevolge de toepassing van maximumprijzen voor de levering van elektriciteit aan beschermde residentiële klanten vastgesteld op 106.534.893 euro;

Op de voordracht van de Minister van Energie,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Voor het jaar 2019, is het bedrag van het fonds dat nodig is om te kunnen voorzien in de financiering van de werkelijke kostprijs ingevolge de toepassing van maximumprijzen voor de levering van elektriciteit aan beschermde residentiële klanten vastgesteld op 106.534.893 euro.

Art. 2. Voor het jaar 2019, is het bedrag van het fonds dat nodig is om te kunnen voorzien in de financiering van de werkelijke kostprijs ingevolge de toepassing van maximumprijzen voor de levering van aardgas aan beschermde residentiële klanten vastgesteld op 55.702.504 euro.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2019.

Art. 4. De minister bevoegd voor Energie is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 21 december 2018.

FILIP

Van Koningswege :
De Minister van Energie,
M. C. MARGHEM

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 17 décembre 2018;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 21 décembre 2018;

Considérant, que la Commission de Régulation de l'Electricité et du Gaz a procédé le 13 décembre 2018, sur la base des dispositions tarifaires actuellement en vigueur, à l'estimation des montants nécessaires pour assurer en 2019 le financement du coût réel résultant de l'application de prix maximaux pour la fourniture d'électricité et de gaz naturel aux clients protégés résidentiels;

Sur la proposition de la Ministre de l'Energie,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Pour l'année 2019, le montant du fonds nécessaire pour assurer le financement du coût réel résultant de l'application de prix maximaux pour la fourniture d'électricité aux clients protégés résidentiels est fixé à 106.534.893 euros.

Art. 2. Pour l'année 2019, le montant du fonds nécessaire pour assurer le financement du coût réel résultant de l'application de prix maximaux pour la fourniture de gaz naturel aux clients protégés résidentiels est fixé à 55.702.504 euros.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Art. 4. Le ministre qui a l'Energie dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 21 décembre 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :
La Ministre de l'Energie,
M. C. MARGHEM

FEDERALE OVERHEIDSDIENST ECONOMIE,
K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE

[C – 2018/14995]

21 DECEMBER 2018. — Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 17 juni 2014 tot aanwijzing van de met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties als bedoeld in boek V van het Wetboek van economisch recht en tot vaststelling van de maximumprijzen en maximummarges van de geneesmiddelen en de met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties

De Minister van Economie en de Minister van Volksgezondheid,

Gelet op het artikel V.12, § 2, eerste lid, van het Wetboek van economisch recht, ingevoegd bij de wet van 3 april 2013;

Gelet op het ministerieel besluit van 17 juni 2014 tot aanwijzing van de met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties als bedoeld in boek V van het Wetboek van economisch recht en tot vaststelling van de maximumprijzen en maximummarges van de geneesmiddelen en de met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties, gewijzigd bij ministerieel besluit van 17 februari 2016;

Gelet op het advies van de Prijzencommissie voor de Farmaceutische Specialiteiten, gegeven op 12 november 2018;

Gelet op het advies van de Commissie tot Regeling der Prijzen, gegeven op 12 november 2018;

Gelet op het overleg met de Minister van Sociale Zaken;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 9 november 2018;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 5 december 2018;

Gelet op het advies 64.739/1 van de Raad van State, gegeven op 19 december 2018, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973,

Besluiten :

Artikel 1. Artikel 5, 1^o, b), van het ministerieel besluit van 17 juni 2014 tot aanwijzing van de met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties als bedoeld in boek V van het Wetboek van

SERVICE PUBLIC FEDERAL ECONOMIE,
P.M.E., CLASSES MOYENNES ET ENERGIE

[C – 2018/14995]

21 DECEMBRE 2018. — Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 17 juin 2014 désignant les objets, appareils et substances assimilés à des médicaments, visés dans le livre V du Code de droit économique et fixant les prix maxima et marges maxima des médicaments et des objets, appareils et substances assimilés à des médicaments

Le Ministre de l'Economie et la Ministre de la Santé publique,

Vu l'article V.12, § 2, alinéa 1^{er}, du Code de droit économique, inséré par la loi du 3 avril 2013;

Vu l'arrêté ministériel du 17 juin 2014 désignant les objets, appareils et substances assimilés à des médicaments, visés dans le livre V du Code de droit économique et fixant les prix maxima et marges maxima des médicaments et des objets, appareils et substances assimilés à des médicaments, modifié par l'arrêté ministériel du 17 février 2016;

Vu l'avis de la Commission des prix des spécialités pharmaceutiques, donné le 12 novembre 2018;

Vu l'avis de la Commission de régulation des prix, donné le 12 novembre 2018;

Vu la concertation avec la Ministre des Affaires sociales;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 9 novembre 2018;

Vu l'accord de la Ministre du Budget, donné le 5 décembre 2018;

Vu l'avis 64.739/1 du Conseil d'Etat, donné le 19 décembre 2018, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973,

Arrêtent :

Article 1^{er}. L'article 5, 1^o, b), de l'arrêté ministériel du 17 juin 2014 désignant les objets, appareils et substances assimilés à des médicaments, visés dans le livre V du Code de droit économique et fixant les

economisch recht en tot vaststelling van de maximumprijzen en maximummarges van de geneesmiddelen en de met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties, wordt als volgt vervangen :

“b) voor de officina-apotheker :

- 6,42 % van de verkoopprijs af-fabriek, btw niet inbegrepen, van het geneesmiddel als deze prijs lager ligt dan of gelijk is aan 60 euro;

- 3,85 euro + 2,12 % van het deel van de verkoopprijs af-fabriek, btw niet inbegrepen, van het geneesmiddel boven 60 euro, als deze prijs hoger ligt dan 60 euro.

De marges bedoeld in het eerste lid zijn berekend voor het jaar 2019 op basis van het bedrag van 101.077.446 euro. Dit bedrag wordt voor het jaar 2019 geïndexeerd naar 102.543.069 euro.

De maximummarges bedoeld in het eerste lid maken het voorwerp uit van een jaarlijkse aanpassing berekend in het jaar $t - 1$ voor het jaar t , door ze te vermenigvuldigen met een coëfficiënt die wordt bekomen bij de toepassing van de volgende formule: $(101.077.446 \text{ euro marge} / \text{geraamde marge voor het jaar } t)$, waarbij “jaar t ” staat voor het volgende kalenderjaar en “geraamde marge voor het jaar t ” voor de door de Dienst Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, in het raam van artikel 38, zesde lid, van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, geraamde marge voor het jaar t .

De “101.077.446 euro marge” is de geraamde marge voor het jaar 2017. Dit bedrag wordt in de bovenstaande formule in voorkomend geval jaarlijks verhoogd met de opeenvolgende gezondheidsindexeringen volgens de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

De bedragen en ramingen van de marges, bedoeld in de vorige leden, zijn BTW niet inbegrepen.”

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2019.

Brussel, 21 december 2018.

De Minister van Economie,
K. PEETERS

De Minister van Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

prix maxima et marges maxima des médicaments et des objets, appareils et substances assimilés à des médicaments, est remplacé comme suit :

« b) pour le pharmacien d'officine :

- 6,42 % du prix de vente ex-usine, T.V.A. non comprise, du médicament, si ce prix est inférieur ou égal à 60 euros;

- 3,85 euros + 2,12 % de la partie du prix de vente ex-usine, T.V.A. non comprise, du médicament dépassant 60 euros, si ce prix est supérieur à 60 euros.

Les marges visées à l'alinéa 1^{er} sont calculées pour l'année 2019 sur base du montant de 101.077.446 euros. Ce montant est par ailleurs indexé pour l'année 2019 à hauteur de 102.543.069 euros.

Les marges maximales visées à l'alinéa 1^{er} font l'objet d'une adaptation annuelle calculée en l'année $t - 1$ pour l'année t en les multipliant par un coefficient obtenu en appliquant la formule suivante : $(\text{marge de } 101.077.446 \text{ euros} / \text{marge estimée pour l'année } t)$, où « année t » correspond à l'année civile suivante et « marge estimée pour l'année t » à la marge estimée par le service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité pour l'année t , dans le cadre de l'article 38, alinéa 6, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

La « marge de 101.077.446 euros » est la marge estimée pour l'année 2017. Le cas échéant, ce montant est majoré annuellement dans la formule susmentionnée avec les indexations de santé successives selon les dispositions prévues dans l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

Les montants et les estimations des marges visés aux alinéas précédents sont TVA non comprise. »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Bruxelles, le 21 décembre 2018.

Le Ministre de l'Economie,
K. PEETERS

La Ministre de la Santé publique,
M. DE BLOCK

FEDERALE OVERHEIDSDIENST FINANCIEN

[C – 2018/15698]

14 OKTOBER 2018. — Wet tot wijziging van het Wetboek der registratie-, hypotheek- en griffierechten teneinde de griffierechten te hervormen. — Erratum

In het *Belgisch Staatsblad* nr. 300 van 21 december 2018, bladzijde 101648, akte 2018/12962, moet men deze publicatie als niet bestaand en van geen waarde beschouwen.

SERVICE PUBLIC FEDERAL FINANCES

[C – 2018/15698]

14 OCTOBRE 2018. — Loi modifiant le Code des droits d'enregistrement, d'hypothèque et de greffe en vue de réformer les droits de greffe. — Erratum

Au *Moniteur belge* n° 300 du 21 décembre 2018, page 101648, acte 2018/12962, il y a lieu de considérer cette publication comme nulle et non avenue.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST FINANCIEN

[C – 2018/15734]

19 DECEMBER 2018. — Koninklijk besluit nr. 2 met betrekking tot de forfaitaire regeling inzake belasting over de toegevoegde waarde

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Dit ontwerp van koninklijk besluit heeft tot doel het koninklijk besluit nr. 2 van 7 november 1969 met betrekking tot de vaststelling van forfaitaire grondslagen van aanslag voor de belasting over de toegevoegde waarde te vervangen, ingevolge de inwerkingtreding op 1 januari 2019 van artikel 12 van de wet van 30 juli 2018 houdende diverse bepalingen inzake belasting over de toegevoegde waarde (*Belgisch Staatsblad* van 10 augustus 2018 en 28 augustus 2018 – erratum).

Het voornoemd artikel 12 heeft artikel 56, § 1, van het Btw-Wetboek (hierna “Wetboek”) dat betrekking heeft op de toepassing van forfaitaire grondslagen van aanslag voor sommige ondernemingen in

SERVICE PUBLIC FEDERAL FINANCES

[C – 2018/15734]

19 DECEMBRE 2018. — Arrêté royal n° 2 relatif au régime du forfait en matière de taxe sur la valeur ajoutée

RAPPORT AU ROI

Sire,

Le présent projet d'arrêté royal a pour objet de remplacer l'arrêté royal n° 2, du 7 novembre 1969, relatif à l'établissement de bases forfaitaires de taxation à la taxe sur la valeur ajoutée, suite à l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019 de l'article 12 de la loi du 30 juillet 2018 portant des dispositions diverses en matière de taxe sur la valeur ajoutée (*Moniteur belge* du 10 août 2018 et du 28 août 2018 - erratum).

L'article 12 précité a remplacé l'article 56, § 1^{er}, du Code de la T.V.A. (ci-après “Code”) relatif à l'application de bases forfaitaires de taxation par certaines entreprises de secteurs déterminés, par un article 56,

Gezondheidszorgdoelstellingen

We moeten de uitdagingen van morgen het hoofd bieden en de duurzaamheid van het systeem waarborgen, zonder te tornen aan de fundamentele waarden ervan (financiële solidariteit, universele dekking, fysieke en financiële toegankelijkheid, en kwaliteit).

Willen we in de toekomst een samenhangend en geordend gezondheidsbeleid, dan moet er een algemeen kader met nationale gezondheidsdoelstellingen komen. De toenemende versnippering van bevoegdheden en beslissingsprocessen verhoogt de noodzaak om dit algemene kader te definiëren, zodat de gezondheidsprioriteiten duidelijk opgesteld en gecommuniceerd worden. Het is belangrijk dat de keuzes worden gemaakt en ondersteund door alle belanghebbenden in de gezondheidssector en worden begeleid door wetenschappers.

In ons Belgisch systeem is dit een hoogstnoodzakelijk instrument voor verbinding en coördinatie, zowel wat betreft de samenwerking tussen beleidsniveaus, als tussen politici of actoren. Deze doelstellingen moeten wervend zijn en de actoren aansporen er actief aan deel te nemen.

Daarnaast maken gezondheidsdoelstellingen het gezondheidsbeleid tastbaar en concreet voor de burgers, waardoor alle actoren aangespoord worden hun verantwoordelijkheid op te nemen en rekenschap te geven van hun respectieve bijdragen.

Gezondheidsdoelstellingen kader in een globaal beleid van Health in all policies. De gezondheidssector kan daar een bijdrage toe leveren door gezondheidsdoelstellingen voorop te stellen. Wat betreft deze gezondheidszorgdoelstellingen pleiten wij dus voor een progressieve en gerichte aanpak, met in eerste instantie de structurering van de bestaande initiatieven. Op dat vlak vormen het werk van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) over de 'Performantie van het Belgische systeem', de indicatoren die op het niveau van het intermutualistisch agentschap zijn vastgesteld en de opvolging door het Federaal Planbureau van de Nationale Strategie Duurzame Ontwikkeling een stevige basis om indicatoren te identificeren en op te volgen.

Algemene doelstellingen op lange termijn, vastgesteld op federaal niveau, waarbinnen domein specifieke doelstellingen kunnen kaderen:

- **Vermindering van de ongelijkheden op vlak van gezondheid:**

Tegen 2025 het verschil in levensverwachting in goede gezondheid tussen de meest en de minst begunstigde categorie verkleinen met 20%.

Zelfs in een redelijk egalitaire samenleving zoals de onze zijn er grote verschillen tussen de meest en de minst gegoede categorieën: een verschil van 8 jaar in het aantal levensjaren in goede gezondheid en van 28% (88% tegenover 60%) voor het aandeel mensen dat zichzelf gezond vindt.

- **Stijging van het aantal levensjaren in goede gezondheid:**

Tegen 2025 in de Europese top 10 staan.

Wat betreft levensjaren in goede gezondheid, is België tussen 1990 en 2016 in de Europese ranking gedaald van de 7e naar de 14e plaats. Spier- en botziekten, met name rugpijn, en psychische stoornissen zijn daarvan de grootste oorzaken.

- **Vermijdbaar sterftcijfer:**

Tegen 2025 het vermijdbare sterftcijfer doen dalen met 10%.

Chronische ziektes zijn de eerste oorzaak voor een vroegtijdige dood in België: ze zorgen voor 86% van de sterftegevallen van dit type en voor 70% van het totale aantal overlijdens. Het percentage van vroegtijdige overlijdens door chronische ziektes zou drastisch kunnen dalen door de risicofactoren aan te pakken, namelijk tabak, alcohol, vet en suiker, gebrek aan beweging en luchtvervuiling. Met een betere preventiestrategie zouden 43.200 levens gespaard kunnen worden. Ook binnen het kader van de federale ziekteverzekering kan nog heel wat preventief werk verricht worden, zoals bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg, een transversale follow-up van patiënten met diabetes, een gezamenlijke aanpak van valpreventie bij ouderen enz.

De algemene doelstellingen kunnen worden vertaald in meer specifieke doelstellingen: Hieronder staan voorbeelden van meetbare doelstellingen (SMART) die kunnen kaderen binnen deze algemene doelstellingen die op het niveau van de commissies op het RIZIV kunnen worden gekozen/besproken:

- Tegen 2030 een **gezondheidsvaardigheidsniveau** van 70% behalen voor de Belgische bevolking. (Bijvoorbeeld, het stellen van een specifiek doel in het kader van het pre-traject van de diabeteszorg)
- Verhogen van de toegang tot psychologische zorg.
- Verhogen van de toegang tot tandzorg.
- Het gebruik van de **goedkope geneesmiddelen** (generische, goedkope, originele en biosimilaire) optrekken met 10% (2021).
- Het gebruik van **antibiotica** doen dalen conform de aanbevelingen van BAPCOC (onder meer het aantal voorschriften/1000 inwoners laten dalen van 800 naar 600 in 2020 en 400 in 2025).
- Het **aantal patiënten dat meer dan 5 geneesmiddelen** tegelijk gebruikt, doen afnemen met 10% (2025).
- 80% van de **medisch-administratieve documenten** (facturen, getuigschriften voor verstrekte hulp, aanvragen akkoord, voorschriften en medische getuigschriften) digitaliseren tegen 2022 (100% tegen 2025).
- 80% van de huisartsen beschikt tegen 2020 over een **EMD** (Elektronisch medisch dossier), houdt de **Sumehr** van de patiënt up-to-date en beschikt over alle medische informatie (100% tegen 2022).

Voorbeeld van een reeds opgestarte doelstelling:

- De **verbetering** met 3 procentpunt van de tandzorg na een periode van 5 jaar (2019-2023)“Het gaat over de gehele bevolking met specifieke doelgroepen (VT + de groep 25-44 jaar). Zowel de preventieve als curatieve zorg worden geïmplementeerd. De meting gebeurt op basis van IMA indicatoren.

**Nota van de verzekeringsinstellingen ter attentie van de onderhandelaars:
visie op het geneesmiddelenbeleid
juni 2019 – update september 2020**

KEY MESSAGES

- 1. De overheidsuitgaven voor geneesmiddelen in de gezondheidszorg nemen de laatste jaren sterk toe. De belangrijkste oorzaken van deze stijging zijn de hoge prijzen van nieuwe geneesmiddelen, de trend van toenemend gebruik van duurder therapieën (vooral in de ziekenhuizen), en de volumes die voorgeschreven worden.**
- 2. Om de uitgaven onder controle te houden, is een bijsturing van het huidige systeem voor terugbetaling nodig. Dit kan gerealiseerd worden door meer de focus te leggen op de echte medische behoeften van de patiënten en de prioriteiten in de gezondheidszorg, door de werking van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) bij het RIZIV te optimaliseren, en door de farmaceutische sector sterker te responsabiliseren.**
- 3. De farmaceutische sector is bij uitstek een internationale sector. Een sterkere samenwerking op internationaal en Europees niveau is belangrijk om te komen tot meer transparantie rond de uitwisseling van reële kosten voor geneesmiddelen, en om op langere termijn alternatieve businessmodellen voor de farmaceutische industrie te ontwikkelen.**
- 4. Door het stimuleren van het rationeel en correct gebruik van geneesmiddelen kan het geneesmiddelengebruik in België geoptimaliseerd worden. Concreet willen we inzetten op regelmatig medicatienazicht door de apotheker, op het meer voorschrijven volgens de richtlijnen, het meer inzetten op preventie en een hoger gebruik van goedkope geneesmiddelen.**

INLEIDING

Context

Als verzekeringsinstelling (VI) streven we naar een gezondheidssysteem dat toegankelijkheid en een uitgebreid zorgaanbod combineert met kwaliteitsvolle zorg. Ook geneesmiddelen vormen een onderdeel van deze zorg. De markt van de geneesmiddelen is echter geen gewone markt. Gebruik is immers in veel gevallen een noodzaak en geen keuze. Het is de maatschappij die grotendeels instaat voor de financiering van de geneesmiddelen, rechtstreeks via de terugbetaling, maar ook onrechtstreeks via vb. de ondersteuning van de kosten voor onderzoek en ontwikkeling. De geneesmiddelenmarkt is dan ook terecht een sterk gereguleerde markt, waar geprobeerd wordt om de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten.

De laatste jaren zijn er verschillende trends merkbaar:

- marktvergunningen worden vroeger toegekend (vb. via de 'Adaptive pathways' op niveau van de EMA¹), wat gepaard gaat met een toenemende onzekerheid rond de werkelijke meerwaarde van het nieuwe geneesmiddel, en meer kans dat de resultaten van de studies de effectiviteit in de echte wereld niet volledig reflecteert².
- er komen meer en meer nieuwe behandelingen op de markt, maar deze geneesmiddelen geven niet per se een oplossing voor een medische nood waarvoor nog geen optimale behandeling beschikbaar was.
- de prijzen die voor nieuwe geneesmiddelen gevraagd worden, nemen sterk toe. De principes van winstmaximalisering lijken vooral een rol te spelen bij de prijsbepaling van geneesmiddelen, en niet de kost voor onderzoek, ontwikkeling of het op de markt brengen van het nieuwe medicijn. Er is geen transparantie over de manier waarop de prijzen werden vastgesteld en wie geparticipeerd heeft in het onderzoek. De hoge kosten lokken meer en meer discussie uit, omdat ze de duurzaamheid van ons sociale zekerheidssysteem in gedrang kunnen brengen.

Belangrijke uitdagingen

Rekening houdend met de trends zoals hierboven beschreven, kunnen we een aantal belangrijke uitdagingen identificeren.

1. België bevindt zich in een moeilijke budgettaire situatie voor wat betreft de kosten voor de geneesmiddelen.

Sinds 2015 is de begrote doelstelling voor farmaceutische specialiteiten³ (meer dan 4 miljard euro) elk jaar overschreden: namelijk met 225, 189, 268 en 392 miljoen euro⁴ in respectievelijk 2015, 2016, 2017 en 2018. Voor 2019 wordt een overschrijding van 198 miljoen euro vastgesteld, ondanks een verhoging

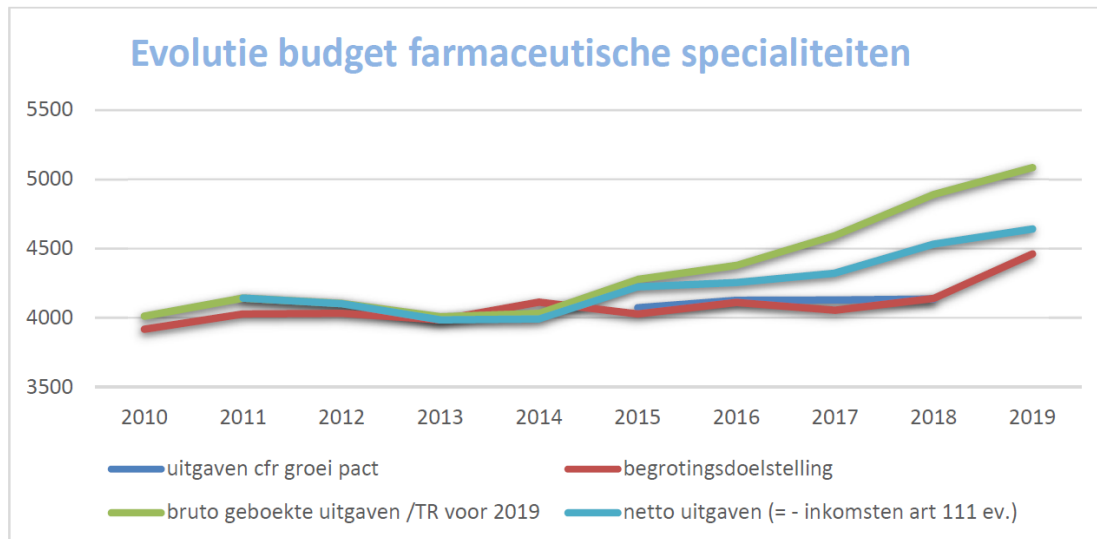
¹ EMA: European Medicines Agency, het agentschap dat verantwoordelijk is voor de wetenschappelijke evaluatie van, het toezicht op en de monitoring van de veiligheid van de geneesmiddelen binnen de EU.

² Assessment of Overall Survival, Quality of Life, and Safety Benefits Associated With New Cancer Medicines. JAMA Oncol. 2017;3(3):382-390. doi:10.1001/jamaoncol.2016.4166 <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/article-abstract/2594542?resultClick=1>

³ Tzt alle terugbetaalde geneesmiddelen die een gedeponeerde merknaam hebben (en dus niet de magistrale bereidingen)

⁴ De overschrijdingen zijn netto overschrijdingen. Bij de berekening ervan werd rekening gehouden met de inkomsten in het kader van de overeenkomsten volgens art 111 ev. KB 1 februari 2018.

van het budget met 300 miljoen euro in 2019. Het budget voor de farmaceutische specialiteiten vertegenwoordigt ongeveer 18 % van het globaal budget voor de gezondheidszorg.



Bron: Geneesmiddelenbeleid 2025. CM Cel Geneesmiddelen mei 2019

Het beheersen van de uitgaven voor de farmaceutische specialiteiten vormt dus een grote uitdaging. De nieuwe en innovatieve geneesmiddelen die op de markt komen verhogen ook de druk op het budget, door de hoge prijzen die gevraagd worden, vooral in het domein van oncologie en voor weesgeneesmiddelen.⁵

De problematiek van de hoge prijzen houdt overigens niet alleen België bezig. Over heel de wereld worden verschillende initiatieven genomen, o.a. ook bij de WHO en in het Europees Parlement⁶ ⁷. De vraag naar meer transparantie rond de werkelijke kosten, de mechanismen voor prijsbepaling en de inzet van publieke middelen voor onderzoek is groot.

Voor wat betreft het geneesmiddelenbudget, moeten we opmerken dat niet enkel de farmaceutische industrie, maar ook het voorschrijfgedrag van zorgverstrekkers (overgebruik, verkeerd gebruik, kosteninefficiënt voorschrijven,...) hierop een invloed kan hebben.

2. Er is een oriëntatie van het onderzoek nodig naar die domeinen waar een medische nood aanwezig is

Uit de literatuur blijkt dat de investeringen in onderzoek en klinische studies niet steeds gericht zijn op de domeinen waar er het meeste behoefte aan is. Zo is er vb. een overmaat aan studies in de oncologie in verhouding met andere domeinen⁸. Een grotere focus op onbeantwoorde medische nood is nodig. Dit

⁵ Howard, D. H. et al. Pricing in the Market for Anticancer Drugs. Journal of Economic Perspectives, 29 (1): 139-62

⁶ Resolutie van het Europees Parlement van 2 maart 2017 over EU-opties voor een betere toegang tot geneesmiddelen (2016/2057(INI)), <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P8-TA-2017-0061+0+DOC+XML+V0//NL>.

⁷ WHO, Fair pricing forum, 2017, http://www.who.int/medicines/access/fair_pricing/fpf_report/en/.

⁸ Technical report - Pricing of cancer medicines and its impact, WHO 2018.

betekent een verschuiving van een aanbodgestuurd systeem, waar enkel de farma industrie beslist in welke aandoeningen ze investeert, naar een vraaggestuurd systeem, waar de gezondheidszorgstelsels zelf duidelijk aangeven in welke domeinen ze bereid zijn om te investeren, en limieten stellen aan de financiering van mineure innovaties.

Het invullen van medische behoeften blijft belangrijk, ook als een geneesmiddel al op de markt is. De onbeschikbaarheid van een aantal essentiële geneesmiddelen is de laatste jaren sterk toegenomen, in sommige gevallen ook omwille van een strategie beslist door de bedrijven.

3. Geneesmiddelen komen sneller op de markt, maar de onzekerheid rond de echte doeltreffendheid en veiligheid is groot, en dus ook de mogelijke meerwaarde t.o.v. de alternatieven

Voor nieuwe geneesmiddelen is er vaak een grote druk op de European Medicines Agency (EMA) om de markttoelating sneller toe te kennen. Denken we bij voorbeeld aan procedures zoals de 'adaptive pathway'-procedure, de 'accelerated procedure' of de 'conditional marketing authorisation'⁹ waarbij veelbelovende geneesmiddelen sneller op de markt kunnen komen. Het gevolg van deze snellere toegang is echter een grotere onzekerheid rond klinische evidentie en veiligheid. Deze onzekerheid zorgt er ook voor dat de echte meerwaarde ten opzichte van de beschikbare alternatieven onduidelijk of onzeker is¹⁰.

En net de bepaling van die meerwaarde is belangrijk om te kunnen oordelen over de redelijkheid van een prijs. De verwachtingen van de nieuwe behandelingen worden post marketing ook niet steeds ingelost, zoals blijkt uit een analyse van de BMJ.¹¹

De leden van de CTG geven een advies aan de minister over het al dan niet terugbetalen van een geneesmiddel. In dit advies houden ze rekening met de therapeutische waarde van het geneesmiddel, maar ook met de financiële impact en de kostenefficiëntie ervan. De leden van de CTG moeten dan ook beoordelen of de financiële middelen die ingezet worden voor een bepaald product, verantwoord zijn door de therapeutische meerwaarde ervan¹². Omwille van de minder sterke evidentie die beschikbaar is op moment van de aanvraag, is ook de klinische meerwaarde t.o.v. de bestaande alternatieven moeilijk te bepalen of onzeker.

⁹ Dit zijn specifieke procedures bij de EMA, meestal bedoeld voor geneesmiddelen waarvoor een grote medische nood bestaat of wanneer het geneesmiddel een grote waarde heeft op vlak van gezondheid. <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/marketing-authorisation/accelerated-assessment>

¹⁰ Davis C et al. Availability of evidence on overall survival and quality of life benefits of cancer drugs approved by the European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals from 2009-2013. *BMJ* 2017;359:j4530.

¹¹ Joppi R. et al. Letting post-marketing bridge the evidence gap: the case of orphan drugs. *BMJ* 2016;353:i2978

¹² Audit rekenhof dec. 2013 5.2.2. p78

4. De Commissie Tegemoetkoming van Geneesmiddelen (CTG)¹³ kan haar rol niet meer correct spelen

De laatste jaren (2016-2018) werden een aantal beslissingen m.b.t. wijzigingen in het KB dat de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten regelt, genomen¹⁴. Deze wijzigingen hebben de actiemogelijkheden van de CTG sterk gelimiteerd.

5. Het groot aantal contracten art. 111 en volgende¹⁵ voor nieuwe geneesmiddelen vermindert de transparantie

In geval van klinische of budgettaire onzekerheid, kan de minister beslissen om een tijdelijke terugbetaling van een geneesmiddel te voorzien via het afsluiten van een contract met de farmaceutische firma, volgens de bepalingen van art. 111 en volgende (vroeger 'art. 81'). Dit kan op initiatief van de firma, van de CTG of van de minister. Via deze overeenkomsten wordt een (vaak zeer duur) geneesmiddel tijdelijk terugbetaald, terwijl er nog bepaalde onzekerheden bestaan, bv. over de klinische doeltreffendheid of de kosteneffectiviteit van het product.¹⁶ De inhoud van de contracten is confidentieel. Een dergelijke manier van werken leidt er ook toe dat de prijzen artificieel hoog gehouden worden. Bovendien vermindert deze manier van werken de transparantie over de kostprijs van geneesmiddelen en verhindert dit de maatschappelijke toets bij de besteding van publieke middelen. Daarbij bestaat het risico dat geneesmiddelen die niet echt positief zijn qua kosteneffectiviteit of meerwaarde, via een contract toch terugbetaald worden ('reluctance to refuse'). De bruto uitgaven voor geneesmiddelen onder contract is de laatste jaren sterk toegenomen en bedroegen in 2018 29% van de bruto uitgaven voor de farmaceutische specialiteiten, dit is meer dan 1,4 miljard euro.

CONCRETE VOORSTELLEN EN ADVIEZEN

1. Bijsturing van het huidige systeem van terugbetaling:

- De VI's pleiten voor een **herziening van de werking van de CTG**, waarbij
 - De **beslissingen van de minister transparanter worden voor burgers**, patiënten en zorgverstrekkers, en zeker ook voor de leden van de CTG. Er werden al stappen ondernomen, door het beschikbaar maken van een tool die de beslissingen en de beoordelingsrapporten van de CTG herneemt.¹⁷ De beslissingen van de minister volgend op een 'no prop' (d.w.z. wanneer de commissie niet in staat is om met een

¹³ Deze commissie, ingesteld bij het RIZIV, geeft advies aan Minister voor Sociale Zaken met betrekking tot de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten.

¹⁴ KB van 1.02.2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/farmaceutische_specialiteiten_KB_20180201.pdf

¹⁵ Wanneer er onzekerheid bestaat over de klinische waarde van een nieuw geneesmiddel of de budgettaire impact ervan, kan een tijdelijke terugbetaling van een geneesmiddel voorzien worden via het afsluiten van een contract tussen het RIZIV en de farmaceutische firma. De wettelijke basis hiervoor is art.35bis §7 van de gecoördineerde wet van 14-7-1994. De wijze waarop deze procedure wordt uitgevoerd staat beschreven in het KB van 01.02.2018, art. 111 en volgende.

¹⁶ KCE-rapport art. 81

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_288A_Belgisch_systeem_Artikel_81_verbeten_synthese.pdf

¹⁷ <https://www.inami.fgov.be/nl/toepassingen/Paginas/applicatie-rapporten-ctg.aspx>

meerderheid van stemmen een voorstel te formuleren) of een negatief advies van de CTG zouden ook op een structurele wijze meegedeeld moeten worden aan de commissie. Dit is nodig om het budget op een correcte manier te kunnen opvolgen.

- het **systeem van de bepalingen van de meerwaarde herzien wordt**. In het huidige systeem is geen nuancering mogelijk. Een gradatie in de meerwaarde die aangetoond is, zoals het systeem van de HAS (Haute Autorité de Santé) in Frankrijk, kan een beter en meer genuanceerd beeld geven van de werkelijke waarde die het geneesmiddel bijbrengt.
- het **systeem van de beslissingsboom afgeschaft of bijgestuurd** wordt. De toepassing van dit systeem zorgt in de praktijk immers voor een aantal problemen. Het KB dat de beslissingsboom invoert, in werking sinds 1/07/2018, bepaalt immers dat dat er geen prijsdalingen meer mogen opgelegd worden indien de budgetimpact van de uitbreiding kleiner is dan 2,5 miljoen per jaar. In geval wel een prijsaanpassing mag opgelegd worden, dient ook de richtlijn zoals gepubliceerd op de website van het RIZIV gevolgd te worden. Dit leidt tot een opsplitsing van indicaties bij de aanvraag voor terugbetaling ('saucissonering'), en verhindert prijsdalingen die er vroeger wel waren bij volume-uitbreidingen. Er is geen bijsturing of evaluatie voorzien indien blijkt dat de drempel in de praktijk wel overschreden werd. Verder interpreteren sommige firma's de regels niet op dezelfde manier.
- er **nieuwe reglementaire instrumenten** ontwikkeld worden om de CTG toe te laten om een groep of een klasse van geneesmiddelen (vb. de statines of geneesmiddelen gebruikt bij HIV) te beheren. Het actuele systeem van 'groepsgewijze herzieningen'¹⁸ is te beperkt en te rigide.
- Volgens de VI's moet de focus meer gelegd worden **op echte medische noden**. In het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) werd er al op gewezen dat de industrie vooral haar eigen waarden en doelstellingen voorop stelt, en niet noodzakelijk rekening houdt met de echte behoeften van de patiënt en de prioriteiten van volksgezondheid. Om betere keuzes te kunnen maken en de terugbetaling meer te focussen op de vraag in plaats van op het aanbod, is het nuttig een lijst met onbeantwoorde medische noden en prioriteiten op te stellen. Deze lijst zou op een onafhankelijke manier moeten opgesteld worden door de relevante stakeholders als patiënten en burgers, gebruikmakend van de methodologie zoals voorgesteld door het KCE¹⁹ en rekening houdende met de criteria van de Koning Boudewijnstichting²⁰. Het feit dat een geneesmiddel geen prioritaire behoefte lenigt, zou als gevolg moeten hebben dat er ook geen meerkost voor de gezondheidszorg mag zijn.

¹⁸ De CTG kan op basis van vb. medische evidentie, richtlijnen,... beslissen om voor een bepaalde groep van geneesmiddelen de vergoedingsvoorwaarden, de vergoedingsbasis en/of de prijs te herevalueren.; cf. KB 01.02.2018 art.101

¹⁹ KCE rapport 272 A, 2016

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_272A_Beslissingsanalyse_beoordeling_medische_behoefte_Synthese.pdf
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_272A_Beslissingsanalyse_beoordeling_medische_behoefte_Synthese.pdf

²⁰ <https://www.kbs-frb.be/nl/Virtual-Library/2015/20151105AVCTERUGBETALING>

- Voor wat betreft het beheer van het budget, zijn de VI's vragende partij om terug te keren naar **gezond beheer van het budget van de farmaceutische specialiteiten**, en dus de huidige compenserende heffing ('clawback') te hervormen met het oog op een sterkere budgettaire responsabilisering van de sector (100% van de overschrijding) en een verlaging van de toekomstige budgetoverschrijdingen via een structurele correctie wanneer er een overschrijding geweest is in een bepaald jaar.
- Gezien de sterke evolutie in bepaalde domeinen, zoals oncologie, pleiten we voor een betere voorspelbaarheid van het budget (via horizon scanning) en het **toekennen van maximumplafonds** voor bepaalde pathologieën, waarbij de betrokken firma's verantwoordelijk gesteld worden bij eventuele overschrijding. Een dergelijk budget laat gezondheidsverstrekkers toe om de wetenschappelijk evoluties te volgen maar geeft ook een budgetgarantie zowel voor de betaler als voor de industrie. Juridisch is dit principe reeds voorzien (art 69 wet van 14 juli 1994). Een aantal contracten, die enkel tot doel hebben om de uitgaven te beperken, zou op die manier stopgezet kunnen worden, en het totale aantal contracten beperkt kunnen worden.
- De VI's zijn voorstander van een **meer transparantie voor wat betreft de 'artikel 111 contracten'**. Er zou ook meer duidelijkheid moeten komen over bepaalde onderdelen van het contract tussen het Riziv en de bedrijven voor de leden van de CTG, indien deze informatie nodig is om een gemotiveerd advies over de terugbetaling van een geneesmiddel te kunnen uitbrengen, zoals bvb de hoogte van terugstortingen. De confidentialiteitsperimeter voor art. 111 e.v. contracten zou uitgebreid moeten worden naar de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen (zie wet 1-4-2019 art 11). Bovendien zou een gedetailleerder niveau dan ATC-01 voor de geaggregeerde data mogelijk moeten zijn indien dit vereist voor een beter financieel beheer.
- Om de kwaliteit van zorg te verbeteren en te optimaliseren, pleiten de VI's ervoor om de terugbetaling van bepaalde specifieke, dure behandelingen te beperken tot een aantal expertisecentra.

2. Alternatieve businessmodellen voor de farmaceutische industrie en een grotere transparantie

Eén van de fundamentele problemen blijft de hoge vraagprijzen, die niet steeds in verhouding staan tot de aangetoonde meerwaarde van de nieuwe geneesmiddelen. De concrete prijsstructuur van de geneesmiddelen blijft weinig transparant. De prijzen die gehanteerd worden reflecteren niet (meer) de werkelijke kostprijs, verhoogd met een redelijke marge ('willingness to pay')²¹ Het huidige systeem van patenten werkt monopoliepraktijken in de hand, omdat bedrijven gedurende een bepaalde periode het alleenrecht krijgen op de verkoop van zijn geneesmiddel, aan een hoge prijs. Bovendien moedigt een dergelijk systeem eerder onderzoek aan naar kleine verbeteringen zonder echte meerwaarde, in plaats van echt innoverende geneesmiddelen²² Bijkomend probleem is de privatisering van de resultaten en ontwikkelingen uit onderzoek dat nochtans aan de basis met belastinggeld werd gefinancierd. De verschillende nationale overheden onderhandelen gefragmenteerd met de

²¹ Geneesmiddelenbulletin <http://geneesmiddelenbulletin.com/article/what-price-to-pay-for-new-drugs/> en <http://geneesmiddelenbulletin.com/artikel/welke-prijs-betalen-we-voor-nieuwe-geneesmiddelen/>

²² KCE-rapport 217A <https://kce.fgov.be/nl/toekomstscenario%E2%80%99s-voor-betaalbare-geneesmiddelen-belgi%C3%AB-en-nederland-verzamelen-internationale>

farmaceutische industrie zonder duidelijkheid over hun behoefte aan geneesmiddelen of nauwgezette validering of duidelijk gestelde eisen met betrekking tot de te behalen minimale meerwaarde van het geneesmiddel. We dringen daarom aan op nieuwe, meer duurzame manieren om innoverende en doeltreffende geneesmiddelen op de markt te brengen.

De VI's hebben volgende voorstellen:

- **Herziening van het systeem van patenten** (aangepast kader voor de bescherming van het intellectuele eigendom). Zoals reeds aangehaald werkt het systeem van patenten de monopoliepraktijken en onderzoek naar kleine verbeteringen in plaats van grote innovaties in de hand. Om de innovatie echt te stimuleren zouden patenten moeten beperkt worden tot reële klinische innovaties. Een herziening van de regelgeving rond patenten en marktexclusiviteit dringt zich op. In lijn daarmee pleiten de VI's ook voor de **ontwikkeling van alternatieve business modellen**. Deze alternatieve business modellen dienen zoveel mogelijk transparantie na te streven, afgestemd te zijn op de prioritaire doelstellingen van het geneesmiddelenbeleid van de diverse overheden en dienen geneesmiddelen als publieke goederen te beschouwen. Ontkoppeling van enerzijds onderzoek en ontwikkeling van geneesmiddelen en van anderzijds vervaardiging en op de markt brengen van geneesmiddelen is aangewezen. Voorstellen van alternatieve businessmodellen werden onder meer uitgewerkt door het KCE.
- Er moet meer rekening gehouden worden met de reële kost van de productie, de publieke middelen die reeds geïnvesteerd zijn in het onderzoek van het betrokken middel²³ en een beperking van de winstmarge om te komen tot een **faire prijs**, zowel ten aanzien van de maatschappij als ten opzichte van de farmaceutische industrie. Een eerste element kan de creatie van een **Europese Faire Prijs** zijn. Een dergelijke prijs zou gebaseerd zijn op een transparant algoritme, zou de echte kosten van R&D en productie dekken, zou compenseren voor marketing en andere uitgaven, en een redelijke return geven voor de bedrijven. Een belangrijke bonus voor echte innovatieve behandelingen met therapeutische meerwaarde geeft een incentive voor de oriëntatie van R&D in de domeinen waar er echte medische nood bestaat.
- Er is dus een **grotere transparantie** nodig, zowel voor wat betreft het aandeel van publieke middelen in het farmaceutisch onderzoek, voor wat betreft de mechanismen van prijszetting als voor wat betreft de reële kost in de verschillende landen.
- Al deze nuttige veranderingen vragen **meer Europese samenwerking**: het samen onderhandelen over geneesmiddelen en het uitwisselen van informatie, zoals nu gebeurt in het kader van BeneluxA Initiative²⁴, is een eerste stap. In een latere stap vragen we ook meer transparantie en uitwisseling tussen de lidstaten voor wat betreft de reële kost. België, via haar ministers en via het Riziv, kan hier een prominente rol in spelen.
- Er moet ook aandacht gegeven worden aan de vermindering van het aantal onbeschikbare geneesmiddelen. Indien de patiënt toch moet overschakelen naar een nieuw geneesmiddel, mag er hem geen meerkost aangerekend worden. **Nuttige geneesmiddelen moeten beschikbaar blijven voor de patiënt**, ook na het stopzetten van medische noodprogramma's of klinische studies.

²³ De ondernemende staat - Marina Mazzucato

²⁴ De BeneluxA initiative is een samenwerking tussen verschillende Europese landen waaronder België en Nederland. Doel is de duurzame toegang tot innovatieve geneesmiddelen te verzekeren aan een aanvaardbare kost voor de patiënten.
<http://beneluxa.org/collaboration>

3. Stimuleren van het rationeel en correct gebruik van geneesmiddelen

België is een van de landen met het hoogste voorschrijfpercentage na raadpleging, waardoor in ons land bijvoorbeeld meer antibiotica, antidepressiva, geneesmiddelen tegen maagzuur of cholesterolverlagende middelen over de toonbank gaan dan in onze buurlanden. Meer dan een kwart van de 65-plussers neemt meer dan 5 geneesmiddelen per dag. Er dienen stappen gezet te worden naar een model van deprescribing om tot een rationeel geneesmiddelengebruik te komen. Belgische artsen stappen ook snel over naar nieuwere (en duurdere) behandelingen. Ook het gebruik van biosimilaire geneesmiddelen²⁵ in België ligt laag t.o.v. onze buurlanden. Het geneesmiddelengebruik zou dus geoptimaliseerd en gerationaliseerd moeten worden. We willen dan ook het belang van regelmatig medicatienazicht, meer voorschrijven volgens de richtlijnen, meer inzetten op preventie en meer gebruik van goedkope geneesmiddelen benadrukken, met volgende voorstellen:

- invoeren van een kritisch **medicatienazicht**²⁶ door de apotheker in overleg met de behandelende arts en patiënt, op een bepaald moment en dan wanneer de situatie van de patiënt wijzigt. De kwaliteit van deze 'medication review' kan gegarandeerd worden dankzij een specifieke opleiding en de uittekening van een gestructureerd kader. Bij het nazicht moet ook rekening gehouden met andere, niet-medicamenteuze opties, zoals vb. psychotherapie, die de basis van het probleem helpen aanpakken.
- **meer inzetten op preventie**. Een gezonde levensstijl en investeringen in gezondheids promotie en preventie zorgen immers voor een toename van het aantal gezonde levensjaren. Door in te zetten op een gezonder leven (voldoende beweging, gezond eten, niet roken,...) kan de evolutie naar ziekten verminderen en daarmee ook de kosten op de gezondheidszorg. We moeten vb. inzetten op correct opvolgen van vaccinaties, betere luchtkwaliteit, striktere regulering van reclame voor producten, een goede balans werk/privé,... om zo langer gezond te blijven.
- **responsabiliseren van artsen**. We willen artsen verder responsabiliseren om kwaliteitsvol voor te schrijven en de oog te hebben voor de kostprijs van hun voorschriften, door de feedback te versterken en incentives in te voeren die goede voorschrijfgewoontes stimuleren. In medische software pleiten we voor het inbouwen van hulp bij de beslissing voor goede voorschrijfpraktijken en het voorschrijven op stofnaam te vergemakkelijken.
- **Stimuleren van het gebruik van goedkope geneesmiddelen en meer bepaald biosimilars**. We willen specifiek de nadruk leggen op het belang van het gebruik van biosimilars (biologische geneesmiddelen buiten patent) die de komende jaren de grootste bron van besparingen zullen betekenen. Er moet meer proactief gehandeld worden. We sluiten ons dan ook aan bij de voorstellen van de programmamanager 'biosimilaire geneesmiddelen',²⁷ dat er via horizonsscanning geanticipeerd moet worden op de komst van biosimilaire geneesmiddelen voor

²⁵ Een biosimilar is een biologisch geneesmiddel dat een versie bevat van een werkzame stof van een biologisch geneesmiddel dat al op de markt beschikbaar is. Gelijkwaardigheid aan het referentieproduct voor wat betreft kwaliteit, biologische activiteit, veiligheid en doeltreffendheid moet aangetoond worden.

²⁶ Dit is een gestructureerde evaluatie van de geneesmiddelen die een patiënt inneemt, met de bedoeling het geneesmiddelen gebruik te optimaliseren.

²⁷ Nota CGV 2020/178

biologische specialiteiten waarvan het patent zal vervallen, en dat er vervolgens voor elke nieuwe biosimilaire (soms per therapeutische groep) een gestructureerd actieplan opgemaakt moet worden.

- Bij het opstarten van een nieuwe behandeling pleiten de VI's voor het verplicht toepassen van voorschriften op stofnaam zoals dit reeds het geval is voor antibiotica/antimycotica.

NIC – Nationaal Intermutualistisch College

September 2020

Het NIC is een mutualiteiten-associatie, samengesteld uit vertegenwoordigers van de 5 landsbonden van de ziekenfondsen, van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en van de Kas voor Geneeskundige Verzorging van HR Rail. In zijn geheel vertegenwoordigt het NIC alle Belgische sociaal verzekerden, ofwel meer dan 10 miljoen mensen.

	OMSCHRIJVING - LIBELLE	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021
		p 2020				p 2021		p 2021
		TR	INDEX	Meerkost	Spilindex	TR	Besparingen	Voorstel 2021
		sept 2020	gezondheid	spilindex 2020	2021	sept 2020	2021	
	CT	INDEX	Surcoût	Indice	CT	Economies	Proposition 2021	
	sept 2020	santé	indice pivot 2020	pivot 2021	sept 2020	2021		
	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	000 EUR	
1.	- Honoraria van artsen Honoraires médicaux							
	a) Klinische biologie - Biologie clinique	1.415.856	15.690	0	0	1.431.546		1.431.546
	b) Medische beeldvorming - Imagerie médicale	1.369.887	14.292	0	0	1.384.179		1.384.179
	c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen - Consultations, visites et avis	2.632.892	30.876	0	0	2.663.768		2.663.768
	d) Speciale verstrekkingen - Prestations spéciales	1.504.940	15.200	0	0	1.520.140		1.520.140
	e) Heelkunde - Chirurgie	1.170.276	11.820	0	0	1.182.096		1.182.096
	f) Gynaecologie - Gynécologie	63.368	640	0	0	64.008		64.008
	g) Toezicht - Surveillance	488.809	4.937	0	0	493.746		493.746
	h) Honoraria buiten nomenclatuur - honoraires hors nomenclature	154.608	1.114	0	0	155.722		155.722
	i) Onverdeeld- Non réparti	-4.700	0	0	0	-4.700		-4.700
	<i>subtotaal zonder bio en rx</i>	<i>6.010.193</i>	<i>64.587</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>6.074.780</i>	<i>0</i>	<i>6.074.780</i>
	Totaal artsen - Total médecins	8.795.936	94.569	0	0	8.890.505	0	8.890.505
2.	- Honoraria van tandheekkundigen Honoraires dentaires	1.084.333	12.603	0	0	1.096.936		1.096.936
	Totaal - Total	1.084.333	12.603	0	0	1.096.936	0	1.096.936
3.	- Farmaceutische verstrekkingen Fournitures pharmaceutiques							
	a) Farm. specialiteiten - Spécialités pharm.	5.313.186	5.569	0	0	5.318.755	-150.000	5.168.755
	b) Magistrale bereidingen - Préparations magistrales	69.708	563	0	0	70.271		70.271
	c) Wachthonoraria - Honoraires de garde	7.158	72	0	0	7.230		7.230
	d) Bloed - Sang	90.128	910	0	0	91.038		91.038
	e) Medische hulpmiddelen - Dispositifs médicaux	47.724	11	0	0	47.735		47.735
	f) Medische voeding - Alimentation médicale	30.477	4	0	0	30.481		30.481
	g) Radio-isotopen - Radio-isotopes	48.467	0	32	16	48.515		48.515
	h) Desinfecterende baden - Bains désinfectants	189	0	0	0	189		189
	i) Zorgtrajecten - Trajets de soins	10.232	12	0	0	10.244		10.244
	j) Zuurstof - Oxygène	646	1	0	0	647		647
	k) Honoraria zuurstof - Honoraires oxygène	305	3	0	0	308		308

	I) Analgetica - Analgésiques	252	0	0	0	252		252
	Totaal Farmaceutische verstrekkingen / Total fournitures pharmaceutiques	5.618.472	7.145	32	16	5.625.665	-150.000	5.475.665
4.	- Honoraria van verpleegkundigen (thuisverzorging) Honoraires des praticiens de l'art infirmier (soins à domicile)	1.809.781	17.552	13	53	1.827.399		1.827.399
	Totaal - Total	1.809.781	17.552	13	53	1.827.399	0	1.827.399
5.	- Specifieke tegemoetkomingen diensten thuisverpleging Interventions spécifiques services de soins à domicile	36.579	0	0	0	36.579		36.579
	Totaal - Total	36.579	0	0	0	36.579	0	36.579
6.	- Verzorging door kinesitherapeuten Soins par kinésithérapeutes	887.805	11.229	0	0	899.034		899.034
	Totaal - Total	887.805	11.229	0	0	899.034	0	899.034
7.	- Verzorging door bandagisten en orthopedisten Soins par bandagistes et orthopédistes							
	* Bandagisten - Bandagistes	62.451	631	0	0	63.082		63.082
	* Orthopedisten - Orthopédistes	194.874	1.968	0	0	196.842		196.842
	Totaal - Total	257.325	2.599	0	0	259.924	0	259.924
8.	- Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen Implants et dispositifs médicaux	851.939	0	0	0	851.939		851.939
	Totaal - Total	851.939	0	0	0	851.939	0	851.939
9.	- Verzorging door opticiëns Soins par opticiens	36.383	367	0	0	36.750		36.750
	Totaal - Total	36.383	367	0	0	36.750	0	36.750
10.	- Verzorging door audiciëns Soins par audiciens	82.896	837	0	0	83.733		83.733
	Totaal - Total	82.896	837	0	0	83.733	0	83.733
11.	- Honoraria van vroedvrouwen Honoraires sages-femmes	35.915	361	0	0	36.276		36.276
	Totaal -Total	35.915	361	0	0	36.276	0	36.276

12.	a) Verpleegdagprijs Prix de la journée d'entretien	6.207.726	0	37.288	19.472	6.264.486		6.264.486
	b) Forfaitaire dagprijzen in alg. ziekenhuizen Prix de la journée forfaitaire dans l'hôp. général	279.517	2.823	0	0	282.340		282.340
	c) Vervoer Transport	234	0	0	0	234		234
	d) Verpleegdagprijs : Niet-erkende bedden Prix de la journée d'entretien : Lits non-agrèés	29.446	0	0	0	29.446		29.446
	Totaal - Total	6.516.923	2.823	37.288	19.472	6.576.506	0	6.576.506
13.	- Militair hospitaal - all-in prijs Hôpital militaire - prix all-in	9.471	0	62	32	9.565		9.565
	Totaal - Total	9.471	0	62	32	9.565	0	9.565
14.	- Dialyse Dialyse							
	a) Dialyse in het ziekenhuis - Dialyse à l'hôpital	285.274	2.881	0	0	288.155		288.155
	b) Dialyse thuis of in een centrum - Dialyse à domicile ou dans un centre	180.798	1.763	0	0	182.561		182.561
	Totaal - Total	466.072	4.644	0	0	470.716	0	470.716
16.	- Forfaitaire dagpr. Psychiatrische ziekenhuizen Prix jour. forfaitaire hôpitaux psychiatriques	5.246	51	0	0	5.297		5.297
	Totaal - Total	5.246	51	0	0	5.297	0	5.297
17.	- Eindloopbaan Fin de carrière	21.641	0	33	144	21.818		21.818
	Totaal - Total	21.641	0	33	144	21.818	0	21.818
18.	- Revalidatie en herscholing Rééducation fonctionnelle et professionnelle	482.124	488	2.170	1.007	485.789		485.789
	Totaal - Total	482.124	488	2.170	1.007	485.789	0	485.789
19.	- Bijzonder solidariteitsfonds Fonds spécial de solidarité	8.246	0	0	0	8.246		8.246
	Unmet Medical Need	10.773	0	0	0	10.773		10.773
	Totaal - Total	19.019	0	0	0	19.019	0	19.019

20.	- Logopedie Logopédie Herwaardering - Revalorisation 28,04€	132.925 9.029	1.728 117	0 0	0 0	134.653 9.146	134.653 9.146
	Totaal - Total	141.954	1.845	0	0	143.799	0 143.799
21.	- Andere kosten van verblijf en reiskosten Autres frais de séjour et frais de déplacement	15.015	152	0	0	15.167	15.167
	Totaal - Total	15.015	152	0	0	15.167	0 15.167
22.	- Regularisaties Régularisations	-49.942	0	0	0	-49.942	-49.942
	Totaal - Total	-49.942	0	0	0	-49.942	0 -49.942
23.	- Maximumfactuur Maximum à facturer	345.592	0	0	0	345.592	345.592
	Totaal - Total	345.592	0	0	0	345.592	0 345.592
24.	- Chronische ziekten Patients chroniques	133.845	1.352	0	0	135.197	135.197
	Totaal - Total	133.845	1.352	0	0	135.197	0 135.197
25.	- Palliatieve zorgen (patient) Soins palliatifs (patient)	21.778	220	0	0	21.998	21.998
	Totaal - Total	21.778	220	0	0	21.998	0 21.998
26.	- Menselijk lichaamsmateriaal Matériel corporel humain	10.725	112	0	0	10.837	10.837
	Totaal - Total	10.725	112	0	0	10.837	0 10.837
28.	- Geïnterneerden Internés	32.210	325	0	0	32.535	32.535
	Totaal - Total	32.210	325	0	0	32.535	0 32.535
30.	- Specifieke zorgprogramma's Programmes de soins spécifiques						
	a) COMA	8.553	86	0	0	8.639	8.639
	b) PVS	594	6	0	0	600	600

	c) MS/ALS/HUNTINGTON	17.860	180	0	0	18.040		18.040
	Totaal - Total	27.007	272	0	0	27.279	0	27.279
31.	- Medische huizen Maisons médicales	239.675	2.386	6	23	242.090		242.090
	Totaal - Total	239.675	2.386	6	23	242.090	0	242.090
33.	- Sociaal akkoord Accord social	35.627	187	339	2	36.155		36.155
	Totaal - Total	35.627	187	339	2	36.155	0	36.155
34.	- Diversen Divers							
	Expertise gezondheidswet - Expertise loi santé	0	0	0	0	0		0
	Meerkost projecten art 56 - Surcoût projets art 56	0	0	0	0	0		0
	Budget ICT implantaten - Budget ICT implants	1.051	11	0	0	1.062		1.062
	Artsensyndicaten - Syndicats médicaux	0	0	0	0	0		0
	Kankerplan/chronisch zieken - Plan cancer/mal.chron.	18.893	191	0	0	19.084		19.084
	Transfert uitkeringsverzekering - Transfert indemnités	5.474	55	0	0	5.529		5.529
	Aanpassing. verzekeraarbaarheid - Adapt. assurabilité	1.312	13	0	0	1.325		1.325
	Harmonisering voorkeurregeling - Harmonisation régime préférentiel	1.520	15	0	0	1.535		1.535
	Mediprima	150	2	0	0	152		152
	Totaal - Total	28.400	287	0	0	28.687	0	28.687
36.	Geïntegreerde zorg - Soins intégrés							
	a) PGZ - PSI	8.639	87	0	0	8.726		8.726
	b) Zorgvernieuwing - Renouvellement de soins	12.713	128	0	0	12.841		12.841
	c) Belrai	1.141	12	0	0	1.153		1.153
	Totaal - Total	22.493	227	0	0	22.720	0	22.720
37.	Noodoproepnummer 1733 Numéro d'appel d'urgence 1733	0	0	0	0	0		0
	Totaal - Total	0	0	0	0	0	0	0
39.	Compensatie volledige ontvangsten art. 111/81 Compensation recettes totales art. 111/81	876.153	0	0	0	876.153		876.153
40.	Psychologische zorg Aide psychologique	38.913	393	0	0	39.306		39.306

41.	LVZ : Forfaitaire honoraria SBV : Honoraires forfaitaires	354.697	3.582	0	0	358.279		358.279
	Totaal - Total	354.697	3.582	0	0	358.279	0	358.279
42.	Integratie gepensioneerden OSZ Intégration pensionnés SSO	4.258	0	0	0	4.258		4.258
43.	Transfer naar sociaal akkoord buiten doelstelling - Transfert vers accord social hors objectif	0	0	0	0	0		0
44.	Nieuw Sociaal akkoord 2021-2022 Nouvel Accord social 2021-2022	350.000	0	0	0	350.000		350.000
45.	Herwaardering Geestelijke gezondheid Revalorisation Soins de santé mentale	200.000	0	0	0	200.000		200.000
	Totaal - Total	200.000	0	0	0	200.000	0	200.000
	Sub-totaal - Sous-total	29.846.260	166.608	39.943	20.749	30.073.560	-150.000	29.923.560
	Onderbenutting Sous-utilisation							150.000
	Sub-totaal - Total	29.846.260	166.608	39.943	20.749	30.073.560	-150.000	30.073.560