

Budget gezondheidszorg 2027

Voorstel van het Verzekeringscomité aan de Algemene Raad

Definitieve versie

1.Context

1.1 Politieke en socio-economische context

Terwijl het kader van de sextuple aim en van de gezondheidszorgdoelstellingen wordt nagestreefd, wordt het gezondheidssysteem geconfronteerd met tegenstrijdige eisen. Enerzijds blijven de behoeften en de ongelijkheden toenemen. De vergrijzing van de bevolking, de toename van chronische ziekten en multimorbiditeit versterken de zorgbehoeften en maken ze complexer, terwijl de gezondheidsverschillen groter worden en een sociale gradiënt volgen waarvan het structurele karakter onmiskenbaar is. Zichzelf de middelen geven om adequaat op deze behoeften in te spelen, terwijl de gezondheidsverschillen worden verkleind en de kwetsbare patiënten worden beschermd, is onmisbaar nodig en vereist de inzet van alle belanghebbenden in het gezondheidszorgsysteem. Aan de andere kant is de begrotingscontext beperkend en complex voor de medebeheerders van het gezondheidssysteem. We moeten de toegankelijkheid beschermen, omgaan met deze toenemende behoeften en tegelijk de ontwikkeling van de zorguitgaven beheersen en de beste besteding van de middelen bevorderen. Het gaat om de duurzaamheid van een essentiële pijler van onze sociale zekerheid; nl. ons gezondheidszorgsysteem.

De werkzaamheden voor het begrotingsproces in het kader van de ziektekostenverzekering vinden plaats in een context waarin de federale regering een extra saneringsinspanning van 14 miljard tegen 2029 aankondigt. In dat perspectief is het cruciaal om besparingen en/of inkomstenbronnen te identificeren die het mogelijk maken om het universele karakter en de toegankelijkheid van het zorgsysteem te behouden of zelfs te versterken en om innovatie in de zorg nog tot bij de Belgische patiënt en zorgverlener terecht te laten komen.

De regering heeft echter geen opdrachtenbrief aan de sociale partners gestuurd. Het is dus aan het Verzekeringscomité om een begrotingsvoorstel in te dienen.

1.2 Budgettaire context

Federaal:

Als men de al genomen maatregelen en de aangekondigde meerjarige besparingsplannen optelt, wordt van de ziekteverzekering verwacht dat ze een aanzienlijke besparingsinspanning levert, ongeveer 2 miljard euro tussen 2025 en 2029.¹ Het systeem van de verplichte ziekteverzekering moet echter blijven zorgen voor toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en solidariteit die eigen aan het Belgische sociale zekerheidsstelsel is: iedereen draagt bij volgens zijn middelen (via bijdragen en belastingen) en geniet van zorg volgens zijn behoeften. Hoe meer de financiering ervan naar persoonlijke bijdragen verschuift die niet proportioneel zijn ten aanzien van het inkomen (remgelden, supplementen, enz.), hoe groter het risico dat er financiële drempels

¹ Het precieze gecumuleerde totale bedrag moet echter nog geconsolideerd worden, daarbij onderscheid makend tussen de reeds gerealiseerde besparingen, de besliste maatregelen die nog in uitvoering moeten worden gebracht en de structurele effecten verwacht tegen de horizon 2029.

ontstaan of worden versterkt voor toegang tot zorg, vooral voor mensen met grotere behoeften of een lager inkomen. Het is noodzakelijk om systematisch de directe of indirecte impact van elke besparingsmaatregel op de toegankelijkheid van zorg te evalueren, zowel op het vlak van conventionering als op het vlak van tarieven, beschikbaarheid van zorgverleners, enz.

Gezondheidszorg

De begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorg is vastgesteld op 46,268 miljard euro voor 2027 na toepassing van de groeicnorm van 2% voor 2027 en de indexering van 2,8%. Dit omvat de compensatie voor de inkomsten uit de overeenkomsten die zijn afgesloten op basis van de artikelen 111 en 81, voor een bedrag van ongeveer 2 miljard euro. Dit bevat bovendien 3 miljard euro² die sinds 2026 is overgedragen vanuit de ziekenhuiswet. Daarnaast is er voor 2027 een niet te besteden bedrag van 252,3 miljoen euro. Bijgevolg is de begrotingsdoelstelling, vermeerderd met de groeicnorm, niet volledig gefinancierd en zijn de toegestane uitgaven herleid tot 46,017 miljard euro.

Voor de begrotingsoefeningen van 2027 tot 2029 schat het RIZIV de gecumuleerde nog te realiseren besparingsinspanning om het budgettaire traject te respecteren op 644 miljoen euro (zie tabel hieronder).

Overigens zijn verschillende besparingsmaatregelen of maatregelen ter beheersing van de uitgaven die al beslist, maar nog niet uitgevoerd zijn, al opgenomen de technische ramingen van het RIZIV voor het meerjarige begrotingstraject. Deze besparingen verschijnen dus niet in de tabellen van het RIZIV terwijl het wel degelijk gaat om een bijkomende inspanning te concretiseren in de loop van de begrotingsopmaak 2027 tot 2029. Het gaat om de verhoging van de remgelden (125 miljoen euro in 2027), de VARAK-besparingen (100 miljoen euro in totaal van nu tot 2029³) en de strijd tegen fraude (25 miljoen euro reeds gerealiseerd in 2026). In totaal bedraagt de bijkomende besparingsinspanning in de gezondheidszorg over de begrotingsoefeningen 2027 tot 2029 dus 844 miljoen euro.

Tabel 1 : synthese van de besparingen – 2027-2029

² Het bedrag omvat bovendien de middelen die overeenkomen met het federale budget van financiële middelen voor de ziekenhuizen, die geïntegreerd werden in de globale begrotingsdoelstelling van de ziekteverzekering volgend op een aanpassing van de budgettaire perimeter voor een bedrag van ongeveer 3 miljard euro, onder voorbehoud van de validatie van de definitieve budgettaire tabel

³ waarvan 75 miljoen euros nog tegen 2029 te realiseren zijn

en 000 EUR	Effort cumulé			Effort annuel			Total
	2027	2028	2029	2027	2028	2029	2027-2029
Effort dans la norme	-141.521	-341.729	-414.125	-141.521	-200.208	-72.396	-414.125
Montant supplémentaire (hors norme)	0	0	0	0	0	0	0
Total	-141.521	-341.729	-414.125	-141.521	-200.208	-72.396	-414.125
Spécialités pharmaceutiques	-41.850	-99.675	-244.307	-41.850	-57.825	-144.632	-244.307
Autres secteurs	-99.671	-242.054	-169.818	-99.671	-142.383	72.236	-169.818
Total	-141.521	-341.729	-414.125	-141.521	-200.208	-72.396	-414.125

en 000 EUR	Effort cumulé			Effort annuel			Total
	2027	2028	2029	2027	2028	2029	2027-2029
Effort dans la norme	-141.521	-341.729	-414.125	-141.521	-200.208	-72.396	-414.125
Montant supplémentaire (hors norme)	0	-80.000	-230.000	0	-80.000	-150.000	-230.000
Total	-141.521	-421.729	-644.125	-141.521	-280.208	-222.396	-644.125
Spécialités pharmaceutiques	-41.850	-113.515	-284.097	-41.850	-71.665	-170.582	-284.097
Autres secteurs	-99.671	-308.214	-360.028	-99.671	-208.543	-51.814	-360.028
Total	-141.521	-421.729	-644.125	-141.521	-280.208	-222.396	-644.125

Bron: Riziv, sept 2026

Tot slot tonen de herziene technische ramingen van september 2026 een licht dalende trend in de uitgaven in de eerste vijf maanden van 2026 in vergelijking tot de ramingen van mei, wat erop wijst dat de besparingsmaatregelen die het Verzekeringscomité de voorbije jaren voorstellen een eerste bescheiden bevestiging van het structurele karakter ervan zijn. Het Verzekeringscomité streeft inderdaad al enige tijd een beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg na, zoveel mogelijk gebaseerd op de identificatie van vermijdbare zorg, onvoldoende verantwoorde zorg of zorg met weinig meerwaarde, eerder dan op lineaire correcties. Deze aanpak moet verbonden blijven met kwaliteit, toegankelijkheid, gelijkheid en continuïteit van zorg. Het structurele effect van de maatregelen moet over een voldoende lange periode worden geëvalueerd, per sector, waarbij besparingen worden onderscheiden van onderbenutting, uitgestelde uitgaven of verschuivingen naar patiënten of naar andere sectoren.

1.3 Toegankelijkheid

De toegankelijkheid omvat verschillende luiken (de gevoeligheid voor zorgbehoeften, de beschikbaarheid zowel geografisch als wat betreft de beschikbaarheid van zorgverleners (schaarste, tijd, competenties), enz. de financiële toegankelijkheid en de aanvaardbaarheid.

Wat de financiële toegankelijkheid betreft, in de besparingen van 1,1 miljard euro die al in de gezondheidszorg beslist zijn, is 271,5 miljoen euro – ofwel 25% van de besparing – remgeldverhogingen voor medicijnen en raadplegingen. Deze toename met 11,5% van het totale bedrag aan remgelden zal het aandeel van de gezondheidszorgkosten dat door huishoudens in België wordt gedragen, nog verder verhogen, terwijl dat al een van de hoogste in Europa is: de nieuwste beschikbare gegevens in de online databank van de OESO (2026) worden samengevat in de onderstaande tabel voor België en buurlanden.

Tabel 2: Financiering van de gezondheidszorg, België en buurlanden, 2025

Dépenses santé publiques et privées en % du PIB et dépenses de santé totales, 2025					
	Dépenses santé totales (% PIB)	Dépenses santé publiques (%PIB)	Dépenses santé privées (%PIB)	Dépenses publiques % dépenses totales	Dépenses privées % dépenses totales
Belgique	11,2	8,2	3,0	73,4	26,6
Allemagne	12,7	11,0	1,7	86,3	13,7
France	11,4	9,4	1,9	83,0	17,0
Pays-Bas	10,2	8,5	1,7	83,1	16,9

Bron: OESO, 2026 (link: [Explorateur des données de l'OCDE • Dépenses de santé et financement](#))

Wanneer men op zoek is naar besparingen, lijkt het gemakkelijk om zich tot de patiënten te wenden, want het verhogen van de remgelden levert snel een opbrengst voor de begroting op. Het is echter een oplossing op korte termijn, die vooral zorgt voor uitgestelde zorg – vooral bij lagere inkomensgroepen – met op lange termijn zwaardere gevolgen voor de gezondheid en de uitgaven voor de ziekteverzekering. Zoals de laatste studie van het KCE over de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem aangeeft⁴: "Onderzoek toont aan dat eigen betalingen geen goed instrument zijn om mensen te sturen en ertoe aan te zetten middelen efficiënter te gebruiken en dat ze een negatieve impact kunnen hebben op de billijkheid en de efficiëntie."

Het verzekeringscomité is van mening dat er ruimte is om de performantie van ons gezondheidszorgsysteem te verbeteren, via doelmatigheidsmaatregelen (efficiëntie en effectiviteit) zonder de toegankelijkheid van noodzakelijke en nuttige zorg voor de patiënt verder te verzwakken of de financiële last steeds meer op de patiënt af te schuiven. Het verzekeringscomité roept daarom op tot een monitoring van het eigen aandeel van de patiënt op de stijging van de zorgkosten voor patiënten, gezien de situatie zoals beschreven door de cijfers van de OESO (zie hierboven), en om structurele hervormingen te bevorderen die de systemische problemen van de organisatie van de zorg aanpakken om deze efficiënter en financieel gezonder en evenwichtiger te maken.

Wat het jaar 2027 betreft, is het doel om de extra besparingsinspanning van 99,7 miljoen euro te realiseren zonder de kosten voor de patiënt verder te verhogen en zonder de kwaliteit van de zorg te verminderen. Aangezien sommige van de in punt 3.2 beschreven maatregelen 'richtlijnen' zijn die nog verder moeten worden uitgewerkt in de relevante akkoorden- en overeenkomstencommissies, dringt het verzekeringscomité erop aan dat deze twee zaken strikt worden nageleefd in het verdere overleg.

1.4 Lopende werven

Lopende hervormingen

Veel fundamentele hervormingen zijn gaande of in voorbereiding in de gezondheidszorgsector: de nomenclatuurhervormingen, hervorming van de financiering en het ziekenhuislandschap, hervorming van de conventionering, plafonnering van ereloonsupplementen. Het verzekeringscomité herinnert eraan dat zij essentieel zijn om in te spelen op belangrijke uitdagingen voor de langetermijn houdbaarheid van het zorgsysteem. Deze hervormingen zijn nauw met elkaar verbonden en moeten daarom passen in een globale visie op het gezondheidszorgsysteem.

Om deze hervormingen succesvol uit te voeren, is het belangrijk dat de betrokkenen beschikken over een voorspelbaar en stabiel meerjarig budgettair kader. Het verzekeringscomité vraagt zich af hoe de kosten van verschillende van deze hervormingen kunnen worden geïntegreerd in een context van oplopende besparingen, terwijl sommige hervormingen, zoals de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering als budgetneutraal worden beschouwd.

⁴ Performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem: rapport 2024 - KCE rapport 376A, p. 51.

Dit principe houdt in dat naast de bijdrage van de gezondheidszorg aan het herstellen van het staatsdeficit en het corrigeren van de groeitrend van de uitgaven bij ongewijzigd beleid, er extra besparingen moeten worden gerealiseerd om de kosten van de hervormingen te financieren. Van de 2 miljard euro aan voorziene besparingen in de gezondheidszorg voor de legislatuur 2025-2029, dragen 905 miljoen euro bij aan het herstel van het staatsdeficit, 584 miljoen euro aan het corrigeren van de groeitrend van de uitgaven bij ongewijzigd beleid en 475 miljoen euro aan het financieren van de hervormingen, waaronder een sociaal akkoord binnen de non-profitsector. We merken op dit moment op dat dit bedrag nog niet de bijkomende kosten van de hervorming van het ziekenhuislandschap (bvb : transitiefonds) bevat, noch die van de integratie van de richttarieven in de MAF vanaf 2028 zoals voorzien in de kaderwet gezondheidszorg.

Tot slot trekt het verzekeringscomité de aandacht op volgende twee elementen:

Hervorming van het VT statuut

Het VT-statuuut verhoogt de toegankelijkheid van zorg en vermindert het uitstellen van zorg bij mensen met weinig financiële middelen. De cijfers van het RIZIV tonen inderdaad aan dat dit statuut ervoor zorgt dat de remgelden die VT-patiënten betalen gemiddeld beperkt blijven tot 2% van de RIZIV-tarieven (na rekening te hebben gehouden met terugbetalingen van het ziekenfonds), tegenover 6% als dit mechanisme er niet zou zijn.

Hoewel het VT-statuuut in het algemeen goed het niveau van sociale kwetsbaarheid weerspiegelt⁵, is een evaluatie en gerichte hervorming van de toekenningvoorwaarden voor de verhoogde tegemoetkoming nodig om de doelgroep nog effectiever te kunnen bereiken. Het verzekeringscomité vindt dat er prioriteit moet worden gegeven aan een beter in rekening brengen van de werkelijke situatie van de begunstigten, waarbij op basis van de bestaande fiscale en financiële gegevens alle fiscale inkomsten in aanmerking worden genomen (inclusief die welke niet systematisch moeten worden aangegeven of die zijn vrijgesteld⁶), maar ook patrimoniale elementen (vast en roerend goed).

Beheersing van de ereloonsupplementen

Het verzekeringscomité herhaalt zijn engagement om deze werkzaamheden in 2027 tot een goed einde te brengen, te ondersteunen, te coördineren en op te volgen binnen de bevoegdheden van de betrokken commissies.

De kaderwet voor de gezondheidszorg, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 5 juni 2026, bepaalt dat de facturatie van supplementen uiterlijk op 1 januari 2028 in alle sectoren wordt begrensd op basis van de voorstellen van de akkoorden- en overeenkomstcommissies die uiterlijk op 31 juli 2027 moeten worden ingediend.

Het Verzekeringscomité benadrukt echter, zoals hierboven vermeld, de sterke interacties tussen het debat over het beheersen van ereloonsupplementen en de lopende hervormingen van de nomenclatuur in de medicomut en dentomut.

Het Verzekeringscomité herinnert ook aan de ambitie van de regering dat na de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering het ziekenhuis niet langer afhankelijk zou zijn van afdrachten of ereloonsupplementen om zichzelf te financieren, evenals de belofte dat deze hervorming voor de ziekenhuissector budgetneutraal zou zijn ('Pax Hospitalia' van 21 juli 2025).

⁵ 5 % van de gerechtigden op een verhoogde tegemoetkoming leven in de 10% buurten met de slechtste score op de Belgische deprivatie-index, het is te zeggen de Belgische index van meervoudige deprivatie die een multidimensioneel beeld biedt van de sociale deprivatie in België, door zes domeinen te integreren: onderwijs, tewerkstelling, inkomsten, huisvesting, criminaliteit en gezondheid.

⁶ Bijvoorbeeld inkomsten uit flexijobs of doctoraatsbeurzen

2. Plan van aanpak

2.1 Een betere levenskwaliteit voor eenieder

De gezondheidszorgdoelstellingen vormen het kader voor de huidige en toekomstige organisatie en financiering van de gezondheidszorg. Zij dienen daarbij als kompas voor onze huidige en toekomstige keuzes. De Algemene Raad bepaalde volgende prioritaire doelstellingen waarop het beleid in deze legislatuur zou moeten worden gericht :

- GZD1. Beter gebruik van data
- GZD2. Verhogen van de doelmatigheid
- GZD3. Betere organisatie van eerstelijnszorg en afstemming van de verschillende zorglijnen
- GZD5. Betere toegankelijkheid van zorg
- GZD7. Meer inzetten op preventie en screening

Het Verzekeringscomité onderschrijft deze visie en meent dat de budgetbeslissingen maximaal moeten bijdragen aan de realisatie van deze doelstellingen.

Het voorstel 2027 moet een basis leggen voor een meerjarentraject dat de beschikbare middelen gericht inzet waar zij de grootste meerwaarde creëren voor de gezondheid en levenskwaliteit van de bevolking. Dit is echter alleen mogelijk voor zover de fundamentele kenmerken van ons gezondheidszorgsysteem behouden blijven. Toegankelijkheid, betaalbaarheid en het doelmatig inzetten van de beschikbare middelen binnen een sextuple aim moeten daarom centrale uitgangspunten blijven van het toekomstig gezondheidsbeleid. Investerings in de zorg van morgen zijn essentiële onderdelen van een duurzaam gezondheidszorgsysteem.

2.2 Meerjarig plan voor de gezondheidszorg

De gezondheidszorg staat echter voor belangrijke uitdagingen. We bevinden ons in het midden van verschillende belangrijke hervormingen zoals reeds hierboven vermeld de nomenclatuurhervormingen, de hervorming van het ziekenhuislandschap en van de ziekenhuisfinanciering. Deze werven zijn essentieel om de gezondheidszorg toekomstbestendig te maken. Maar bij deze hervormingen horen ook grote onzekerheden, zowel op financieel als organisatorisch vlak. Hierdoor ontstaat een nood aan een stabiel budgettair kader en een gedeelde langetermijnvisie. Enkel een jaarlijkse begrotingsbenadering zonder deze langetermijnvisie is dan ook niet langer houdbaar.

Het Verzekeringscomité acht het behoud van de groeinorm zoals beslist op 2% in 2027, op 2.6% in 2028 en op 3% in 2029 en van de middelen noodzakelijk voor de ziekteverzekering cruciaal om de nodige budgettaire stabiliteit te bieden aan onze zorg. Overigens dient de groeinorm de demografische, technologische en sociale evoluties af te dekken. Om dat te doen dienen de middelen met betrekking tot de norm volledig inzetbaar te zijn.

Tegelijk vereist een houdbaar meerjarig financieel kader voor de gezondheidszorg dat budgettaire groei sterker wordt gekoppeld aan aantoonbare meerwaarde. Value-based healthcare biedt daarvoor een richtinggevend kader: middelen worden prioritair ingezet voor interventies die relevante gezondheidswinst, levenskwaliteit en patiëntveiligheid verbeteren (PROMs en PREMs), rekening houdend met hun budgetimpact en kosteneffectiviteit.

Dit vereist dat we systematisch zowel de bestaande zorg als de toekomstige zorg evalueren, maar ook dat we reageren op het onderbenutten van zorg die als noodzakelijk wordt beschouwd en het voorschrijven van zorg waarvan het nut nog onvoldoende is bevestigd, stoppen. De middelen die zo beschikbaar komen, moeten transparant worden geherinvesteerd in toegankelijkheid, het nastreven van kwaliteit en geïntegreerde zorg.

Value-based healthcare is daarmee geen eenmalige besparingsmaatregel, maar een structurele methode om de solidariteit en financiële duurzaamheid van de ziekteverzekering te versterken.

Het Verzekeringscomité engageert zich om in lijn met bovenstaande principes tegen 31 mei 2027 een meerjarig plan met concrete voorstellen uit te werken om de beschikbare middelen beter te besteden en de stijging in de curve van uitgavenvolumes minder snel te laten groeien dan de verwachting om te blijven investeren in onze zorg. We betrekken alle zorgverleners bij deze oefening.

Voor eind december 2026, leggen we de methodologie en structuur vast (stuurgroep, werkgroepen, trekkers en kalender per thematische werkgroep).

In dit plan detailleren we onder andere voorstellen rond:

- doelmatiger voorschrijven op basis van richtlijnen;
- end-of-life zorg, waarbij we stappen zetten naar zorg gericht op comfort en levenskwaliteit, meer vroegtijdige zorgplanning en het tijdig bespreekbaar maken van levenseindezorg op specifieke kantelmomenten in het zorgtraject, in functie van de levensdoelen van de patiënt;
- betrekken van alle zorgverleners bij preventie.

Bij het uitwerken van de voorstellen zoeken we maximale synergieën met lopende trajecten en werkgroepen, zoals het traject rond doelmatige zorg binnen het Riziv.

Elk voorstel dient getoetst op zijn impact op de toegankelijkheid van de zorg in de brede zin van het woord, dus niet enkel financieel.

Om dergelijk plan te laten slagen, identificeert het Verzekeringscomité een aantal noodzakelijke hefboomen:

- een gedeeld medisch dossier;
- de uitrol van een goed functionerend en kwalitatief triagesysteem met degelijk gekwalificeerd en vergoed personeel, inclusief een heldere communicatie naar de burgers;
- de verdere uitrol van klinische beslissingsondersteunende systemen met nudging richting hoogwaardige en kostenefficiënte zorg, met behoud van de mogelijkheid op een persoonlijk traject voor de patiënt;
- om de toekomst voor te bereiden, dient er aandacht te zijn voor de impact van artificiële intelligentie op de gezondheidszorgberoepen.

Investerings in het kader van dit meerjarenplan passen prioritair binnen de gezondheidszorgdoelstellingen zoals beslist door de Algemene Raad. Ze zijn ofwel een hefboom noodzakelijk om het af te spreken plan te realiseren of hebben een aangetoond potentieel om nadien tot efficiëntiewinsten te leiden en tot doelmatiger zorg.

Met dit gezamenlijke actieplan en de bijbehorende meerjarige monitoring wil het Verzekeringscomité evolueren van een jaarlijkse begrotingslogica naar een duurzaam meerjarig kader waarin gezondheidszorgdoelstellingen, kwaliteit van leven, financiële voorspelbaarheid en houdbaarheid in samenhang worden nagestreefd.

3. Voorstel van het Verzekeringscomité aan de Algemene Raad

Dit begrotingsvoorstel voor 2027 beantwoordt volledig aan het normatief kader van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

3.1 Begrotingsdoelstelling 2027 en herziene technische ramingen

Het begrotingsvoorstel voor 2027 is gebaseerd op de technische ramingen die in september door het RIZIV zijn opgemaakt. Die laten een overschrijding van de doelstelling met 141 miljoen euro zien, zonder rekening te houden met de gereserveerde bedragen en onderbenutting voor 2027.

Tabel 3 : vergelijking van de ramingen voor de uitgaven met de begrotingsdoelstelling voor 2027

CTI septembre 2026

in 000 EUR - en 000 EUR sept	Simulatie Begrotingsdoelstelling 2027 Simulation Objectif budgétaire 2027	ITR 2027 (sept 2026) CTI 2027 (sept 2026)	Verschil Différence
Resultaat - Résultat in p 2026 - en p 2026	46.016.639	45.293.442	
Indexmassa - Masse index Gezondheidsindex 2,80% - Indice Santé 2,80% Splindex 2027- Indice pivot 2027		671.142 267.684	
Resultaat excl. niet te besteden bedrag - Résultat montant non affectable excl.	46.016.639	46.232.268	-215.629
Onderbenuttingen 2027 in p 2027 - Sous utilisations 2027 en p 2027 Gereserveerde bedragen 2027 in p 2027 - Montants réservés 2027 en p 2027		-50.826 -23.282	
Resultaat incl. gereserveerde bedragen en onderbenuttingen	46.016.639	46.158.160	-141.521
Niet te besteden bedrag - Montant non affectable	252.333		
Resultaat - Résultat in p 2027 - en p 2027	46.268.972		

Aangezien het traject voor de farmasector is vastgesteld (mechanisme van 17,3%), voorziet de verdeling van de besparingsinspanning die in 2027 moet gebeuren 41,85 miljoen voor deze sector en 99,671 miljoen voor de andere sectoren om het evenwicht in de begroting te herstellen.

3.2 Financieel voorstel

Besparingsmaatregelen – sector farma⁷

Binnen het farmaceutisch meerjarenkader is het aandeel van de geneesmiddelenuitgaven vastgeklemd op 17,3% van de totale uitgaven. Om deze doelstelling te realiseren is er een pakket aan maatregelen nodig dat in 2027 een besparing van 41,85 miljoen euro oplevert.

Het voorstel dat hier voorgelegd wordt, vertrekt van een duurzame beheersing van de geneesmiddelenuitgaven via doelmatige zorg, rationeel voorschrijven en stimuleren van concurrentie. De nadruk ligt op structurele maatregelen die de therapeutische meerwaarde centraal stellen en zo budgettaire ruimte creëren voor toegang voor de patiënt.

De maatregelen zijn gegroepeerd rond verschillende pijlers.

De eerste pijler betreft de **herevaluatie van terugbetalingen door de CTG in het kader van doelmatigheid**. Geneesmiddelen waarvan de baten-risicoverhouding onvoldoende gunstig is of waarvan de therapeutische meerwaarde beperkt blijkt, moeten opnieuw kunnen worden beoordeeld. Daarnaast wordt een Budget Impact

⁷ Zie ook bijlage

Test ingevoerd om na te gaan of de werkelijke uitgaven overeenstemmen met de oorspronkelijke prognoses bij inschrijving en om, waar nodig, een analyse uit te voeren en terugbetalingsvoorwaarden te herzien.

Een tweede belangrijke pijler is het **rationeel voorschrijven**. Door de voorschrijfquota voor goedkope geneesmiddelen te actualiseren, wordt een bijkomende besparing van 4,5 miljoen euro gerealiseerd. Daarnaast moeten optimalisatie- en doelmatigheidsstudies zoals BeNeBio de implementatie van bewezen efficiëntere behandelstrategieën versnellen, goed voor een bijkomende besparing van 4,4 miljoen euro in 2027.

Op het vlak van **prijzetting** worden verschillende maatregelen voorgesteld. Het EU-6 vangnet wordt geoptimaliseerd en hervormd, wat leidt tot een besparing van 3,5 miljoen euro. Daarnaast wordt toegewerkt naar een gefaseerde geleidelijke harmonisatie van de patent cliff over de verschillende vergoedingscategorieën heen (opbrengst: 10 miljoen euro). Voor off-patentgeneesmiddelen zonder concurrentie worden twee mechanismen voorzien – een verminderde daling voor de activatie van de cluster op 15 jaar en een bijkomende prijsdaling na 18 jaar monopolie, goed voor een geraamde opbrengst van 9,75 miljoen euro.

Tot slot wil het Verzekeringscomité de **competitie stimuleren** door behandellijnen te herevalueren zodra biosimilars beschikbaar zijn. Duurdere behandelingen worden daarbij voorbehouden voor patiënten die er een aantoonbaar meervoordeel uit halen. Deze groepsgewijze herzieningen van behandellijnen leveren naar verwachting 6 miljoen euro op in 2027.

Naast de besparingsmaatregelen worden ook **gerichte initiatieven** voorgesteld. Er wordt voorgesteld om te investeren in anticonceptie (-2,5 miljoen euro) en rookstop (-0,65 miljoen euro) vanuit de overtuiging dat preventie op langere termijn gezondheidswinst en een efficiënter gebruik van middelen oplevert.

Het Verzekeringscomité stelt verder voor om in 2027 maatregelen uit te werken met het doel deze in 2028 te kunnen implementeren. De details van deze maatregelen zijn terug te vinden in de bijlage 1.

Het Verzekeringscomité beveelt ook aan om de impact van de besparingsmaatregelen in de sector specialiteiten op de vergoeding van de apothekers en op de ziekenhuizen in kaart te brengen, teneinde de transparantie van de begrotingsbeslissingen te verbeteren.

Tabel 4: maatregelen in de sector farma

Maatregel	Inwerking-treding	Opbrengst 2027 (€)
1.Doelmatige terugbetaling: herevaluatie door de CTG		
1.1. Evaluatie terugbetaling voor geneesmiddelen met negatieve benefit/risk	1/7/2027	3.350.000
1.2. Budget impact test	1/7/2027	3.000.000
1.3. Groepsgewijze herziening om budgettaire redenen	1/10/2027	500.000
2.Rationeel voorschrijven en beheersing van de volumes		
2.1. Doelmatigheid: volume		pm
2.2. Voorschrijfquota	1/7/2027	4.500.000
2.3. Ondersteuning van rationeel voorschrijven via digitale beslissingsondersteuning		pm
2.4. Tegengaan van verspilling		pm
2.5. Optimalisatie- en doelmatigheidsstudies (oncologie en psoriasis)	1/4/2027	4.400.000
3.Prijzetting		
3.1.Hervorming EU 6 vangnet (met uitzonderingen)	1/7/2027	3.500.000
3.2. Gefaseerde harmonisatie van de patent cliff buiten A (met uitzonderingen)	1/4/2027	10.000.000

3.3. Verminderde daling voor moleculen zonder competitie en prijsdalingen off patent geneesmiddelen zonder competitie - Alignering biological aan biosimilar (Xolair) en Abraxane	1/4/2027	9.750.000
3.4. Dynamische prijsvergelijkingen		pm
3.5. Novel prijsmodel		pm
3.6. Prijszetting parallel invoer geneesmiddelen		pm
4. Stimuleren van competitie		
4.1. Task force / Plan van aanpak biosimilaars		pm
4.2. Groepsgewijze herzieningen behandellijnen	1/7/2027	6.000.000
4.3. Opvolging en evaluatie		pm
4.4. Stopzetten contract wanneer een biosimilar of generiek op de markt komt		pm
5. Concurrentie organiseren waar gelijkwaardige therapeutische opties bestaan		pm
6. Recuperatie bij patentmisbruik		
7. Harde clawback		pm
8. Initiatieven		
8.1. Vroegtijdige palliatieve zorg en passende zorg aan het levenseinde		pm
8.2 Investerings		
8.2.1. Contraceptie	1/7/2027	-2.500 000
8.2.2. Rookstop	1/10/2027	-650.000
8.2.3. Inhaal vaccinatie HPV		pm
9. Evaluaties		pm
Totaal		41.850.000

Het Verzekeringscomité acht het noodzakelijk om in te zetten op de inhaalvaccinatie voor HPV in 2027. Dankzij de complementaire inzet van eerste lijn en tweede lijn kan deze vaccinatie laagdrempelig worden aangeboden aan patiënten, met bijzondere aandacht voor groepen die via de bestaande vaccinatiekanalen onvoldoende worden bereikt. Een monitoring wordt opgezet om de evolutie in de vaccinatiegraad te meten.

Besparingsmaatregelen andere sectoren

Eenmalige initiatieven

Het RIZIV raamde conform de regeringsbeslissing van december 2025 in totaal 94,875 miljoen euro voor eenmalige initiatieven in 2027. De verdeling van dit bedrag is nog niet definitief vastgesteld door de regering, maar er zijn al verschillende pistes besproken, zoals de integratie van de maximumtarieven in de MAF en maatregelen voor herwaardering en begeleiding van het zorgpersoneel op het werk. Het verzekeringscomité wil de maximumtarieven voor tandheelkundige zorg opnemen, wat ook een prioriteit is die door de dentomut voor 2027 is gesteld. Ze vindt ook dat maatregelen ter waardering en begeleiding van zorgfuncties belangrijk zijn om het personeelstekort in de zorg tegen te gaan.

Tot slot, wat betreft de initiatieven op het gebied van toegankelijkheid, preventie en eerstelijnszorg, stelt het Verzekeringscomité voor om 2,4 miljoen euro toe te wijzen aan leverperfusie (*liver dynamic preservation* is internationaal gevalideerd als passende zorg) en 2-3 miljoen euro om het perinatale zorgtraject uit te rollen, zoals bij het RIZIV wordt voorbereid.

Verdeling van de besparingsinspanning

De reden voor de besparing van 99,671 miljoen euro in de herziene technische ramingen van september 2026 ligt grotendeels bij de versnelde inhaalbeweging voor herzieningen sedert 2018 in de sector ziekenhuizen. Dit betekent dat er voor de opmaak van de begroting voor de gezondheidszorg in 2027 besparingsmaatregelen moeten genomen worden zonder dat een duidelijk verband met de oorzaak van het tekort kan gelegd worden. De overheid dient op basis van de vigerende regelgeving in de sector ziekenhuizen deze herzieningen te doen die met de activiteitsgraad, personeelsfinanciering en bijzondere programma's zoals kankerzorg te maken hebben. Geen enkele sector heeft enige impact op het tempo waarop de overheid deze herzieningen realiseert. Daarom acht het Verzekeringscomité het in deze uitzonderlijke omstandigheden billijk om de besparingsinspanning proportioneel over alle sectoren te verdelen.

Er worden geen nieuwe initiatieven gepland in afwachting dat er budgettaire ruimte voor is. Wel wordt de vergoeding voor de zorg aan een jong kind wanneer de moeder niet aanwezig kan zijn, gecorrigeerd. Een investering van 125.000 euro wordt daartoe bijkomend proportioneel verdeeld. Het totaal te verdelen bedrag wordt op die manier 99,796 miljoen euro.

Om in de toekomst ruimte voor investeringen in de zorg te creëren, worden minder doelmatige uitgaven geanalyseerd zodat gerichte maatregelen kunnen worden genomen (ongeacht of de sector in 2026 riskeert te overschrijden of niet).

Tabel 5: proportionele verdeling

Beschrijving	HTR in 1000 euro	gelijk gewicht in elke sector (0,29% van HTR)
Medische honoraria	12.684.002	36.956
Ziekenhuizen	12.412.729	36.165
Tandzorg	1.845.795	5.378
Thuisverpleging	2.394.264	6.976
Kinesithérapie	1.502.339	4.377
Orthopedisch technologen	344.946	1.005
Implantaten	1.017.099	2.963
Opticiens	51.649	150
Audiciens	134.399	392
Vroedvrouwen	54.191	158
Revalidatie en herscholing	735.857	2.144
Logopedisten	248.108	723
Apothekers	98.508	287
Medische huizen	454.899	1.325
Psychologische zorg	273.263	796
Total	34.252.048	99.796

Een belangrijk deel van de huidige budgettaire uitdaging bevindt zich binnen de ziekenhuisfinanciering. We worden op heden geconfronteerd met belangrijke inhaalbedragen voor het budget financiële middelen. De versnelling van deze structurele en conjuncturele herzieningen heeft en zal een belangrijke impact op de toegestane uitgaven in 2027 en in de komende jaren hebben.

Het Verzekeringscomité stelt vast dat de impact van de inhaalbedragen en andere financiële stromen binnen de ziekenhuisfinanciering voor de overige sectoren vaak moeilijk te doorgronden zijn en vragen oproepen. Het feit dat deze positieve en negatieve conjuncturele effecten nu in de norm zijn opgenomen, betekent dat tijdelijke bijkomende kosten gecompenseerd moeten worden door structurele besparingen, en dat tijdelijke marges worden gebruikt om structurele uitgaven te financieren, allemaal in een context van aanzienlijke hervormingen en budgettaire uitdagingen.

Een verhoogde transparantie rond de financiële stromen kan bijdragen tot een beter inzicht in de budgettaire uitdagingen waarmee alle sectoren worden geconfronteerd. Het Verzekeringscomité stelt voor dat daartoe op korte termijn een overleg met alle betrokkenen wordt ingepland.

Mesures d'économies

Gegeven het korte tijdsbestek om na de beslissing van de Algemene Raad op de derde maandag van oktober de nodige procedures te volgen voor een publicatie van de maatregelen in het Belgisch Staatsblad tegen uiterlijk 1 januari 2027, zijn de mogelijkheden op het vlak van de besparingsmaatregelen beperkt. Bovendien zijn enkele grotere hervormingen (zoals boven vermeld) een randvoorwaarde vooraleer andere maatregelen kunnen overwogen worden.

Bovendien werd niet verwacht dat er uiteindelijk een besparing van 99,7 miljoen euro (september 2026) in plaats van 54 miljoen euro (mei 2026) zou moeten gebeuren die grotendeels aan de versnelling in de inhaalbedragen in de sector ziekenhuizen te wijten is.

Daarom vraagt het Verzekeringscomité aan de Algemene Raad om het volgende te overwegen zodat het globale tekort van 99,8 miljoen euro kan gereduceerd worden, dus met behoud van de proportionele verdeling van de besparingsinspanning onder de sectoren:

1. een technische correctie op de raming van de beroepen in de sector ziekenhuizen,
2. een snellere uitbetaling van inhaalbedragen in de sector ziekenhuizen in 2026 zodat meer daarvan ten laste van 2026 valt en minder van 2027, wetende dat geraamd is dat de globale begrotingsdoelstelling in 2026 met bijna 200 miljoen euro zou kunnen onderschrijden,
3. een ruimere spreiding van de uitbetaling van de inhaalbedragen dan enkel over 2027 en 2028, nl. ook over 2029,
4. Voor de toekomst raadt het verzekeringscomité aan dat de conjuncturele effecten (positief of negatief) van inhaalbedragen op het budget van de financiële middelen geneutraliseerd worden bij de berekening van de genormeerde begrotingsdoelstelling.

Het Verzekeringscomité stelt binnen haar bevoegdheden voor om de volgende maatregelen te nemen, die op 1 januari 2027 in werking moeten treden tenzij anders vermeld.

Daarnaast, voor de betrokken sectoren, als de hieronder genoemde maatregelen tegen 30/11/2026 niet voldoende uitgewerkt zouden zijn of in het geval dat de maatregelen uiteindelijk niet zoveel besparen als verwacht wordt om de verschillen tussen de technische ramingen voor de uitgaven en de partiële begrotingsdoelstellingen te dichten, dan geldt de volgende voorwaarde door de Algemene Raad om de besparingsdoelstelling vanaf 1 januari 2027 te realiseren: vermindering van een of meerdere sleutelletters die betrekking hebben op de sectorale nomenclatuurcodes (of een andere lineaire correctie). Dat neemt niet weg dat deze correctie later in een specifieke doelmatigheidsmaatregel kan worden omgezet.

Bovendien mogen we niet vergeten dat de Algemene Raad bevoegd is om de concretisering van het geheel aan besliste maatregelen in het kader van de begroting 2027 te controleren.

1. Sector medische honoraria:

- Een aantal meer toekomstgerichte maatregelen zullen nog worden besproken in de loop van 2027, daarom zullen in tussentijd enkele gereserveerde bedragen en onderbenutting worden aangesproken:
 - majeure traumacentra: 544keuro
 - multidisciplinaire pulmonale revalidatie: 908 keuro
 - Telegeneeskunde MOC huisarts: 400 keuro
 - GGZ-Liaisonfunctie: 3.298 keuro
 - New Deal 5.450 keuro
- Besparing van het dagziekenhuis: een bedrag van 460 keuro wordt overgeheveld van de besparing bij het dagziekenhuis naar de artsenhonoraria. Deze besparing is het gevolg van het wijzigen van de A-lijst waardoor een besparing op de forfaitaire honoraria klinische biologie wordt gerealiseerd ter hoogte van 460 keuro. Dit bedrag wordt meegenomen in de vermindering van de besparing op de PCR.
- Huisartsgeneeskunde: voorstel om naar meer efficiëntiewinst te leiden en een eerste stap naar betere medische triage. Hierbij wordt een teleconsult gecreëerd enkel voor de georganiseerde wachtdiensten in de huisartsenwachtposten tijdens het weekend en op feestdagen om een onnodige raadpleging te vervangen door een telefonische raadpleging. Deze zal wel onderhevig zijn aan een aantal toepassingsregels en monitoring om de doelstelling wel degelijk te kunnen halen. Een verschuiving van 30% wordt beoogd van de raadpleging naar die consultaties. Een voorzichtige marge zal hierbij wel in acht worden genomen. Het te besparen bedrag beoogt 4,1 miljoen euro
- In de medische beeldvorming wordt nogmaals benadrukt dat bij het voorschrijven ervan de richtlijnen dienen te worden gevolgd. De voorschrijvers dragen hier een grote verantwoordelijkheid. De medische beeldvorming zit hierdoor duidelijk in een overschrijding. Aan de beroepsgroep wordt gevraagd om in de verschillende artikels 17 van de medische beeldvorming enige volumebeperkende maatregelen te treffen. Een bedrag van 10,650 mio euro wordt ingeschreven als besparing te zoeken na overleg met de radiologen en de connexisten waarvan de besparing dient in te gaan op 1/01/2027
- Dialyse: het aantal dialyse behandelingen in het ziekenhuis neemt toe met daarbij een vermindering van het aantal alternatieve nierfunctievervangende behandelingen. Opvallend is ook het aantal dialyse bij hoogbejaarde patiënten waarbij men zich de vraag kan stellen of een geriatrische evaluatie en een advies van de huisarts voorafgaand is meegenomen. Bij de herziening van de overeenkomst wensen we dat hier zeker over gereflecteerd wordt. Een besparing van 1,85 euro op het honorarium 470293-470304 (hemodialyse in het ziekenhuis) wordt voorgesteld. Bespaard bedrag is 1.443 keuro
- Het gebruik van de OCT in de oftalmologie is sterk toegenomen sinds de invoering van het nomenclatuurnummer 248474–248485; deze ontwikkeling leidt tot enige reflectie. Een besparing van 4,985 miljoen euro wordt voorzien vanaf 1 januari 2027
- De nieuwe verstrekking van de ambulante PCR zorgt voor een toename met 213.699 gevallen boven het geschat aantal. Het is zeker in overweging te nemen of het gebruik van sneltesten hier geen alternatief kan zijn. Wanneer deze niet indicatief is, kan een PCR-test worden overwogen. In afwachting van een herziening van deze verstrekkingen (557115 - 557126 en 557152 – 557163) worden deze verstrekkingen verlaagd met 11,85 euro. Hierdoor bespaart men netto 2,532 miljoen euro (de vermindering van 460 keuro is al in acht genomen tov de initiële besparing)

- De toename van het aantal percutane ablaties verstrekking 589551-589562, vergt verdere analyses vooral het aantal redo's. In afwachting van verdere analyses wordt de verstrekking verminderd met 150 euro. Dit levert een besparing op van 2,192 miljoen euro.
- U vindt een overzicht van de maatregelen in bijlage 2.

2. Sector ziekenhuizen:

- Een besparing van 36.165.000 euro zal vanaf 1 januari 2027 als niet te besteden bedrag in de partiële begrotingsdoelstelling voor de ziekenhuizen ingeschreven worden. De FRZV zal dit tegen 31/12/2026 concreet invullen., Dit betekent gezien het gesloten budget dat de beschikbare middelen voor de ziekenhuizen dus worden beperkt

3. Sector tandzorg:

- Beperking van het aantal intraorale röntgenfoto's (1 eerste opname + 9 extra opnamen): 41.000 euro
- Schrappen van de niet-digitale panoramische röntgenfoto (en het verwijderen van de mogelijkheid om deze als niet-vergoedbare prestatie aan te rekenen) : 345.000 euro
- Verboden om meerdere diensten op dezelfde dag te combineren. Net zoals bij een solo-praktijk: 800.000 euro
- Een maatregel over de terugbetaling van digitale panoramische röntgenfoto's, één keer om de 5 jaar in plaats van om de 3 jaar bij 19-plussers, zal vóór 30/11/2026 in de dentomut worden onderzocht om te zien of deze maatregel kan worden genomen zonder de patiënten te benadelen (mogelijke besparing van: 2.984.000 euro)
- Deze maatregelen zouden op 01/04/2027 in werking kunnen treden en zouden aangevuld moeten worden met een lagere indexering van tandheelkundige uitkeringen op 01/01/2027.

Niettemin zouden deze maatregelen kunnen worden gewijzigd en/of vervangen door andere door de Nationale Dentomut Commissie, afhankelijk van de verbruiksstatistieken van het tweede kwartaal van 2026 zodra deze beschikbaar zijn. Deze maatregelen zouden dan beter afgestemd zijn op de vastgestelde en objectief gemaakte overschrijdingen.

4. Thuisverpleging:

- afschaffen van de huidige nomenclatuur voor diabeteszorg in art 8 (gezien de nadrukkelijke alternatieve participatie van thuisverpleegkundigen aan diabeteszorg thuis via de revalidatienomenclatuur in de Zorgtrajecten diabetes en de Starttrajectendiabetes, trajecten die we sterk verder willen ontwikkeld zien. De besparing zal worden gerealiseerd door de sleutelletterwaarde vanaf 1 januari 2027 op nul te zetten- trouwens nog slechts beperkt gebruikt - voor een bedrag van 353.000 euro op jaarbasis
- afschaffen van het gebruik van de nomenclatuur art 8 binnen het ziekenhuismilieu door de sleutelletterwaarde vanaf 1 januari 2027 op nul te zetten omwille van een groeiend ongeoorloofd creatief gebruik als vorm van dubbele of aanvullende financiering - voor een bedrag van minstens 1.150.000 euro op jaarbasis
- een update vanaf 1 januari 2027 van de lijst van gemeenten waarvoor annex de geleverde zorg ook een aanvullende vergoeding voor de verplaatsing in rurale gebieden kan aangerekend worden - cf. doorgestuurd voorstel - voor een vermoedelijk bedrag van 2.600.000 euro op jaarbasis (zeker verder in detail te bespreken in de overeenkomstencommissie)
- Als vierde voorstel willen we het debat voeren over de voorwaarden en het concept van de T2 Hygiënische zorgen in de thuisverpleging - welke nog door de thuisverpleging? Hoeveel? Hoe vanaf 1 januari 2027 ingrijpen op de voorwaarden in de scoringsinstructies voor de KATZ-schaal? – hier kan de resterende op jaarbasis 2.873.000 gerealiseerd worden

5. Kinesithérapie:

- De waarde van de sleutelletter **M** voor de prestaties **Fb 61-80** wordt **vanaf 1 januari 2027 met €1,50 verlaagd**. Dit wordt geraamd op een besparing van **862.425 euro**. Door deze prestaties iets minder te waarderen, trachten we te stimuleren om zo efficiënt mogelijk met de eerste 60 zittingen om te gaan
- Met het oog op een nog doelmatiger gebruik van de beschikbare middelen, en in aanloop naar en in voorbereiding van de toepassingsregels in de nieuwe nomenclatuur, zullen vanaf **1 januari 2027 sensibiliseringsacties** worden opgezet om efficiënter om te gaan met de beschikbare behandelzittingen. Praktijkverschillen zullen verder worden onderzocht om gerichte acties te kunnen inzetten. Deze sensibiliseringsacties kunnen zich zowel richten op **zorgverstrekkers, patiënten als voorschrijvers**.

De overeenkomstencommissie engageert zich om op die manier in 2027 een bedrag van **3.464.575 euro** te besparen via volumebeperkingen. Mocht dit bedrag niet gehaald worden, dan zal op een latere datum **in 2027** een lineaire correctie (hetzij correctie sleutelletter, hetzij een inhouding via de index) ingevoerd worden, wat niet wegneemt dat deze lineaire correctie later toch nog in een andere doelmatigheidsmaatregel, eventueel via regelgeving, kan worden omgezet.

6. Orthopedisch technologen:

- De overeenkomstencommissie orthopedisten en bandagisten – Verzekeringsinstellingen zal een bedrag van 1.005.000 euro besparen door het schrappen van de soepele knie-brace, m.a.w. op nul zetten van het nomenclatuurnummer 647555-647566 “Kniestuk, soepel geweven, al dan niet met neopreen, verstevigd met baleinen”. Deze maatregel gaat op 1/1/2027 in.

7. Implantaten:

- 2,963 miljoen euro wordt op het budget voor nieuwe initiatieven in 2027 in mindering gebracht. Dit neemt niet weg dat transparantere en duidelijkere procedures nodig zijn zodat het voor elk dossier helder is binnen welk begrotingsjaar het valt en welk deel van het budget eraan wordt toegewezen

8. Opticiens:

- Er wordt een besparing van 150.000 euro gerealiseerd dankzij een lineaire correctie door een waardevermindering van de sleutelletter vanaf 01/01/2027.

9. Audiciens:

- De overeenkomstencommissie voor de audiciens - verzekeringsinstellingen zal de huidige procedure voor testen aan huis herevalueren. Deze maatregel zal bijdragen aan een efficiëntere inzet van middelen, een betere kostenbeheersing en een gerichtere verdeling van de beschikbare capaciteit binnen de dienstverlening. De maatregel sluit ook aan bij de bredere doelstelling om de patiëntenzorg te optimaliseren, zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit van zorg en service voor cliënten. De maatregel treedt in werking op 1/3/2027.

10. Vroedvrouwen:

- De Overeenkomstencommissie vroedvrouwen zal maatregelen uitwerken die inzetten op een meer complementaire taakverdeling tussen gynaecologen en vroedvrouwen bij de opvolging van een zwangerschap. Dit zal gebeuren door cumulaties van prestaties op dezelfde dag te verbieden. Het gaat dan meer specifiek om de combinatie van de **codes 105593 en 428131** op dezelfde dag. Hierbij wordt uitgegaan van het principe dat een consultatie bij een gynaecoloog en een vroedvrouw op dezelfde dag bij een laagrisicozwangerschap slechts uitzonderlijk

noodzakelijk is. Als uitzondering op deze regel kan een cumulatie worden aanvaard wanneer er een vermoeden van pathologie bestaat, mits dit duidelijk wordt gemotiveerd en gedocumenteerd in het patiëntendossier. Deze benadering sluit aan bij de uitgangspunten van het **toekomstige zorgtraject voor laagrisicozwangerschappen**, waarin doelmatige samenwerking en een duidelijke rolverdeling tussen zorgverleners centraal staan.

11. Revalidatie en herscholing:

- Voor de sector 'revalidatie en herscholing' stelt het College Artsen-Directeurs voor om vanaf 1 januari 2027 een gerichte besparingsmaatregel binnen de diabetesconventie (786-0) in te voeren om de sterke uitgavengroei af te remmen. Deze wordt veroorzaakt door het hoger dan verwachte gebruik van sensoren bij patiënten in groep B van de conventie, een maatregel die in voege is sinds 1 juli 2023. De maatregel moet een structurele besparing van 2,144 miljoen euro opleveren, en zal uitgewerkt worden na overleg met de akkoordraad zoals voorzien in de conventie. De toegang van patiënten tot hoogwaardige diabeteszorg zal hierbij gegarandeerd blijven.
- Zie bijlage 3 voor meer informatie

12. Logopedie:

- De overeenkomstencommissie logopedie engageert zich om vanaf 01/01/2027 een sleutelwaarde van 17,5 toe te kennen aan de evaluatiezittingen. (prestatienummers 700991-701002) Dit zorgt voor een besparing van 121.775.75€.
- Daarnaast zullen de toelatingscriteria voor de nomenclatuur worden geëvalueerd, evenals het gebruik van de 'containers' voor de in de nomenclatuur opgenomen stoornissen. Meer bepaald zullen de inhoud, de duur en het volume van de logopedische therapie worden onderzocht met het oog op een grotere efficiëntie. Hiertoe zullen zo snel mogelijk een aantal specifieke stoornissen geëvalueerd worden.
- In afwachting van het doorvoeren van de structurele maatregelen op basis van doelmatigheid, wordt een daling van de waarde van de sleutelletter voor alle prestaties met 0.086€ ingevoerd. (de resterende 601.229€ / 7.024.993 prestaties = 0.086€, gebaseerd op geschatte cijfers voor 2027) Nadien kan deze waarde op gebalanceerde wijze terug worden aangepast, afhankelijk van het resultaat van de doorgevoerde maatregel.
- De combinatie van deze beide maatregelen zal in 2027 het benodigde budget besparen.
- PS: De verplichte opname van logopedie voor kinderen met een lagere intelligentie binnen de 'taalontwikkelingsstoornissen' en 'dysfasie' vergt een stevig extra budget, meer dan voordien ingeschat. Deze meeruitgave is het gevolg van gewijzigd beleid en wordt beschouwd als een gerechtvaardigde uitgave.

13. Apothekers:

- Tegen 31/12/2026 worden specifieke efficiëntiemaatregelen binnen de wachthonoraria of farmaceutische zorghonoraria uitgewerkt

14. Medische huizen:

- Verplichting om tenminste twee van de drie mogelijke disciplines in het forfaitaire aanbod te integreren vanaf 1 april 2027. Indien de twee nog overblijvende medische huizen uit de sector stappen resulteert deze verplichting in een structurele besparing van 1,3 miljoen op jaarbasis en een **besparing van 975.000 euro**.
- De sector engageert zich verder om volgende maatregelen te onderzoeken en zo mogelijk te ontwikkelen tegen april 2027:

- Invoeren van een versnelde aanpassing van het forfait aan de zorgwaarde van de patiënten. Dit is **geen structurele besparing** en het bedrag kan schommelen van het ene jaar naar het andere. De maatregel komt wel ten goede aan een efficiënte verdeling van de financiële middelen.
 - Invoeren van de inlezing eID en bevestiging inschrijving elke twee jaar. **Dit is geen besparingsvoorstel.** Patiënten die worden uitgeschreven omdat zij hun inschrijving niet bevestigen en/of verhuisd zijn buiten het werkingsgebied van het medisch huis kunnen worden vervangen door nieuwe inschrijvingen.
 - Gelijktrekken van de uitbetalingssystemen GMD. Vandaag werkt men in de prestatiefinanciering met een jaarlijkse uitbetaling, in de New Deal praktijken met een uitbetaling per kwartaal en in de forfaitaire sector met een betaling die – in de vorm van twaalfden – in het forfait huisartsgeneeskunde geïntegreerd werd. Dit zorgt voor (gedeeltelijk) dubbele betalingen bij het overstappen tussen systemen. Indien deze gelijk getrokken worden kunnen we deze vermijden. Voor de ZIV resulteert dit in een besparing van 537.000 euro. Het gaat in de huisartsgeneeskunde per prestatie om een inspanning van 91.000 euro en in de forfaitaire sector om een inspanning van 446.000 euro. Als deze maatregel in april 2027 ingaat resulteert dit in een **besparing van 334.000 euro.**
- Zie bijlage 4 voor meer informatie

15. Psychologische functie in de eerste lijn:

- Een besparing van 796.000 euro zal als niet te besteden bedrag in de partiële begrotingsdoelstelling voor de psychologische zorg ingeschreven worden. Dit gebeurt op deze manier aangezien de sector met een gesloten enveloppe werkt.

4. Bijlagen

Bijlage 1: Voorstel besparingsmaatregelen sector farmaceutische specialiteiten

Bijlage 2: Voorstel besparingsmaatregelen sector medische honoraria

Bijlage 3: Voorstel besparingsmaatregelen sector revalidatie en herscholing

Bijlage 4: Voorstel besparingsmaatregelen sector medische huizen