

RIZIV-Dienst voor geneeskundige verzorging
Aan de Voorzitter en alle leden van de Algemene Raad

Brussel, 28.08.2025

1

Geachte Voorzitter,

Geachte Leden van de Algemene Raad,

Op 22.07.2025 ontving de Algemene Raad een opdrachtenbrief waarin gesteld werd dat deze goedgekeurd was door de Regering op 17.07.2025. Graag willen we langs deze weg wijzen op een aantal procedurele, principiële en inhoudelijke bezwaren en/of inconsistenties. Daarnaast benoemen we een aantal maatregelen die positief beoordeeld worden. Vandaaruit formuleren we een voorstel met betrekking tot enkele aspecten van deze opdrachtenbrief.

Procedurele bezwaren:

- Vooreerst is de opdrachtbrief een concept uit het voorontwerp van Kaderwet dat nog niet in voege is.
- Er is een commissie gezondheidszorgdoelstellingen in het leven geroepen onder leiding van Professor Erik Schokkaert. Op 14.4.2025 presenteerde Prof. Schokkaert de 8 prioritaire thema's inzake gezondheidszorgdoelstellingen. Hij stelde: *"In deze eerste fase is het essentieel dat de Algemene Raad de agenda zet voor de komende legislatuur. Het is onrealistisch en onwenselijk dat de focus nu reeds te sterk zou liggen op specifieke initiatieven en operationele doelstellingen."* *"De werking van de expertengroepen moet nog vastgelegd worden en ze moeten zelfs nog worden samengesteld. Het is ook nog niet bekend of er bijkomende middelen zullen beschikbaar zijn om externe experts te vergoeden. Het lijkt dan ook niet realistisch om voor 30 juni volledig uitgewerkte voorstellen klaar te hebben. Maar dit betekent niet dat minstens enkele van die groepen niet reeds zo snel mogelijk kunnen opgestart worden, zodat voorlopige resultaten reeds richting kunnen geven aan het advies over de begroting 2026."* Het is duidelijk dat de opdrachtbrief van minister Vandenbroucke de werking van de GDOS niet heeft afgewacht om al met besluiten en zeer concrete invullingen te komen alsof deze vanuit GDOS zouden geformuleerd zijn.
- De opdrachtbrief gaat véél verder dan het schetsen van een budgettair kader, het formuleren van beleidsprioriteiten en het vastleggen van een tijdslijn waarin het Verzekeringscomité uitwerking dient te geven aan de 'opdracht'.

Meer bepaald wordt zeer specifiek en zeer gedetailleerd ingegaan op bepaalde medische procedures als voorbeeld van “ondoelmatig gebruik” waarbij het vaststellen van praktijkvariatie al wordt gelijkgesteld met bewezen onnodig gebruik. Dit stemt niet overeen met de klinische realiteit tenzij ondoelmatig gebruik bewezen wordt. De gedetailleerde lijst van medische onderwerpen die voorwerp moeten uitmaken van de lijst onderwerpen inzake (on)doelmatig gebruik omvat: hypofractionering bij radiotherapie, ECG, MOC, rugchirurgie, endotheelceltelling, knieoperaties voor artrose, beeldvorming bij de opvolging na oncologische behandeling, beeldvorming bij aspecifieke rugpijn, immunohistochemie bij *Helicobacter pylori* en coeliakie, antibioticabehandeling bij asymptomatische kiemen, moleculair-biologische testen, D-dimeren, vitamine D, vitamine B9, vitamine B12. Het thema knieprothese werd reeds uitvoerig behandeld in de CTIIMH (19.12.2024).

- Er wordt in de opdrachtbrief voorbijgegaan aan het feit dat de curatieve zorg, wat de sector honoraria van artsen betreft, achtereenvolgende jaren gedeprimeerd wordt van de groeinorm ondanks een toename van de bevolking en een toename van de vergrijzing. Zo is het aandeel honoraria in het riziv-budget verminderd van 32% in 2009 naar 25,7% in 2024. Dit komt onder meer door het feit dat het zorgaanbod in andere sectoren verhoudingsgewijs meer is toegenomen: verpleegkundigen, ziekenhuizen, kinesitherapeuten, implantaten, en een hele reeks projecten die de mesostructuren financieren (zoals chronische Geïntegreerde zorg), het niet indexeren van het MAF, de verlagingen van de remgelden, enzovoort. Toch wordt, naast de sector van de farmaca, vooral in de medische sector opnieuw gezocht voor besparingen ten bedrage van 150 Mio euro.
- Er wordt in de opdrachtbrief voorbijgegaan aan het feit dat voor 2025 de honoraria een geringe overschrijding kennen ten aanzien van de doelstelling. Partiële begrotingsdoelstellingen zijn zowel in de bestaande GVU-wet alsook in het voorontwerp van Kaderwet bepalende ijkpunten. De honoraria van artsen worden geïntegreerd als de plaats waar moet gezocht worden voor budgettaire honoraria-ingrepen. De talrijke conventies en andere partiële begrotingsdoelstellingen worden haast vergeten in de besparingsoefening. Een misleidende opvatting in de opdrachtbrief is dat *énkel* bij medische prestaties "*meer doelmatigheid zou leiden tot een betere beheersing van de uitgaven*".
- Tal van sectoren worden met fluwelen handschoenen behandeld: administratiekosten, financiering van kenniscentra, honoraria in het kader van train-the-trainer contracten inzake Belrai, geïntegreerde zorg-projecten, mesostructuren allerhande. In het Medisch-farmaceutisch overleg is er de vaststelling van grote versnippering met vele thema's die de revue passeren, met slechts een zeer beperkt bereik tot enkele geïnteresseerde zorgverleners. In het kader van de voorliggende besparingsoefening zou het zinvol zijn het MFO op te heffen gezien het ontbreken van een evidence-based breed impact op artsen. Dit staat ook zo vermeld in de cartografie appropriate care die eerder werd voorgesteld aan de Algemene Raad. De medische huizen worden budgetair gespaard; dat hoeft niet zo te zijn.

Principiële bezwaren:

- De opdrachtenbrief stelt op p. 16: *“Sommige technische verstrekkingen waarvoor vandaag nog een dagziekenhuisforfait wordt toegekend, kunnen of worden intussen veilig en efficiënt poliklinisch uitgevoerd. We vragen daarom om het forfait voor deze ingrepen te schrappen. Met inachtnaam dat de nomenclatuur voorziet dat prestaties met een waarde $\geq$ K120 of N200 enkel door de ziekteverzekering worden vergoed als ze in een erkend ziekenhuis gebeuren (met uitzondering van oftalmologie).”* Het is correct dat een aantal verstrekkingen veilig en efficiënt poliklinisch uitgevoerd kunnen worden.
De poliklinische uitvoering is evenwel geen criterium voor het al dan niet toekennen van een riziv-forfait. Deze schriftelijke vaststelling van de minister opent opnieuw de vraag of de medische verstrekkingen waarvan sprake, nog uitsluitend in het ziekenhuis moeten aangeboden worden gelet op de dure ziekenhuis-infrastructuur en het gebrek aan geschoold ziekenhuispersoneel. Aan de patiënt zou de vrije keuze moeten geboden worden om ingrepen die veilig en efficiënt poliklinisch uitvoerbaar zijn te laten uitvoeren binnen of buiten ziekenhuismuren en dat aan gelijke terugbetalingsmodaliteiten intra- of extramuraal. Zowel art. 15§2 van de toepassingsregelen met betrekking tot de heelkundige verstrekkingen "K.B. 31.8.1998" (in werking 1.11.1998) als art. 35§4 (GVU wet) zouden in samenhang met dergelijke maatregel moeten herzien moeten worden vanuit het oogpunt van tariefzekerheid voor de patiënt.
- In de opdrachtbrief worden diepgaande hervormingen en maatregelen voorgesteld voor een zeer beperkt tijds kader (2026-2027) aangezien de nieuwe nomenclatuur en de nieuwe ziekenhuisfinanciering in voege zullen gaan in 2028. Dit lijkt weinig zinvol temeer daar een aantal voorstellen ook reglementaire wijzigingen vergen al dan niet via KB.

Inhoudelijke bezwaren:

- Op p. 16 van de nota wordt voorgesteld een aantal medische verstrekkingen uit lijst A te schrappen en te laten financieren via het dagziekenhuisbudget (groepen 1 tot en met 7). Dit is een schijnbesparing, meer nog, het is een meeruitgave. Immers, het BFM is een gesloten budget dat herverdeeld wordt tussen ziekenhuizen op basis van bepaalde parameters. De wijziging van de samenstelling van lijst A heeft budgettair op nationaal niveau géén invloed op het nationale BFM (ontwerp KB _totale budget voor 2025_ 11.778.368.068 euro), maar zorgt wel voor een interne verschuiving van financiering tussen ziekenhuizen. Een uitdunning van lijst A is ten nadele van algemene ziekenhuizen die veel dagklinische ingrepen doen uit lijst A en ten voordele van (o.a. universitaire) ziekenhuizen die veel minder dagklinische ingrepen doen uit lijst A. Opname in lijst A bepaalt ook mee de financiering van het operatiekwartier via de afgeleide standaardtijden. Het herverdelend effect ten nadele van sommige algemene ziekenhuizen kan misschien beduidend zijn. Het is dus géén besparingsmaatregel in het budget van de ziekteverzekering, maar een herverdelende maatregel tussen ziekenhuizen.
- De herziening van lijst A, ingegaan per 1.1.2023 en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad bij KB van 3 mei 2024 ([C – 2024/004926]) op p. 71843 is een zware procedure en kan o.i.

onmogelijk ingaan per 1.1.2026.

Bovendien lezen we in het B.S. op p 44409 (KB 10.04.2025; publicatiedatum 23.04.2025):

"Vanaf 1 januari 2023 is lijst A, die gebruikt wordt om chirurgische dagziekenhuizen te financieren, uitgebreid met veel nieuwe diensten. Dit zijn diensten die voorheen konden worden gefactureerd via een maxiforfait (tot 31 december 2022). Vanaf 1 januari 2023 zal het dus niet langer mogelijk zijn om een maxiforfait te factureren voor een dienst op lijst A. Deze diensten worden vanaf 2023 geregistreerd, maar worden pas gewaardeerd in de berekeningen voor de BFM die op 1/7/2025 wordt berekend". Het zou vreemd zijn dat een fundamentele wijziging die is ingegaan per 1.1.2023 en effect heeft op het BFM per 1.7.2025 reeds op 22.7.2025 een nieuwe fundamentele verandering zal ondergaan.

- Het voorstel om de verschoven prestaties (uit lijst A) te voorzien van een riziv-forfait uit groep 1-7 zal de RIZIV-uitgaven verzwaren omdat de RIZIV-forfait-financiering bovenop het BFM komt. Het is dus géén besparing in de ziekenhuissector maar integendeel een meeruitgave van het RIZIV ten gunste van de ziekenhuissector. Ook hier is een volgtijdelijkheid te voorzien: riziv-nummers kunnen maar pas een riziv-forfait toegekend krijgen nadat ze in het Belgisch Staatsblad geschrapt werden uit lijst A om dubbele financiering te vermijden.
- Omgekeerd is het schrappen van forfaits bij bepaalde medische ingrepen een verlies van financiering voor de ziekenhuizen. Het is niet omdat men ze als poliklinisch definieert in een ziekenhuis dat de kosten verdwijnen voor het ziekenhuis. Uit een schrijven van de Administratie (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap Afdeling Verzorgingsvoorzieningen Gezondheidszorg) van 23.12.2005 blijkt immers dat niet de localisatie van het operatiekwartier in het ziekenhuis een bepalende rol is bij de bepaling van de definitie of een verstrekking gebeurt in het chirurgisch daghospitaal of niet. *"In uw brief van 27/10/05 stelde u ons de vraag of een kleine operatiezaal, gelokaliseerd binnen het complex van de polikliniek, in aanmerking komt voor een erkenning als operatiezaal. De operatiezaal zou volwaardig worden uitgerust met inbegrip van anesthesieapparatuur. Tevens vroeg u ons de voorwaarden waaraan voldaan dient te worden om de behandeling van een patiënt als dagopname te mogen beschouwen. Een operatiezaal dient te voldoen aan de normen van een erkende dienst voor diagnose en voor heelkundige behandeling (kenletter C) zoals beschreven in het KB van 23/10/64 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd. De erkenning die verleend wordt aan dergelijke diensten vermeldt tevens het aantal erkende bedden voor chirurgie (C-bedden), dit in tegenstelling tot het aantal operatiezalen die niet afzonderlijk worden erkend. Conform art. 1, §3, 3°, van het KB van 25/11/1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend, verricht de functie heelkundige verstrekkingen zonder dat dit aanleiding geeft tot een ziekenhuisverblijf met overnachting. De heelkundige verstrekkingen dienen uitgevoerd te worden in een operatiezaal die beantwoordt aan de normen, vermeld in bovenstaande paragraaf. De operatiezaal dient niet architectonisch geïntegreerd te zijn in het chirurgisch daghospitaal (art. 4, KB 25/11/97).*

Patiënten die voor een heelkundige ingreep op het chirurgisch daghospitaal worden opgenomen voor de preoperatieve opvang en voorbereiding, en na de ingreep op het daghospitaal verblijven voor het postoperatief toezicht, zijn te beschouwen als daghospitaalpatiënten. Waar de operatiezaal zich bevindt is hierbij van geen belang. Dit kan zowel het operatiekwartier zijn als de polikliniek.” En ook: “Le terme polyclinique existe toutefois dans la terminologie hospitalière pour désigner le lieu dans lequel les hôpitaux organisent les activités pour les malades ambulants et qui doit être un lieu séparé des unités d’hospitalisation (arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, MB, 7 novembre 1964).”

- Er wordt gesteld dat een aantal medische verstrekkingen in lijst A overgewaard zouden zijn. Het tegendeel is echter waar. De medische verstrekkingen in lijst A zijn duidelijk ondergewaardeerd want in het huidige medico-mut akkoord is net voorzien om deze honoraria te herwaarderen en nog in 2025 heeft de medico-mut hierover een unaniem positief advies geformuleerd.

Positief geëvalueerde maatregelen

- De end-of-life problematiek is een complex maar belangrijk ethisch debat dat moet gevoerd worden met alle stakeholders. Het is goed dat hier begin van gemaakt wordt.
- De keuze van PPI's en statines als aandachtspunten bij medicatie werd eerder ondersteund door BVAS.

Besluit:

Een aantal maatregelen in de opdrachtbrief zijn vlot uitvoerbaar. Een aantal maatregelen in de opdrachtbrief zijn moeilijk uitvoerbaar en lijken weinig zinvol als de nieuwe nomenclatuur en de nieuwe ziekenhuisfinanciering in 2028 ingaan. Een besparing in lijst A is eerder een herverdeling tussen ziekenhuizen, eerder dan een besparing op het nationaal vastgelegd budget BFM.

Alternatief voorstel:

Om de uitgaven te beheersen en de hervormingen inzake nomenclatuur en ziekenhuizen toereikend te financieren, stelt BVAS het volgende voor: om het te realiseren bedrag van 343,5 miljoen euro, verminderd met de reeds overeengekomen besparingsmaatregelen, te bereiken, stellen we een lineaire vermindering voor in alle sectoren, zowel binnen als buiten de begrotingsdoelstelling.

We willen er ook op wijzen dat de Algemene Raad finaal beslissingsrecht heeft over de **inhoud** van de maatregelen binnen het opgelegde budgettaire kader.

We vestigen de aandacht op het feit dat de minister nog steeds geen invulling heeft gegeven aan een van de hoekstenen van het **medico-mut akkoord 2024-2025**, zijnde punt 4.1.1.4 van het akkoord met betrekking tot art 35.§4, ondanks herhaalde oproepen en voorstellen in deze vanuit de artsenbank.

Tot slot wijzen we op de belofte om een oplossing te vinden voor de **teleconsultaties**, waarvan de waarde op "0" werd gezet alsof deze waardeloos zijn. Het is echter gebleken dat dit niet zo is. Een toename van het remgeld **bij niet-VT patiënten** met 1 euro op de artsen-consultaties kan voldoende budget vrijmaken om de teleconsultaties correct te waarderen en terug in te voeren.

We verzoeken de Algemene Raad rekening te willen houden met de geformuleerde bemerkingen.

6

Met achtingsvolle groeten,



Pr. Dr. Patrick EMONTS,
Voorzitter BVAS-ABSyM