

Besparingen in de gezondheidszorg en crisis van tariefovereenkomsten: naar een liberalisering van onze sociale zekerheid?

Pauline van Cutsem, departement R&D

Samenvatting

Dit artikel begint met de verwijzing naar de tendensen die zijn waargenomen bij de begrotingsopmaak voor gezondheidszorg voor 2015 en 2016 en stelt het jaar 2017 hiermee in vergelijking.

Vervolgens worden zeer specifiek het budgettaire kader en de besparingen in detail beschreven die in 2017 zijn vastgesteld.

Op basis hiervan kunnen we besluiten dat de krachtlijnen van de politieke keuzes van de voorbije jaren, aangescherpt zijn: budgettaire bezuinigingen die geleidelijk aanzetten tot de privatisering van de gezondheidszorg alsook tot het onder voogdij stellen van de sociale actoren en het overlegmodel ten gunste van de regering en de politieke arbitrages. Dit alles kondigt een liberalisering aan van ons sociaal model en van de gezondheidszorg in het bijzonder.

Sleutelwoorden: begroting gezondheidszorg, besparingen, privatisering, sociaal overleg

1. Context

De opmaak van de federale begroting voor gezondheidszorg is een complexe jaarlijkse procedure van enkele maanden, die doorgaans begint in de lente en eind oktober wordt afgesloten. Ze omvat verschillende onderhandelingsfasen en vele actoren en belanghebbende partijen zijn betrokken. In CM-Info van maart 2015 en 2016¹ bestudeerde het departement R&D van CM deze budgettaire procedure volgens twee evaluatieschema's. Ten eerste door het prisma van de budgettaire uitdagingen waaraan de gezondheidszorg het hoofd moet bieden. Vervolgens door de analyse van de legitimiteit die is toegekend aan onze organen voor sociaal overleg.

1.1. Vóór 2017: welke balans voor de begrotingsuitdagingen?

Ten eerste, wat de budgettaire aspecten betreft, maakte het gedetailleerd onderzoek van de waargenomen tendensen in de afgelopen tien jaar, uitgevoerd in de vorige artikelen, het mogelijk om een besluit te vormen over verschillende kenmerkende oriëntaties van de huidige regering. Enerzijds kon worden vastgesteld dat de regering sinds 2015 de tendens van bezuinigingen, die sinds 2008 in de gezondheidszorg

is begonnen, heeft geconsolideerd en ruimschoots heeft versneld. De besparingseisen die nodig zijn om te voldoen aan de budgettaire groeicijfer die door de regering officieel van 3% naar 1,5% en in 2016 officieus zelfs naar 1% is verlaagd, zijn bijzonder groot: in totaal is er in 2015 en 2016 een bedrag van 464,5 miljoen euro aan structurele besparingen begroot in de gezondheidszorg. Dit betekende ook dat er, om het begrotingstraject tegen 2019 na te laten, nog 1,1 miljard extra aan nettobesparingen moet worden gerealiseerd voor de begrotingsjaren 2017 tot 2019.

Gezien de nog steeds aanzienlijke behoefte aan zorg bij de bevolking, stelt het tekort aan financiële middelen de ziekteverzekering bloot aan een chronisch en structureel risico op budgetoverschrijding en voorspelt dit heel weinig kansen om te investeren in de hervorming van onze gezondheidszorg. Het is nochtans noodzakelijk dat er, met visie, wordt geïnvesteerd in de gezondheidszorg om het hoofd te kunnen bieden aan de uitdagingen in de gezondheidszorg van morgen, zoals de toename van chronische ziekten en de veroudering van de bevolking. Met andere woorden: het budget voor gezondheidszorg zou zich idealiter moeten richten op de ontwikkeling van een ontwerp op lange termijn voor het systeem van de toekomst, zoals zich inzetten voor de implementering van een meer ontwikkelde

¹ P. van Cutsem., Begroting 2015, *atypische sociale onderhandeling en herziening van het begrotingskader*, 2015, CM info 259 ; P. van Cutsem., *Federale begroting 2016 voor gezondheidszorg, analyse vanuit het perspectief van de budgettaire uitdagingen en de kwaliteit van het sociaal overleg*, 2016, CM info 263.

eerste lijn, de implementering van een grotere structuur voor thuiszorg, het zoeken van antwoorden op afhankelijkheidsproblemen en alternatieven voor ziekenhuisopname, zoals in 2014 werd aangekondigd in het regeerakkoord.

Een andere tendens die we kunnen waarnemen door de begrotingen van de laatste jaren te analyseren, is dat ze prioritair afhankelijk zijn van een boekhoudkundige aanpak die weinig elementen bevat om een visie op lange termijn te kunnen implementeren, zoals nochtans oorspronkelijk was uiteengezet in het regeerakkoord. Dit kan doen vrezen voor het behoud van de hospitalo-centrische visie die momenteel in de gezondheidszorg domineert en voor een vertraagde implementering van een zorgsysteem dat meer is aangepast aan de toekomstige uitdagingen en aan de veranderende behoeften.

1.2. Vóór 2017: welke balans voor het sociaal overleg?

Betreffende de legitimiteit, toegekend aan de onderhandelingsprocedure en het collectief beheer, doet ons tweede analyseschema, het gedetailleerd onderzoek van de vorige artikelen, besluiten dat het sociaal overleg, nochtans het DNA van onze sociale zekerheid, de twee laatste jaren sterk is verzwakt door de werking van de huidige regering. De rol van medebeheer van het gezondheidsbeleid en de budgettaire kwesties, historisch toevertrouwd aan instanties gebaseerd op pluraliteit en samengesteld uit vertegenwoordigers van de regering, maar ook uit sociale partners en actoren, worden vandaag steeds meer gemonopoliseerd door de Ministerraad.

Vóór het overleg met betrekking tot de begroting, heeft de regering in de eerste plaats de autonomie en het actievermogen van de officiële overlegorganen van het RIZIV (Verzekeringscomité, Commissie voor Begrotingscontrole, Algemene raad) verzwakt. Dit met name door zelf, zonder overleg en meerdere keren per jaar, het begrotingskader van de gezondheidszorg te wijzigen², waardoor het bijzonder instabiel en onduidelijk wordt. Zonder duidelijke en nauwkeurige budgettaire informatie is het voor de actoren van de gezondheidszorg moeilijk om later een duidelijk standpunt over dit onderwerp in te nemen.

Hoewel de ziekenfondsen en de zorgverleners zich hebben ingezet om een constructief budgetvoorstel te formuleren,

ondanks een streng budgettair en bijzonder onduidelijk kader, heeft de regering vervolgens geen rekening gehouden met dit werk en heeft ze een voorstel opgelegd dat volledig door het Kabinet was uitgewerkt, en dit in 2015 en in 2016.

1.3. Wat doen de recente begrotingsprocessen vermoeden voor de toekomst van onze sociale zekerheid?

Onze sociale zekerheid was oorspronkelijk opgericht volgens een “Bismarck”-systeem³ waarbij overleg centraal stond en iedereen bijdraagt, maar ook waarbij iedereen wordt gedekt door middel van een brede institutionalisering van solidariteit.

In 2015 en 2016 werd echter de gelijktijdige ontwikkeling aangetoond van twee tendensen die duidelijk symptomatisch zijn voor de huidige regering.

Ten eerste wordt de huidige regering gekenmerkt door het opleggen van een bijzonder streng begrotingskader in de gezondheidszorg. Daarnaast worden de laatste begrotingen voor de gezondheidszorg gekarakteriseerd door een duidelijk gebrek aan visie op lange termijn.

Ten tweede werd ook het onder voogdij plaatsen van het sociaal overleg door de regering aangetoond om de bewegingsruimte van de Ministerraad te vergroten.

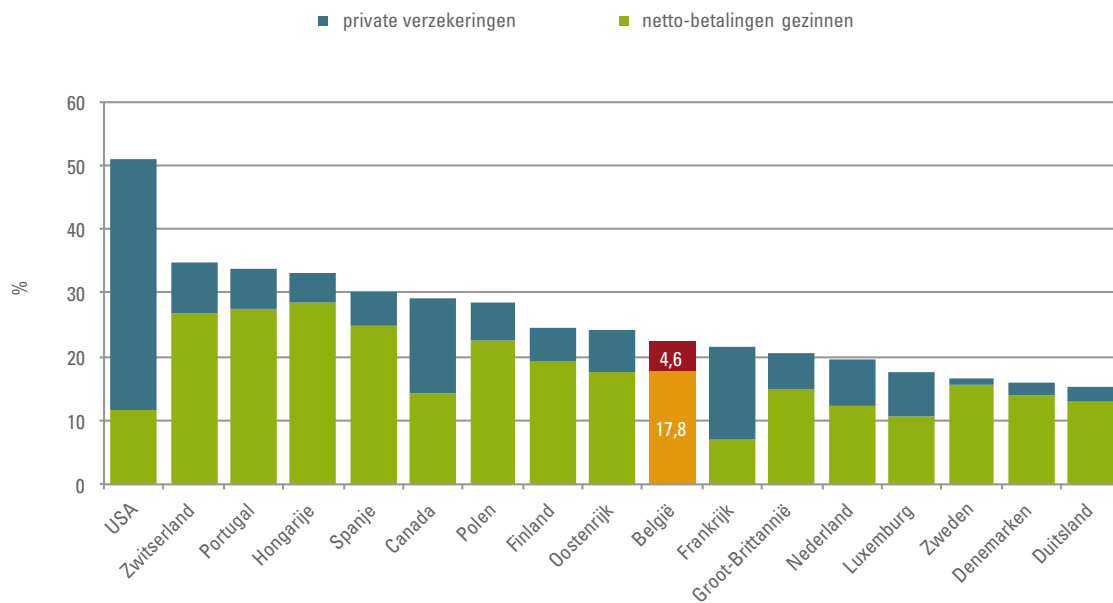
Deze twee basislijnen lijken onze samenleving te doen evolueren naar een heel ander sociaal contract: onze sociale zekerheid die eerst van het type “Bismarck” was, zou ontwikkelen naar een model van sociale zekerheid dat door de economen en sociologen “liberale” of “residuaire sociale zekerheid” wordt genoemd⁴. Deze stelsels van sociale zekerheid, voornamelijk toegepast in de Angelsaksische landen, worden gekenmerkt door een minimale dekking van de sociale risico's, voorbehouden voor de armsten en streng door de staat beheerd. Tegelijkertijd wordt de sociale bescherming voor de middenklassen en de bevoorrechte klassen, meer geprivatiseerd en vercommercialiseerd. Concreet, door zeer gerichte maatregelen te nemen, zoals aangekondigd door de regering, zullen patiënten uit de zwakste socio-economische categorieën ongetwijfeld kunnen genieten van voldoende terugbetaling.

² Eenzijdige oplegging van de besluiten van de “tax-shift” 2015 uit hoofde van de regering, zwaar gefinancierd door de gezondheidszorg; oplegging van de naleving van het Toekomstpact, ondertekend tussen de minister en de farmaceutische bedrijven, zonder overleg met de rest van de sector; oplegging van de besluiten van het conclaaf van april 2016 dat een bijkomende besparing van 59 miljoen eist; oplegging van het aanmaken van een ad hoc taskforce in mei 2016 om 136 miljoen aan besparingen te registreren om de overschrijdingen te compenseren die zijn waargenomen in 2016,...

³ In dit systeem gebeurt de financiering grotendeels door sociale bijdragen in verhouding tot het loon. Daarnaast zullen de toegekende uitkeringen in verhouding zijn tot het verloren loon. Dit systeem genereert een sterke, verticale en horizontale solidariteit tussen actieve en inactieve mensen, zieken en gezonde mensen, hoge en lage opbrengsten, ... In dit systeem wordt ook een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de sociale zekerheid en de sociale bijstand. Deze laatste moet een residuaire situatie zijn.

⁴ Econoom Esping Andersen (Esping Andersen. G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press, 1990), eminent op wereldvlak voor deze materie, heeft een typologie van de verschillende sociale-zekerheidssystemen ontwikkeld die men in Europa kan waarnemen. Hij onderscheidt hierin onder andere de “Bismarckiaanse” systemen zoals het onze, ook “corporatistische” systemen genoemd, van de zogenaamde “liberale” of “residuaire” systemen, gekenmerkt door een sterk beheer door de staat, een residuaire collectieve sociale bescherming die zich richt op de minst geïndeeden en een meer geprivatiseerde bescherming voor de anderen.

Figuur 1: Netto betalingen van de huishoudens en privé-verzekeringen in % van de uitgaven - OESO 2014



Maar globaal is er het risico op een geneeskunde met twee snelheden, met een "sociale bijstand"⁵ die stigmatiserend is voor de allerarmsten en een meer vermarkt systeem voor de anderen. Die evolutie is nog verontrustender als men weet dat het deel ten laste van de patiënt in het Belgische gezondheidszorgsysteem vandaag al hoger is dan bij onze burens (figuur 1).

1.4. En wat met de begroting 2017?

De begroting 2017 bevestigt ruimschoots de waarnemingen van de voorbije jaren en maakt dus de stelling van een risico op dualisering en "liberalisering" van ons zorgsysteem geleidelijk steeds geloofwaardiger.

Wat de **budgettaire aspecten betreft**, zou er, naast de eisen die eerder zijn opgelegd door de regering (daling van de groeinorm tot 1,5% in oktober 2014 en later een aanpassing tot 1% na de tax shift in 2015 en vervolgens het begrotingsconclaf van april 2016), in 2017 in eerste instantie 663 miljoen euro aan besparingen moeten worden gerealiseerd. Een taak die al bijzonder consequent werd aangekondigd. Maar het begrotingsconclaf van september en oktober 2016 ging nog veel verder door uiteindelijk **902 miljoen euro** aan structurele besparingen op te leggen aan de sector voor 2017, wat van de gezondheidszorg ook de sector maakt die het zwaarst bijdraagt

aan de uitvoering van de begrotingssanering die dit jaar door onze regering is gepland en de norm voor de begrotingsgroei nog tot 0,5% zal verminderen.

Wat het aspect "governance" betreft, moeten er in 2017 twee belangrijke gebeurtenissen worden genoteerd die de waargenomen tendensen van de voorbije twee jaren bevestigen.

Ten eerste is in 2017 op initiatief van het kabinet, een nieuwe reglementering op de begrotingsprocedure (CGV 2016/095 ADD) ingevoerd. Deze nieuwe reglementering werd officieel gerechtvaardigd door de noodzaak om de Belgische budgettaire kalender in overeenstemming te brengen met de Europese. Desondanks heeft deze nieuwe reglementering als voornaamste gevolg dat er grote wijzigingen worden aangebracht in de rolverdeling tijdens de budgettaire procedure en in de daadwerkelijke mogelijkheid om transversaal overleg te voeren (tabel 1).

Een positief punt van deze nieuwe reglementering is dat ze, voorafgaand aan de start van de begrotingsbesprekingen, een voorstelling voorziet van de geraamde uitgaven voor het lopende jaar en het volgende jaar. Hierdoor zouden de overeenkomsten- en akkoordencommissies zich meer bewust moeten zijn van de budgettaire context waarin ze zich bevinden en zullen ze deze realiteit meer laten meespelen in hun budgettaire besprekingen.

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

Tabel 1: Procedure voor de oprichting van de begroting (voor - na)

	Oorspronkelijke kalender	Nieuwe kalender vanaf 2017
Technische ramingen juni (n-1)	30 juni	31 mei
Permanente audit	15 mei	30 juni
Algemeen begrotingskader, meerjarig traject en strategische prioriteiten	Niet van toepassing	Vanaf 1 juni, continue procedure
Raming van de behoeften	Geen termijn	Geschrapd
Prioritaire wijzigingen	Niet van toepassing	Continue procedure
Compensatiemaatregelen	Onbestaand concept	Ten laatste op 1 september
Technische ramingen september	14 dagen voor de 1e maandag van oktober	Ten laatste op 15 september
Verslag Commissie voor begrotingscontrole (CBC)	15 september + geactualiseerd per brief	Ten laatste op de achtste werkdag na 15 september
Laatste stemming van het Verzekeringscomité (VC)	1e maandag van oktober	1e maandag van oktober
Analyse van het voorstel van het VC aan het CBC	Niet van toepassing	Woensdag na de stemming tijdens het VC
Stemming tijdens de Algemene Raad over de begrotingsdoelstelling en de algemene begroting	3e maandag van oktober + eind december	2e maandag van oktober

Maar over het algemeen zorgt deze reglementering voor veel meer verwarring over het verloop van de overlegprocedure, een veel onduidelijkere taakverdeling tussen de verschillende organen en een veel moeilijker begrip van het begrotingskader voor de verschillende actoren. Het begrotingskader wordt bijvoorbeeld met mondjesmaat onthuld, in een continue procedure naargelang de beslissingen van de regering, en kan dus mogelijk pas worden onthuld na de limietdata voor het afsluiten van een begrotingsvoorstel door de partners en actoren van het collectief overleg, zoals dit in 2017 het geval was.

Deze nieuwe reglementering schrappt ook het begrip "behoefte" aan budgettaire investeringen, die de overeenkomsten- en akkoordencommissies vroeger konden formuleren. En in plaats daarvan werd de verplichting ingevoerd om besparingsvoorstellen te formuleren om alle budgettaire overschrijdingen of aanvragen tot nieuwe middelen te compenseren, ongeacht of er een echte maatschappelijke behoefte bestaat achter deze realiteit. De logica van "bezuinigingen" is dus hier geïnstitutionaliseerd en de "silowerking", kenmerkend voor de gezondheidszorg en nochtans achterhaald in een tijd waarin belangrijke hervormingen meer dan nodig zijn, wordt nog bevestigd.

Maar de meest opmerkelijke en betreurenswaardige wijziging achter deze nieuwe reglementering betreft de periode die aan het Verzekeringscomité wordt toegekend om, vanaf de

positionering van de verschillende overeenkomsten- en akkoordencommissies, een overlegd budget voor te leggen. Vroeger had men drie maanden de tijd (van juli tot eind september) om tot een dergelijk voorstel te komen. Dit liet een breed overleg toe tussen de verschillende verzekeringsinstellingen onderling en gesprekken tussen verzekeringsinstellingen en vertegenwoordigers van zorgverleners.

De nieuwe reglementering voorziet echter maar een tweetal weken voor deze transversale arbitrage. En in de praktijk bleef er dit jaar, tijdens de begrotingsopmaak 2017 nauwelijks een week over gezien de vertraging van de besprekingen in de akkoorden- of overeenkomstencommissies. Een gezamenlijk voorstel formuleren dat zowel door de mutualiteiten onderling als met de zorgverleners kon worden besproken, was dus onmogelijk. Besluit: ondanks het feit dat het sociaal overleg in theorie mogelijk bleef in de nieuwe reglementering die door het kabinet is ingevoerd, waren de bestaansvoorwaarden in de praktijk vrijwel nihil. In 2016 kon het Verzekeringscomité dus geen voorstel van partiële begrotingsdoelstelling per sector formuleren omdat er onvoldoende informatie was over het algemeen begrotingskader en omdat er onvoldoende tijd was om op deze basis een fundamenteel gesprek te voeren met alle belanghebbende partijen. Daardoor versterkt deze reglementering, omgekeerd, de bewegingsruimte en de invloed van het kabinet, dat, zonder voorstel in overeenstemming met de oorspronkelijke overlegorganen, nog veel vrijer is om haar eigen begrotingsvoorstel te formuleren.

Bijgevolg, en dit is de tweede bekende eigenschap over het facet “regering” voor 2017, kreeg het sociaal overleg opnieuw faam. Dit zowel bij het Verzekeringscomité waar het formuleren van een waardig begrotingsvoorstel niet mogelijk was als bij de Algemene Raad waar het voorstel van de regering dat vanuit het niets werd opgemaakt door het Kabinet, werd geweigerd vanwege een gebrek aan het kenmerkende overleg. De Ministerraad heeft dus, net zoals in 2016, opnieuw haar eigen begroting voor gezondheidszorg opgelegd, gepland achter gesloten deuren tijdens een begrotingsconclaf, zonder gesprek met de sector. Een dergelijke dwarsboming van het sociaal overleg heeft zich al bijna 20 jaar niet meer voorgedaan en heeft zich nu net twee keer achtereenvolgens herhaald, voor de begroting van 2016 en 2017.

Deze nieuwe *modus vivendi*, namelijk een begroting die niet meer wordt bepaald door de overlegorganen maar rechtstreeks door de Ministerraad tijdens een begrotingsconclaf, is echter in strijd met de filosofie van de regelgeving die in 1993 is ingevoerd. De “basisprincipes” van deze regelgeving bepaalden dat “*het bepalen van de grote begrotingsenvelopes van de ziekteverzekering chronologisch moet worden losgekoppeld van het begrotingsconclaf van de regering*” en dat “*de beslissingen moeten worden genomen op het niveau dat het dichtst bij de dagelijkse realiteit staat*”⁶. Dit is de reden waarom men wou dat de begroting voor de gezondheidszorg wordt bepaald aan de hand van een overlegprocedure en de Algemene Raad van het RIZIV verantwoordelijk is voor de uiteindelijke goedkeuring van de algemene begroting voor de gezondheidszorg en niet het kabinet. De fundamentele principes bepalen dat “*de minister van Sociale Zaken slechts als laatste reddingsmiddel mag ingrijpen*”⁷. Een begroting die wordt vastgesteld door de Ministerraad en het kabinet wordt geacht een uitzondering en geen regel te zijn. De situatie begint er vandaag echter heel anders uit te zien.

Kortom, door de grote omvang van de vereiste besparingen en het afzwakken van het overleg die het begrotingsjaar 2017 hebben gekenmerkt, is de tendens die in 2015 en 2016 is ontwikkeld, namelijk een evolutie van ons oorspronkelijke socialezekerheidsstelsel van het type Bismarck naar een liberaal model en het risico op privatisering en dualisering van de zorgverlening dat hiermee gepaard gaat, nog versterkt.

Na deze eerste introductie en het in perspectief plaatsen van de kenmerkende uitdagingen met betrekking tot de begrotingsopmaak 2017, kunnen we ons richten op de exacte inhoud zoals in oktober 2016 opgelegd door de Ministerraad.

2. Bepaling van de algemene begrotingsdoelstelling voor 2017: besluit van de Ministerraad

2.1. Begrotingskader

Volgens het wettelijk kader dat van kracht is (art. 40, §1, 4^e alinea van de gecoördineerde wet) voor de bepaling van de wettelijke begrotingsdoelstelling voor 2017, moet het uitgangspunt de begrotingsdoelstelling van 2016 zijn (23.812,569 miljoen) waarop de officiële groeinorm (+1,5%) en vervolgens een specifieke indexering wordt toegepast. De doelstelling voor 2017 zou 24.627,164 miljoen euro moeten bedragen (CGV 2016/288) (tabel 2).

In haar nota CGV 2016/288 verklaarde het RIZIV echter ook rekening te houden met een bijkomende structurele besparing van 140,2 miljoen, die dubbelzinnig “**structureel ondergebruik**” wordt genoemd. Dit was het resultaat van de beslissingen van het conclaf in juli 2015 en is opnieuw geëvalueerd tijdens de budgettaire controle van april 2016⁸. De regering had tijdens vorige begrotingsconclaven opgelegd om dit bedrag op een structurele manier te “bevrozen”. Dit zal in 2017 dus moeten worden gecompenseerd op het niveau van de uitgaven, zodat de wettelijke begrotingsdoelstelling, verminderd met dit bedrag, niet wordt overschreden.

Tabel 2: Wettelijke begrotingsdoelstelling voor 2017 (situatie voor het conclaf)

Strikte normberekening	2017 (in duizenden euro)
Globale begrotingsdoelstellingen 2016	23.812.569
Reële Groeinorm 1,5%	357.189
Sub-totaal	24.169.758
Gezondheidsindex (2,51% juni 2016)	368.812
Spilindexmassa	88.594
Strikte norm sept	24.627.164
«structureel ondergebruik»	140.174
Effectieve uitgavedoelstelling van de regering	24.456.341

⁶ Overgenomen van het Rekenhof (2006), p. 28, punt 53.

⁷ Idem.

⁸ De regering heeft besloten tot een “*bijkomend structureel ondergebruik, naast het meerjarig traject dat werd besloten in oktober 2014, zonder dat dit daarom zal leiden tot een aanpassing van de begrotingsdoelstelling of de groeinorm*”. Zonder de groeinorm van 1,5% aan te passen, heeft dit besluit bijgevolg geleid tot het structureel versterken van het meerjarig begrotingstraject door niet het volledige budget toe te kennen dat op basis van deze norm is berekend.

Met dit in het achterhoofd zou de effectieve uitgavendoelstelling van de regering voor 2017, lager dan de wettelijke doelstelling volgens de 1,5%-norm, **24.456,341** miljoen euro moeten bedragen.

De technische ramingen van het RIZIV voor 2017 bedroegen op hun beurt 25.150,315 miljoen euro. Rekening houdend met de 140 miljoen aan extra besparingen die nodig zijn om het zogenaamde "structurele ondergebruik" effectief "te bevriezen", indien we de geraamde uitgaven vergelijken met de uitgavedoelstellingen van de regering, bedroegen de overschrijding en dus de minimale structurele besparingen voor 2017 oorspronkelijk reeds **663,325 miljoen**.

Bovendien besloot de regering in oktober 2014 dat er tegen 2018 een bedrag van 236 miljoen euro aan besparingen zou moeten worden gerealiseerd in de gezondheidssector, ofwel in de begroting van de gezondheidszorg zelf of in de administratiekosten van het RIZIV⁹. Volgens het kabinet, dat niet heeft gecommuniceerd over de exacte inhoud van deze besparingen, moesten er in 2017 in dit kader nog besparingen worden gerealiseerd voor een bedrag van 9,9 miljoen. Zo zou de geschatte overschrijding van de effectieve uitgavendoelstelling van de regering in 2017 hoger zijn dan 673 miljoen euro.

Ter herinnering: de oorzaken van deze overschrijding en dus van deze besparingsinspanningen zijn in de eerste plaats het resultaat van de bevrozing van 140 miljoen, hierboven vermeld en later eenzijdig beslist door de regering tijdens de tax shift van 2015. Vervolgens is een groot deel van de overschrijding toe te schrijven aan de begroting van de farmaceutische industrie, die 300 miljoen meer bedraagt dan het traject dat

door M. De Block en de vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie is aangekondigd in hun "Toekomstpact" dat in 2015 is ondertekend. De overschrijding in deze sector lijkt hoofdzakelijk gerelateerd aan het beleid over zogenaamde "innovatieve" geneesmiddelen¹⁰. Vervolgens is ongeveer 223 miljoen toe te schrijven aan de overschrijding van diverse andere sectoren (voornamelijk de medische honoraria, waarvoor de overschrijding van de begrotingsdoelstelling voor 2016 volgens het RIZIV 99,990 miljoen euro is, de sector tandzorg, waarvoor de overschrijding voor 2016 47,541 miljoen euro bedraagt, en de sector kinesitherapie, waarvoor de geschatte uitgaven voor 2016 de doelstelling van 2016 met 20,859 miljoen euro overschrijden). Meer bepaald in deze twee laatste sectoren lijkt dit het teken te zijn dat de bepaling van de begrotingen niet de evolutie van de behoeften volgt.

De regering is echter niet gestopt bij deze nochtans aanzienlijke inspanning van 673 miljoen. Gezien de inspanning tot een bijkomende sanering, uit te voeren door de federale regering (het verslag van het Monitoringcomité van 18 juli 2016 heeft de inspanningen van de bijkomende begrotingsconsolidaties geraamd op 1,3 miljard euro in 2016 en op 2,4 miljard euro in 2017, met een constant beleid van Entiteit I om te voldoen aan de doelstellingen van het stabiliteitsprogramma), heeft de regering tijdens het begrotingsconclaf van september en oktober 2016 beslist dat er in de gezondheidszorg bijkomende maatregelen moesten worden genomen tot een bedrag van 229 miljoen euro. Dit brengt de totale, te realiseren inspanning voor de gezondheidszorg alleen al voor 2017 op **902 miljoen euro**.

Uit deze opvolging van dubbelzinnige boekhoudkundige verrichtingen blijkt enerzijds dat de officiële begrotingsdoelstelling 24.267,164 miljoen euro blijft (achter dit eerste cijfer zit in werkelijkheid al de eis van 600 miljoen besparingen verborgen, wat overeenkomt met de noodzaak om een groeionorm te respecteren die is gedaald tot 1,5% terwijl de natuurlijke groei van de uitgaven ongeveer 2,2% lijkt). Anderzijds, meer officieus, mag de som van de partiële begrotingsdoelstellingen die aan de verschillende zorgsectoren zijn toegekend, in de realiteit, niet hoger zijn dan 24.256,134 miljoen euro (tabel 3) (hier vinden we dus de bijkomende 300 miljoen aan structurele besparingen, wat overeenkomt met een officiële vermindering van de groeionorm van de begroting van 1,5% tot 0,5%). De regering lijkt de bedoeling te hebben dat deze laatste "blokkering" structureel wordt. Dit laat dus vermoeden dat voor de berekening van de begroting 2018 niet het wettelijke officiële begrotingsbedrag zal worden verdeeld maar dit "officieus" verminderde bedrag. Voor 2017 maar ook voor de komende jaren, wordt de officiële groeionorm officieus verminderd van 1,5% tot 0,5%. Dit is het meest strenge begrotingskader ooit sinds het bestaan van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Tabel 3: Erkende uitgaven voor 2017 (situatie na conclaf)

Strikte berekening van de norm	2017 000 EUR
Algemene begrotingsdoelstelling 2016	23.812.569
Reële groeionorm van 1,5%	357.189
Subtotaal	24.169.758
Indexmassa (sector honoraria) - (2,51 %)	368.812
Indexmassa gekoppeld aan de spilindex (verblijfssectoren)	88.594
Algemene begrotingsdoelstelling 2017	24.267.164
Som van gedeeltelijke begrotingsdoelstellingen	24.256.134
Verschil (structurele blokkering)	370.030

9 Van deze 236 miljoen euro aan besparingen, werd € 65 miljoen besloten in het kader van de begroting voor 2015 (waarvan 20 miljoen euro besparingen op de administratieve kosten van de mutualiteiten) en 76 miljoen euro in het kader van de begroting voor 2016.

10 De term "innovatief" moet voorzichtig worden gebruikt en heeft niet voor elke speler dezelfde betekenis. Meer informatie over dit onderwerp in artikel CM Info 264.

2.2. Toegelaten uitgavenstijging

Gezien de verschillende maatregelen die hieronder zijn beschreven, werd het toegelaten uitgavenniveau voor 2017 van 24.267,164 miljoen (wettelijk budget) verminderd tot 24.256,134 miljoen (toegelaten uitgaven). Vergeleken met het geschatte uitgavenniveau 2016 (laatste technische ramingen), zorgt dit voor een nominale groei van 1,89%. Het planbureau schat de inflatie voor 2017 op 1,8% maar de werkelijk toegelaten groei zal slechts 0,01% bedragen.

Deze groeicijfers zijn bijzonder laag ten opzichte van de groeicijfers van de overheidsuitgaven voor gezondheid die we in de voorgaande jaren zagen en geschat worden voor de toekomst. Deze laatste vijf jaren was het reële groeicijfer van de gezondheidsuitgaven zeer gematigd dankzij de besparingsmaatregelen die al genomen waren en door de economische crisis. Maar het bereikte toch 2,17%. Het Planbureau voorziet dat de groei van de uitgaven voor de 5 komende jaren ook minimum 2,2% zal zijn. Het begrotingskader voor het jaar 2017 is dus echt het strengste ooit voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

2.3. Structurele besparingen

Tijdens de begrotingsopmaak 2017 werd door de Ministerraad geen enkel bedrag vrijgegeven om te investeren in nieuwe maatregelen in de gezondheidszorg. Daarentegen heeft de regering een groot aantal besparingen opgelegd in verschillende sectoren, die in de onderstaande tabel 4 zijn samengevat en hieronder meer specifiek worden beschreven.

a. Gedeeltelijke indexering van de sector erelonen (247 miljoen).

Voordat het Kabinet zich had uitgesproken over de begroting 2017, had het Verzekeringscomité al een bevrozing voorgesteld van 33% van de totale indexmassa van honoraria voor een bedrag van 368,812 miljoen euro. De motivering achter dit voorstel was dat de gecumuleerde index van de niet-toekenning van de indexmassa aan de zorgverleners in 2015 (0,53%) en in 2016 (0,62%), geëist door de huidige regering, 1,15% bedroeg, terwijl de indexsprong voor bedienden en loontrekkenden voor dezelfde periode 2% bedroeg. De indexeringsfactor voor 2017 bedroeg 2,51% (RIZIV CGV 2016/288) om de inspanningen door zorgverleners op een gelijk niveau te brengen als dat van de

Tabel 4: Samenvatting van de besparingsmaatregelen die in 2017 door de regering zijn opgelegd

	RIZIV in Begrotingsdoelstelling van de gezondheidszorg	RIZIV buiten BD van de gezondheidszorg
	In miljoen €	
Maatregelen van de taskforce	99,5	2
Maatregelen van de begrotingscontrole 2016	57,5	13,25
Geplande maatregelen Toekomstpact 2017	71,1	
Indexmassa sector honoraria	247	
Begrotingstraject van het Toekomstpact	263,7	
Uitbreiding van het voorschrift van de goedkoopste geneesmiddelen tot 60 %	20	
Erelonen hoofdstuk IV apothekers	13,6	
Verandering van categorie voor de terugbetaling van antibiotica	14,8	
Indexering van MAF-plafonds	14,1	
Versnelde impact van veranderingen van de gezinstoestand in het kader van de voorkeursregeling	9,5	
Compensatie BD voor klinische biologie	13,3	
Compensatie BD voor medische beeldvorming	15,7	
Besparingen in ziekenhuizen	40	
Wijkgezondheidscentra	7	
	886,8	15,25
TOTAAL	902,05	

werknemers. Er werd dus een retentie van 0,84% op de indexmassa voorgesteld.

Ondanks het feit dat deze situatie betreurenswaardig is, verklaarde een zeker aantal vertegenwoordigers van de zorgverleners deze redenering te begrijpen en deze redenering bijgevolg te accepteren zonder dreigementen om de officiële akkoorden die met de mutualiteiten zijn afgesloten over de tarieven en erelonen, te verbreken.

Toch werd de bevrozing van de indexmassa, voorgesteld door de regering, uiteindelijk verhoogd tot 66% in plaats van 33%. Deze maatregel werd heel slecht onthaald door de zorgverleners, die onmiddellijk hebben aangekondigd dat een dergelijke eis hen zou verplichten tot een dreiging om het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen te verbreken.

"[...] De BVAS heeft aangekondigd dat het besluit van de regering een einde zou betekenen voor het akkoord van 2016-2017".

Médishère 27 oktober 2016.

"[...] De vereniging van kinesitherapeuten Axxon is woedend: dat er in 2017, voor het 3^e jaar op rij, geen indexering aan ons wordt toegekend is ronduit onaanvaardbaar! [...] En als ze wederom hun overeenkomst verbreken, betwijfelen we of we voor 2017 een andere overeenkomst zullen ondertekenen."

Médishère 27 oktober 2016.

Toch moet deze gedeeltelijke indexering, hoewel heftig onthaald door de zorgverleners, in context geplaatst worden: tijdens de laatste 10 jaar is de massa van de erelonen van artsen bijvoorbeeld gestegen met 18%, terwijl de inflatie minder dan 9% bedroeg. Volume- en prijseffecten staan dus over het algemeen op het spel in de gezondheidszorg en doen de inkomsten van de zorgverleners stijgen, ongeacht de indexering.

Maar hoe het ook zij, door deze eenzijdige maatregel van de regering, namelijk door het evenwicht van de akkoorden over de tarieven en de toeslagen die door zorgverleners worden aangerekend, te bedreigen, wordt de hoeksteen van onze gezondheidszorg, die is gebaseerd op sociaal overleg, in gevaar gebracht. En daardoor wordt de tariefzekerheid voor patiënten, naar aanleiding van diverse vakbondsacties door de vertegenwoordigers van de zorgverleners, in alle zorgsectoren in gevaar gebracht.

[b. Maatregelen van de taskforce \(101,5 miljoen\)](#)

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft in januari 2016 vastgesteld dat het de slechte richting uitging met de begroting voor gezondheidszorg. Vanaf begin 2016 werd een risico op overschrijding geregistreerd. Dit voornamelijk na de inbeslagname door de regering van 140 miljoen op de begroting voor gezondheidszorg en de budgettaire ontsporingen in de farmaceutische sector. Normaal gesproken bestaan er officiële

Tabel 5: Besparingen "taskforce" per sector

Zorgsectoren	In miljoen €
Medische erelonen	31,700
Erelonen tandartsen	0
Erelonen verpleegkundigen	1,071
Farmaceutische specialiteiten	36,000
Kinesithérapie	5,000
Bandagisten en orthopedisten	1,300
Ziekenhuizen	26,595
Som van de besparingen door taskforce (in de doelstelling gezondheidszorg)	99,524

procedures om dit soort ontsporing op te lossen, door de sectoren verantwoordelijk te maken voor hun overschrijding. Maar in dit geval gaf de minister de voorkeur aan een ad hoc taskforce in de schoot van de Algemene Raad, georganiseerd door het hoofd van het kabinet en het RIZIV, om een voorstel te formuleren om de waargenomen afwijking structureel te corrigeren. Deze taskforce heeft in juni 2016 haar rapport voorgesteld, waarmee het mogelijk moet zijn om vanaf 1 januari 2017 101,5 miljoen (begrotingsdoelstelling en administratiekosten RIZIV inbegrepen) te besparen (tabel 5). Desondanks blijft de timing die is voorzien om deze maatregelen ten uitvoer te brengen, in veel gevallen erg optimistisch.

[c. Maatregelen van de begrotingscontrole 2016 \(70,6 miljoen\)](#)

Tijdens de begrotingscontrole van april 2016 heeft de regering eenzijdig een aantal bijkomende maatregelen opgelegd aan de gezondheidszorg voor een bedrag van 70,6 miljoen op jaarbasis. De maatregelen die in 2017 een impact hebben op de begrotingsdoelstellingen, zijn de volgende:

- **Plan "controlebeleid" (25 miljoen):** De regering kondigde, in het kader van de verplichte ziekteverzekering, aan dat er vanaf 2016 meer zal worden geïnvesteerd in de geïntegreerde aanpak om frauduleuze facturatie, overconsumptie en medische verspilling te verminderen. Volgens de regering zou dit een opbrengst van 13,25 miljoen moeten genereren dankzij terugvorderingen en 11,925 miljoen dankzij een knik in de uitgaven. De methode om deze doelstellingen te bereiken werd nooit geëxpliciteerd door de regering en een groot aantal waarnemers gelooft dat deze maatregel veel te optimistisch is. Ze benadrukken dat het een illusie is te hopen dat er op korte termijn zulke spectaculaire besparingen kunnen worden behaald zonder eerst te investeren op het gebied van personeel en software.
- **Ziekenhuizen (18,3 miljoen):** Tijdens de begrotingscontrole 2016 besloot de regering om het deel B7B van de

ziekenhuisfinanciering en niet-invasieve medische toestellen te schrappen. Voor de uitvoering van deze maatregelen werd de mening van de NRZV (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen) gevraagd. De regering beweert hier dus "dat op basis van de mening van de NRZV van 22 september 2016, de twee maatregelen werden vervangen door een lineaire besparing op BFM met dezelfde opbrengst".

- Een reeks besparingen zou afkomstig zijn uit het mechanisme **patent cliff** (17,1 miljoen), bedacht in het kader van het toekomstpact met de farmaceutische sector¹¹. Enerzijds, en hier spreekt men vooral over een besparing door een methodologische aanpassing en geen reële bijkomende inspanning, zal de besparing in 2017 worden berekend op jaarbasis en niet pas vanaf maart, zoals in 2016. Hierdoor zou 10,6 miljoen extra in de boeken kunnen worden opgenomen. Het patent cliff zal ook worden toegepast van zodra het generisch geneesmiddel beschikbaar zal zijn. Dit zou zorgen voor bijkomende besparingen van 6,5 miljoen.
- **nCPAP** (6 miljoen): De regering kondigt aan dat er diverse besparingen worden of zouden moeten worden gepland in deze sector, zoals de vermindering van het forfait per dag, om een besparing van 6 miljoen op te leveren.
- **Chronische pijn (2,2 miljoen)**: Op vraag van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, werd aan de medicomut gevraagd om een overschrijding te corrigeren die zich in 2013 voordeed op het gebied van chronische pijn. In februari 2016 werd het voorstel van de medicomut genoteerd op de dagorde van het Verzekeringscomité. De verstrekking 202812-202823 (epidurale injectie in de lumbale wervelkolom) is geschrapt en de terugbetaling van verstrekking 202790 - 202801 (injectie in de tandwortel en transforaminale injectie, met het gebruik van medische beeldvorming) is beperkt tot 3 injecties per jaar.
- **Logopedie (2 miljoen)**: Om deze besparing te berekenen, toont de regering aan dat de begunstigde twee keer naar de voorschrijvende arts gaat wanneer hij/zij met logopedie start. Een eerste keer voor het voorschrift voor het logopedisch bilan en een tweede keer voor het voorschrift voor de behandeling. Er wordt voorgesteld om het voorschrift voor de bilan en het voorschrift voor de behandeling te bundelen in één bezoek. De arts behoudt vervolgens het recht voor om, na de voorstelling van het bilan, het voorschrift voor de behandeling te annuleren indien een behandeling niet aangewezen blijkt. Maar toch benadrukken sommige waarnemers de irrelevantie van deze maatregel. Momenteel

gaat zelfs geen derde van de patiënten die een logopedist raadplegen eerst naar de arts om een dergelijk logopedisch bilan te laten voorschrijven. Via dit voorstel zou er een besparing van slechts 900.000 euro of zelfs maar 700.000 euro mogelijk zijn, en niet de 2 miljoen die de regering inschat. Bovendien wordt dit bedrag ten onrechte begroot als een besparing die door de logopedisten moet worden gerealiseerd, terwijl dit eerder een invloed zal hebben op de medische prestaties.

d. Geplande maatregelen voor het toekomstpact met de farmaceutische industrie (71,1 miljoen)

In 2015 sloot minister De Block een "Toekomstpact" met de farmaceutische industrie. In dit pact staat een budgettair groeitraject voor de sector, waarbij bepaalde besparingsmaatregelen zijn gepland voor elk boekjaar. Voor 2017 werd een besparing van 71,1 miljoen euro afgesproken en als volgt verdeeld:

- Maatregelen "Evidence Based Medicine" (32 miljoen), gebaseerd op de voorstellen van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen.
- Toepassing van het patent cliff voor generische producten (3,1 miljoen) en uitbreiding van het patent cliff voor producten "nog geen R" (16 miljoen).
- Maatregelen met als doel de ontwikkeling van biosimilaire geneesmiddelen en "biologische" geneesmiddelen in België te stimuleren (20 miljoen).

e. Begrotingstraject van het farmaceutisch toekomstpact (263,7 miljoen)

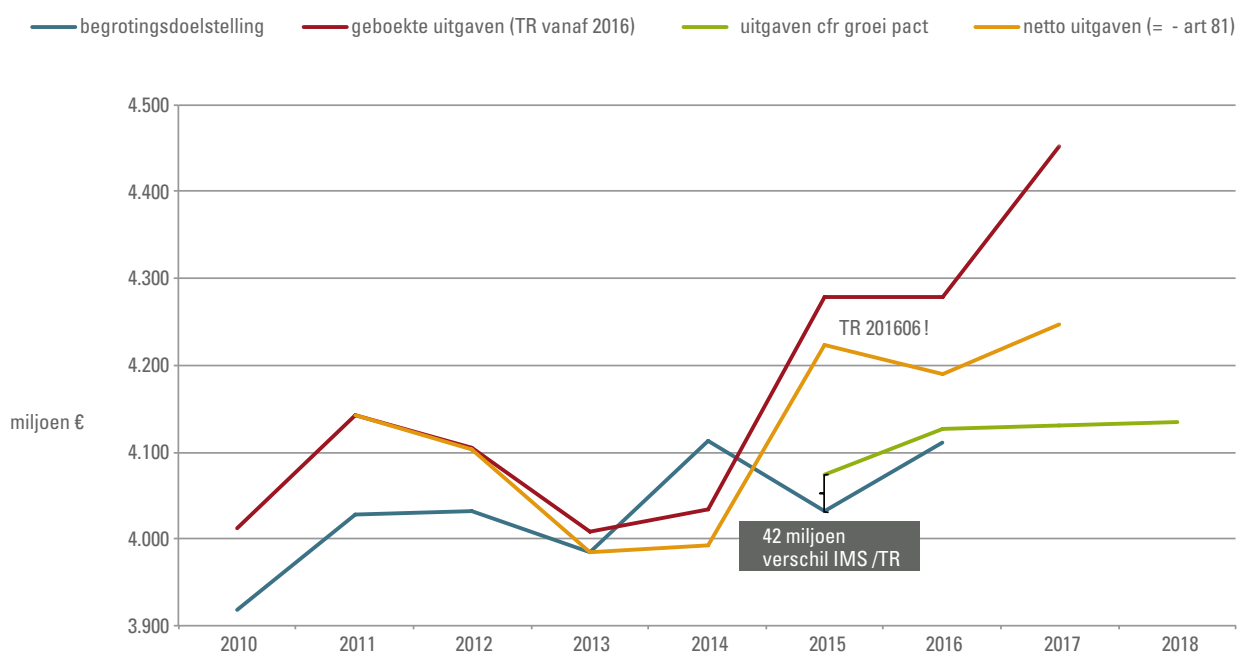
Het Toekomstpact, in juli 2015 getekend door minister Maggie De Block en de farmaceutische industrie, zou een stabiel meerjarlijks budgettair kader beloven voor de jaren 2016-2018. Dit pact beoogde "een gemiddeld groeiperspectief in de sector van 0,5% per jaar"¹².

Maar terwijl er tijdens de vorige legislatuur een sterke vertraging en controle van de farmaceutische uitgaven kon worden bereikt (zoals aangetoond in figuur 2), werd deze tendens omgekeerd vanaf het begin van de legislatuur van M. De Block. In 2015 was er in de sector van farmaceutische specialiteiten al een overschrijding van 247 miljoen ten opzichte van de bedragen die oorspronkelijk in het Pact waren voorzien, en de werkelijke toename van de uitgaven bedroeg 6% terwijl het Pact een uitgavenstijging van 0,41% verwachtte. In 2016 bedroeg de overschrijding van de uitgaven, zoals geschat in de technische ramingen van het RIZIV, 228 miljoen. Voor 2017

11 Wanneer het patent voor een farmaceutische specialiteit wegvalt, kan er een generiek op de markt komen. Dat is een kans om de prijs van het werkzame bestanddeel te verminderen en maakt het mogelijk om het principe "referentiecluster" toe te passen. In het systeem dat van kracht is tot februari 2016, daalden de prijzen 4 keer over een periode van 6 jaar. In het nieuw systeem (patent cliff) vindt de prijsvermindering in 1 keer plaats, wat zorgt voor snellere besparingen.

12 Toekomstpact, voor de patiënt met de farmaceutische industrie, pg 18.

Figuur 2: Farmaceutische uitgaven versus begrotingstraject



voorziet het Pact uitgaven van 4.130 miljoen en een toename van de uitgaven van 0,08%¹³. De technische ramingen voor 2017 van het RIZIV voorzien veel grotere uitgaven voor 2017 (4.431 miljoen) en een toename van de uitgaven met 4,04%. Zoals de Commissie voor begrotingscontrole in haar rapport van 2016 benadrukt¹⁴, is de sterke toename van contractartikelen 81 en 81bis voor een groot deel verantwoordelijk voor de ontsporing van het begrotingstraject dat door het Toekomstpact is voorzien. De CBC benadrukt dat de begrotingscompensaties die door het RIZIV zijn verkregen door middel van inkomsten "artikel 81 en 81bis" die de farmaceutische industrie in dit kader betalen, niet voldoende zijn om te voldoen aan het begrotingstraject dat is bepaald door het Toekomstpact.

Op basis van de meest actuele technische ramingen, kunnen we de overschrijding in de farmaceutische sector voor 2017, ondanks de reeds voorziene besparingen van 71,1 miljoen,

schatten op nog 300,550 miljoen bruto en 331,349 netto. Zoals het Kabinet en de sector hebben beloofd, zal deze overschrijding worden gecompenseerd¹⁵. Gezien de omvang van de overschrijdingen in kwestie, is het gemakkelijk te begrijpen dat de naleving van de overeenkomst, die is afgesloten tussen de Minister en de farmaceutische sector, door middel van structurele inspanningen van vitaal belang is voor de duurzaamheid van de gezondheidszorg en de naleving van de algemene groeinorm.

Na herhaalde druk door de mutualiteiten gedurende 2 jaar, met de vraag het begrotingstraject na te leven, heeft het kabinet van de minister uiteindelijk bevestigd dat 263,7 miljoen van de overschrijding zou worden gecompenseerd via de onderstaande maatregelen. Er is door het kabinet niet verduidelijkt waarom de inspanning niet is verhoogd tot de volledige overschrijding (300,550 miljoen).

¹³ Toekomstpact, voor de patiënt met de farmaceutische industrie, pg 19

¹⁴ CBC 2016/198 - pg 94-95.

¹⁵ Het pact stelt dat "als de vooropgestelde besparingen niet voldoende zouden zijn om het perspectief van de evolutie te respecteren, er een bijkomend boekjaar zou kunnen worden gevraagd" (Toekomstpact, voor de patiënt met de farmaceutische industrie, pg 18). Tijdens het CBC van 15 juni 2016, heeft het kabinet van de minister er ook aan herinnerd dat "de naleving van het farmaceutisch pact betekent dat dit, in het geval van overschrijding, zal worden gecompenseerd door de farmaceutische industrie".

Tabel 6: Berekening van de overschrijding van het "pact".

	1	2	3	4	5	6	7
	Technische ramingen 2017 (p2017)	Besparingen van het Pact voor de toekomst	Maatregelen voor begrotingscontrole	Maatregelen van taskforce	resultaat 2017 na Pact, CB, TF	Traject Pact	overschrijding met Pact
Farmaceutische specialiteiten in duizenden	4.554.749	71.100	17.100	36.000	4.430.549	4.130.000	-300.550

Compensatiemaatregelen voor de naleving van het traject van het Pact:

- Terugbetaling geneesmiddelen artikel 81, in aanvulling op de basis (137 miljoen)
- Terugbetaling geneesmiddelen artikel 81, dankzij de methode "netto-begroting" (56 miljoen)
- Combicliff (16,3 miljoen).
- Schraping van de terugbetaling van nasale corticosteroiden (15,3 miljoen).
- Vrijwillige prijsdaling Enbrel (4,2 miljoen).
- Herziening van de groep IPP: conformiteit van verpakkingen ten opzichte van de aanbevelingen van CRM over het gebruik van IPP (13,5 miljoen).
- Wijziging van de definities van de goedkoopste geneesmiddelen tot 20% (10,5 miljoen).
- Extra inkomsten, meting toekomstpact, wijziging definitie toepassing R (0,6 miljoen).
- Prijsverminderingen Lantus, Crestor in het kader van contracten artikel 81 Praluent en Forxiga (4,4 miljoen).
- Overheveling olmesartan naar hoofdstuk I (5,9 miljoen).

Deze inspanning, goedgekeurd door de farmaceutische industrie, lijkt op het eerste zicht aanzienlijk. Maar ze moet in een context worden geplaatst.

Ten eerste moet men zich realiseren dat de aangekondigde begrotingsinspanningen grotendeels gebeuren via de storting door firma's van begrotingscompensaties die zij hebben beloofd om de hoge prijs te compenseren die door het ASSI wordt betaald in het kader van "innovatieve" geneesmiddelen die vallen onder de geheime procedure van "artikelen 81 en 81bis". De terugbetaling van een nieuw geneesmiddel registreren in deze artikelen in plaats van in de algemene geneesmiddelenbegroting, maakt het mogelijk om snel nieuwe medicijnen op de markt te brengen tijdens een "test"-fase, zonder het advies te vragen van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen. We spreken hier over 137 miljoen plus 56 miljoen voor 2017, namelijk 193 miljoen.

Nu is het methodologisch discutabel om al deze "inkomsten" te beschouwen als structurele besparingen. Steeds meer geneesmiddelen vallen onder het mechanisme van "Artikel 81"

en leiden tot hoge kosten voor ASSI. Maar het grootste probleem is dat dit mechanisme niet bij de bron wordt tegengehouden via de storting van de compensaties die de firma's beloven te betalen in het geval van een begrotingsoverschrijding, zoals de CBC benadrukt. Er worden echter steeds grotere uitgaven gedaan en compensaties, die slechts een gedeelte compenseren, worden vervolgens door de firma's aan de ASSI betaald, die zich hierin kan vinden. Deze procedure zal op lange termijn onhoudbaar en verkeerd zijn. Toch lijken bewustwording over het belang van deze kwestie en een politieke wil om hier een oplossing voor te zoeken nog niet op de dagorde van het kabinet te staan.

Maar er blijven nog andere vragen die ons aanzetten om voorzichtig en kritisch te blijven over de relevantie en de haalbaarheid van de aangekondigde maatregelen. Bijvoorbeeld: de impact op de begroting van de ASSI van de prijsverminderingen die zijn goedgekeurd door de farmaceutische industrie op Crestor blijven minimaal in vergelijking met de extra kosten die voortvloeien uit het gebruik van deze molecule in vergelijking met andere statines. Bovendien werd het patent van Crestor met 6 maanden verlengd, waardoor de introductie van de generieke vorm van dit geneesmiddel op de markt wordt vertraagd. Anderzijds moeten de besparingen met betrekking tot de IPP ook worden opgevolgd indien we willen voorkomen dat ze uiteindelijk worden gerealiseerd ten koste van de patiënten. De maatregel "Schraping van de terugbetaling van nasale corticosteroiden" wordt niet gedragen door de farmaceutische industrie maar zeer duidelijk door de patiënt aangezien zijn terugbetaling wordt geschraapt.

f. Uitbreiding van het voorschrift van de goedkoopste geneesmiddelen tot 60% (20 miljoen)

Volgens het kabinet zou de maatregel die besloten is door de taskforce betreffende de uitbreiding bij de huisartsen van het voorschrijven van de goedkoopste geneesmiddelen van 55% van het volume van hun voorschriften tot 60% het mogelijk maken om de opbrengsten te verdubbelen.

Er zijn echter geen sancties noch enige opvolging voor artsen die deze percentages niet naleven. Hoe kunnen we deze 20 miljoen aan besparingen dan concreet behalen? Dat is niet

duidelijk. Sommige waarnemers benadrukken dat deze doelstelling niet realistisch is als er geen stimulansen op het vlak van accreditering van artsen worden voorzien.

[g. Verandering van de categorie voor de terugbetaling van antibiotica \(14,8 miljoen\)](#)

Het idee van de regering bestaat erin om de terugbetaling van antibiotica te veranderen van een terugbetaling volgens categorie B, waarbij de terugbetaling 75% bedraagt, naar een terugbetaling volgens categorie C, waarbij dit 50% is. Het maximale verschil voor de patiënt schommelt tussen 1 en 3 euro in functie van het statuut VT / NIET-VT.

Ter herinnering: de terugbetalingscategorie van een farmaceutische specialiteit is afhankelijk van het medisch-therapeutisch belang en het "noodzakelijke" karakter van de specialiteit. Er bestaan 7 terugbetalingscategorieën. Categorie A groepeert bijvoorbeeld de specialiteiten van vitaal belang, zoals geneesmiddelen voor de behandeling van diabetes of kanker. Categorie B groepeert belangrijke farmaceutische specialiteiten op therapeutisch vlak, doorgaans de antibiotica. Categorie C groepeert geneesmiddelen voor de symptomatische behandeling.

Maar zouden antibiotica (typisch voorbeeld uit categorie "B") plots gewoon "symptomatische" geneesmiddelen zijn geworden? Nee, in sommige gevallen zijn antibiotica gewoon van vitaal belang en bij veel indicaties blijven ze therapeutisch erg belangrijk. Door deze maatregel wordt een hele reeks verschillende situaties gegroepeerd in een categorie van geneesmiddelen die minder worden terugbetaald en wordt de besparingsinspanning afgewenteld op de patiënt. Als we pleiten voor een rationeel gebruik van antibiotica is het laten doorwegen van de aankoopkost op de schouders van de patiënten, vooral de meest kwetsbare, niet de oplossing.

Dit zou kwetsbaren er nog meer toe kunnen aanzetten zorg uit te stellen, wat zou kunnen leiden tot complicaties waarvoor de uiteindelijke factuur nog veel hoger zal zijn. Bovendien is overmatig gebruik van antibiotica voornamelijk te wijten aan het feit dat zorgverleners dit veel te vaak voorschrijven. Door deze maatregel wordt er op het gebied van voorschriften niet gewerkt naar meer efficiëntie.

Als we dus alle besparingsinspanningen in de geneesmiddelen-sector samennemen, is het totaal aanzienlijk: 402,845 miljoen. Maar de omvang van deze inspanning moet opnieuw in context worden geplaatst. De farmaceutische sector ligt ook aan de oorsprong van 70% van de totale begrotingsoverschrijding van 2017 en 193 miljoen aan besparingen zijn het gevolg van compensaties die door firma's aan het RIZIV worden betaald in ruil voor voordelen die worden verkregen in het kader van geheime overeenkomsten, die in termen van prijs bijzonder interessant zijn voor het bedrijf. Het is dus moeilijk om deze inkomsten te beschouwen als een structurele en duurzame inspanning op lange termijn, zoals de regering nochtans doet in

haar boekhoudkundige methode. Als we deze bedragen neutraliseren, bedraagt de structurele besparingsinspanning 4,6% van de totale uitgaven van de ASSI in deze sector.

Bovendien wordt een deel van de inspanning gedragen door de patiënt, zoals dit bijvoorbeeld het geval is bij de besparing op antibiotica. Andere besparingen moeten ook behoedzaam worden aangepakt, met betrekking tot de stijgende volume-effecten die ze kunnen veroorzaken en hun praktische realisaties.

De verzekeringsinstellingen hadden in hun nota die bij het Verzekeringscomité is ingediend, zeer precieze voorstellen geformuleerd om op structurele wijze de 300 miljoen aan besparingen te realiseren, zonder deze inspanning af te schuiven op de patiënten, bijvoorbeeld door te werken aan statines en IPP. Maar de regering laat zich hier duidelijk niet door inspireren. Haar inspiratiebron op dit gebied moet ergens anders liggen, ...

[h. Erelonen hoofdstuk IV apothekers \(13,6 miljoen\)](#)

Voorheen werd een specifiek ereloon van 1,28 euro toegekend aan officina-apothekers wanneer ze een geneesmiddel afleverden uit hoofdstuk IV van de lijst met terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten en waarvoor het regime van de derde betaler van toepassing was. Om een extra besparing van 13,6 miljoen te kunnen realiseren, heeft het Kabinet besloten om dit ereloon te schrappen. Volgens het Kabinet is dit ereloon vandaag niet meer gerechtvaardigd, gezien de verwachte ontwikkeling van MyCarenet en een digitalisering en automatisering van de terugbetalingsprocedure.

De vertegenwoordigers van de apothekers en de verzekeringsinstellingen waren bijzonder verrast en teleurgesteld door de aankondiging van deze besparing. In feite waren er gesprekken aan de gang tussen het Kabinet en deze actoren om het bedrag van de specifieke erelonen volgens hoofdstuk IV opnieuw te implementeren in een maatregel die het mogelijk zou maken om een interdisciplinaire, constructieve samenwerking te ontwikkelen tussen de apothekers en zorgverleners om de kwaliteit en rationaliteit van de aflevering van medicijnen te verbeteren. In dit opzicht werd er een revalorisatie voorzien van de intellectuele act van de apotheker, die past in de financiering van de specifieke taken. Deze maatregelen zouden een echte meerwaarde zijn voor de ziekteverzekering en voor de patiënten. Voorbeelden uit het buitenland tonen aan dat investeren in de adviserende rol van apothekers leidt tot besparingen voor het zorgsysteem dankzij de verbetering van de therapeutische observatie en de verbetering van de volksgezondheid.

Als we het verlies van de vergoeding met betrekking tot de levering van de specialiteiten uit Hoofdstuk IV toevoegen aan de verwijdering van hun indexmassa, ondergaan de apothekers een budgettaire inspanning van 5% van hun algemene vergoeding binnen de ASSI. Het APB (de nationale federatie van zelfstandige apothekers) is van mening dat "de apotheker

op een totaal onevenredige manier moet bijdragen aan de te realiseren inspanningen¹⁶”.

i. Forfaitaire praktijken / Wijkgezondheidscentra (7 miljoen)

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid kondigt voor 2017 een besparing van 7 miljoen euro aan op het budget van de forfaitaire praktijken in eerste lijn, vaak ook wijkgezondheidscentra genoemd. Om deze besparing mogelijk te maken, voorziet de minister een moratorium op de erkenning van nieuwe forfaitaire praktijken gedurende minstens 6 maanden, van 1 januari tot 30 juni 2017. In deze periode wordt een audit uitgevoerd in de sector. De maatregel heeft dus onmiddellijke gevolgen voor alle groepspraktijken die van plan zijn om na oktober 2016 over te schakelen of op of te starten met een forfaitaire praktijk. Ze zullen met een betaling per prestatie moeten werken of verdwijnen¹⁷.

De vertegenwoordigers van de sector en van CM waren bijzonder verrast door de aankondiging van een besparing in deze sector, die veruit geen financiële prioriteit is. In tegenstelling tot veel andere sectoren met een sterke overschrijding in 2016, zoals medische erelonen, tandzorg, kinesitherapie of farmaceutische zorg, vertoonden de forfaitaire praktijken geen budgettaire ontsporingen¹⁸. Op een begroting van 147 miljoen, vertegenwoordigen deze besparingen van 7 miljoen een begrotingsinspanning van 7% op de toegelaten uitgaven in deze sector. Dit maakt dat de sector, in relatieve termen, het meeste bijdraagt aan de besparingen die voor 2017 door de regering worden geëist op het gebied van gezondheidszorg.

Bovendien is deze maatregel discutabel vanuit een methodologisch standpunt, omdat er kan worden aangenomen dat de zorgverleners die vandaag van plan zijn om forfaitair te werken, zich aan de maatregel zullen aanpassen door hun praktijk met een betaling per prestatie voort te zetten. De opschorting zal dus een eenvoudige verschuiving van de toekomstige uitgaven van een forfaitaire betaling naar een betaling per prestatie veroorzaken, en op de algemene federale begroting zal dit dus geen enkel effect hebben. Het enige begrotingsvoordeel zou kunnen worden gerealiseerd op de zorg waarvan de patiënten uit geldgebrek zouden afzien omdat de betaling per prestatie op financieel vlak minder toegankelijk is voor patiënten dan de forfaitaire betaling. Als dit de echte doelstelling van deze maatregel is, is dit niet in overeenstemming met het Regeerakkoord dat bevestigt dat “de gezondheids-

ongelijkheden en financiële drempels die de toegang tot de gezondheidszorg zouden kunnen belemmeren of die tot uitstel van zorg zouden kunnen leiden, moeten worden weggenomen¹⁹”. In die zin is het moratorium, beslist door de minister, voor zover het geen begrotingsvoordeel oplevert, een aantasting van de toegankelijkheid van zorg voor de meest kwetsbaren.

In termen van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, tonen het laatste onderzoek van het KCE²⁰ en de recente resultaten van de NRKP (Nationale raad voor kwaliteitspromotie) over het algemeen, rekening houdend met de indicatoren die konden worden geëvalueerd, positieve resultaten voor de forfaitaire geneeskunde. Ook al is het forfait geen doelstelling op zich, het lijkt een relevant middel te zijn om multidisciplinaire, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg op de eerste lijn te bekomen, doelstellingen die niet mogen worden belemmerd.

j. Medische honoraria: Compensatie van de overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling voor klinische biologie (13,3 miljoen) en voor medische beeldvorming (15,7 miljoen)

Omdat de begroting voor klinische biologie en medische beeldvorming in 2016 werd overschreden, verwacht het kabinet in 2017 een inspanning van respectievelijk 13,3 miljoen euro en 15,7 miljoen euro. Ter herinnering bedroeg de totale begroting in deze sectoren in 2016 respectievelijk 1,3 miljard en 1,2 miljard, wat bijzonder hoog is vanuit internationaal perspectief.

Als we de besparing gerealiseerd op de indexmassa van de medische erelonen, de besparingen gepland in het kader van de taskforce en deze twee laatste eisen optellen, bedraagt de totaal gevraagde inspanning op de medische erelonen in 2017 2,5% van de totale begroting van ongeveer 8,1 miljard.

Ondanks het feit dat het kabinet de omvang aangekondigde van de besparingen voorzien in de klinische biologie en de medische beeldvorming, werd er geen specifiekere informatie over de inhoud van de beoogde maatregelen meegedeeld.

k. Besparingen in ziekenhuizen (40 miljoen)

Het kabinet kondigt in haar begrotingsnota aan dat de hervorming van de organisatie en de financiering van de ziekenhuizen zal worden versneld en dat er in dit kader in 2017 een bijkomende besparing van 40 miljoen euro zal worden gerealiseerd in de ziekenhuizen.

16 *Médiasphère* 27 oktober 2016.

17 *Het einde van gezondheidscentra?* 8 december 2016. Christophe Cocu

18 Bovendien stelt het laatste KCE-onderzoek dat is uitgevoerd op de sector, dat “we op basis van beschikbare gegevens kunnen besluiten dat de totale kost voor het RIZIV voor patiënten met een forfaitaire betaling gelijk is aan die van patiënten met een betaling per prestatie. De doeltreffendheid van het forfaitair systeem lijkt even goed en soms zelfs beter, in het bijzonder voor de bevolking die de keuze heeft. Alle dingen zijn bovendien gelijk en het lijkt niet gerechtvaardigd om ons zorgen te maken over de ontwikkeling van de forfaitaire praktijken” (Rapport KCE 85b, *Vergelijking van de kost en de kwaliteit van de twee financieringssystemen voor verzorging in eerste lijn in België*, 2008).

19 Regeerakkoord, p 58, punt 3.6, en pg 59

20 Rapport KCE 85 b, *Vergelijking van de kost en de kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België*, 2008

Het kabinet vat de besparing van 52 miljoen euro in de ziekenhuizen, die reeds door de taskforce en tijdens de begrotingscontrole van 2016 is beslist, alsook de bijkomende besparing van 40 miljoen euro, als volgt samen:

- Vermindering van de A2-interest met 1% (15,2 miljoen).
- Afschaffing van lijn 900 binnen het gedeelte B1 betreffende de burgerlijke aansprakelijkheid van artsen (14,7 miljoen).
- Afschaffing van lijn 700 binnen het gedeelte B2 betreffende het supplement voor actieve verbandmiddelen (4,311 miljoen).
- Schrappen van 4.000 bedden, erkend in B2 door gelijkstelling aan verantwoorde bedden, behalve voor het mobiel team (1,650 miljoen)
- Verwijdering van KB schadevergoeding in B2 (12 miljoen).
- Vermindering van proefstudies in B4 (1,250 miljoen).
- Vermindering van 10% van de recyclagepremies (10 miljoen).
- Sluiting van diensten (materniteiten, spoedafdeling, NICU (neonatal intensive care units), intensieve zorgen, overbodige C- en D-diensten en vermindering van honoraria) (5,5 miljoen).
- Vermindering van ofwel deel B7B ofwel B7B en art. 74 en 84 (nog te beslissen door de regering) met 20% (4,125 miljoen).
- schrappen van de RIZIV-honoraria voor vroedvrouwen, in aanvulling op de verloskamer die wordt gefinancierd in het BFM (4,6 miljoen).
- Lineaire vermindering van het BFM (18,7 miljoen)

In totaal bedragen de door het kabinet opgelegde inspanningen, die jammer genoeg zelden structurele maatregelen maar eerder lineaire bezuinigingen zijn, 1% van het Budget van Financiële Middelen van ziekenhuizen. Daarbij komt dat een reeks andere opgelegde besparingsinspanningen (zoals het schrappen van een belangrijk deel van de indexmassa) ook een indirecte invloed op de ziekenhuizen zullen hebben. Volgens de ziekenhuizen mogen het risico voor werkgelegenheid die deze besparingen vertegenwoordigen, en hierdoor ook, voor de kwaliteit van de zorgverlening, niet worden onderschat²¹. Er moet gevreesd worden dat deze besparingen ook een impact zullen hebben op de patiënten en de ziekteverzekering door het risico op een stijging van de supplementen en/of de uitgevoerde prestatievolumes.

[1. Indexering van MAF-plafonds \(14,1 miljoen\)](#)

Het mechanisme van de MAF (maximumfactuur) werd ingevoerd in 2002. Maar sindsdien werden de plafonds voor persoonlijke tussenkomst die daadwerkelijk door dit mechanisme ten laste worden genomen, niet meer aangepast aan de stijgende kosten van levensonderhoud. **Vanaf 2017**, zullen de 6 MAF-plafonds (350, 450, 650, 1.000, 1.400 en 1.800 euro), de inkomens-MAF, de sociale MAF, MAF voor kinderen jonger dan 19 jaar en MAF voor chronisch zieken voortaan dus worden geïndexeerd volgens de gezondheidsindex van de maand juni.

Deze indexering van MAF-plafonds zal 14 miljoen aan besparingen genereren omdat minder patiënten de betreffende plafonds zullen bereiken en er dus minder patiënten in aanmerking zullen komen om te genieten van de MAF-maatregel.

[m. Versnelde impact van veranderingen van de gezinssituatie in het kader van de verhoogde tegemoetkoming \(9,5 miljoen\)](#)

Het kabinet voorziet ook de beëindiging van het recht op de verhoogde tegemoetkoming voor een gezin dat hier geen recht meer op heeft als gevolg van een gewijzigde gezinssamenstelling. Deze beëindiging van dit recht vindt plaats op de laatste dag van het eerste trimester dat volgt op de vaststelling van deze gewijzigde situatie. Momenteel wordt dit recht pas stopgezet aan het einde van het tweede trimester. Hoewel deze zuiver administratieve maatregel de voorkeur krijgt op andere, pijnlijkere maatregelen, neemt dat niet weg dat dit een besparing blijft ten koste van de patiënt.

3. Conclusie

In 2017 bevestigde de federale regering dat ze koos voor de strikte begrotingsdiscipline en dat de sociale zekerheid haar bevoorrechte variabele was in termen van de aanpassing van het begrotingstekort. Van de 2,4 miljard euro aan bijkomende begrotingsconsolidaties die het Monitoringcomité²² in 2017 nodig achtte voor de Federale Staat om de doelstellingen van het Europese stabiliteitsprogramma na te leven, heeft 1,2 miljard betrekking op de Sociale Zekerheid. En als de meest consequente sector, werd de gezondheidszorg het zwaarst getroffen: het recente begrotingsconclaaf heeft geleid tot maatregelen die gericht zijn op lineaire besparingen op de begroting voor gezondheidszorg van 2017 voor een totaal van 902 miljoen.

De gedetailleerde studie van de besparingen die in dit kader (cfr. 2.3.) door de regering zijn opgelegd, toont aan dat er werd geprobeerd om intensief "in de kosten te snijden". De erelonen van alle zorgverleners incasseren een schrapping met tweederde van hun indexmassa, waardoor ze een indexering van 0,83% overhouden. Voor tal van sectoren, zoals ziekenhuizen, openbare apotheken, forfaitaire centra op de eerste lijn, zijn de inspanningen die door de regering worden geëist aanzienlijk en over het algemeen willekeurig en lineair in plaats van structureel, en zorgen ze voor weinig extra efficiëntie en kwaliteit van de verstrekte zorgen. Het Regeerakkoord, dat sprak over de ontwikkeling van de multidisciplinaire aanpak van de eerste lijn, over de ontwikkeling van de geestelijke

²¹ Verzekeringscomité, NOTULEN VAN DE VERGADERING VAN 3 OKTOBER 2016 pg 15 en 2016/15 NOTULEN VAN DE VERGADERING VAN 24 OKTOBER 2016, pg 19.

²² Monitoringcomité - Rapport van 18 juli 2016.

gezondheid en de vermindering van gezondheidsongelijkheid, lijkt onttroond door de begrotingseisen²³.

In de “farmaceutische” sector, lijken de besparingen die voornamelijk worden gedaan op geneesmiddelen “zonder patent” niet meer voldoende om de kosten te dekken, gecreëerd door de terugbetaling van geneesmiddelen met patent (voornamelijk de geneesmiddelen uit “artikel 81”).

Bovendien wordt de patiënt verre van beschermd tegen de impact van deze besparingen voor “2017” omdat een reeks maatregelen rechtstreeks de terugbetalingen verminderen, waaronder maatregelen inzake antibiotica, nasale corticosteroiden of de indexering van de MAF-plafonds.

Maar het is voornamelijk door de mogelijkheid van een opzegging van de akkoorden en overeenkomsten tussen mutualiteiten en zorgverleners die de tariefzekerheid van patiënten verzekeren, dat de Belgische burger het risico loopt om, op lange termijn, het zwaarst te worden getroffen door de bezuinigingsmaatregelen voor 2017 in de gezondheidszorg en door de evoluties die ze teweegbrengen. Dankzij een clause die voorziet dat het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen kan worden verbroken in het geval van eenzijdige bijkomende besparingen door de regering, hebben de vakbonden van de artsen aangekondigd dat het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen voor 2016 en 2017 nu wordt beschouwd als “volgens de wet ontbonden”. Voor de BVAS “doet de regering alle moeite om blindelings te besparen en moet ze daar nu de gevolgen van dragen”. Bij de tandartsen, waar de laatste overeenkomst slechts geldig was voor 2016, is er momenteel dus geen akkoord meer. En op het moment dat dit artikel werd gefinaliseerd, is het de beurt aan de kinesitherapeuten om het principe van de overeenkomsten in vraag te stellen. Het nieuwe voorstel tot een overeenkomst, dat op 16/01/2017 aan het Verzekeringscomité van het RIZIV is voorgelegd, werd dus nog niet aangenomen. Als minder dan 60% van de kinesitherapeuten besluit om deze overeenkomst niet individueel te volgen, zal ze ook niet van kracht worden en is het aan de patiënt alleen om de revalorisatie van de erelonen die de kinesitherapeuten beogen, te dragen.

Gelukkig is de tariefzekerheid voor de andere zorgverleners (verpleegkundigen, vroedvrouwen, logopedisten, bandagisten, ...) nog steeds gegarandeerd omdat er overeenkomsten zijn afgesloten. Maar, met uitzicht op deze crisis van het model van “overeenkomsten en akkoorden” die zijn afgesproken met betrekking tot de tarieven in de belangrijke disciplines van onze gezondheidszorg, spreken enkele actoren op het terrein al over de dood van het systeem en gebieden ze de mutualiteiten om afstand te doen van de “eerste pijler”, namelijk een ziekte-

verzekering die solidair wordt gefinancierd en iedereen beschermt, met als doel een “tweede pijler” op te richten, door fondsen te werven bij hun leden om meer aanvullende verzekeringen te ontwikkelen²⁴. Maar is het voor de mutualiteiten echt mogelijk om de solidaire fondsen op te heffen? Ze spelen hier inderdaad op hetzelfde terrein als de private verzekeringen met alle afwijkingen die dit met zich mee kan brengen. En hoewel de overheidsfinanciën zullen worden verminderd door de ontwikkeling van deze “tweede pijler”, zal dit niet het geval zijn voor de burgers. Zij zullen dan niet alleen de behoeften moeten financieren die momenteel solidair worden gedekt door de eerste pijler, ze zullen ook individueel, moeten sparen om deze nieuwe aanvullende of facultatieve verzekeringen te kunnen afsluiten. De weg naar privatisering en commercialisering van de zorgsector wordt steeds meer merkbaar.

Een ander vrij verontrustend punt heeft betrekking op de methodologische validiteit van verschillende besparingen voor “2017”. Veel van deze besparingen lijken inderdaad erg optimistisch en de doorgegeven elementen zijn onvoldoende om hun haalbaarheid in de praktijk te evalueren. In haar rapport over de federale begroting voor 2017, maakt het Rekenhof zich ook zorgen. Volgens haar zijn bepaalde maatregelen die door de Zweedse coalitie worden genomen onvoldoende gerechtvaardigd, met name op het gebied van sociale zekerheid. Het Rekenhof bevestigt dat ze voor verschillende maatregelen “niet beschikt over berekeningshypothese of voldoende ondersteunende hypothesen die dit aangekondigde bedrag rechtvaardigen”. Andere maatregelen “worden overschat” terwijl nog andere besparingen “leiden tot een toename van de kosten in een andere sector”. Het rapport vermeldt bijvoorbeeld specifiek de besparingsmaatregelen voor medische beeldvorming en klinische biologie, voor een bedrag van 30 miljoen euro, waarvoor geen enkel detail kon worden verstrekt²⁵. We kunnen ons dus afvragen of al deze maatregelen op lange termijn wel houdbaar zullen zijn. Of als de 902 miljoen aan besparingen die door de regering worden opgelegd, niet worden behaald, is de stortvloed aan besparingen in de gezondheidszorg misschien nog niet voorbij.

Naast de “budgettaire” vaststellingen voor 2017 zoals hierboven samengevat, bevestigt de Begroting 2017, vanuit het perspectief “governance” van onze sociale instellingen, de waargenomen tendens die in 2015 en 2016, namelijk de afzwakking van het besluitvormingsvermogen van de sociale partners ten gunste van de regering.

Tot slot kunnen we ons afvragen of de regering niet van plan is om onze sociale zekerheid, oorspronkelijk van het type “Bismarck” om te vormen tot een liberale sociale zekerheid, geïnspireerd op de Angelsaksische landen, mogelijk vergezeld

²³ Regeerakkoord - 2014 - vanaf pg 58.

²⁴ Kamer van Volksvertegenwoordigers, integraal verslag, Commissie van sociale zaken, 13-01-2017, am, pg 31.

²⁵ *Le soir* - 6-12-2016

van de privatisering van een groot deel van de sociale behoeften en de verzwakking van de sociale partners ten gunste van de regering. We moeten ons echter realiseren dat in dit kader van liberale gedachten, de sociale zekerheid over het algemeen niet in de eerste plaats is opgericht als een instrument voor solidariteit en sociale samenhang, een pijler van ons sociaal-economisch model die crisissen en sociaal-economische schokken afremt of een antwoord op sociale behoeften. De sociale zekerheid wordt over het algemeen eerst gezien als een belemmering en een valkuil voor de werkgelegenheid en het concurrentievermogen²⁶. Naast de budgettaire logica, die de voorbije jaren voor veel spelers in de eerste plaats bepalend was voor de opmaak van de begroting gezondheidszorg, is het legitiem om ons vandaag af te vragen of er niet nog een andere, meer politieke logica is die op de achtergrond van deze begrotingen aan het werk is en vormgeeft aan een diepgaande paradigmaverschuiving in onze sociale instellingen.

CM is er altijd van overtuigd geweest dat het Belgische gezondheidszorgsysteem doeltreffender kan werken en bepaalde verspillingen kunnen worden aangepakt door constructieve en coherente besparingsvoorstellen uit te werken. En dit veel eerder dan te gokken op het herstel van de economische groei om de staatskas terug aan te vullen, wat, in deze periode van ecologische uitdagingen, eerder wishful thinking lijkt. We zullen ook onze rol blijven spelen om de financieringswijzen, de transparantie van prijzen en tarieven en de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren opdat de financiële middelen efficiënt worden gebruikt en worden geïnvesteerd in de aanpassing van ons zorgsysteem aan de toekomstige uitdagingen.

De doeltreffendheid van de gezondheidszorg verhogen is niet alleen een kwestie van budgetbeheer. We zullen ook moeten praten over het aanbod van de instellingen en de zorgverleners, over de afstemming ervan op de behoeften om overconsumptie te vermijden en dus over een meer nauwkeurigere programmering. We moeten samen met de zorgverleners ook te behalen doelstellingen voor de volksgezondheid en individuele doelstellingen definiëren en dit geleidelijk aan en met aandacht en respect voor de beschikbare solidaire middelen. Het zal ook van vitaal belang zijn om de universiteiten uit te nodigen om in de opleidingsprogramma's een sterke sensibilisatie te integreren over de werking van het systeem, door het te behouden en door hiervoor een erkende en verantwoordelijke speler te zijn. Er zijn nog andere elementen die deel uitmaken van dit optimaal beheer van solidaire middelen: een kwaliteitsvolle aanpak en transparantie over de correcte financiering van verstrekkingen, ...

Al deze elementen moeten het voorwerp zijn van maatregelen die zijn genomen in overeenstemming met de vertegenwoordigers van de gezondheidsactoren, en dit om te streven naar een gezamenlijke doelstelling: het behoud van een krachtig en solidair ziekteverzekeringssysteem dat patiënten in staat stelt om op een optimale manier voor zichzelf te zorgen. In het belang van de patiënt en meer in het algemeen, van alle burgers, moeten deze ontwikkelingen plaatsvinden zonder afbreuk te doen aan het fundament van ons sociaal systeem, namelijk solidariteit. CM zal dus alles in het werk stellen om de eigen waarden van ons op kwaliteit gericht gezondheidssysteem, dat voor iedereen toegankelijk is en solidair wordt gefinancierd, te behouden en we zullen blijven inzetten op overleg met alle actoren voor het voeren van het gezondheidsbeleid.

²⁶ P. Vielle. *Université de Louvain- Kamer van Volksvertegenwoordigers-Commissie van sociale zaken-Vrijdag 13 januari 2017.*