

BELEIDSCEL VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN VOLKSGEZONDHEID

TOEKOMSTPACT MET DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN

September 2016
Versie 5.0

INHOUDSOPGAVE:

Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen : onderhandelingsnota	5
0.0. Doel van het ToekomstPact.....	5
0.1. Continuïteit en verandering in een steeds sneller evoluerende wereld.....	5
0.2. Scope van dit Pact	6
0.3. Zes moderniseringsassen	8
0.4. Een stabiel en responsabiliserend budgettair kader.....	9
Moderniseringsas 1: Informatieverlening aan, hulpverlening en gezondheidscoaching van de leden	10
1.1. Inleiding	10
1.2. Het federaal regeerakkoord	11
1.3. Doelstellingen.....	12
1.3.1. De toegankelijkheid tot de gezondheidszorg:.....	12
1.3.2. Het informeren van leden:	12
1.3.3. Het bevorderen en promoten van gezondheidsvaardigheden (“health literacy”):.....	12
1.3.4. Toezien op de rechten van de leden en het openen van rechten:	13
1.3.5. Geïntegreerde zorg:	13
Moderniseringsas 2: Bijdrage tot kennisopbouw en beleidsvoorbereiding in de gezondheidszorg	15
2.1. Inleiding	15
2.2. Het federaal regeerakkoord	15
2.3. Een actieve rol in het beheer van de verplichte verzekering en gezondheidszorg.....	16
2.4. Actieve partners in de hervormingen in de federale gezondheidszorg	17
2.5. Een actieve medewerking aan de vaststelling, uitvoering en opvolging van gezondheidsdoelstellingen	18
2.6. Samenwerking tussen Verzekeringsinstellingen en overheid met het oog op een slagkrachtig health research system.....	19
2.7. Een actieve partner in de datastrategie binnen de federale gezondheidszorg	20
Moderniseringsas 3: handhaving en doelmatigheid	23
3.1. Inleiding	23
3.2. Het federaal regeerakkoord	23
3.3. De actoren en hun opdrachten	24
3.3.1. De VI	24
3.3.2. De overheid	25
3.4. Actieve medewerking aan een Geïntegreerde en gecoördineerde meerjarenstrategie en aanpak inzake handhaving en doelmatigheid	26
3.5. Ontwikkeling van een coherent, slagkrachtig handhavinginstrumentarium.....	31

Moderniseringsas 4 : het adviserend geneesherenkorps	33
4.1. Inleiding	33
4.2. Statuut van de adviserend geneesheer	34
4.3. Uitgangspunten	35
4.4. De kerntaken van de adviserend geneesheren scherp stellen en moderniseren	36
4.5. Een fundamentele reflectie inzake een geactualiseerd statuut voor de adviserend geneesheer 39	
4.6. Governance van het korps van adviserend geneesheren	39
Moderniseringsas 5 : de verplichte aanvullende verzekering.....	41
5.1. Inleiding	41
5.2. Het federaal regeerakkoord	42
5.3. Uitgangspunten	42
5.4. De aanvullende verzekering als complementair aan, coherent met en voorportaal van de verplichte gezondheidszorg-verzekering	44
Moderniseringsas 6: bestuurskracht, goed bestuur en transparantie.....	47
6.1. Inleiding	47
6.2. Het federaal regeerakkoord	47
6.3. Verhogen van de bestuurskracht van de verzekeringsinstellingen.....	47
6.4. Versterken van de samenwerking tussen verzekeringsinstellingen	51
6.5. Versterken van de transparantie in het kader van de deelname aan het beheer en het overleg in de verplichte verzekering	52
6.6. Versterken van de organisatorische transparantie voor de aanvullende verzekering	52
6.6.1. Samenwerkingsakkoorden (Artikel 43 §1 ziekenfondswet).....	52
6.6.2. Betoelaging socio-sanitaire structuren en financiering collectieve acties.....	53
6.6.3. Partnerschapsovereenkomsten	54
6.6.4. Erkende zorgverstrekkers.....	54
6.6.5. Medicosociale structuren.....	55
6.7. Versterken van de financiële transparantie	56
6.7.1. De boekhoudwetgeving	56
6.7.2. De ziekenfondswet	57
6.8. Efficiëntie verhoging door vereenvoudiging en samenwerking op vlak van ict en gegevensbeheer.	58
6.8.1. Inleiding	58
6.8.2. eGezondheid	59
6.8.3. ICT-Beleid.....	61
Een stabiel en responsabiliserend budgettair kader	62
Inleiding	62
Het Federaal regeerakkoord	62
Een stabiel en adequaat budgettair meerjarenkader	63

De versterking en verhoging van het variabel gedeelte van de administratiekosten	66
▪ Een nieuw VARAKsysteem.....	66
▪ Het niet toegekende gedeelte VARAK.....	67
De modernisering van de financiële verantwoordelijkheid inzake de uitgaven geneeskundige verzorging.....	67

Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen : onderhandingsnota

0.0. Doel van het Toekomstpact

0.1. Continuïteit en verandering in een steeds sneller evoluerende wereld

De verzekeringsinstellingen vervullen een belangrijke rol binnen de Belgische gezondheidszorgverzekering, uitkeringsverzekering en gezondheidszorg. In het naoorlogse compromis inzake de opbouw van de Belgische sociale zekerheid en de afspraken omtrent het beheer van die sociale zekerheid en de uitvoering ervan, is hen een essentiële rol toebedeeld.

Ziekenfondsen ontstonden uit lokale, kleinschalige, solidaire initiatieven, waarbij een aantal mensen de handen in elkaar sloegen om samen een bepaald doel te bereiken dat niet op een even goede wijze bereikt kon worden zonder zich te verenigen. Initieel waren deze initiatieven vaak georganiseerd binnen een beroepsgroep, waarbij door de betrokken leden geld werd samengelegd om kosten in geval van ziekte te kunnen dekken.

De mutualistische verenigingen die buiten de overheid om initiatieven namen inzake ziekenzorg en verzekering, werden in de 20^{ste} eeuw steeds meer ingebed in een openbaar systeem van gezondheidszorgverzekering, naarmate de overheid impulsen gaf aan de uitbouw van de sociale zekerheid. Het systeem van ziekteverzekering werd veralgemeend, wettelijk verankerd en geprofessionaliseerd. Daarbij schreven de ziekenfondsen zich ook in als actor binnen de door de overheid en sociale zekerheid georganiseerde ziekteverzekering, zonder zijn karakter te verliezen als ledenbeweging en, als antwoord op de vragen en behoeften van deze leden, als sociaal ondernemer. Deze dimensie van de verzekeringsinstellingen, nl. de ledenbeweging en het sociaal ondernemerschap, zijn niet de focus van dit Pact dat toespitst op die opdrachten die de verzekeringsinstellingen als actor binnen de door de overheid en sociale zekerheid georganiseerde ziekteverzekering. Een erkenning ervan is belangrijk om de volledige betekenis van de verzekeringsinstellingen goed te kunnen begrijpen.

De verzekeringsinstellingen hebben als verenigingen van natuurlijke personen tot doel het fysiek, psychisch en sociaal welzijn te bevorderen in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit. De verzekeringsinstellingen voorzien daartoe enerzijds in collectieve belangenbehartiging met het oog op het verdedigen van het perspectief en de belangen van de patiënt. Anderzijds voorzien ze in individuele hulp- en dienstverlening aan hun leden. Deze rollen zijn neergelegd in met name de ziekenfondswet en de gecoördineerde wet inzake de gezondheidszorgen- en uitkeringsverzekering.

Het Toekomstpact heeft niet tot doel de rol en opdrachten van de verzekeringsinstellingen inzake gezondheidszorgen of uitkeringen ten gronde te herzien. Wel wil het Pact, in lijn met het mandaat en de bepalingen van het federale regeerakkoord, een aantal impulsen geven zodat de verzekeringsinstellingen op vlak van hun rol en opdrachten verder kunnen evolueren met de evoluties op maatschappelijk, technologisch, beleids- en

ziekenfondsniveau. De wereld en het gezondheidszorgbeleid staan immers niet stil, evenmin als de verzekeringsinstellingen zelf. Het Pact biedt de mogelijkheid om te bepalen hoe op de belangrijke evoluties kan ingespeeld worden. Wederzijdse verwachtingen tussen het beleid en de verzekeringsinstellingen worden daarbij geëxpliciteerd en beantwoord. De rol en opdrachten van de verzekeringsinstellingen worden op die manier aangepast aan nieuwe uitdagingen en noden. De relatie tussen de verzekeringsinstellingen en overheid wordt geoptimaliseerd in een geest van partnerschap.

In een snel evoluerende omgeving is het essentieel dat de rol van de verzekeringsinstellingen scherp wordt gesteld. Wat maakt de rol van de verzekeringsinstellingen uniek in het gezondheidszorgsysteem? Met andere woorden: op welke wijze differentiëren de verzekeringsinstellingen zich van andere actoren – zowel wat de overheidsactoren betreft als andere partners in de gezondheidszorgverzekering en gezondheidszorg. De VI spelen een unieke rol binnen de ziekteverzekering en het gezondheidsbeleid binnen het kader waarvan ze respectievelijk medebeheerder en stakeholder zijn en waarbij ze, vanuit een welbepaalde visie en waarden, de belangenbehartiging van patiënten opnemen en diensten verlenen aan die patiënt. Hoe wordt de ‘unique selling proposition’ van de verzekeringsinstellingen geïmpacteerd door de evoluties die hierboven geschetst zijn? Het voorliggende Pact wil daarop een antwoord geven.

Bovendien dient niet enkel te worden nagegaan hoe de verzekeringsinstellingen zich differentiëren van andere actoren. Even goed stelt zich de vraag hoe verzekeringsinstellingen zich onderling differentiëren, zeker ook in een context waar informatie- en communicatietechnologie een drijver en hefboom van standaardisering van processen en interacties zijn. Welke differentiatie kan bovendien vanuit het oogpunt van de overheid aanvaard worden. In wat verschilt de identiteit van één verzekeringsinstelling van die van een andere verzekeringsinstelling? Elke verzekerde, ongeacht het ziekenfonds waar hij/zij lid van is, moet op dezelfde manier behandeld worden voor wat de toekenning van rechten betreft die door de verzekering gecreëerd zijn. Alle verzekeringsinstellingen dienen ook op een uniforme wijze de reglementering te handhaven ten aanzien van sociaal verzekerden en zorgverstrekkers. In de front-office of het directe contact met verzekerden kunnen ziekenfondsen zich differentiëren, maar in de back-office zijn er ruime mogelijkheden tot standaardisering, samenwerking en dus ook efficiëntiewinsten, zeker in het kader van de verplichte gezondheidszorgverzekering.

0.2. Scope van dit Pact

Het Pact wordt afgebakend langs meerdere grenzen.

Ten eerste: als we in dit Pact over verzekeringsinstellingen spreken, dan spreken we in de eerste plaats over de klassieke ziekenfondsen, niet over de Kas geneeskundige verzorging (KGV) van HR Rail of de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsuitkering (HZIV). De KGV en HZIV werden betrokken bij de onderhandelingen van dit Pact. Bepaalde onderwerpen zijn wel relevant ook voor hen, en daar zullen ze bij de realisatie van de moderniseringsassen vanzelfsprekend betrokken worden. Tegelijk is er specifieke reglementering van toepassing op deze instellingen en dient ook vermeld te worden dat de HZIV, als openbare instelling van sociale zekerheid, onderhevig is aan het Koninklijk Besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale

zekerheid, met toepassing van artikel 47 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels.

Ten tweede: zelfs al wordt in dit Pact wel ingegaan op de specifieke rol, taken en opdrachten van de adviserend geneesheren waarbij de voorgestelde reflectie ook betrekking heeft op de sector arbeidsongeschiktheid, toch ligt de sector arbeidsongeschiktheid buiten de scope van dit Pact. De hervormingen in de sector uitkeringen worden niet geregeld in dit Pact. Gezien de verwevenheid van de taken van het adviserend geneesherenkorps en de bepalingen in de verplichte ziekteverzekering rond hun taken inzake de medische evaluatie en begeleiding van arbeidsongeschikte patiënten, is het evenwel nodig om ook rond arbeidsongeschiktheid een dynamiek van rechtstreeks overleg op te zetten. Dat overleg moet snel en efficiënt kunnen inspelen op de veranderingen binnen dit domein. De snel veranderende context geeft aanleiding tot sterke budgettaire schommelingen, waar snel beleidsmatige hervormingen dienen tegenover geplaatst te worden. Hierdoor kent de sector arbeidsongeschiktheid een sterke politieke impuls. Dat neemt niet weg dat de operationele gevolgen op het terrein tastbaar zijn. De adviserend geneesheren moeten immers opereren in het kader van de wetgeving rond “uitkeringen” en het is van cruciaal belang dat de maatregelen hun functioneren op het terrein verbeteren, en niet in de weg staan. Om hieraan tegemoet te komen zal een ad-hoc werkgroep worden opgericht die als specifieke taak heeft om rond maatregelen in het domein arbeidsongeschiktheid te overleggen. Deze werkgroep heeft een beleidsoriënterende, informerende en reflecterende rol, maar geen beherende rol zoals de reeds functionerende organen, bv. de Beheerscomités. Het accent ligt op de link tussen beleid en uitvoering. De werkgroep kan worden samengeroepen rond nieuwe initiatieven in het domein. De VI kunnen verzoeken om dit overleg samen te roepen indien zij vinden dat de omstandigheden zich hiertoe lenen, of op basis van nota's waar het Algemeen Beheerscomité of het Beheerscomité Uitkeringen zich over heeft uitgesproken. In deze werkgroep zullen zetelen een medisch-administratieve delegatie van de landsbonden, het RIZIV en de Beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid als vaste vertegenwoordiging. Afhankelijk van de aard van het dossier kunnen facultatief een vertegenwoordiging van de sociale partners of een delegatie van de verstrekkers worden uitgenodigd.

Ten derde komt dit Pact niet in de plaats van andere visie-oefeningen, pacten, meerjarenkaders, e.d.m. die door de minister of haar administraties worden ondernomen en waarvoor telkens een gepaste governance wordt voorzien. Ook inhoudelijke elementen van beleidsoefeningen die niet enkel de VI betreffen maar ook andere actoren, zoals bv. de zorgverstrekkers of de industrie, worden vanzelfsprekend niet in dit Pact geregeld.

Ten vierde beschouwt dit Pact slechts twee van de drie grote activiteitenpijlers van de verzekeringsinstellingen, met name de verplichte gezondheidsverzekering en de verplichte aanvullende verzekering. De mutualistische hospitalisatieverzekeringen die via de verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand (VMOB) worden aangeboden, blijven buiten beschouwing in dit Pact. Vanzelfsprekend dient wel de samenhang met de elementen binnen dit Pact verzekerd te worden.

Ten vijfde focust dit Pact op de rol en opdrachten die de verzekeringsinstellingen spelen op het federale bestuursniveau. De verschillende staats-hervormingen, zeker ook de meest

recente, hebben de bevoegdheidsverdeling tussen het federale niveau en de deelstaten grondig gewijzigd en complexer gemaakt. De verzekeringsinstellingen nemen inmiddels een aantal opdrachten op in het kader van het deelstatelijke gezondheidszorg- en welzijnsbeleid, al blijft het zwaartepunt van de opdrachten op het federale niveau gesitueerd. Ook het toezicht op de verzekeringsinstellingen is vandaag nog een federale aangelegenheid. In het kader van dit Pact wordt expliciet aangegeven – door middel van een asterisk (*) – waar verbindingen met de deelstaten bestaan. De federale minister zal haar Pact met de VI voorstellen aan de deelstaatministers bevoegd voor gezondheid en welzijn. De federale minister zal nagaan met de deelstaatministers hoe de verwachtingen van de verschillende bestuursniveaus ten aanzien van de verzekeringsinstellingen gestroomlijnd kunnen worden.

0.3. Zes moderniseringsassen

Rekening houdend met het doel van dit Pact en de scope ervan, worden zes moderniseringsassen uitgezet die telkens een antwoord moeten bieden op de uitdagingen waar de verzekeringsinstellingen in het bijzonder en de gezondheidszorgverzekering en de gezondheidszorg in het algemeen mee geconfronteerd worden. Deze hervormingsassen betreffen telkens een specifieke opdracht of kenmerk van de verzekeringsinstellingen

<i>Zes moderniseringsassen</i>		<i>Uitdagingen</i>
1.	Informatieverlening aan, hulpverlening en gezondheidscoaching van de leden	Versnellen van de evolutie van een administratieve en uitbetalingsinstelling naar een model waarin de leden geïnformeerd, begeleid en gecoacht worden om wegwijs te geraken in -het speelveld van de gezondheidszorg, zijn actoren, de rechten en verplichtingen van de patiënt, de financiële modaliteiten, enz.
2.	Bijdrage tot de kennisopbouw en beleidsvoorbereiding	Deelnemen aan en mee verantwoordelijkheid nemen voor een meer geïntegreerde beleidsvoering inzake gezondheidszorgverzekering en gezondheidszorg door het meewerken aan de vaststelling en uitvoering van gezondheidsdoelstellingen, door het ter beschikking stellen van gegevens en kennis, en door het opnemen van een actieve en verantwoordelijke rol binnen de organen van de gezondheidszorgverzekering en gezondheidszorg.
3.	Handhaving en doelmatigheid	Mee verantwoordelijkheid nemen voor een geoptimaliseerd gebruik van de beschikbare en begrensde middelen in de gezondheidszorgverzekering door een versterkte opname van de rol als handhaver van de correcte uitvoering van de reglementering in de gezondheidszorgverzekering, binnen een gecoördineerde handhavingstrategie, met moderne en reponsabiliserende instrumenten en een transparante verantwoording naar de overheid.
4.	Het adviserend geneesherenkorps	Meewerken aan een gemoderniseerde en geprofessionaliseerde rol van de adviserend geneesheren die toespitst op hun echte kerntaken. Ook het statuut en de governance van het korps verdient modernisering.

5.	Verplichte aanvullende verzekering	Moderniseren van de verplichte aanvullende verzekering en uitzuiveren van het huidige aanbod. Gezondheidsgerichte tussenkomsten mogen niet in tegenspraak zijn met evidence based medicine en evidence based practice. Tussenkomsten via maatschappelijke dienstverlening zijn gericht op gezondheid en/of het versterken van de persoonlijke draagkracht van de leden ('resilience').
6.	Bestuurskracht, goed bestuur en transparantie	Aanpassen van de organisatie en werking van de ziekenfondsen en de verantwoordings- en toezichtsmechanismen met het oog op transparantie en goed bestuur.

0.4. Een stabiel en responsabiliserend budgettair kader

De zes hierboven vermelde assen betreffen domeinen waar in dit Pact overeengekomen wordt de rol en opdrachten van de verzekeringsinstellingen te moderniseren. Tegelijkertijd verduidelijkt dit Pact het middelenkader dat de overheid ter beschikking stelt van de verzekeringsinstellingen voor het opnemen van de verwachte rol en opdrachten, zowel voor wat de continue, dagdagelijkse activiteiten betreft, voor wat de moderniseringsprojecten in dit Pact betreft, als voor wat betreft andere hervormingsprogramma's binnen de gezondheidszorg waarin de ziekenfondsen betrokken zijn. Een stabiel en responsabiliserend budgettair meerjarentraject wordt daarom als een afzonderlijk deel II in dit Pact besproken. Daarin wordt beschreven welke de bijdrage is die van de verzekeringsinstellingen wordt gevraagd in het kader van de sanering van het overheidsbudget en gezondheidszorgbudget. Deze bijdrage wordt binnen een stabiel budgettair meerjarentraject geplaatst. Ook de budgettaire responsabilisering zal worden gemoderniseerd en versterkt.

Moderniseringsas 1: Informatieverlening aan, hulpverlening en gezondheidscoaching van de leden

1.1. Inleiding

De VI treden reeds op als dienstverlener en als begeleider van hun leden, zowel binnen de verplichte als binnen de aanvullende verzekering. Vanuit hun gepersonaliseerde dienstverlening informeren, begeleiden en ondersteunen ze hun leden voor hun vragen en problemen. Daarnaast benaderen ze hun leden of doelgroepen van leden ook via acties met het oog op het behoud of het opnieuw verwerven van een goede gezondheid.

De in dat kader ondernomen acties kunnen eenduidiger uitgevoerd worden. Om een grotere impact te bereiken dient er gecoördineerd te worden op het niveau van de gehele Belgische bevolking met een 'evidence based practice'-benadering (EBP). De VI engageren zich om voor hun activiteiten maximale aansluiting te vinden met de EBP-principes en de gezondheidsdoelstellingen.

Om een zo groot mogelijk bereik te garanderen, dient bepaald te worden welke initiatieven gezamenlijk en op uniforme wijze door alle VI gedragen worden en welke andere initiatieven op niveau van één of enkele VI ontwikkeld worden. Het recht om zelf initiatieven uit te werken en uit te voeren die niet in strijd zijn met de EBP-principes en de gezondheidsdoelstellingen blijft bestaan, waardoor de VI hun eigen accenten naar hun leden kunnen leggen.

Ziekenfondsen zijn verondersteld de motor te zijn van informatisering en digitalisering binnen de sector. Niet-geïnformateerde en handmatige administratieve werkzaamheden voor tarifiering, controle en terugbetaling zullen in de komende tijd progressief maar snel afnemen naarmate de ondertussen geïmplementeerde en voorziene informatiserings- en digitaliseringstrajecten uitgerold worden. Deze digitalisering moet zowel bijdragen tot meer waardecreatie als tot een hogere efficiëntie. De op die manier vrijgemaakte middelen kunnen ingezet worden om de nieuwe vormen van dienstverlening uit te bouwen, met bijzondere aandacht voor diegenen die zwakker zijn op vlak van financiële toestand en gezondheid. Er wordt ook rekening gehouden met de digitale kloof; de VI blijven op een redelijke manier via andere dan digitale kanalen bereikbaar voor hun leden. Ze bouwen hun dienstverlening verder uit met een *service shift* (van uitbetaling naar dienstverlening) en met een *service lift* (van controle en informatie naar proactieve dienstverlening en begeleiding).

Daardoor zullen de VI in staat zijn hun leden op kwalitatieve wijze te informeren en zowel evidence based acties en programma's als gezondheidsdoelstellingen te ontwikkelen:

- ter verbetering van het empowerment van de leden en van hun vermogen om zelf geïnformeerde beslissingen te nemen over hun eigen gezondheid ('health literacy' of gezondheidsvaardigheden). "Health literacy" wordt door de WHO gedefinieerd als: de cognitieve en sociale vaardigheden welke de motivatie en het vermogen van individuen bepalen om toegang te verkrijgen tot het begrijpen van en het gebruiken van informatie op een manier die een goede gezondheid bevordert en onderhoudt. Aandachtspunt vormt de

paradox waarbij de doelgroepen die het meest baat hebben bij deze gezondheidsvaardigheden dikwijls het moeilijkst te bereiken zijn.

- ter begeleiding en ondersteuning van hun leden om hun gezondheid te behouden, opnieuw te verwerven, hun ziekte te beheersen of in het kader van advanced care planning.

Er mag opgemerkt worden dat wat de brede dienstverlening en gezondheidscoaching betreft, ook door de deelstaten opdrachten aan de verzekeringsinstellingen worden toebedeeld. De bepalingen in dit hoofdstuk, en bij uitbreiding in dit Pact, beperken zich tot het federaal bestuursniveau. Voor specifieke punten wordt reeds verwezen naar de verwevenheid van bevoegdheden van de federale en deelstatelijke overheden. De federale overheid zal constructief afstemmen met de deelstaten (*) daar waar raakvlakken, noden tot coördinatie en mogelijkheden tot versterking van elkaars beleid ontstaan.

1.2. Het federaal regeerakkoord

In het Regeerakkoord zijn verschillende actiepunten ingeschreven die opportuniteiten bieden aan de VI om hun rol als dienstverlener en begeleider van hun leden op te nemen. Dit kan inderdaad gebeuren dankzij verschillende diensten die zich inzetten voor maatschappelijk werk, medische ondersteuning, research en development, ledenverdediging,....enz.

We merken op dat de VI op deze vlakken slechts één van de actoren zijn en dat ook door andere actoren zoals de overheid, zorgverstrekkers, kennisactoren, industrie en nog andere partners verantwoordelijkheid wordt opgenomen. De acties van de ziekenfondsen schrijven zich in deze bredere context in. Deze bemerking geldt voor het volledige hoofdstuk.

Als gezondheidscoach van hun leden:

- Terugdringen van de gezondheidskloof: de regering brengt in overleg met de deelstaten de verschillen in toegang tot de gezondheidszorg in kaart en onderneemt acties. Het terugdringen van de verschillen in verwachte gezonde levensjaren is een prioritaire gezondheidsdoelstelling.
- Bevorderen van zelfzorg en zelfmanagement: bij de bevolking worden gezondheidsvaardigheden bevorderd.
- De patiënt zal beschikken over informatie betreffende de kwaliteit en de prijs van de zorg. Die informatie wordt ter beschikking gesteld via één toegankelijk platform. Gegevens van het IMA worden ook ter beschikking gesteld aan andere partners en de patiënten.
- Er wordt onderzocht op welke wijze de patiënt makkelijker toegang krijgt tot zijn elektronisch patiënten dossier (EPD). Voor het ontwikkelen en invoeren van een veralgemeend elektronisch patiëntendossier in 2019, zullen de patiënten aangespoord worden om een referentiehuisarts te kiezen zonder hun vrije keuze van zorgverlener aan te tasten.

1.3. Doelstellingen

De hierna volgende oplijsting is niet-exhaustief, maar geeft een inzicht op de diverse domeinen waarop de VI ten aanzien van de leden activiteiten ontplooiën als informatieverlener en gezondheidscoach. We spitsen toe op de federale activiteiten, maar ook de deelstaten spreken de VI in dit kader aan (*).

1.3.1. De toegankelijkheid tot de gezondheidszorg

Ondanks een reeds sterk uitgebouwd beleidsinstrumentarium – bv. voorkeurregeling, maximumfactuur, sociale derdebetaler, e.d. – ondervindt een belangrijk deel van de bevolking nog steeds moeilijkheden met financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg wegens het niet onbelangrijk gedeelte van de totale kost voor gezondheidszorg dat door de burgers zelf wordt betaald: permanent analyseren en opvolgen van deze problematiek, maatregelen en acties voorstellen om de nadelige gevolgen hiervan weg te werken of minstens te milderen.

1.3.2. Het informeren van leden

Het op begrijpelijke wijze informeren in de brede zin van de leden met informatie die gebaseerd is op kwalitatieve gegevens (e-health, MyInami):

- Over de conventionering van zorgverleners en de conventioneringsstatus van individuele zorgverleners, met duiding van de financiële gevolgen.
- Deelnemen aan of zelf organiseren van gezondheidscampagnes.
- Toegang geven tot ge vulgariseerde gezondheidsinformatie.
- Toegang verlenen tot gegevens over het aanbod, de prijs en de kwaliteit van de zorg. Die informatie wordt idealiter ter beschikking gesteld via één toegankelijk platform; de VI zullen meewerken aan initiatieven die ter zake ontwikkeld worden door de overheden.
- Toegang geven tot hun elektronisch patiëntendossier

1.3.3. Het bevorderen en promoten van gezondheidsvaardigheden (“health literacy”)

Het bevorderen en promoten van gezondheidsvaardigheden heeft tot doel het individu in zijn individuele en/of sociale context wegwijs te maken in de mechanismen en factoren die levenswijze en levensstijl beïnvloeden en die een invloed (kunnen) uitoefenen op hun gezondheidstoestand en hen te informeren over en hen de principes en handelingen die leiden tot een gezonde levensstijl, eigen te maken. Het bijbrengen van gezondheidsvaardigheden is een belangrijke factor die bijdraagt tot het dichten van de gezondheidskloof.

Los van de projecten die in het kader van de gezondheidsdoelstellingen als prioritaire thema’s in het kader van gezondheidsvaardigheden geselecteerd worden kunnen volgend punten onderwerp zijn voor health literacy:

- Investeren in de promotie van het globaal medisch dossier en de ondersteuning van zorgtrajecten.
- Informeren over orgaandonatie.
- Samenwerken met patiëntenverenigingen.

- Vroegtijdige zorgplanning.

1.3.4. Toezien op de rechten van de leden en het openen van rechten

- Opzetten van begeleidingsprogramma's voor specifieke kwetsbare doelgroepen (*).
- Het zo veel mogelijk includeren van de individuele leden in de specifieke doelgroepen die bestaan rond de toekenning van het VT-statuuut (verhoogde tegemoetkoming) en het statuut chronische zieke, het aansporen tot het volgen van het juiste zorgtraject, de promotie van goedkope/goedkoopste geneesmiddelen en andere en gelijkaardige initiatieven binnen de verplichte verzekering en de verplichte aanvullende verzekering die deze doelstelling ondersteunen.
- De VI treden ondersteunend en begeleidend op voor hun leden bij hun contacten met het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO). Ze zijn vertegenwoordigd in de Raad van het FMO waar ze het beleid mee uitbouwen en ze verdedigen hun leden individueel in het kader van rechtsbijstand.
- Het bewaken van de naleving van de bepalingen van het handvest van de sociaal verzekerde en de wet op de patiëntenrechten in functie van het verdedigen van hun leden.
- Het bijstaan van leden i.v.m. tariefzekerheid, de ziekenhuiswet en de ZIV-wet.
- Op niveau van het individu via gerichte interventies :
 - o ondersteunen bij aanvragen van deze rechten en voorzieningen;
 - o het behartigen van belangen bij het aanspannen van beroep;
 - o databasegestuurde proactieve contactnames in functie van maximale rechtsverkrijging
 - o fouten in de facturatie opsporen en in dat kader informeren, bijstaan, bemiddelen en in rechte optreden voor leden.

1.3.5. Geïntegreerde zorg

- Initiatieven nemen die bijdragen tot de prioritaire gezondheidsdoelstellingen: synergieën en coördinatie opzetten tussen VI, bevoegdheidsniveau's (met de deelstaten voor de preventieve acties), scholen, OCMW's, de gemeenschapsinstellingen die bevoegd zijn voor hulp en advies voor welzijn van kinderen en nog andere instanties die een bijdrage in deze kunnen leveren. Om geen publiciteit te voeren die verstorend kan werken onder de VI, wordt hier gezamenlijk opgetreden. Verzekeringsinstellingen kunnen ook een belangrijke rol spelen in het kader van geïntegreerde dienstverlening (bv. eenheidsloketten als centraal of uniek aanspreekpunt) die in het federale gezondheidsbeleid en het regionale zorg- en welzijnsbeleid ontwikkeld wordt.
- het aanspreken van sociale fondsen ter ondersteuning van de meest precaire financiële situaties.
- Initiatieven ontwikkelen om de zelfzorg en het zelfmanagement van chronisch zieken met oog voor de zwakkeren te ondersteunen in nauw overleg met de zorgverleners.

Actie-verbintenissen:

- 1) De VI staan elk afzonderlijk in voor een kwaliteitsvolle informatieverlening, hulpverlening aan en gezondheidscoaching van de leden. Deze acties behoren tot de kernopdrachten voor dewelke zij middelen van de overheid krijgen.
- 2) Er zal versterkt worden ingezet op het realiseren van gemeenschappelijke acties van de VI inzake informatieverlening en gezondheidscoaching, waarbij afgestemd wordt op de prioriteiten van de overheid. De keuze van deze gemeenschappelijke acties zal jaarlijks volgens onderstaand proces verlopen:
 - De minister vraagt input van onder meer het NIC omtrent mogelijke gemeenschappelijke acties inzake informatieverlening en gezondheidscoaching, alsook over de indicatoren die het meten van de inspanningen en zo mogelijk resultaten, o.a. rekening houdend met het profiel van de patiëntenpopulatie, mogelijk te maken voor het einde van jaar X;
 - De minister communiceert, na overleg met de betrokken administraties, uiterlijk einde februari van jaar X+1 aan het NIC en andere stakeholders welke thema's en indicatoren zij zeker gerealiseerd wenst te zien;
 - De indicatoren worden technisch uitgewerkt in functie van gebruik in het kader van de variabele administratiekosten: voor eind april van jaar X+1. Deze indicatoren worden meegenomen in de algemene besluitvorming tot vaststelling van de indicatoren voor de variabele administratiekosten: voor eind juni van jaar X+1.
 - Vanaf evaluatiejaar 2018 wordt jaarlijks minstens één door de minister gevalideerde gemeenschappelijke nieuwe actie uitgevoerd door de VI. De resultaten zullen verrekend worden in de variabele administratiekosten. De actie zelf kan gespreid over meer dan één jaar lopen.

Moderniseringsas 2: Bijdrage tot kennisopbouw en beleidsvoorbereiding in de gezondheidszorg

2.1. Inleiding

De verplichte gezondheidszorgverzekering en de gezondheidszorg zijn in volle verandering. De demografische, maatschappelijke, medische en technologische ontwikkelingen vereisen dat het beleid zich in snel tempo aanpast aan nieuwe realiteiten. Tegelijkertijd dient dat beleid ingepast te worden in een veel strakker budgettair kader. Het is in deze context dat een sterk ambitieus federaal regeerakkoord inzake gezondheidszorg werd onderhandeld, met een hele reeks structurele hervormingen die het aanzien van de verplichte gezondheidszorgverzekering en de gezondheidszorg ingrijpend zullen wijzigen.

Als medebeheerder van de gezondheidszorgverzekering hebben de VI van de wetgever een belangrijke rol en verantwoordelijkheid inzake de beleidsontwikkeling en het budgetbeheer binnen de gezondheidszorgverzekering toebedeeld gekregen. Deze rol en verantwoordelijkheid worden niet in vraag gesteld; het voorliggende Pact herbevestigt die uitdrukkelijk. Wel veronderstelt dit in de huidige context van beleidshervormingen en budgettaire sanering een actieve betrokkenheid. Voor de VI vormt dit een spanningsveld maar evenzeer een opportuniteit. Een spanningsveld in de zin dat zij enerzijds mee verantwoordelijk zijn voor het verzekeren van een budgettaire duurzaamheid van de gezondheidszorg die in lijn is met de sociaal-economische realiteit, hetgeen structurele ingrepen en uitgavenbeheersing niet kunnen uitsluiten en anderzijds als belangenverdediger van de patiënt. Terwijl tegelijk heel wat onvervulde behoeften en nieuwe uitdagingen binnen de gezondheidszorgverzekering en gezondheidszorg opduiken. Het zoeken en realiseren van dit evenwicht is een uitdaging, net zoals dit het geval is voor de politieke verantwoordelijkheden. Anderzijds biedt de aanwezigheid van de VI in de beheers- en overlegorganen van de gezondheidszorgverzekering ruime kansen om mee keuzes te maken over en invulling te geven aan de antwoorden die op de beleidsmatige en budgettaire uitdagingen geboden worden.

In dit hoofdstuk gaan we in op een aantal belangrijke evoluties inzake kennisopbouw en beleidsvoorbereiding en op de wijze waarop de VI in het kader van dit Pact bij deze evoluties betrokken worden.

2.2. Het federaal regeerakkoord

Het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014, onderdeel gezondheidszorg, bevat inzake kennisopbouw en beleidsvoorbereiding volgende bepalingen:

- *Tijdens deze legislatuur zal de nadruk worden gelegd op een grondige hervorming van diverse aspecten van de structuur van onze gezondheidszorg.*
- *De verantwoordelijkheid van alle betrokken actoren voor het beheer, en inzonderheid voor de budgettaire aspecten ervan, wordt versterkt.*
- *Er wordt een institutioneel kader gecreëerd waarbinnen deze gezondheidsdoelstellingen worden geformuleerd en opgevolgd.*

- *Het “Instituut voor de toekomst” waarnaar verwezen werd in de zesde staatshervorming, wordt opgericht.*
- *Er zal worden ingegaan op de vraag van het Rekenhof naar het ontwikkelen van een Health Research System, een overlegforum voor strategische afstemming tussen de federale kennisinstellingen op het vlak van gezondheidszorg onderling, en in hun relatie tot de kennisinstellingen op andere bevoegdheidsniveaus.*
- *Het overleg tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen blijft behouden, maar wordt gemoderniseerd en aangepast aan de eisen van een transsectoriële aanpak*
- *De reikwijdte van het overleg moet uitgebreid worden tot afspraken omtrent kostenefficiëntie en het garanderen van een sluitende budgettaire verantwoordelijkheid.*
- *De gezondheidsdoelstellingen krijgen een prominente rol in de overeenkomsten en akkoorden.*

2.3. Een actieve rol in het beheer van de verplichte verzekering en gezondheidszorg

De omvangrijke comitologie – i.e. het geheel van organen, comités en werkgroepen – van de gezondheidszorgverzekering, waar het overlegmodel tussen VI en zorgverstrekkers in de praktijk wordt gebracht, in sommige gevallen ook met betrokkenheid van de sociale partners en de minister en/of regering, heeft een belangrijke rol in de oriëntatie, keuzes en uitvoering inzake de beleidsmaatregelen en budgettering binnen de gezondheidszorgverzekering.

In tegenstelling tot de zorgverleners hebben de verzekeringsinstellingen naast de eigenlijke financiers van de gezondheidszorgverzekering, nl. de sociale partners en de overheid, een volwaardige rol als medebeheerder gekregen in de Algemene Raad van het RIZIV, die als opdracht heeft de globale beleidslijnen te superviseren en het gezondheidszorgbudget vast te stellen en te bewaken. Deze rol houdt uiteraard een belangrijke verantwoordelijkheid in, zeker in tijden van budgettaire restrictie.

De comitologie is sectoraal opgebouwd. De coördinerende, integrerende of zelfs sturende werking van overkoepelende organen als het Verzekeringscomité en de Algemene Raad is eerder beperkt, hoewel er sinds deze legislatuur initiatieven genomen worden om die werking te versterken.

De VI hebben binnen de comitologie van de gezondheidszorgverzekering een belangrijke troef, namelijk dat zij in al deze organen vertegenwoordigd zijn, waardoor zij overzicht houden en kunnen bijdragen tot sector-overschrijdende coördinatie en integratie.

Deze troef wordt nog versterkt doordat deelstaten besloten hebben om in het kader van de gedefedereerde bevoegdheden inzake gezondheidszorg (*), welzijn en aanverwanten, eveneens een beroep te doen op de ziekenfondsen, zowel in het kader van het beheer van het systeem als in het kader van uitbetaling en controle.

In het kader van de redesign van de gezondheidszorgadministraties beoogt de federale minister met het creëren van een netwerk tussen de acht gezondheidszorgadministraties administraties een versterkte beleidsmatige en beheersmatige coherentie. Het gaat vandaag om volgende administraties: RIZIV (geneeskundige verzorging), FOD VVVVL (DG

Gezondheidszorg), FAGG, WIV, KCE, eHealth-platform, HZIV en CDZ. Wat de realisatie van meer beleidsmatige coherentie betreft stelt de minister voor om een Beleidsraad te creëren om het volledige gezondheidszorgbeleid, overkoepelend aan de tweedeling gezondheidszorgverzekering/volksgezondheid en de betrokken administraties, te realiseren. Deze initiatieven tot meer coherentie zullen ook doorwerking kunnen hebben op vlak van de modernisering van de organen in termen van integratie, afslanking en vereenvoudiging, modernere overleg- en consultatietechnieken, etc. In datzelfde kader wordt eveneens een voorstel uitgewerkt inzake de oprichting van het Toekomstinstituut.

De redesign van de gezondheidszorgadministraties is een afzonderlijk hervormingsprogramma binnen de gezondheidszorg waarvoor een specifieke governance wordt voorzien. De minister engageert zich om de VI te betrekken bij dit belangrijke initiatief: er zal hun advies gevraagd worden en het RIZIV neemt deel aan het programma via het Algemeen Beheerscomité waarin de ziekenfondsen als medebeheerder zetelen.

Actie-verbintenissen:

- 3) De VI nemen hun rol als medebeheerder constructief verder op binnen de organen van de gezondheidszorgverzekering waarin ze vertegenwoordigd zijn.
- 4) De VI dragen actief bij, formuleren voorstellen en werken mee aan de modernisering van het overleg, o.m. op vlak van de versterkte coördinatie en integratie van de organen van de gezondheidszorgverzekering.
- 5) De VI worden als medebeheerder binnen het RIZIV en als stakeholder binnen de federale gezondheidszorg betrokken bij het redesign-programma binnen de gezondheidszorgadministraties.
Ze zullen op geëigende wijze betrokken worden bij het nog op te richten Toekomstinstituut.

2.4. Actieve partners in de hervormingen in de federale gezondheidszorg

De VI vervullen een belangrijke rol bij het realiseren van een inhaalbeweging inzake structurele hervormingen, in de eerste plaats in die domeinen die zich binnen de gezondheidszorgverzekering situeren, maar ook bij hervormingen in de ruimere gezondheidszorg. Dit is onder meer het geval voor het ziekenhuislandschap en -financiering, de wetgeving op de gezondheidszorgberoepen, de geestelijke gezondheidszorg, het beleid inzake geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, de eGezondheid-strategie en de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken.

Actie-verbintenissen:

- 6) De minister betreft de VI bij de hervormingsprogramma's die in de gezondheidszorgverzekering en de gezondheidszorg worden gerealiseerd. In de governance van elk hervormingsprogramma krijgen de VI een plaats, die mede afhankelijk is van hun optreden als medebeheerder van de ziekteverzekering dan wel

stakeholder van de gezondheidszorg.

- 7) De VI dragen actief bij, formuleren voorstellen en werken mee aan de hervormingsprogramma's in de gezondheidszorgverzekering en gezondheidszorg en realiseren binnen deze programma's loyaal en tijdig de engagementen die hun medewerking vereisen.

2.5. Een actieve medewerking aan de vaststelling, uitvoering en opvolging van gezondheidsdoelstellingen

Zowel het federale regeerakkoord als de deelstatelijke regeerakkoorden stellen dat het formuleren van gezondheidsdoelstellingen noodzakelijk is om de doelgerichtheid van het gezondheidszorgbeleid en de samenwerking tussen alle actoren voor realisatie van dat beleid te versterken (*). Deze ambitie komt niet uit het niets: de vraag tot het formuleren van gezondheidsdoelstellingen wordt breed, vanuit diverse hoeken en perspectieven, en op alle niveaus gesteld, zowel bij politieke beleidsmakers, de administraties, de zorgverstrekkers, de VI, de patiëntenverenigingen, de academische actoren, internationale actoren, etc.

Gegeven dat gezondheidsdoelstellingen een ruimere scope hebben dan enkel de gezondheidszorg, gegeven de complexe bevoegdheidsverdeling tussen het federale en deelstatelijke niveau inzake gezondheidszorg, en gegeven dat de uitvoering van dergelijke gezondheidsdoelstellingen de samenwerking van alle belanghebbenden ter zake vereist, dient een adequaat en effectief institutioneel en methodologisch kader te worden voorzien voor de bepaling, uitvoering en opvolging van gezondheidsdoelstellingen.

De VI kunnen een belangrijke rol spelen bij het vaststellen, uitvoeren en opvolging van gezondheidsdoelstellingen. En dat in meerdere domeinen van de gezondheidszorg: financiële toegankelijkheid, zorgkwaliteit, opname van rechten en zorg, wegwijs maken in de gezondheidszorg, bevorderen van een gezonde levensstijl, doelmatigheid van zorg en de strijd tegen misbruiken, etc.

In de toekomst zullen VI geresponsabiliseerd kunnen worden op het vlak van uitvoering van acties in het kader van hun aandeel in de realisatie van gezondheidsdoelstellingen en dit in het kader van de variabele administratiekosten (cfr. infra in dit Pact). Dat kan zowel op het niveau van een individuele VI als op intermutualistisch niveau gebeuren, afhankelijk van de aard van de acties die ondernomen zijn.

Ondanks het feit dat er vandaag nog geen omvattende set van gezondheidsdoelstellingen bestaat, kunnen de VI toch reeds een actieve rol opnemen in het toenemend oriënteren van de beleidsinitiatieven binnen de comitologie van de gezondheidszorgverzekering en gezondheidszorg op voorlopige doelstellingen, onder meer op basis van data en indicatoren die zij zelf of anderen produceren. Er kan in dit verband verwezen worden naar de eerste stappen die reeds werden gezet ter gelegenheid van het afsluiten van de meest recente Dentomut- en Medicomut-akkoorden.

Actie-verbintenissen:

- 8) De minister consulteert de VI bij de uitwerking van het institutioneel en methodologisch kader voor de bepaling, uitvoering en opvolging van gezondheidsdoelstellingen.
- 9) De VI werken mee aan de vaststelling van de gezondheidsdoelstellingen, de tactiek en acties tot realisatie van de doelstellingen. Daarbij nemen ze ten volle hun wettelijke voorziene bevoegdheden op.
- 10) De VI nemen verantwoordelijkheid voor de tijdige realisaties van die acties die hen toebedeeld zijn in het kader van de realisatie van gezondheidsdoelstellingen. De bijdrage van de VI ter zake wordt geïntegreerd in de variabele administratiekosten.
- 11) De VI rapporteren over de uitgevoerde acties en dragen zodoende bij tot het meten van de voortgang inzake de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen. De VI ontsluiten de data waarover ze beschikken, data die nodig zijn om de voortgang te kunnen meten.
- 12) Het IMA zorgt ervoor dat door externen (clinici, academici en beleidsmakers) gevalideerde beleidsrelevante statistieken en indicatoren permanent voor iedereen beschikbaar zijn via de IMA Atlas (atlas.ima-aim.be). Het IMA zal blijven investeren in deze website zowel naar jaarlijkse actualisatie toe, als naar uitbreiding van het aanbod en verbetering van de toegankelijkheid voor het grote publiek.
- 13) In afwachting van omvattend gedefinieerde gezondheidsdoelstellingen, nemen de VI binnen de comitologie van de gezondheidszorgverzekering en de gezondheidszorg een actieve rol op in het reeds maximaal enten van initiatieven op voorlopige gezondheidsdoelstellingen, bv. in het kader van de overeenkomsten en akkoorden die worden gesloten, of in het kader van de begrotingsactiviteiten.

2.6. Samenwerking tussen Verzekeringsinstellingen en overheid met het oog op een slagkrachtig health research system

In het domein van de gezondheidszorg zijn er heel wat actoren actief die beleidsondersteunende kennis ontwikkelen. Het gaat daarbij zowel om overheidsactoren als om academische en andere actoren. Ook de ziekenfondsen zijn een dergelijke kennisproducerende actor, zowel op VI-niveau als op IMA-niveau.

Het nog sterker baseren van het gezondheidszorgbeleid op 'evidence' is één van de leidmotieven in het hoofdstuk gezondheidszorg van het federale regeerakkoord. Het federaal regeerakkoord kondigt de creatie van een geïntegreerd en slagkrachtig Health Research System aan waarbij de betrokken federale overheidsdiensten intensiever samenwerken binnen een gecoördineerde setting. Deze doelstelling refereert naar een onderzoek en rapport van het Rekenhof uit 2010.

De creatie van een Health Research System is één van de werven van het redesign-programma voor de federale gezondheidszorgadministraties. Deze werf zal onder meer voorzien in de ontwikkeling van een lange termijn strategie voor kennisvergaring die in jaarprogramma's wordt vertaald. De leidend ambtenaren van de betrokken kennisinstellingen (KCE, RIZIV, FOD, WIV, de Hoge Gezondheidsraad) zullen daartoe initiatieven ontwikkelen.

In het Health Research System dat zich ontwikkelt tussen de federale gezondheidszorgadministraties kunnen andere actoren worden opgenomen, o.m. de deelstaten en externe actoren.

Op deze manier kunnen afspraken worden gemaakt over de prioriteiten op vlak van kennisopbouw, over wie welke expertise opbouwt, wie welke studies realiseert, hoe kan worden samengewerkt met het oog op kennisopbouw, etc.

In afwachting van een integratie in een Health Research System dat zowel overheids- als niet-overheidsactoren omvat, zullen de verzekeringsinstellingen synergie-effecten inzake kennisopbouw en studie verder ontwikkelen op het niveau van het IMA.

Actie-verbintenissen:

- 14) Tot op heden maakt het IMA jaarlijks een programma op met alle nog lopende en geplande projecten op IMA-niveau. Dit jaarprogramma wordt goedgekeurd door de RvB van het IMA, waarin vertegenwoordigers van het RIZIV, het KCE, de FOD VVVL en de FOD SZ zetelen. Het jaarprogramma wordt via het KCE meegedeeld aan de bevoegde ministers. Het jaarprogramma bestaat voor een groot aandeel uit projecten in opdracht van of in partnerschap met overheidsinstellingen en onderzoeksinstituten, maar het bevat ook een aantal projecten op eigen initiatief. In het kader van het Health Research System (HRS) engageert het IMA zich om haar jaarprogramma publiek te maken (bv. via de website). Verder zal het IMA bij het tot stand komen van het jaarprogramma rekening houden en afstemmen met de jaarprogramma's van het KCE, healthdata.be en het HRS. In het kader van de ontwikkeling van het Health Research System zullen de VI in een vroeg stadium betrokken worden als volwaardige partner, in functie van het verder optimaliseren van de afstemming van kennisactiviteiten van de VI met die van de overheid. De VI engageren zich de onderzoeken die ze zelf uitvoeren in balans te leggen met die van het HRS om dubbel onderzoek of overlap te vermijden.
- 15) Het IMA brengt de gegevens van de Verzekeringsinstellingen samen om deze te analyseren op eigen initiatief, of te analyseren (of ter beschikking te stellen) in opdracht van partners of derden. Het IMA ondersteunt op die manier de rol van de ziekenfondsen voor het behoud en de permanente verbetering van een performant systeem van gezondheidszorg en ziekteverzekering. Het IMA zal deze rol blijven opnemen en zich concentreren rond thema's met betrekking tot de financiering, de organisatie, het functioneren en de resultaten van het Belgisch gezondheidszorgsysteem (bv. voldoende of behoeftendekkende en stabiele financiering van de verplichte verzekering, tariefzekerheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor de patiënten, doelmatig en rationeel gebruik van de beschikbare middelen, promotie van zorgkwaliteit, opvolgen van de uitgaven, ramen van de evoluties en inschatten van het effect van maatregelen en ingrepen, gezondheidspromotie).

2.7. Een actieve partner in de datastrategie binnen de federale gezondheidszorg

In het kader van kennisproductie, o.m. door studies, dienen vanzelfsprekend gegevens te worden verzameld, verwerkt en ontsloten. Ook op vlak van datacollectie, -structurering, -

ontsluiting en -deling zijn de jongste jaren reeds verschillende initiatieven genomen of in opbouw.

Enkel door het in verbinding brengen van data die vandaag verspreid zitten, kan de kennis gegarandeerd worden die nodig is om het gezondheidszorgbeleid volwaardig te ondersteunen. De VI zijn een zeer belangrijke schakel in deze strategie, gegeven dat ze over bijzonder veel relevante data beschikken in het kader van de uitvoering van hun opdrachten binnen de verplichte verzekering, maar ook daarbuiten. Via de verplichte gezondheidszorgverzekering beschikt elke verzekeringsinstelling en elk ziekenfonds over facturatiegegevens (bv. datum, plaats en kostprijs van uitgevoerde prestaties en behandelingen) en administratieve gegevens van zijn leden. De facturatiegegevens zijn een bron van informatie die belangrijk is voor vele andere actoren in de gezondheidszorg. De overheid is als financier van de verplichte gezondheidszorgverzekering mede-eigenaar van deze gegevens en moet daarover op eenvoudige, gestandaardiseerde wijze kunnen beschikken in het kader van haar beleids- en controleopdrachten. Het ter harer beschikking stellen van deze gegevens moet voor de overheid kosteloos zijn. Op vlak van verwerking en analyse van de gegevens dienen de overheid en de VI te zoeken naar synergieën om tot een doelgerichte exploitatie van de gegevens te komen.

Ook andere actoren beschikken over waardevolle informatie. De fragmentatie van data tussen ziekenhuizen, patiënten, onderzoeksinstellingen, ziekenfondsen, overheid, industrie en andere partijen is een belangrijke barrière voor het benutten van de volledige potentie van big data. Elk van de datawarehouses van deze organisaties fungeert als een lastig te openen silo van potentiële informatie. Terwijl big data-analyses hun kracht juist ontlenuen aan het met elkaar in verbinding brengen van de data uit deze verschillende silo's. Het beter benutten van de hoeveelheden data in en rond de gezondheidszorg kan van grote betekenis zijn.

Daarom zal de overheid het initiatief nemen voor een geïntegreerd gegevensontsluitingsbeleid en een adequate governance daarvoor. Vanzelfsprekend dient de garantie op privacy voor de patiënt en burger ten allen tijde als voorwaarde voorop te staan. Alle acties, overeenkomsten, verbintenissen, delingen, integraties, projecten, akkoorden moeten voldoen aan de privacywetgeving. De uitwerking van een geïntegreerde datastrategie behoort niet tot de scope van dit Pact zelf, maar de VI zullen vanzelfsprekend betrokken worden bij de uitwerking ervan en de VI zullen verantwoordelijkheid nemen voor de uitvoering ervan.

Actie-verbintenissen:

- 16) De VI worden betrokken en werken mee aan het ontwikkelen en uitvoeren van een geïntegreerde datastrategie in de federale gezondheidszorg. Deze strategie houdt rekening met en is in lijn met artikel 24 van de Bestuursovereenkomst 2016-2018 van het RIZIV (project "verrijken van de Data Warehouse Gezondheidszorg, Verzekerbaarheid & Invaliditeit"), maar is er niet toe beperkt.
- 17) De VI stellen de gegevens betreffende de aanrekeningen van de verplichte gezondheidszorgverzekering langs een door het IMA gestandaardiseerde wijze ter beschikking aan de federale gezondheidszorgadministraties, zowel voor gebruik door de overheid zelf als voor ander gebruik dat door de overheid gevalideerd is en waarvoor de nodige modaliteiten zijn bepaald. De flux Newattest gegevens wordt in dit kader ter beschikking gesteld aan het RIZIV. Er kan hiervoor geen aanspraak worden gemaakt op bijkomend middelen vanwege de overheid.

Vanzelfsprekend worden alle garanties op privacy verzekerd. Op deze manier kunnen bijvoorbeeld facturatiegegevens door middel van een gemeenschappelijke codering worden gekruist met gegevens waarover andere actoren beschikken, vanzelfsprekend met respect voor het reglementair kader.

Volgende principes worden gerespecteerd met betrekking tot de rechtstreekse toegankelijkheid van de exhaustieve facturatiegegevens door de diensten van het RIZIV:

- de termijn tussen de boeking en de oplading in het IMA bedraagt 5 maanden;
- de betrokken gegevens worden maandelijks geüpdatet;
- een gemeenschappelijk format voor query's wordt vastgesteld, waarbij de overdracht van de gegevens de vijf dagen niet overschrijdt.
- de toegangsrechten en visibiliteit zijn functie van de opdrachten van de diensten
- het Riziv stelt een intern veiligheidspolicy op ter zake
- er wordt extra aandacht besteed aan de kwaliteitscontrole van de gegevens
- het impact op de bestaande gegevensstromen zal worden geëvalueerd met het oog op vereenvoudiging
- de identificatie van de verzekeringsinstelling en de patiënt zijn waar nodig beschikbaar (financiële verantwoordelijkheid; controleopdrachten)
- het project wordt in productie gesteld ten laatste op 1 juli 2017.

18) Het IMA beheert de Permanente Steekproef (EPS) en stelt deze via een beveiligde toegang ter beschikking aan de verschillende partners (o.a. RIZIV, KCE, WIV, FOD VG, FPB, BCR VAZG, Observatoire Bruxellois, Observatoire Wallon) en derden. De procedure voor toegang tot de EPS dient vereenvoudigd en versneld te worden.

19) Het IMA engageert zich om blijvend de kwaliteit te garanderen van de EPS en van de dienstverlening gekoppeld aan de ter beschikkingstelling.

20) Koppeling van de IMA gegevens met andere bronnen gebeurt door gebruik te maken van de meest moderne technologieën. Er wordt gestreefd naar het behoud van de eigenheid van de verschillende gegevensbronnen, zo kan een snelle bi-directionele koppeling gerealiseerd worden met bv. MZG.

Dit is evenzeer van toepassing voor andere partners, al dan niet beschikkend over eigen gegevensbronnen, zoals bv. KCE, RIZIV, Healthdata.be, ...

In 2017 zullen minstens het KCE en de RIZIV-diensten DGEC, DGV en DAC autonoom toegang hebben tot de IMA gegevens.

21) De EPS wordt uitgebreid op basis van nieuwe IMA databanken voor KATZ en Hoofdstuk IV geneesmiddelen.

22) Het IMA gaat verder dan het ter beschikking stellen van data en helpt bij het efficiënt inzetten van analysecapaciteit voor alle gebruikers van (gekoppelde) IMA gegevens of EPS. Het IMA zal daarom in samenspraak met haar partners en gebruikers:

- Standaard definities en procedures opstellen en voorstellen
- Knowhow en expertise delen en verspreiden
- Voor een rationeel en efficiënt gebruik van gezamenlijke analysecapaciteit, gemengde analyseteams mogelijk maken
- Streven naar adequaat gebruik van specifieke expertise en meerwaarde
- De referentiebestanden gezamenlijk beheren.

Het IMA werkt actief samen met de partners met het oog op de structurele ontsluiting van ZIV-gegevens naar derden zoals farmaceutische industrie en academici. Zo zullen vanaf 2016 onder toezicht van de CTG pilootprojecten voor datalevering opgestart worden met de farmaceutische industrie in het kader van artikel 81 overeenkomsten.

23) Het IMA werkt actief mee aan de omzetting en implementatie van de nieuwe Europese privacyreglementering, voor zover relevant voor het IMA. Dit moet afgerond zijn in 2018.

Moderniseringsas 3: handhaving en doelmatigheid

3.1. Inleiding

Het doel van handhaving is in de eerste plaats om de naleving van de regelgeving in alle sectoren van de gezondheidszorgverzekering te bevorderen en misbruik, fraude en corruptie te voorkomen en aan te pakken. Er is sprake van naleving als alle partijen in de gezondheidszorg zich houden aan de geldende wet- en regelgeving en voldoen aan de verplichtingen die daaruit voortvloeien.

Het handhavingsbeleid is één van de elementen dat kan bijdragen aan de beheersing van de uitgaven en de toewijzing van de middelen aan de echte noden van de bevolking. Het federale ziekteverzekeringbudget bedraagt, na de 6^e staatshervorming, meer dan 23 miljard euro. Eender welk systeem die over dergelijk budget of omzet beschikt, dient te garanderen dat een professionele en krachtige handhaving werkzaam is. Zeker in budgettaire uitdagende tijden, waarbij er nog steeds een reële groei van het ziekteverzekeringbudget bestaat die weliswaar lager is dan voordien, moet verzekerd worden dat de binnen de verplichte verzekering geïnvesteerde middelen maximaal bijdragen tot waarde voor de patiënt: “value for money”. Handhaving draagt zo bij aan de duurzaamheid en legitimiteit van het gezondheidszorgverzekeringssysteem.

Meer recent in de geschiedenis, ondersteund door wetenschappelijk onderzoek en gestimuleerd door internationale agendavorming ter zake, is de aandacht voor misbruik, fraude en corruptie ingekanteld in een meer omvattende bezorgdheid over verspillingen of ‘waste’ in de gezondheidszorg. Verspillingen omvatten ook ondoelmatige zorg, waarbij het onder meer kan gaan over niet-intentionele fouten, onnodige zorg, over- en onderconsumptie, ondoeltreffende modellen en instrumenten van zorgverstrekking en zorgfinanciering, afwijkingen van goede medische praktijk en evidence. Op het niveau van het European Healthcare Fraude and Corruption Network (EHFCN), waarin België een belangrijke drijver is én sterk investeert, zijn bruikbare typologieën ontwikkeld. De realisaties van de daar gedane investeringen dienen ook terug te vloeien naar het Belgische gezondheidszorgsysteem en haar handhavingsbeleid.

Ook in de Belgische federale gezondheidszorgverzekering is inmiddels een aanvang genomen met het benaderen van deze andere gedaante van verspilling van middelen. In de komende jaren dient er overgestapt te worden van ambitie en concept naar operationalisering en tastbare resultaten.

In het handhavingsbeleid ‘sensu stricto’ (conformiteit, realiteit) en ‘sensu lato’ (conformiteit, realiteit, doelmatigheid) hebben de VI een belangrijke eerstelijnsverantwoordelijkheid en zijn ze bovendien een partner van de toezichhoudende overheid voor diens eigen handhavingsbeleid.

3.2. Het federaal regeerakkoord

Het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014, onderdeel gezondheidszorg, bevat inzake handhavingsbeleid volgende bepalingen:

- *De verantwoordelijkheid van alle betrokken actoren voor het beheer, en inzonderheid voor de budgettaire aspecten ervan, wordt versterkt.*
- *Er worden eenvormige controleprocedures ontwikkeld voor het toezicht op de elektronische facturatie door de zorgverleners en op het toepassen van de derdebetalersregeling.*
- *Moderne controletechnieken op basis van datamining, outlier-controle, feedback-, audit- en adviessystemen, en dies meer zullen verder worden ontwikkeld.*
- *Het RIZIV krijgt op een rechtstreekse en vereenvoudigde wijze toegang tot de geconsolideerde facturatie- en aanrekeningsgegevens waarover de verzekeringsinstellingen beschikken.*
- *Het sanctie-instrumentarium, de opsporings- en invorderingsprocedures die het RIZIV ter beschikking heeft worden geëvalueerd en geoptimaliseerd.*
- *Er wordt met alle belanghebbenden een taskforce “doelmatige zorg” opgestart die verspillingen detecteert en voorstellen doet voor meer doelmatigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid.*
- *De mogelijkheid wordt voorzien om in het kader van het overleg tussen de stakeholders op het RIZIV convenanten inzake het gepast gebruik van de zorg af te sluiten, die het kader creëren waarin de verschillende actoren van de ziektekostenverzekering samenwerken om de zorgverlening zo doelmatig als mogelijk te organiseren (formuleren van guidelines, opsporen en tegenwerken van verspilling of oneigenlijk gebruik, monitoringmechanismen, ...).*
- *Belangrijke en niet verrechtvaardigde praktijkvariaties die niet berusten op objectieve criteria kunnen, indien ze niet geredieerd worden, leiden tot sancties.*

3.3. De actoren en hun opdrachten

3.3.1. De VI

De VI hebben een opdracht in het handhavingsbeleid. Historisch was deze opdracht in de eerste plaats gericht op conformiteit en realiteit. Samen met de in de inleiding geschetste evolutie wordt verwacht van de VI, en wensen zij dat ook zelf, op vlak van doelmatigheid evenzeer een rol te spelen.

De VI beschikken over een set van middelen en instrumenten voor het uitvoeren van deze opdracht. Zij zijn bovendien betrokken in de overeenkomsten- en akkoordencommissies waar o.a. de terugbetalingsvoorwaarden besproken worden die vervolgens beslist worden in het Verzekeringscomité waarin ze eveneens vertegenwoordigd zijn. Op deze wijze zijn ze in staat om de terugbetalingsmodaliteiten mee inhoud en vorm te geven op een wijze die op het terrein een correcte en adequate toepassing ervan en de controleerbaarheid daarvan, maximaal bevordert. De VI hebben dan ook een cruciale rol te vervullen bij het toezicht op de correcte terugbetaling van zorgverlening (via primaire, a priori en a posteriori controles). Het vormt één van hun kerntaken.

Het handhavingsbeleid, de operationalisering ervan en de inzet van het instrumentarium dienen inzake effectiviteit voor alle VI tot dezelfde garanties te leiden aan de overheid. In die zin moet een eenvormigheid binnen het handhavingsbeleid worden verzekerd. Dit biedt mogelijkheden op vlak van synergie tussen de verzekeringsinstellingen onderling.

De rol van de VI is niet beperkt tot eerstelijnscontroles. Ze zijn ook partner van de toezichthoudende overheid voor diens handhavingsbeleid. De VI zullen in de toekomst sterker betrokken worden in een gemoderniseerd federaal handhavingsbeleid voor de

gezondheidszorgverzekering. Daarbij verlenen ze hun medewerking aan de ontsluiting van de gegevens in de gezondheidszorgverzekering.

3.3.2. De overheid

Het RIZIV vervult ten aanzien van de handhavingsprocessen van de VI een tweedelijnsopdracht door steekproefcontrole en externe audit. Het RIZIV beschikt daarvoor over de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) en de Dienst voor Administratieve Controle (DAC).

De opdracht van de DGEC bestaat erin het optimaal gebruik van de middelen die ter beschikking zijn gesteld voor de gezondheidszorgverzekering te evalueren en te controleren. Daartoe zorgt de DGEC er onder meer voor dat met name de zorgverstrekkers hun wettelijke en reglementaire verplichtingen nakomen in het kader van een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorgverzekering.

De DAC ziet onder meer bij de aangesloten sociaal verzekerden toe op de correcte en uniforme toepassing van de regelgeving door de VI, controleert de optimale aanwending van de financiële middelen aan deze verzekerden en is actief in de bestrijding van de sociale fraude door sociaal verzekerden. De DAC is ook bevoegd voor de administratieve controle op de ziekenfondsen.

In 2014 werd een wettelijk initiatief genomen tot de oprichting van een Anti-fraude commissie gezondheidszorg die de VI en het RIZIV toelaat om gecoördineerde acties te ondernemen. Het RIZIV nam in hetzelfde jaar initiatieven inzake aanklappend beleid. In de Bestuursovereenkomst 2016-2018 van het RIZIV is de uitbouw van een beleid en organisatie inzake doelmatige zorg voorzien.

De Controledienst van de ziekenfondsen en Landsbonden van de ziekenfondsen (CDZ) evalueert ieder jaar de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen in functie van het gedeelte variabele administratiekosten (cfr. onderdeel “financiering en responsabilisering”). De dienst baseert zich hiervoor op informatie overgemaakt door het RIZIV in het kader van zijn controle en evaluatie-opdracht binnen de verplichte gezondheidszorgverzekering en op informatie die de CDZ zelf genereert via controles op de naleving van de diverse bepalingen van de wet van 6 augustus 1990 en zijn uitvoeringsbesluiten. De evaluatie gebeurt sinds de invoering van het KB van 10 april 2014 op basis van 7 processen die de werking van de VI weerspiegelen. Proces 5 evalueert de organisatie van de diverse controlemechanismen op de verschillende niveaus (voorwerp van dit onderdeel van het Pact) door de VI.

Deze verschillende initiatieven dienen geoperationaliseerd te worden binnen een geïntegreerde benadering, zowel beleidsmatig als organisatorisch. Het comité van de DGEC leent zich hiertoe. De VI en waar pertinent ook andere actoren, zoals de zorgverstrekkers, zullen mee betrokken worden bij deze initiatieven. Zij beschikken over een ruime set aan gegevens en een diepgaand inzicht in processen van zorgverstrekking en -financiering waardoor hun betrokkenheid en inbreng ter zake van belang is.

3.4. Actieve medewerking aan een geïntegreerde en gecoördineerde meerjarenstrategie en aanpak inzake handhaving en doelmatigheid

Het handhavingsbeleid dat gevoerd wordt in de gezondheidszorgverzekering moet sterker worden gestructureerd, geïntegreerd en gecoördineerd. De visie die hierbij naar voor wordt geschoven is dat de VI (individueel en gezamenlijk via het NIC) en de toezichthoudende overheden (RIZIV-DGEC, RIZIV-DAC en CDZ) over één, onderling gecoördineerde meerjarenstrategie inzake handhaving en doelmatigheid beschikken. Deze strategie is dan richtinggevend voor de activiteiten die deze verschillende partners ontwikkelen en geeft ook een kader voor samenwerking en uitwisseling.

Hierna worden een aantal afzonderlijke componenten van een dergelijke gestructureerde, geïntegreerde en gecoördineerde meerjarenstrategie verder uitgewerkt. Deze werden ook aangedragen in het kader van de Taskforce die in het voorjaar van 2016 in de schoot van de Algemene Raad en Verzekeringscomité werd opgericht, en waar ook de basis werd gelegd voor een eerste Plan Handhaving.

- Een risicogebaseerd, omvattend handhavingsbeleid

Er dient bepaald te worden wat het ‘universum’ is waarop handhaving wordt toegepast: wat zijn de controleerbare eenheden. Op deze manier kan ook worden toegewerkt naar een controlecyclus, waarbij in functie van risico en impact, alle onderdelen van de verzekering volgens een welbepaalde periodiciteit doorgelicht kunnen worden.

Op basis van een risicoanalyse worden de prioriteiten binnen het handhavingsbeleid vastgesteld. Daarbij dient een proces te worden opgebouwd zodat alle nuttige informatie en actoren betrokken worden bij het oriënteren van de prioriteiten. De risicoanalyse dient gestructureerd te worden binnen een gemeenschappelijk conceptueel kader: de ‘waste’-typologie van het European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) vormt daartoe een goed canvas. Zo wordt het hele continuüm van ondoelmatigheid tot fraude afgedekt.

- Aflijning van verantwoordelijkheden, taakverdeling en samenwerking tussen de partners van het handhavingsbeleid

Er dient bepaald te worden hoe de handhaving wordt georganiseerd en welke taakverdeling ter zake er wordt gerealiseerd tussen de individuele ziekenfondsen, het IMA en de toezichthoudende overheden.

Taakverdelingen moeten worden uitgezuiverd en het moet duidelijk zijn wie welke verantwoordelijkheid draagt. Daartoe dient een kadaster te worden ontwikkeld en onderhouden van de huidige controles, instrumenten, e.d., dit zowel op vlak van conformiteit, realiteit als doelmatigheid. Enkel op deze wijze kunnen overlappingsen of blinde vlekken worden gedetecteerd.

Handhaving kan op verschillende niveaus gebeuren:

- Door de VI (ziekenfondsen en landsbonden), op ‘individuele’ basis
- Door de VI samen in intermutualistisch verband

- Door de toezichhoudende overheden en de VI (intermutualistisch) samen, in 'gemengde' teams.
- Door de toezichhoudende overheden, individueel of gezamenlijk

Met name de samenwerkingsvormen op intermutualistisch vlak enerzijds en door samenwerking tussen de overheid en de VI (intermutualistisch) anderzijds, kunnen sterker ontwikkeld worden.

Intermutualistisch kunnen de VI hun controles en controlesystemen sterker uniformiseren en een operationele samenwerking opzetten. Dit is in lijn met de verwachtingen binnen het regeerakkoord tot meer stroomlijning en uniformisering. Doel is een gemeenschappelijke minimale sokkel tot stand te brengen, waaraan dus minimaal dient te worden voldaan, maar die uiteraard kan worden aangevuld en versterkt met initiatieven en klemtonen door elke VI afzonderlijk. Er dient uitdrukkelijk onderstreept te worden dat dit nooit mag leiden tot een deresponsabilisering van de afzonderlijke landsbonden en ziekenfondsen, noch tot een neerwaartse nivellering inzake het niveau van handhavingsaanpak. Integendeel, de doelstelling is een gemeenschappelijke strategie en een minimumsokkel van acties te bepalen waaraan alle landsbonden en ziekenfondsen dienen te voldoen. Elke landsbond en elk ziekenfonds heeft de plicht om het handhavingsbeleid optimaal in te vullen en op landsbond- of ziekenfondsniveau specifieke acties te ontplooiën om dit beleid te concretiseren.

Uitgangspunt is dat de technische en de tarificatiecontroles op vlak van realiteit en conformiteit maximaal geïnformatiseerd moeten worden. Daarbij is er aandacht voor de maximalisatie van de primaire controles die voorafgaand (a priori) aan de betaling gebeuren om onterechte betalingen te vermijden. Controles waar een "één op één-relatie" aanwezig is (bv. terugbetaling enkel tot een bepaalde leeftijd) worden maximaal ingevuld als a priori controles. Opportuniteitscontroles waarbij een evaluatie wordt gemaakt van de noodzaak van een prestatie, zijn complexer om te verwezenlijken. Deze controles vereisen ofwel een (individuele) evaluatie van elke prestatie, ofwel a priori, ofwel a posteriori (bijvoorbeeld steekproefsgewijs). Deze opportuniteitscontroles vereisen ook sterkere samenwerking tussen de VI onderling en met de toezichhoudende overheden. De VI hebben als medebeheerder van het ziekteverzekeringssysteem in dit verband een cruciale verantwoordelijkheid om de samenwerkingsvorm tussen de VI en de overheden die in dit gezamenlijk verband, bv. door gemengde teams, opereren mee tot stand te brengen en invulling te geven. Die operationele samenwerking kan op verschillende manieren tot stand komen, bv. door het poolen van analysecapaciteit, realiseren van gezamenlijke evaluatie-, audit-, inspectie- en controleactiviteiten op het terrein, rapportering daarover, etc.

In het kader van dergelijke gemengde teams kunnen ook proeftuinen worden opgezet om onder toezicht van de overheid en vanzelfsprekend steeds met respect voor alle geldende regels inzake gegevensbescherming en privacy, bepaalde gegevens te koppelen en te analyseren, iets wat tot op heden nog niet mogelijk is.

De VI dienen ten behoeve van de overheden de nodige gegevens ter beschikking te stellen in het kader van het handhavingsbeleid, met name op vlak van tarificatie- en aanrekeningsgegevens. Deze gegevens dienen op gestandaardiseerde, vlotte wijze en binnen zo kort als mogelijke termijnen rechtstreeks beschikbaar te zijn voor de overheid. Enkel zo

kan een kort-op-de-bal-spelend handhavingsbeleid worden tot stand gebracht. In het kader van de uitvoering van het Plan Handhaving zal een meldpunt worden ontwikkeld met het oog op de signalering van misbruiken en het verstrekken van informatie ter zake. Dit meldpunt heeft als doel een sterkere betrokkenheid van de burger te creëren.

Onverminderd een gezamenlijke meerjarenstrategie of zelfs operationele samenwerking, blijft het initiatiefrecht van de toezichhoudende overheden behouden. Wel heeft de overheid een verantwoordelijkheid om het handhavingsbeleid van de VI te ondersteunen en tegelijkertijd feedback te geven over het gevolg dat wordt gegeven aan bepaalde door de VI overgemaakte vaststellingen in functie van verdere behandeling en sanctionering door de overheid. Deze feedback waardeert de inspanningen die door de VI geleverd zijn.

- Een sanctie-instrumentarium afgestemd op de rol en verantwoordelijkheden van elke actor binnen het handhavingsbeleid

De sanctionerende bevoegdheid behoort in beginsel de overheid toe. Aan dit principe wordt niet geraakt. Niettemin wordt onderzocht hoe de ziekenfondsen hun rol inzake handhaving zo goed mogelijk kunnen uitoefenen, rekening houdend ook met de slagkracht van de overheid en de capaciteit die ze ter beschikking heeft. Doel is om binnen het handhavingsbeleid een sanctie-instrumentarium uit te bouwen waarin elke actor binnen dat beleid een duidelijke rol krijgt toebedeeld, en waarbij de actoren onderling hun instrumenten zo inzetten dat de doelstellingen van het handhavingsbeleid inderdaad bereikt kunnen worden.

Behoudens uitzondering (bijvoorbeeld bij sterke indicatie van fraude) behoort de afwikkeling van de resultaten van a priori controles tot de taken van de ziekenfondsen. Voor de a posteriori controles dienen afspraken te worden gemaakt tussen de VI en het RIZIV (DAC en DGEC).

Inzake de controles op de sociaal verzekerden kan het huidige mechanisme behouden blijven: de terugvordering door de ziekenfondsen in opdracht van de DAC en in voorkomend geval de sanctionering van de sociaal verzekerde door de DAC.

Inzake de controle op de zorgverstrekkers worden afspraken gemaakt tussen de DGEC van het RIZIV, de verzekeringsinstellingen en het NIC. Een beslissingsboom wordt opgesteld waarbij duidelijk is welke stappen in de keten van handhaving door de ziekenfondsen worden uitgevoerd en welke stappen door de DGEC.

- Rapportering en transparantie

Transparantie inzake de handhavingsactiviteiten is nodig om de overheid toe te laten het overzicht te houden op de controles, het gebruik van de data en de lopende controleprojecten, teneinde overbodige herhaling van controles, dubbele analyses en efficiëntieverlies te vermijden.

- Stroomlijning van de aansturing van het handhavingsbeleid

Samenhangend met de meerjarenstrategie zal een stroomlijning van de beleidsinhoudelijke aspecten van het handhavingsbeleid doorgevoerd worden. In het eindrapport van de

Taskforce samengesteld uit vertegenwoordigers van de Algemene Raad en Verzekeringscomité, die zich op vraag van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid in het voorjaar van 2016 boog over een reeks thema's, waaronder de versterking van het handhavingsbeleid, werd voorgesteld om een geïntegreerd platform voor handhaving en doelmatige zorg op te richten om de activiteiten terzake te stroomlijnen en structuur te brengen in het huidige versnipperde landschap met vele betrokken partijen, instanties en organen. Dit platform zal rapporteren aan de Algemene Raad en het Verzekeringscomité.

Het gaat om een organisatorisch en functioneel integreren van de activiteiten in de bedoelde domeinen, geen fusie van diensten en activiteiten, wel het tot stand brengen van een gestructureerde netwerking waarin ook de VI een prominente rol mogen en moeten spelen. Dit platform is een upgrade van de bestaande antifraudecommissie. Er dient ook te worden bekeken hoe dit platform rekening zal houden met andere interacties tussen overheid en VI inzake het handhavingsbeleid, zoals bv. op niveau van de Hoge Raad voor geneesheren-directeurs en Comité DGEC, het technisch comité DAC, de adviesfunctie in de ad hoc raden en commissies, de Controledienst van de ziekenfondsen in het kader van de variabele administratiekosten (VARAK),

Actie-verbintenissen:

Onder coördinatie van de toezichhoudende overheden wordt in samenspraak met de VI een Plan Handhaving opgemaakt waarin de diverse dimensies van het handhavingsbeleid (cf. waste-typologie van het EHFCN) vertaald wordt naar prioriteiten en acties. Voor deze prioriteiten en acties wordt verduidelijkt:

- welke taakverdeling er wordt voorzien;
- op welke wijze er zal worden samengewerkt tussen de overheid en de VI, bv. in termen van gegevensuitwisseling, creatie van gemengde teams tot analyse en controle, etc. Aangezien controleactiviteiten ook tot het takenpakket van de VI's en de AG's behoren, zullen goede afspraken tussen de VI en de controlediensten van het RIZIV gemaakt worden om deze opdrachten efficiënt uit te voeren zodat er geen dubbel werk gebeurt. Belangrijk is dat er wederzijds een transparante communicatie bestaat, ook in concrete dossiers;
- welke middelen vereist zijn voor de realisatie van elk van de acties;
- welke opbrengsten verwacht worden voor de uitvoering van elk van de acties;
- welke randvoorwaarden – naast financiële/personeelsmiddelen, ook elementen zoals gegevensuitwisseling, analyse- en controle-instrumentarium, incentivering, etc. – moeten ingevuld worden om de acties te kunnen realiseren.

De VI verbinden zich tot een actieve medewerking aan de ontwikkeling en uitvoering van het handhavingsbeleid en het Plan Handhaving. In dat kader nemen zij onder meer volgende punten op:

24) De VI maken op het niveau van het NIC een cartografie op van de bestaande a priori en a posteriori controles en maakt deze cartografie uiterlijk op 31/03/2017 over aan de toezichhoudende overheden. De overheden dienen daarbij ook zicht te krijgen inzake de keuzes en onderliggende motieven die door de VI worden gemaakt op vlak van het a

priori of a posteriori controleren.

25) De VI voorzien in datatransparantie naar de overheid toe. Zo wordt o.m. via het project NewAttest voorzien in een automatisch zoekstelsel/zoekprogramma waarlangs het RIZIV in functie van zijn wettelijke bevoegdheden via een gestandaardiseerde, eenvoudige procedure toegang zal krijgen tot recente, correcte, exhaustieve gegevens inzake tarificatie en aanrekening. Het IMA engageert zich ertoe de door de VI maandelijks opgeleverde data zonder wijzigingen ter beschikking te stellen van de diensten. De NewAttest-procedure zal tegen 1 juli 2017 operationeel zijn. Deze procedure vormt een eerste piloot inzake betere datadeling in het kader van het gegevensbeleid. De overheid zal langs haar kant de nodige reglementering uitwerken die de DGV en DAC zonder machtiging toegang geeft tot individuele gecodeerde data.

26) De VI zullen rapporteren over de controles die door hen zijn uitgevoerd, met in deze rapportering onder meer volgende elementen:

- de prioriteiten binnen het handhavingsbeleid van de ziekenfondsen (individueel en NIC) en de criteria of methoden die eraan ten grondslag liggen;
- de volumes en resultaten van de gerealiseerde controles, verwerpingen en redenen ervoor, gerecupereerde bedragen door de ziekenfondsen binnen de gezondheidszorgverzekering. Onder meer de relatie tussen de ingediende uitgaven en de aanvaarde uitgaven dient verduidelijkt te worden;
- de verdeling van de controles en resultaten ervan
 - over in het kader van de primaire controles, a posteriori controles, thematische controles, contentieux, e.d.m.
 - over de diverse doelgroepen:
 - controles naar de sociaal verzekerden
 - controles naar de verschillende disciplines van zorgverstrekkers
 - controles naar de zorginstellingen
 - controles naar andere actoren (bv. tarifieringsdiensten, etc.)
 - over diverse types van 'waste':
 - fouten
 - misbruik
 - fraude
 - corruptie
 - de betalingen in derde betaler in termen van volumes van aanvaarde en verworpen uitgaven.
 - een ranglijst van de meest voorkomende verwerpingen.

Er wordt door de VI en de overheden een voorstel van uniforme rapportering ontwikkeld tegen 31 maart 2017 die wordt toegepast vanaf 01 april 2017.

De overheidsdiensten engageren zich tot:

- het in een vroeg stadium actief betrekken van de VI in het nieuwe geïntegreerde platform voor aansturing van het handhavingsbeleid.
- het geven van feedback aan de VI, in de schoot van het genoemde platform, over de gevolgen die gegeven zijn aan signalen en dossiers op vlak van misbruik en ondoelmatigheid die door de VI aan deze diensten zijn overgemaakt, zonder vanzelfsprekend het geheim van het onderzoek of de privacy te schenden. In het kader van de gezamenlijke rapportering worden de VI op de hoogte gesteld van de basisgegevens over de lopende onderzoeken, de aan andere instanties overgemaakte

dossiers (inclusief administratiefrechtelijke, tuchtrechtelijke en gerechtelijke instanties) en de resultaten van de gevoerde onderzoeken, waarbij zowel de genomen maatregelen, sancties, als teruggevorderde bedragen worden meegedeeld.

De minister engageert zich tot een actieve ondersteuning van de invulling van de randvoorwaarden die nodig zijn voor de realisatie van het Plan voor zover deze niet in tegenspraak zijn met het regeerakkoord of de beleidslijnen, bv. door het nemen van reglementaire acties en/of het voorstellen van wetswijzigingen aan de regering en het Parlement.

3.5. Ontwikkeling van een coherent, slagkrachtig handavingsinstrumentarium

Het handavingsbeleid dient alle aspecten van de handavingsketen af te dekken: detectie, onderzoek, informatie en sensibilisering, monitoring, terugvordering en administratieve sanctie.

De sanctiebevoegdheid blijft zoals hoger vermeld voorbehouden voor de overheid, evenwel met feedback naar de partners in het handavingsbeleid omtrent de toepassing ervan.

Het RIZIV beschikt over inspecterend personeel vallend onder het toepassingsgebied van het Sociaal Strafwetboek (wet van 6 juni 2010). Daarnaast regelt de gecoördineerde wet dd. 14/07/1994 bijkomend de sanctiebevoegdheden van de DGEC en de DAC.

Hoe dan ook is een doeltreffend en efficiënt sanctie-instrumentarium noodzakelijk voor een slagkrachtig handavingsbeleid. De Kamer van Volksvertegenwoordigers keurde op 22 oktober 2015, in uitvoering van het federale regeerakkoord, een resolutie goed en gaf daarbij aan het Rekenhof de opdracht om de coherentie, doeltreffendheid en efficiënt van de organisatie en het instrumentarium van de controlediensten (RIZIV: DGEC en DAC; CDZ) te evalueren. De conclusies van het rapport zullen impact hebben op de verdere ontwikkeling van het handavingsbeleid en zullen eveneens een invloed hebben op het afsprakenkader tussen de VI en het RIZIV inzake hun respectieve rollen.

Er moet in dit verband worden opgemerkt dat de ziekenfondsen nu reeds bepaalde mogelijkheden hebben in het kader van de uitvoering van de schorsing van terugbetaling van bepaalde prestaties voor een welbepaalde periode via het melden van gevallen waar sterke aanwijzingen van fraude bestaan. De vraag stelt zich in welke mate deze mogelijkheden daadwerkelijk benut worden en wat de effecten zijn.

Actie-verbintenissen:

27) In het kader van de ontwikkeling van het handavingsbeleid dat wordt neergelegd in een periodiek Plan Handhaving zal een analyse en evaluatie worden gemaakt van de momenteel reeds beschikbare middelen in het kader van het handavingsbeleid en het gebruik ervan. Daarbij kunnen ook voorstellen worden geformuleerd voor de

optimalisering van het instrumentarium dat tot hun beschikking staat, rekening houdend met het feit dat de sanctiebevoegdheid voorbehouden blijft aan de overheid. Voorstellen kunnen onder meer gaan over:

- Gerichtte feedback aan de betrokken zorgverleners
 - Strikte monitoring van de aanrekeningen gedurende een bepaalde periode
 - Verplichting tot het a priori controleren van de prestaties/voorschriften gedurende een bepaalde periode.
 - Controle op het terrein door de adviserend geneesheren, enkel in intermutualistische context.
 - Schorsing van de mogelijkheid tot het toepassen van de uitvoering van het derde betaler systeem.
 - Financiële sancties door het RIZIV opgelegd.
- In de analyse kunnen eveneens voorstellen worden geformuleerd over incentives voor de verzekeringsinstellingen.

28) Ook het RIZIV en de CDZ onderzoeken in het kader van het periodiek Plan Handhaving welke instrumenten langs hun kant eventueel verder kunnen worden ontwikkeld om de slagkracht van het handhavingsbeleid te versterken. De VI hebben een reeks concrete voorstellen hierrond geformuleerd, bv. met betrekking tot de verplichte lezing van de e-ID, een wettelijke basis voor het kunnen sanctioneren van outliers door misbruik, het verlengen van de verjaringstermijn in geval van fraude, toegang tot de bepaalde gegevens, etc.

29) De VI engageren zich om als medebeheerder en direct betrokken verantwoordelijke in de organen van het RIZIV mee actief verantwoordelijkheid te nemen met het oog op een leesbare en controleerbare nomenclatuur en reglementering, hetgeen als preventieve actie ten aanzien van fouten en misbruik mag worden beschouwd. De VI werken in dit verband mee aan de hervormingen van de nomenclatuur, zowel binnen de betrokken sectorale commissies, als overkoepelend voor de gehele nomenclatuur.

Moderniseringsas 4 : het adviserend geneesherenkorps

4.1. Inleiding

Het zwaartepunt van de activiteiten van de adviserend geneesheren situeert zich tot nog toe op het vlak van het toezicht op en de handhaving van de uitkeringsverzekering. Dat is paradoxaal in het licht van het aandeel dat de uitkeringsverzekering vertegenwoordigt in de totale uitgaven van de verplichte verzekering. Dat aandeel is weliswaar niet onbelangrijk maar toch veel kleiner dan het aandeel gezondheidszorg.

Hoewel dit pact focust op de inzet en de betrokkenheid van de verzekeringsinstellingen en ziekenfondsen voor de gezondheidsverzekering, blijft voor dit onderdeel van de nota de uitkeringsverzekering toch niet buiten beschouwing. Het opdrachten- en takenpakket van de adviserend geneesheer is immers een geheel dat niet kunstmatig kan opgedeeld worden tussen gezondheidszorgen en uitkeringen. Het aantal uitkeringsgerechtigden (primair arbeidsongeschikten en invaliden) is tijdens de voorbije jaren steeds verder toegenomen omwille van een hele reeks redenen, maar ook de vaststelling dat er daarbij steeds meer sprake is van multimorbiditeit, zorgt er voor dat de evaluatie en het toezicht op de arbeidsongeschiktheid en de begeleiding naar reïntegratie van invaliden, meer en nieuwe competenties vereisen die enkel kunnen gevonden worden via het inzetten van multidisciplinaire equipes.

Het korps van adviserend geneesheren bij de verzekeringsinstellingen daalt constant omwille van een aantal redenen die zowel gerelateerd zijn aan demografie als aan de arbeidsmarkt. In januari 2016 zijn er 310 adviserend geneesheren actief. Bij niet vervanging van het korps blijft er in 2020 daarvan nog 76% over, in 2026 nog 40 % (bron RIZIV, DGEC, gegevens augustus 2015, databank adviserend geneesheren). Deze cijfers geven natuurlijk een vertekend beeld van de realiteit omdat er nog wel degelijk vacatures voor aanwerving van adviserend geneesheren (zullen) uitgeschreven worden, maar het aanwerven van nieuwe, jongere collega's blijkt reeds enkele jaren toch een problematische aangelegenheid te zijn die onder meer verklaard kan worden door de hernieuwde aantrekkelijkheid van het huisartsberoep, mede dankzij de vele positieve en ondersteunende maatregelen die er in de verplichte verzekering daarvoor werden geïmplementeerd. Er moge overigens ook opgemerkt worden dat de (controle)diensten van de overheid (RIZIV, FOD Volksgezondheid, ...) eveneens kampen met deze problemen.

Het huidige takenpakket van de adviserende geneesheer, zowel dat inzake gezondheidszorgverzekering als dat in verband met de uitkeringsverzekering, verdient dus om meerdere redenen kritisch tegen het licht te worden gehouden in functie van aanpassing, modernisering en herstructurering.

De uitkeringsverzekering maakt tijdens deze legislatuur eveneens het voorwerp uit van een brede reflectie die ertoe leidt dat een aantal belangrijke hervormingen in de steigers worden gezet, oa op het vlak van een sterkere ondersteuning van initiatieven inzake aangepaste terugkeer naar de werkplek van langdurig zieken. De adviserend geneesheren hebben daarin ook een belangrijke en determinerende rol en hebben een bijdrage te leveren die niet losgekoppeld kan worden van de moderniseringsassen zoals ze in dit pact worden benaderd (gezondheidscoach, handhaving, ...).

Er zijn dynamische impulsen noodzakelijk om een krachtig en vernieuwend handhavingsbeleid te verpersoonlijken, zonder evenwel de eigenheid op te geven van het feit dat de adviserend geneesheren hun taken en opdrachten vervullen vanuit het ziekenfonds/de landsbond waar ze deel van uitmaken.

Bovendien staat het adviserend geneesherenkorps voor nog andere belangrijke uitdagingen. Door de grotere toegankelijkheid van medische informatie, is de patiënt anno 2016 steeds beter geïnformeerd en heeft hij veel grotere verwachtingen inzake dienstverlening, ook vanwege zijn ziekenfonds. Dit vertaalt zich onder meer in een onbeheersbare groei aan betwistingen van medische beslissingen waardoor de gerechtelijke procedures voor de arbeidsrechtbanken en –hoven een ongeziene groei kennen.

Bepaalde onderdelen van de verplichte verzekering zijn door de Zesde Staatshervorming overgedragen naar de Gemeenschappen. Het betreft meer bepaald een opname in een rustoord voor bejaarden, in een RVT, PVT of in een initiatief beschut wonen. Dit gegeven veronderstelt dat er nu ook overleg en afstemming gebeurt met de deelstaten (*) rond de taak die de adviserend geneesheer in dat verband zo mogelijk zal opnemen.

Andere, maar minstens even complexe problemen zijn:

- Er ontstaat toenemende frustratie over taakambigüiteit en het vaak diffuse takenpakket;
- Net als bij de huisartsen en in de spoedgevallendiensten worden er steeds vaker gevallen van agressie naar de adviserend geneesheren toe gerapporteerd;
- Ondanks de inspanningen van de landsbonden en de ziekenfondsen is er onvoldoende doorbloeding van de correcte procedures en actualisaties van wetgeving;
- Er bestaan verschillen in interpretatie en toepassing van de wetgeving door de landsbonden, de ziekenfondsen en de adviserend geneesheren.
- De huidige sterk gefragmenteerde structuur (over de verzekeringsinstellingen heen en dan ook nog tussen de ziekenfondsen) waarin de adviserend geneesheren moeten functioneren, staat specialisatie en ontwikkelen van specifieke expertise in de weg;
- Dit alles draagt ook bij aan het imago probleem van het beroep.

Deze problemen leiden er toe dat er nu ad-hoc lokale samenwerkingsverbanden ontstaan die een tijdelijke oplossing moeten bieden. Deze lokale verbanden zijn echter niet meer dan symptoombestrijding; een globale aanpak dringt zich op.

De actieverbintenissen die volgen hebben de bedoeling op fundamentele en globale wijze de plaats van de adviserende geneesheer te evalueren en te positioneren.

4.2. Statuut van de adviserend geneesheer

De adviserend geneesheer is een beëdigd arts, actief in het kader van de toepassing van artikel 153 van de wet gecoördineerd op 14 juli 1994 betreffende de ziekte en invaliditeitsverzekering.

In de uitvoering van zijn opdrachten, is de adviserend geneesheer eveneens gebonden door:

- het statuut van adviserend geneesheer (KB nr. 35 van 20/07/1967)
- de deontologische codex van de Orde der Artsen
- de Wet voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer van 8 december 1992
- de Wet op de Patiënten rechten van 22 augustus 2002
- de Wet van 11 april 1995 betreffende het Handvest van de Sociaal Verzekerde

Er bestaan geen bijzondere vereisten om de functie van adviserend geneesheer te bekleden, andere dan die om wettelijk gemachtigd te zijn de geneeskunde uit te mogen oefenen. De meeste actieve adviserend geneesheren voldoen toch aan één van de volgende criteria:

- erkend zijn als geneesheer-specialist in de verzekeringsgeneeskunde en de medische expertise of
- een ruime ervaring hebben in de verzekeringsgeneeskunde of
- een opleiding volgen in de verzekeringsgeneeskunde.

Hij heeft de eed afgelegd bij de voorzitter van het comité van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV en heeft daardoor een officiële functie.

De adviserend geneesheren moeten de richtlijnen van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle en de Dienst Uitkeringen naleven maar staan onder de leiding van de geneesheer-directeur en de medische directie van hun verzekeringsinstelling. De beslissingen van de adviserend geneesheren zijn bindend voor de verzekeringsinstellingen (art 135 §1 van de GVVU-wet dat de opdrachten van de adviserend geneesheren bepaalt). De adviserend geneesheren nemen medische beslissingen in volle onafhankelijkheid in het kader van de opdrachten die de GVVU-wet hen toevertrouwt.

Onverminderd de bevoegdheden door de wetgever toegekend aan de Orde van Artsen, vallen tuchtmaatregelen ten overstaan van de adviserend geneesheer onder de bevoegdheid van het Comité van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle.

4.3. Uitgangspunten

Binnen de sector gezondheidszorgen zijn de opdrachten van de adviserend geneesheren van de VI en de geneesheren-inspecteurs van het RIZIV fundamenteel verschillend maar complementair. Het is zinvol om dit onderscheid goed aan te duiden:

- De adviserend geneesheer kent het recht op terugbetaling toe (of weigert het) en oefent daarbij zijn informerende, adviserende en beoordelende rol uit (a priori of a posteriori). De adviserend geneesheer heet ook een taak te vervullen inzake het beoordelen van de opportuniteit van verleende zorg aan leden van het ziekenfonds.
- De geneesheer-inspecteur controleert of de terugbetaalde gezondheidszorgen daadwerkelijk en conform de van kracht zijnde regelgeving gebeurd zijn en of er geen medisch onnodige prestaties zijn verleend, noch onnodig dure prestaties. Afhankelijk van zijn expertise oefent de geneesheer-inspecteur eveneens een evaluatieopdracht uit.

In tegenstelling tot de adviserend geneesheer beschikt de geneesheer-inspecteur ook over bevoegdheden van gerechtelijke politie.

Het tuchtrechtelijk toezicht op adviserend geneesheren wordt opgenomen vanuit de dienst waar ook de geneesheer-inspecteur toe behoort (DGEC), onverminderd de bevoegdheden ter zake van de orde der Artsen.

Onafgezien van het duidelijk onderscheid tussen de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de enen en de naderen, moge het evenwel duidelijk zijn dat de adviserend geneesheer een belangrijke rol te vervullen heeft bij het beheren, beheersen en toezien op de bestedingen van de verplichte verzekering. Hij heeft dus ook zonder enige twijfel een (kern)taak op te nemen als het gaat over meewerken bij het opsporen en bestrijden van fraude in de gezondheidszorg of nog het aansporen tot doelmatigheid in de zorg.

De samenwerking en aflijning van de beide bevoegdheden wordt meer uitgebreid behandeld in het onderdeel “controle en handhavingsbeleid” van deze nota en wordt in dit onderdeel niet herhaald.

De adviserend geneesheer heeft de basisopdracht de toekenning van een recht te beoordelen, en in dit verband de verzekerde te informeren en te adviseren.

- De adviserend geneesheer beoordeelt aanvragen voor een tegemoetkoming voor een geneeskundige verstrekking in functie van toekenning van dat recht.
- De adviserend geneesheer geeft informatie aan de rechthebbenden en zorgverstrekkers over de toepassing van de regels van de verplichte verzekering.
- De adviserend geneesheer adviseert en begeleidt rechthebbenden zodat ze de meest geschikte verzorging en/of behandeling krijgen binnen en in overeenstemming met de Belgische verplichte verzekering.

De adviserend geneesheer apprecieert in zijn beoordelingsopdracht het recht op een tegemoetkoming voor een omvangrijk aantal geneeskundige verstrekkingen:

- een opname in het ziekenhuis
- een tegemoetkoming revalidatie, revalidatienomenclatuur, ...
- een tegemoetkoming voor bepaalde geneesmiddelen
- een tegemoetkoming voor tandzorg
- een tegemoetkoming voor kinesitherapie en logopedie
- een tegemoetkoming voor verpleegkundige verzorging
- een tegemoetkoming voor bandages, prothesen en orthesen, orthopedische schoenen en steunzolen, ...
- tegemoetkoming voor hoorapparaten, brillen, glazen, lenzen, ...
- tegemoetkoming voor implantaten, medische voeding, medische hulpmiddelen
- de beoordeling voor een opname in rustoord voor bejaarden, RVT, initiatief beschut wonen en PVT, alsook het toekennen van een tegemoetkoming voor een rolstoel; deze worden afzonderlijk vermeld omdat dit onderdelen van de verzekering zijn die werden overgedragen naar de deelstaten tgv de 6de staatshervorming.

Het is vanzelfsprekend van het grootste belang dat de toekenning van rechten op een uniforme wijze verloopt over alle adviserend geneesheren, ziekenfondsen en landsbonden heen. De nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen en andere regelgeving in het kader van de Gvu-wetgeving zijn immers van openbare orde. Het is noodzakelijk om een gelijke behandeling van verzekerden te garanderen en een gelijke toegang tot rechten die hen al dan niet toekomen.

Het takenpakket van de adviserend geneesheer omvat ook omvangrijke activiteiten inzake het beoordelen van de primaire arbeidsongeschiktheid en het begeleiden van de re-integratie. Hij is eveneens betrokken bij het toekennen van het invalidenstatuut.

4.4. De kerntaken van de adviserend geneesheren scherp stellen en moderniseren

Het is noodzakelijk om de kerntaken van de adviserend geneesheren voor de toekomst opnieuw precies af te lijnen in het licht van de in de inleiding geschetste veranderde constellatie.

1. Uitgaande van het huidig takenpakket dienen die kerntaken van de adviserend geneesheer die op zijn niveau moeten worden behouden, opgelijst te worden met aanduiden van de toegevoegde meerwaarde die door dat behoud gegenereerd wordt;
2. Rekening houdende met de complementariteit tussen adviserend geneesheer en geneesheer-inspecteur (RIZIV) en de specificiteit die ze elk hebben, wordt grootste aandacht besteed aan het bepalen en aflijnen van de kerntaken van de enen en de anderen;
3. De noodzaak en opportuniteit van het opnemen van nieuwe (kern)taken in gezondheidszorg moet geëxpliciteerd worden. Zowel als wat de bestaande (kern)taken betreft, zal de inhoud van deze nieuwe (kern)taken dienen in lijn te liggen met het opleidingsniveau dat een adviserend geneesheer heeft. Er wordt ook rekening gehouden met de prioriteiten van het federale gezondheidszorgbeleid, met name een sterkere focus op de gezondheidsbegeleiding van de sociaal verzekerden, health literacy en de sterkere focus op een controle en handhavingsbeleid met doorgedreven *a posteriori* controles. De federale gezondheidsdoelstellingen, de gezondheidsbegeleiding en het vernieuwde handhavingsbeleid fungeren hier dus als toetssteen;
4. Idem wat betreft de noodzaak en opportuniteit van het opnemen van nieuwe taken in het kader van de uitkeringsverzekering. Mutatis mutandis zullen de toetsstenen in de uitkeringsverzekering disability management en arbeidsre-integratie zijn;
5. Alle kerntaken worden in één van volgende niet-exhaustieve categorieën gerangschikt:
 - o arbeidsgeschiktheid en tegemoetkomingen; re-integratie
 - o behandelingen en terugbetalingen
 - o autonomie en hulp (ambulante zorg, hulp van derden, ouderenzorg)
 - o afstemming met andere instanties die in een andere context eveneens aspecten van arbeidsongeschiktheid beschouwen: medische ongevallen, beroepsziekten, doorverwijzingen, aanbieden van expertise
 - o deelname aan studies en onderzoeken
6. Per item van de kerntakenlijst wordt bepaald of de taak door de adviserend geneesheer persoonlijk moet worden opgenomen, dan wel onder zijn supervisie kan gedelegeerd worden aan een ander competentieniveau.
7. De wijze waarop de adviserend geneesheren gezag, toezicht en leidinggevende bevoegdheid hebben ten overstaan van de administratieve en paramedische medewerkers, wordt expliciet beschreven in het kader van het kerntakendebat. De wet voorziet momenteel dat: "De organisatie en de coördinatie van de activiteit van de adviserend geneesheren in elke verzekeringsinstelling worden toevertrouwd aan een geneesheer-directeur. De geneesheren-directeurs zien erop toe dat de adviserend geneesheren over een paramedische en administratieve ondersteuning beschikken, die naargelang van hun behoeften bestaat uit kinesitherapeuten, verpleegkundigen, paramedische en administratieve medewerkers, personeelsleden van de verzekeringsinstellingen, aan wie zij enkel de opdrachten die zijn bepaald door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle kunnen delegeren. De adviserend geneesheren zijn verantwoordelijk voor de correcte uitvoering van de taken die zijn toevertrouwd aan de medewerkers die hen bijstaan." De landsbonden en de ziekenfondsen garanderen in die context dat het functioneren van de adviserend geneesheren in samenwerking met administratieve en paramedische personeelsleden binnen een efficiënt en slagkrachtig georganiseerde medische directie kan gebeuren.

8. Taken die niet door de adviserend geneesheer hoeven uitgevoerd te worden, maar evenmin kunnen worden gedemedicaliseerd, worden overgedragen aan het juiste zorgberoep.
9. Ter gelegenheid van dat kerntakendebat wordt ook onderzocht in welke mate er een stratifiëring van die taken en de aansturing ervan, kan gebeuren op drie niveaus: (1) het microniveau van het ziekenfonds, (2) het mesoniveau , intermutualistisch en (3) het macroniveau aangestuurd door het RIZIV/DGEC-DU. Er wordt daar ook aangegeven:
 - o hoe de kwaliteit van de opgenomen kerntaken verder wordt verhoogd door specialisatie
 - o op welke wijze efficiëntiewinst kan worden geboekt door het clusteren van taken binnen een (beperkte) groep van adviserend geneesheren;
 - o op welke wijze en voor welke aspecten intermutualistische samenwerking concreet georganiseerd wordt
 - o op welke wijze de taken en opdrachten uitgevoerd of gesuperviseerd door de adviserend geneesheren worden afgestemd met het RIZIV/DGEC-DU.
10. De niet-kerntaken worden gedemedicaliseerd. Dit gebeurt door het end-to-end uittekenen van een administratief circuit. Hierbij wordt telkens bekeken of de taak administratief door de VI/ziekenfondsen zelf kan afgehandeld worden, of door het RIZIV of een andere overheid kan worden opgenomen of overwogen, dan wel of de taak helemaal kan afgestoten of opgeheven worden. Doelmatigheid en kwaliteit vormen hiervoor de leidraad.
11. Gezien het formalistisch karakter ervan, wordt vooral voor de individuele toestemmingen die de adviserend geneesheren verlenen, een kritische afweging gemaakt over de toegevoegde waarde ervan (dit in de voorwaardelijke veronderstelling dat deze opdrachten niet langer als een kerntaak beschouwd worden). Bij het ontbreken van toegevoegde waarde of indien die als onvoldoende hoog wordt aangegeven, worden door de overheid de passende maatregelen genomen om de regelgeving in overeenstemming te brengen met dat gegeven.

Actie-verbintenissen:

- 30) Tijdens het tweede semester 2016 wordt het totale kerntakendebat gevoerd. De oplijsting van te behouden en nieuwe kerntaken gebeurt met aandacht voor de noodzakelijke complementariteit met de opdrachten van de controlediensten van het RIZIV. Die controlediensten worden dus nauw betrokken in dat kerntakendebat. Er zal tevens geanticipeerd worden op het realiseren van doelstellingen van andere moderniseringsassen van het voorliggend pact (oa handhaving – doelmatige zorg), aangezien die mee zullen determineren welke rol(len) de adviserend geneesheren in de toekomst kan (kunnen) opnemen.
- 31) Voor de huidige taken die niet weerhouden worden in de lijst van kerntaken van de adviserend geneesheer wordt, aansluitend op het beëindigen van het kerntakendebat, begin 2017 een actieplan uitgetekend dat concreet zal aangeven op welke wijze deze niet-kerntaken geheroriënteerd en in dat geval verder zullen uitgevoerd worden, dan wel of ze opgeheven worden.

4.5. Een fundamentele reflectie inzake een geactualiseerd statuut voor de adviserend geneesheer

Volgend op het kerntakendebat en nadat opdrachten en doelstellingen van de adviserend geneesheer opnieuw afgelijnd en geherdefinieerd zijn, maar niet eerder dan dat ogenblik, zal een reflectie gebeuren over het statuut van de adviserend geneesheer. Daarbij zal dan bijzondere aandacht gegeven worden aan het herstellen van de aantrekkelijkheid van het beroep van adviserend geneesheer in al zijn dimensies. Aanpassingen uit het verleden van het statuut kunnen daarbij aan kritische reflectie onderworpen worden. De interactie met de bijzondere regeling die bestaat voor de verloning van de geneesheren-ambtenaren van het RIZIV dient bij die gelegenheid eveneens beschouwd te worden.

Actie-verbintenissen:

32) In 2017 concretiseert de werkgroep, samengesteld uit een delegatie van het RIZIV en een intermutualistische vertegenwoordiging waarin ook de medische directies en afgevaardigden van adviserend geneesheren zelf zijn opgenomen, een voorstel rond een herziening van het statuut van de adviserend geneesheer.

4.6. Governance van het korps van adviserend geneesheren

Nadat het kerntakendebat tot een succesvol einde gebracht is, zal het duidelijk zijn in welke taken de adviserend geneesheer een cruciale rol moet spelen en waar het korps van adviserend geneesheren zich zal onderscheiden. Er zal vanaf dat ogenblik ook aandacht gegeven worden aan een re-engineering van de governance, i.e. de aansturing van en toezicht op de leden van dat korps. In die fase zal dat aspect open-minded beschouwd worden, ook in functie van het resultaat van het kerntakendebat en (het voorstel tot herziening van) het statuut van de adviserend geneesheer.

Zelfs al bestaat er a priori op basis van efficiëntie en kwaliteitsoverwegingen een grote terughoudendheid in hoofde van verantwoordelijken van verzekeringsinstellingen als het gaat over het centraliseren van het takenpakket of het centraliseren van de dienstverlening, toch dient ook dit aspect voorwerp te zijn van een diepgaande analyse en zal het nader bekeken dienen te worden om uit te klaren of er op dat ogenblik zo mogelijk toch onderdelen van het takenpakket van de adviserend geneesheren bestaan voor dewelke er schaafeffecten kunnen gegenereerd worden door ze onder te brengen in intermutualistische of onafhankelijke platformen, of binnen een overheidsinstelling.

De verschillende instanties waar er nu reeds overleg wordt gepleegd, formeel of informeel, op intermutualistisch niveau en met de diensten van het RIZIV, worden in rekening genomen om mee te bepalen op welke wijze de re-engineering van deze governance tot stand wordt gebracht. Het betreft dan meer bepaald:

- De Hoge raad van geneesheren-directeurs bij RIZIV-DGEC
- Het College van geneesheren-directeurs bij RIZIV-DGV
- Het Nationaal college van adviserend geneesheren bij het Riziv (NCAG)
- De Hoge commissie Invaliditeit bij RIZIV-DU

- Het Nationaal intermutualistisch college (NIC) als informeel overlegorgaan van de gezamenlijke verzekeringsinstellingen

Actie-verbintenissen:

33) Per 31/03/2018 levert de werkgroep onder voorzitterschap van de administrateur-generaal van het RIZIV een rapport op met een aangepast good governance model van het medisch departement, rekening houdende met bovenstaande elementen.

Moderniseringsas 5 : de verplichte aanvullende verzekering

5.1. Inleiding

De verzekeringsinstellingen vervullen niet uitsluitend een rol in de verplichte gezondheidszorgverzekering. Ziekenfondsen bieden aan hun leden ook voordelen aan in het kader van de verplichte aanvullende verzekering. Daar bovenop komen nog de facultatieve mutualistische verzekeringen. Eén van de bedoelingen van de aanvullende verzekering kan erin bestaan om tegemoet te komen aan verantwoorde en verdedigbare behoeften op het vlak van gezondheid en welzijn welke (nog) niet gedekt worden door de verplichte verzekeringen die door de verschillende bestuursniveaus met collectieve middelen worden georganiseerd. Historisch is de aanvullende verzekering de eerste vorm geweest van gestructureerde solidariteit tussen ziekenfondsleden. Nadien evolueerde de ondertussen verplichte aanvullende gezondheidszorgverzekering onder meer tot een voorportaal van de verplichte gezondheidszorgverzekering inspelend op de ganse gezondheidscyclus, meer bepaald preventie, behandeling en nazorg. De idee was dat, in afwachting van de wenselijkheid en mogelijkheid om een bepaalde tussenkomst terug te betalen door de verplichte verzekering, de ziekenfondsen reeds via de aanvullende verzekering bepaalde tussenkomsten naar hun leden konden brengen. In het kader van deze voorportaalfunctie kon op die manier geëxperimenteerd worden en konden nuttige lessen worden getrokken met het oog op latere opname in de verplichte verzekering. Gaandeweg is deze voorportaalfunctie, ook door de ruime dekking door de verplichte verzekering, wat op de achtergrond geraakt of toch minstens minder expliciet geworden.

In die context zijn er door sommige ziekenfondsen in toenemende mate ook voordelen aangeboden die weinig of geen aantoonbare bijdrage leveren tot de gezondheid van de burger, terwijl er nog veel onvervulde noden zijn die omwille van diverse redenen nog niet werden opgenomen door het overheidsbeleid (*), maar die wel aantoonbare meerwaarde zouden hebben.

De verplichte aanvullende verzekering wordt gefinancierd door ledenbijdragen. Er is geen financiële tussenkomst vanwege de overheid. Binnen de boekhouding zijn ook verzekeringen aangebracht zodat middelen van de aanvullende verzekering en de verplichte verzekering niet vermengd kunnen worden, noch wat de opdrachten, noch wat het beheer betreft. Vandaag verzamelen de leden van de verschillende ziekenfondsen een bedrag van ongeveer een half miljard euro, dat vervolgens omgezet wordt in tussenkomsten en diensten.

Hoewel de verplichte aanvullende verzekering niet gefinancierd wordt door de overheid, wordt ze wel gereguleerd door de overheid. Zelfs in die mate dat de deelname eraan door het lid verplicht is. Een lid kan niet aansluiten bij een ziekenfonds voor de gezondheidszorgverzekering zonder ook aan te sluiten bij de verplichte aanvullende verzekering en daarvoor financieel bij te dragen. Dit alles betekent ook dat vanuit de overheid voldoende toezicht dient te worden voorzien op de doelgerichtheid van het systeem van de verplichte aanvullende verzekering, op de goede aanwending van de middelen en op de coherentie van het aanbod binnen de verplichte aanvullende verzekering met dat van de gezondheidszorgverzekering (*).

5.2. Het federaal regeerakkoord

Het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014, onderdeel gezondheidszorg, bevat inzake het budgettaire kader van de ziekenfondsen volgende bepalingen:

- *De wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen wordt aangepast om duidelijk te stellen dat de diensten die ziekenfondsen kunnen oprichten om een financiële tussenkomst toe te kennen in de kosten van preventie en behandeling van ziekte, of om het fysiek of psychisch welzijn van hun leden te bevorderen, moeten beantwoorden aan de principes van evidence based practice.*

Niet in tegenspraak zijn met de principes van evidence based practice is bijgevolg de voorwaarde voor het toekennen van financiële tussenkomsten in de verplichte aanvullende verzekering.

5.3. Uitgangspunten

Doel is om globaal tot een betere aanwending te komen van de beschikbare middelen door de verplichte aanvullende verzekering sterker af te stemmen op een aanbod gericht naar gezondheid. Zonder de bedoeling te hebben om differentiëring tussen ziekenfondsen/landsbonden onmogelijk te maken, dient vermeden te worden dat het komt tot een commercieel opbod tussen de VI over tegemoetkomingen die niet zouden mogen behoren tot de core business van de VI. De wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van de ziekenfondsen en de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende gezondheidszorgverzekering, regelen de aanvullende verzekering die door de ziekenfondsen wordt ingericht.

De wet van 6 augustus 1990 voorziet in artikel 2, §1 dat de ziekenfondsen de bevordering van het *“fysiek, psychisch en sociaal welzijn”* van hun leden als streefdoel moeten hebben.

Artikel 3 van wet van 6 augustus 1990 bepaalt het volgende:

“De ziekenfondsen moeten minstens een dienst oprichten die als doel heeft :

...

b) het financieel tussenkomen voor hun leden en de personen te hunnen laste, in de kosten voortspruitend uit de preventie en behandeling van ziekte en invaliditeit of het toekennen van uitkeringen in geval van arbeidsongeschiktheid of wanneer zich een toestand voordoet waarbij het fysiek, psychisch of sociaal welzijn bedoeld in artikel 2 kan worden bevorderd;

c) het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand met het oog op het bevorderen van het fysiek, psychisch of sociaal welzijn, onder meer bij het vervullen van de opdrachten vermeld onder a) en b).”

Het toepassingsgebied van de aanvullende verzekering is, zoals momenteel gedefinieerd, zeer uitgebreid. Ze is gebaseerd op de gezondheidsdefinitie van de Wereldgezondheidsorganisatie die dateert van 1947 (*“Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek”*). Deze definitie gaat uit van een holistische benadering maar is als maatstaf voor de organisatie van de aanvullende verzekering te vaag, te algemeen en niet-meetbaar. De definitie van de WHO kan wel als refertekader blijven dienen omdat het psychisch, fysisch en het sociaal welzijn determinanten zijn voor gezondheid. Ter operationalisering van deze definitie zullen criteria ontwikkeld worden waaraan het aanbod in de aanvullende verzekering zal moeten voldoen.

Met de voornoemde wet van 26 april 2010 werd de aanvullende verzekering, ingericht door de ziekenfondsen, verplicht gemaakt. Het verplicht karakter versterkt het belang van duidelijke criteria voor het aanbieden van diensten in de aanvullende verzekering.

Door de Controledienst van de Ziekenfondsen werd in 2015 een cartografie opgesteld van het huidige aanbod van aanvullende voordelen. De inventarisatie kan ingedeeld worden in:

1. Tussenkomen gericht op gezondheid, met als doel het bevorderen van het fysisch en psychisch welbevinden.
2. Tussenkomen rond maatschappelijke dienstverlening, met als doel het bevorderen van het sociaal welbevinden.

1. Volgende tussenkomen gericht naar gezondheid zijn momenteel voorzien bij de verzekeringsinstellingen (niet exhaustieve opsomming) :

- Medisch
- Farmaceutisch
- Dentair
- Kinesitherapie
- Paramedisch
- Ziekenvervoer
- Implantaten
- ...

Naar geestelijke gezondheidszorg toe zijn er tussenkomen voor posttrauma-verwerking (bv. stalking, plots overlijden partner) en financiële tussenkomen voor consultaties (varianties per VI) zowel bij psychologen als bij psychotherapeuten.

Naar preventie toe zijn er een gediversifieerde tussenkomen: de opsporing van bepaalde pathologieën, ondersteuning voor stoppen met roken, vaccinatie, obesitas, dieet cursus, contraceptie, volgen van gezondheidsvoorlichting, EHBO-cursussen,

Daarnaast zijn er in min of meerdere mate tussenkomen voor de volgende niet conventionele en alternatieve geneeswijzen: antroposofie, accupunctuur, sofrologie, chiropraxie, hippotherapie, homeopathie, osteopathie, mesotherapie en fytotherapie.

Volgende differentiaties worden toegepast:

- Soms is er een tussenkomst in remgeld van terugbetaalde prestaties, in andere gevallen een ten laste neming van niet terugbetaalde prestaties (al dan niet geplafonneerd).
- In bepaalde gevallen geldt het voordeel enkel voor een doelgroep (bijv. hippotherapie enkel voor autisten of personen met een mentale beperking).
- Voor de niet conventionele geneeswijzen wordt tussen de VI soms een onderscheid gemaakt naargelang de verstrekkers door de overheid erkend zijn of niet, al of niet arts zijn, aangesloten zijn bij de desbetreffende beroepsorganisatie of dat ze een daartoe behaald diploma kunnen voorleggen of niet.
- De homeopathische geneesmiddelen waarvoor een financiële tegemoetkoming wordt toegekend, wordt in bepaalde gevallen afhankelijk gemaakt of ze al of niet door een arts zijn voorgeschreven.

2. Volgende tussenkomen zijn bijstandsgerichte activiteiten en activiteiten gericht op welzijn:

- Ambulante verzorging/bijstand
- Residentiële verblijven

- Doelgroepenbeleid:
 - o Geboorte
 - o Adoptie
 - o Kinderen/jeugd
 - o Ouderen
 - o Invaliden
 - o Gehandicapten
- Andere (o.a. i.v.m. reizen)

Dit gevarieerde beeld van aanvullende voordelen verduidelijkt wat vandaag in het kader van de verplichte aanvullende verzekering wordt aangeboden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het grootste deel van de voordelen van de aanvullende verzekering worden toegekend voor (para)medische prestaties die in relatie staan met de verplichte verzekering of met uitkeringen.

5.4. De verplichte aanvullende verzekering als complementair aan, coherent met en voorportaal van de verplichte gezondheidszorgverzekering

- 5.4.1. Het pact heeft niet tot doel een volledige uniformiteit over de ziekenfondsen te bekomen. De aanvullende verzekering maakt integraal deel uit van de werking en dienstverlening van de verzekeringsinstellingen. Ook in de vernieuwde setting behouden de ziekenfondsen vrijheid van initiatief en autonomie om eigen accenten te leggen:
- enerzijds naar de leden toe, waar in functie van de kenmerken van het ledenprofiel prioriteiten worden gelegd of keuzes worden gemaakt. Door de wet van 2010 en de voorbereidingen ervoor is een differentiatie van het aanbod mogelijk naargelang de doelgroep. Dit is echter een uitzondering op het principe van de gelijkheid van de waarborg en moet bijgevolg voldoende gemotiveerd zijn door de mutualistische entiteit die een dergelijke differentiatie wenst. De controledienst kan aan de hand van die gedetailleerde motivatie nagaan of de wettelijke voorschriften zijn nageleefd.
 - anderzijds naar de buitenwereld toe waarbij de bevolking een duidelijk zicht heeft op het aanbod.
- 5.4.2. De aanvullende verzekering moet opnieuw een sterkere functie krijgen in het kader van innoverende gezondheidsgerichte tussenkomsten, als voorportaal voor een latere opname in de verplichte verzekering (*).
- 5.4.3. Het beleid dat de VI voeren in de aanvullende verzekering gericht naar gezondheid, zal ook afgestemd worden op de te ontwikkelen gezondheidsdoelstellingen (*). Deze afstemming belet overigens niet dat de ziekenfondsen met betrekking tot de gezondheidsdoelstellingen eigen accenten leggen.

5.4.4. Gezondheidsgerichte tussenkomsten mogen niet in tegenspraak zijn met de principes van evidence based practice en met guidelines. Deze zijn richtinggevend in het nastreven van medische verantwoorde zorg en kwaliteit en komen bijgevolg in aanmerking voor aftoetsing binnen zowel de verplichte als de vrije aanvullende verzekering.

De uitdaging bestaat erin om het innovatief karakter en de functie van voorportaal van de verplichte aanvullende verzekering te vrijwaren, zonder afbreuk te doen aan de principes van evidence based practice. Ziekenfondsen moeten de ruimte behouden om nieuwe voordelen te ontwikkelen en uit te proberen.

Hiertoe wordt voorzien:

- in een verplichte a priori aftoetsing van nieuwe voordelen, door de landsbond en door de Raad van de CDZ op basis van bijvoorbeeld een gestandaardiseerde fiche, lijst of checklist, van de positieve effecten die op het vlak van gezondheid beoogd worden en die niet in tegenspraak met EBP zijn indien deze beschikbaar is.

- in de mogelijkheid van aftoetsing a posteriori, indien gezaghebbend wetenschappelijk onderzoek aantoont dat een financiële tussenkomst een onbestaand of een negatief gezondheidseffect heeft of in tegenspraak is met de principes van EBP en waarbij in voorkomend geval het betreffende voordeel bestaat, onder toezicht van de CDZ, wordt geschrapt. Indien er veranderingen in het bestaande aanbod worden doorgevoerd, zal dat met overgangsperioden geregeld worden zodat aangegane engagementen kunnen afgebouwd worden.

5.4.5. Voor wat de tussenkomsten gericht op maatschappelijke dienstverlening betreft, waar de definitie van evidence based practice minder vanzelfsprekend is voor rationalisatie en ordening van deze voordelen, moeten deze diensten steeds:

- gericht zijn op gezondheid (bevorderen van gezondheid, verlichten van ziekte, ...)

en/of

- gericht zijn op "resilience": het verhogen van de persoonlijke draagkracht van de leden (hetzij als zieke of zorgbehoevende, hetzij als mantelzorger) en van de draagkracht van de samenleving.

5.4.6. Er wordt over gewaakt dat de tussenkomsten in de aanvullende verzekering niet in conflict komen met de principes gehanteerd in de verplichte verzekering (*). De doelstellingen en initiatieven die ontplooid worden in het kader van de aanvullende verzekering worden afgetoetst aan de doelstellingen en randvoorwaarden van de verplichte verzekering (*). Ze mogen er niet in tegenspraak mee zijn zodat ze ook ondersteunend en versterkend werken. Onder meer het debat rond de wenselijkheid om nog toe te laten dat remgelden (voorzien in het kader van de verplichte verzekering) worden terugbetaald in het kader van de verplichte aanvullende verzekering, zal binnen dit kader gevoerd worden.

5.4.7. De aanvullende verzekering is een middel voor profilering tussen de VI. De huidige regels in de wet van 6 augustus 1990 inzake publiciteit worden herzien. Dat gebeurt onder meer in functie van ondersteuning van profilering. De vraag of het gebruik van deontologisch verantwoorde vergelijkende reclame wenselijk is, zal

eveneens bij die gelegenheid worden uitgeklaard. De Europese regelgeving laat vergelijkende reclame toe en de CDZ houdt daarop toezicht.

Actie-verbintenissen:

- 34) Voor 31 december 2016 bezorgen de VI aan de minister een intermutualistisch voorstel van referentiekader en actieplan voor de heroriëntatie en uitzuivering van de verplichte aanvullende verzekering en ook de publiciteit ervan. Dit voorstel respecteert de bovenstaande principes en de principes vermeld onder punt 6.6. 'Versterken van de organisatorische transparantie voor de aanvullende verzekering'. De Beleidscel zal samen met de bevoegde administraties het voorstel van de VI toetsen aan de doelstellingen zoals opgenomen in het Regeerakkoord en zoals verwoord in dit Pact. Als startdatum voor de implementatie wordt 1 januari 2018 vooropgesteld met een uiterlijke regularisatie tegen 1 juli 2018. Desgevallend zal ook voorzien worden in een periode met overgangsmaatregelen.
- 35) Opdat de mutualistische entiteiten voordelen zouden kunnen aanbieden die zo goed mogelijk aan de behoeften van hun leden zijn aangepast, zal de controledienst samen met de landsbonden een lijst met criteria opstellen die de differentiatie ten aanzien van bepaalde doelgroepen motiveren.
- 36) De overheid zet de voor de verzekeringsinstellingen relevante bepalingen van de Richtlijn 2006/114/EG van het Europees Parlement en de Raad van 12 december inzake misleidende en vergelijkende reclame om in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Moderniseringsas 6: bestuurskracht, goed bestuur en transparantie

6.1. Inleiding

De ziekenfondsen zijn volgens de definitie van de ziekenfondswet verenigingen van natuurlijke personen die het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn als streefdoel hebben en dit in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit. Zij oefenen hun activiteiten uit zonder winstoogmerk.

Elke landsbond en elk ziekenfonds beschikt over een raad van bestuur en over een algemene vergadering die op basis van mutualistische verkiezingen democratisch wordt samengesteld. De raad van bestuur is belast met het dagelijkse beheer van het ziekenfonds of de landsbond.

Ziekenfondsen zijn, net als bedrijven, semi-publieke instellingen en overheidsorganisaties, gevat door 'good governance' of goed bestuur. 'Good governance' omvat het volledige proces van een organisatie waarmee doelstellingen worden bepaald, deze worden uitgevoerd en verantwoording wordt afgelegd over de realisatie ervan. Verantwoording en transparantie zijn daarbij belangrijke hefboomen om de legitimiteit van de organisatie te ondersteunen.

In dezelfde context zijn er verzekeringsinstellingen die op zoek zijn naar het versterken van hun bestuurskracht. Dit vereist het herdenken en optimaliseren van de interne structuren en relaties, bijvoorbeeld tussen een landsbond en haar ziekenfondsen.

Tot slot kunnen de verzekeringsinstellingen hun slagkracht en efficiëntie ook verhogen door onderling samen te werken en synergie-effecten te realiseren.

6.2. Het federaal regeerakkoord

Het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014, onderdeel gezondheidszorg, bevat volgende bepalingen inzake het goed bestuur binnen de ziekenfondsen:

De financiële transparantie van de Verzekeringsinstellingen wordt versterkt. In samenwerking met het RIZIV zal de CDZ bovendien de kostenstructuur van de Verzekeringsinstellingen doorlichten.

- *De besluitvorming, het overleg en de uitvoering van de ziekteverzekering wordt in lijn met de regels van goed bestuur zo aangepast dat mogelijke belangenconflicten worden uitgesloten.*

6.3. Verhogen van de bestuurskracht van de verzekeringsinstellingen

De wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van de ziekenfondsen en zijn uitvoeringsbesluiten, regelen de interne verhoudingen tussen de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen voor wat betreft de organisatie van de verplichte en aanvullende verzekering.

De bedoeling van die wet was om de governance van de sector te moderniseren. In die periode bestond de sector nog uit talrijke entiteiten, met name de primaire kassen, terwijl

de huidige ziekenfondsen federaties van primaire kassen waren met als missie het toezicht, de coördinatie en de controle ervan.

Na de wet van 1990 werden de primaire kassen afgeschaft waardoor het eerste niveau uit de ziekenfondsen bestond en de toezichthoudende, coördinerende en controlefunctie aan de landsbonden werd toevertrouwd.

Tegelijkertijd zorgde de wet voor de juiste omstandigheden voor een brede consolidatie binnen de sector, wat leidde tot een aanzienlijke daling van het totale aantal mutualistische entiteiten.

Er werden mechanismen ingevoerd om de relatie tussen de ziekenfondsen en de landsbonden te structureren. Naast de verplichting voor elk ziekenfonds om zich slechts bij één landsbond aan te sluiten, wordt in de wet ook voorzien in de wederzijdse rechten en plichten van de mutualistische entiteiten tegenover anderen, evenals in de mechanismen om de samenhang ervan te verzekeren.

De wet van 6 augustus 1990 bevat momenteel meerdere bepalingen die de relatie tussen de landsbonden en de ziekenfondsen uitdiepen zowel wat de verplichte als de aanvullende verzekering betreft.

De landsbond neemt verschillende rollen op zich:

- Verantwoordelijkheid voor de goede uitvoering van de verplichtingen gekoppeld aan de verplichte verzekering
- Vertegenwoordiging van de ziekenfondsen binnen de advies- en overlegorganen van de verplichte verzekering
- Beheer van de reservefondsen ingesteld in het kader van de financiële verantwoordelijkheid
- Geven van een mandaat aan de ziekenfondsen voor de uitvoering van de verplichte verzekering

De landsbond houdt toezicht op de ziekenfondsen op verschillende vlakken:

- De raad van bestuur van de landsbond kan de toelating verleend aan een ziekenfonds tot uitvoering van de verplichte verzekering intrekken.
- Als een ziekenfonds de statutaire of wettelijke verplichtingen niet naleeft, kan de landsbond opleggen dat het ziekenfonds de situatie regulariseert. Bovendien kan de landsbond het ziekenfonds zo nodig onder toezicht plaatsen, de bevoegdheden van de beslissingsorganen opschorten of zich in de plaats stellen van diens beslissingsorganen.
- De landsbond is verantwoordelijk voor alle sancties vanwege het RIZIV of de CDZ voor fouten die begaan werden door de ziekenfondsen. Deze sancties worden hoe dan ook gerepercuteerd naar de ziekenfondsen.
- De werknemers van de ziekenfondsen die een leidinggevende directiefunctie binnen een ziekenfonds uitoefenen kunnen pas benoemd worden na een gunstig advies van de landsbond waartoe het ziekenfonds behoort. Diezelfde werknemers leggen verantwoording af bij de landsbond.
- Indien ziekenfondsen willen overgaan tot een fusie, moet deze tevens worden goedgekeurd door de algemene vergadering van de landsbond zelf.
- Indien een ziekenfonds een nieuw "voordeel" wil aanbieden in uitvoering van de aanvullende verzekering, is het noodzakelijk dat de raad van bestuur van de landsbond het nieuw voordeel goedkeurt.

Er zijn meerdere factoren die de modernisering van de relaties tussen de landsbonden en de ziekenfondsen verantwoorden.

In de eerste plaats vraagt het Pact met de ziekenfondsen op diverse vlakken engagementen op een niveau dat een doorgedreven graad van schaalgrootte en expertise vereist om ze te kunnen realiseren op het vlak van controle en handhaving, de gemoderniseerde invulling van de aanvullende verzekering, de medewerking aan de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen, de uitwerking van de rol van dienstverlening en begeleiding van de leden, de inspanningen inzake datawarehouse, het toekomstige informaticabeleid,... Hiervoor moet opnieuw worden onderzocht op welk niveau de beslissingen het best worden genomen en waar de verantwoordelijkheden zich bijgevolg situeren. In uitvoering van het Pact zal dus nagegaan worden welke taken zich moeten situeren op ziekenfondsniveau, op landsbondniveau, op niveau van het IMA of een combinatie van deze.

Vervolgens moeten de regels uit 1990 aangepast worden aan de huidige opvattingen rond governance en doeltreffendheid. De regels die relevant waren binnen de specifieke context van de sector eind jaren 80, zijn vandaag niet altijd de meest geschikte om een sterk geconsolideerde sector te beheren binnen een systeem met een toenemende complexiteit. Er wordt meer bepaald een steeds belangrijker rol aan de landsbonden toevertrouwd. Zij staan namelijk garant voor de goede werking van alle mutualistische entiteiten die ertoe behoren maar ook voor de naleving van de verbintenissen ten opzichte van alle overheden samen. In sommige landsbonden is er een groepering van de aanvullende voordelen binnen ziekenfondsverenigingen die actief zijn op gemeenschaps- en/of gewestelijk niveau. Parallel daaraan en soms aanvullend hierop, wensen bepaalde ziekenfondsen over een brede autonomie te beschikken voor het beheer van de voordelen betreffende de aanvullende verzekering om zo de specifieke behoeften van hun leden beter te kunnen beantwoorden. Er moet dus een nieuw evenwicht tussen de rollen van elke partij worden gevonden om de nodige professionalisering en modernisering van de sector verder te zetten met behoud van de lokale verankering van de ziekenfondsen, wat tenslotte deel uitmaakt van hun identiteit. Een ander thema is de interne governance. Een ziekenfonds is een ledenvereniging: een organisatie van en voor de leden. Participatie van de leden in het bestuur is een wezenlijk kenmerk. De leden beslissen vrij over de voordelen die het ziekenfonds aanbiedt in ruil voor een jaarlijkse bijdrage. De stem van de leden wordt gedragen door de vertegenwoordigers die lid zijn van de algemene vergadering en de raad van bestuur. In dit geval is de sterke betrokkenheid van een groot aantal leden ongetwijfeld een positieve zaak. Er zijn echter nadelen op het vlak van governance. Zo maakt het aantal vertegenwoordigers binnen de raad van bestuur of de algemene vergadering het voor sommige entiteiten net moeilijker om een echt debat te voeren rond het beheer van de entiteit en de bijhorende beleidsoriëntatie. Bovendien zorgt de toenemende complexiteit van al wat betrekking heeft op de gezondheidszorgverzekering, hetzij de verplichte, de aanvullende of de verzekeringsgebonden, voor een steeds grotere nood aan hoogstaande technische vaardigheden en expertise, wat in grote aantallen moeilijk te verzamelen is binnen de (zeer) omvangrijke sociale organen. De vraag is dus of het nuttig is om de beheersstructuur te herzien om de besprekingen en discussies in omstandigheden te laten verlopen waar ruimte is voor een echt debat op technisch vlak zonder afbreuk te doen aan het vertegenwoordigingsaspect van de statutaire organen van de ziekenfondsen en met behoud van de fundamentele band met de leden.

Er moet worden nagedacht over de versterking van de governance van de ziekenfondsen en in het bijzonder maar niet exclusief over de samenstelling van de bestuursorganen. In het kader van die oefening kan enerzijds inspiratie worden gehaald uit de praktijken van onder meer de verzekeringssector en anderzijds moet de sterke cruciale band tussen elke entiteit

en haar leden worden behouden. De volgende aspecten zullen in overweging worden genomen:

- De professionalisering van de bestuursorganen: elke entiteit moet kunnen aantonen dat ze binnen de belangrijkste bestuursorganen (effectieve directie, raad van bestuur en de bijhorende comités ...) over de nodige expertise en vaardigheden beschikt om een entiteit te kunnen beheren en/of op een nuttige en constructieve manier het management kan uitdagen.
- De vermindering van het aantal vertegenwoordigers op de algemene vergaderingen en in de raden van bestuur om tot een aantal te komen dat toelaat om op technisch en strategisch vlak de nodige discussies te voeren die gepaard gaan met het beheer van mutualistische entiteiten.
- De verplichte oprichting van gespecialiseerde comités binnen de landsbonden en indien nodig de ziekenfondsen (bv.: risicocomité, vergoedingscomité, auditcomité, strategisch comité ...).

Wat betreft de rapportering en de verantwoordingsplicht kunnen de volgende initiatieven in overweging worden genomen:

- Een meer regelmatige, meer gestructureerde en meer homogene rapportering door de verzekeringsinstellingen, over de verplichte en de aanvullende verzekering. De erkende revisoren worden hierbij betrokken, zowel ten aanzien van de landsbond als van de CDZ.
- Opdat de landsbond zijn verantwoordelijkheden ten volle zou kunnen opnemen wordt het afleggen van verantwoording door de individuele ziekenfondsen ten opzichte van de landsbond versterkt (preventieve tussenkomst van de landsbond in geval van een slechte werking of financiële moeilijkheden, soepelere actiemiddelen als het probleem aanhoudt ...)
- De landsbond erkent de personeelsleden van de directie van de ziekenfondsen voor een bepaalde periode en moet deze regelmatig verlenen. Er wordt bepaald volgens welke modaliteiten deze directieleden aan de landsbond moeten rapporteren.

Actie-verbintenissen:

37) Met het oog op het verhogen van de bestuurskracht van de VI, zullen reglementaire initiatieven worden genomen,

De VI maken tegen uiterlijk 31/03/2017 een analyse van en formuleren voorstellen met betrekking tot minstens de volgende punten:

- een versterking van de coördinerende en sturende rol van de VI,
- het slanker maken van de bestuursorganen (de algemene vergadering die wordt verkozen en de raad van bestuur),
- het substantieel verhogen van het minimum aantal leden dat één ziekenfonds moet hebben: minimum 75.000 gerechtigden, te realiseren met inwerkingtreding op uiterlijk 01/01/2020, op voorwaarde dat het wetgevend kader in 2017 is vastgelegd, met de mogelijkheid om per taalgebied minstens één ziekenfonds te hebben mits uitdrukkelijk akkoord van de raad van bestuur van de landsbond. Bovenop deze mogelijkheid kan elke VI, mits uitdrukkelijk akkoord van de raad van bestuur van de landsbond, beschikken over één ziekenfonds dat niet voldoet aan de voorwaarde van 75 000 gerechtigden.
- het verminderen tot twee van het minimum aantal ziekenfondsen behorende tot

eenzelfde landsbond,

- het invoeren van een vertegenwoordiging van de landsbond in de raad van bestuur van de ziekenfondsen,
- het toevoegen van ten minste één onafhankelijke beheerder in de bestuursorganen van de landsbonden en de ziekenfondsen,
- tussen de ziekenfondsen synergie-effecten faciliteren die gecreëerd worden onder sturing van en op het niveau van de landsbond,
- het afschaffen van de verplichting voor een ziekenfonds om op zijn minst een dienst voor verplichte aanvullende verzekering in te richten in de mate dat het ziekenfonds kan aantonen ze een dienst aanbiedt via een mutualistische entiteit; dit laat toe dat de landsbond aanvullende voordelen efficiënt kan organiseren op het niveau van een regionale vereniging,
- het voorzien van het voorafgaand akkoord van de landsbond voor het oprichten van een mutualistische verzekeringsmaatschappij (VMOB) of maatschappij van onderlinge bijstand (MOB),
- versterkte rapportering van de ziekenfondsen ten aanzien van de landsbond, niet alleen voor de verplichte, maar ook voor de aanvullende verzekering,
- maatregelen die de verantwoording door de ziekenfondsen ten aanzien van de landsbond ondersteunen,
- maatregelen die de personeelsbevoegdheid van de landsbond ten aanzien van de directieleden van de ziekenfondsen regelen.

De CDZ bereidt ten behoeve van de minister wetsontwerpen voor tegen 31/12/2017.

6.4. Versterken van de samenwerking tussen verzekeringsinstellingen

Samenwerken heeft tot gevolg het herverdelen van vaste kosten over een groter aantal eenheden, wat verschillende voordelen kan bieden: schaalvoordelen maar ook efficiëntieverhoging, concentratie van expertise en eenduidige resultaten. De samenwerking onder dit punt bedoeld gaat over twee assen:

- De VI werken samen binnen verschillende platformen, o.a. het NIC en het IMA.
- Naast de output kan er ook gekeken worden naar de interne organisatie van de VI. Er is zeker samenwerking mogelijk op ondersteunend vlak zoals personeelsdiensten, loonadministraties en logistiek.

Actie-verbintenissen:

- 38) De verzekeringsinstellingen en het NIC zullen in het kader van de uitvoering van dit Pact de samenwerkingsverbanden tussen de VI's onderzoeken met het oog op de versterking en uitbreiding ervan.
- 39) Wat betreft de interne organisatie van de VI zal een gemeenschappelijke werkgroep binnen het NIC mogelijke synergie-effecten onderzoeken en voorstellen.
- 40) De verzekeringsinstellingen zullen op eenvoudig verzoek en minstens één keer per jaar een verslag met de verschillende commissies die binnen het NIC actief zijn en hun werkzaamheden aan de overheid bezorgen.

6.5. Versterken van de transparantie in het kader van de deelname aan het beheer en het overleg in de verplichte verzekering

De doelstelling is tweeledig:

- enerzijds is het de bedoeling een overzicht te krijgen welke afgevaardigden van de VI in de diverse overlegorganen (werkgroepen RIZIV, overeenkomstencommissies, comités, Hoge Raad Geneesheren Directeurs,...) actief zijn. In samenwerking met het RIZIV zal een elektronisch register met o.a. contactgegevens up-to-date gehouden worden.
- anderzijds zal opgelijst worden welke andere mandaten de deelnemers aan het overleg en het beheer in de gezondheidszorgverzekering uitoefenen. Elke activiteit, al dan niet bezoldigd, in een andere werkomgeving of juridische entiteit dan de VI, zal in hetzelfde register opgenomen worden. Dit register zal openbaar zijn en opgesteld en bijgehouden worden naar analogie met de wijze waarop dat gebeurt door het Rekenhof voor wat mandaten van hoge ambtenaren, ministers, parlementariërs en bepaalde kabinetsleden betreft.

Actie-verbintenissen:

41) In toepassing van de wet op de belangenconflicten zal een mechanisme opgestart worden waarbij alle actoren in de gezondheidsverzekering hun belangen transparant zullen maken, met het oog op het vermijden van belangenconflicten en/of de schijn ervan.

6.6. Versterken van de organisatorische transparantie voor de aanvullende verzekering

De mogelijkheid bestaat om de aanvullende verzekering in te richten via verschillende partnerschappen.

6.6.1. Samenwerkingsakkoorden (Artikel 43 §1 ziekenfondswet)

Door de ziekenfondsen en de landsbonden worden samenwerkingsakkoorden met derden afgesloten voor het inrichten van diensten die in het teken staan van de gezondheid en waarvan de organisatie een specifieke infrastructuur of bekwaamheid vergt (bijvoorbeeld verpleegkundige zorgen, familiale hulp,...).

De voorbije jaren werden reeds initiatieven genomen om de transparantie op vlak van deze samenwerkingsovereenkomsten te kunnen verbeteren.

Deze samenwerkingsakkoorden moeten schriftelijk worden afgesloten volgens een model opgesteld door de Controledienst van de ziekenfondsen (CDZ) waarbij de doelstelling en de modaliteiten van de samenwerking, alsook de rechten en verplichtingen die hieruit

voortvloeien voor de leden en hun personen ten laste uitdrukkelijk moeten worden opgenomen. De afsluiting van deze akkoorden maakt voorwerp uit van een goedkeuring van de algemene vergadering van het ziekenfonds of landsbond.

Daarnaast is voorzien dat de raad van bestuur van het ziekenfonds en/of de landsbond jaarlijks verslag moet uitbrengen aan de algemene vergadering over de uitvoering van de afgesloten samenwerkingsakkoorden. Dit verslag en de notulen van de betreffende algemene vergadering dienen aan de CDZ worden overgemaakt. Voor dit verslag is een standaardmodel opgesteld:

- Er moet een inventaris opgesteld van alle samenwerkingsakkoorden die zijn afgesloten door het ziekenfonds of de landsbond van ziekenfondsen.
- per samenwerkingsakkoord: de beoogde doelstellingen bij het afsluiten van het samenwerkingsakkoord, de beschrijving en de financiële evaluatie van de uitgevoerde diensten van het voorgaande jaar en het globaal bedrag voorzien voor het lopende jaar ten gunste van de derde.

Omtrent de samenwerkingsakkoorden is de enige verplichting naar de overheid toe de overmaking van de samenwerkingsakkoorden zoals voorgelegd aan de Algemene vergadering (volgens een vastgelegd model) en de notulen van de algemene vergadering die deze goedkeurt aan de CDZ.

Er bestaat een ruime definitie van het begrip “samenwerkingsakkoord” dat niet scherp is afgelijnd. Dit laat ruimte voor een verschillende invulling van beide begrippen door de ziekenfondsen en de landsbonden, wat betekent dat de rapportering aan de CDZ niet uniform gebeurt.

De huidige rapportering rond deze akkoorden is niet efficiënt. Er dient namelijk aan te worden herinnerd dat de informatie op de eerste plaats bestemd is voor de leden van de raad van bestuur en de algemene vergadering. Zij moeten zelf beoordelen of het beheer in lijn ligt met het beleid van de entiteit en, indien nodig, het management bevragen of bijsturen. De leden vormen bijgevolg de eerste verdedigingslijn op het vlak van interne controle. Het lijkt dus ongepast om de reeds sterke formalisering die gepaard gaat met het afsluiten en goedkeuren van samenwerkingsakkoorden die nog in de algemene vergadering moeten worden goedgekeurd, nog meer te versterken. Het lijkt in tegendeel gunstig om die te schrappen, op voorwaarde dat de rapportering door het management aan de raad van bestuur en de algemene vergadering betreffende relevante en/of structurele samenwerkingsverbanden met derden wordt versterkt, geharmoniseerd en geoptimaliseerd. In die context moeten de bedrijfsrevisoren die door de mutualistische entiteiten zijn aangesteld en de CDZ erover waken dat die rapportering effectief is uitgevoerd binnen de gemoderniseerde regelgeving.

6.6.2. Betoelaging socio-sanitaire structuren en financiering collectieve acties

Deze betoelaging is ingevoerd door het KB van 12 mei 2011 tot uitvoering van artikel 67, zesde lid van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen betreffende de organisatie van de aanvullende gezondheidszorgverzekering.

Naast de samenwerkingsverbanden is er bijkomend de financiering van diensten voor de betoelaging van socio-sanitaire structuren en de financiering van collectieve acties gericht op gezondheid.

De bedragen die de VI toekennen alsook het doel van deze financiering moet opgenomen zijn in de statuten van de landsbonden en de ziekenfondsen. Op basis van rechtspraak van de Raad van de CDZ worden deze ter goedkeuring voorgelegd om na te gaan of het voorwerp van de overeenkomst in lijn is met het doel van de aanvullende verzekering: het bevorderen van gezondheid.

Betreffende de betoelaging van de socio-sanitaire structuren en financiering van collectieve acties beschikt de CDZ over informatie via de statuten van de ziekenfondsen en de landsbonden. Dit instrument is evenmin geschikt voor rapportering gezien de overmaking van de statuten elk jaar een substantiële administratieve papieren stroom tot gevolg heeft. Ook voor de ziekenfondsen en landsbonden is deze manier niet optimaal gezien ze elk jaar geconfronteerd worden met de aanpassing van de statuten om te voldoen aan deze rapportering. Er is enkel zicht op de startovereenkomst maar niet op de daadwerkelijke uitvoering van de overeenkomst gedurende het jaar.

Er is geen definitie voor handen wat onder betoelaging van socio-sanitaire structuren en financiering van collectieve acties begrepen wordt. Er is geen onderscheidend criterium aanwezig t.o.v. de samenwerkingsverbanden. De vraag kan gesteld worden of een onderverdeling in drie types wel aan de orde is.

6.6.3. Partnerschapsovereenkomsten

Naast samenwerkingsovereenkomsten, financiering van collectieve acties en betoelaging van socio-sanitaire structuren, hebben ziekenfondsen en landsbonden ook de mogelijkheid om partnerschapsovereenkomsten af te sluiten.

Deze overeenkomsten worden gekenmerkt door het feit dat er geen overdracht is van financiële middelen van het ziekenfonds of de landsbond naar de derde partij. Voorwerp van de overeenkomst is vaak dat de derde kortingen verleent op zijn diensten. Deze overeenkomsten zijn enkel toegestaan als de toegekende kortingen verband houden met de notie gezondheid. Er is geen rapportering naar de Controledienst van de ziekenfondsen.

Aangaande de samenwerkingsverbanden is er geen enkele verwijzing in de wet van 6 augustus 1990, enkel jurisprudentie via de Raad van de CDZ. Geen enkele rapportering is voorzien naar de Controledienst en evenmin naar de algemene Vergadering van het ziekenfonds of landsbond. Het betreft immers een korting die door een derde wordt gegeven, er is geen financiële transfert van het ziekenfonds of de landsbond naar een derde, wat voorwerp moet uitmaken van een goedkeuring door de algemene vergadering. Er is dus ook geen zicht op de selectiecriteria die daarbij gehanteerd worden om tot dergelijk samenwerkingsverband te besluiten.

6.6.4. Erkende zorgverstrekkers

In het kader van de aanvullende verzekering worden tegemoetkomingen toegekend voor prestaties die uitgevoerd zijn door bepaalde categorieën van zorgverstrekkers. Ziekenfondsen en landsbonden stellen daarbij soms nominatim lijsten op van zorgverstrekkers waarvoor een tegemoetkoming wordt toegekend. Er is geen zicht op de

criteria die de ziekenfondsen en de landsbonden hanteren om zorgverstrekkers al dan niet in te schrijven op een dergelijke lijst.

6.6.5. Medicosociale structuren

Binnen één van de bovenstaande samenwerkingen kan een rechtstreekse of onrechtstreekse samenwerking en/of financiële tegemoetkoming aangaande een medicosociale structuur bestaan. Een voorbeeld daarvan is het toekennen van een tegemoetkoming indien het lid zich wendt tot een bepaalde instelling.

We nemen als uitgangspunt dat financiële verbanden hetzij rechtstreeks, hetzij onrechtstreeks, met dergelijke instellingen voor de ziekenfondsen een instrument kunnen zijn om invulling te geven aan hun rol als sociaal ondernemer en sociale beweging, maar tegelijk geen belemmering mogen vormen voor de toekomstige versterkte rol van de VI inzake het informeren en adviseren van de leden, zijn rol als gezondheidsfonds en vooral zijn rol inzake de begeleiding van de leden naar de gewenste zorg.

Belangrijk in dit verband is de nu reeds van toepassing zijnde CDZ-reglementering die bepaalt dat socio-sanitaire structuren die van een mutualistische entiteit een toelage ontvangen, op geen enkele wijze voordelen aan de leden van deze entiteit mogen toekennen die ook niet worden toegekend aan de andere personen die deelnemen aan de activiteiten georganiseerd door deze structuren.

Dit verbod belet overigens niet dat de betreffende mutualistische entiteit een ledenvoordeel toekent op basis van een statutaire dienst van de groep 'verrichtingen'.

In elk geval is er nood aan een duidelijker kader waarbinnen de VI een overeenkomst met medicosociale structuren kunnen aangaan.

Actie-verbintenissen:

De CDZ werkt in samenspraak met de VI tegen uiterlijk 31/12/2017 een voorstel van wettelijk of reglementair kader uit voor een vernieuwde transparante organisatie van de aanvullende verzekering:

42) Een analyse vindt plaats over de opportuniteit van het definiëren van verschillende types van verbanden met derden en onderzocht wordt of een vereenvoudiging mogelijk is. Daarbij worden de diverse gehanteerde begrippen gedefinieerd waarvoor momenteel geen omschrijving bestaat (bijvoorbeeld partnerschapsovereenkomst).

43) Het creëren van transparantie, onder andere via een aangepaste rapportering aan de algemene vergaderingen van de ziekenfondsen en landsbonden aan de hand van één vast model dat toelaat een dynamisch beeld te hebben van de aanvullende verzekering en al zijn dwarsverbanden. De aangestelde revisor en de CDZ zien er op toe dat deze rapportering gebeurt conform de gemoderniseerde regelgeving.

44) Wat de lijsten van zorgverstrekkers betreft worden de huidig gehanteerde criteria geïnventariseerd. Het uitgangspunt dat binnen dit Pact wordt vooropgesteld is dat selectieve lijsten van zorgverstrekkers waarbij bepaalde voordelen van de aanvullende verzekering verworven kunnen worden, aanvaardbaar zijn op voorwaarde dat (1) de criteria bij het vastleggen van deze lijsten objectief en transparant zijn en (2) alle zorgverstrekkers de mogelijkheid hebben om zich te laten inschrijven op deze lijsten, voor zover ze de vastgestelde criteria naleven en eraan beantwoorden.

Bijzondere aandacht wordt besteed aan de definiëring van de relatie met medico-sociale

structuren gezien de toekomstige rol van de VI. De CDZ zal bij het globaal voorstel betreffende de aanvullende verzekering en overeenkomstig de bovenstaande principes een zeer duidelijk kader uittekenen voor het aangaan van samenwerkingsakkoorden met medico-sociale instellingen. Transparantie is hierin een belangrijk aspect. In overleg met de VI zullen het artikel 20, §3 van de wet van 6 augustus 1990 en de betreffende CDZ-omzendbrief worden geëvalueerd en zo nodig aangepast. Die wetsbepaling handelt over de onverenigbaarheden voor personen belast met het dagelijks beheer of die een leidende functie uitoefenen in een ziekenfonds of een medisch-sociale instelling.

45) Er wordt onderzocht hoe sponsoring door landsbonden en ziekenfondsen nog transparanter kan worden gemaakt. Bijzondere aandacht is er voor sponsoring van activiteiten en het organiseren van campagnes tijdens de sperperiode voor politieke verkiezingen. Deze sperperiode wordt eveneens van toepassing gemaakt op sponsoring van activiteiten en het organiseren van campagnes door de landsbonden of hun ziekenfondsen.

6.7. Versterken van de financiële transparantie

6.7.1. De boekhoudwetgeving

Artikel 29 van de wet van 6 augustus 1990 bepaalt dat de ziekenfondsen en de landsbonden hun boekhouding moeten voeren overeenkomstig het wetboek economisch recht.

De landsbonden en de ziekenfondsen hebben afzonderlijke rekeningenstelsels voor enerzijds de verrichtingen die betrekking hebben op de verplichte verzekering en anderzijds de verrichtingen die betrekking hebben op de aanvullende verzekering.

Ieder ziekenfonds en iedere landsbond maakt na afsluiting van het boekjaar een jaarrekening over aan de CDZ in een vastgelegd model. Deze jaarrekening dient te worden goedgekeurd door de algemene vergadering van het ziekenfonds of de landsbond.

Ten slotte is er het KB van 21/10/2002 betreffende het bijhouden van de boekhouding en de opmaak van de jaarrekeningen door de ziekenfondsen waarbij er waarderingsregels voorzien zijn voor de toerekening van de diverse kosten en opbrengsten aan de verplichte verzekering en de aanvullende verzekering.

Op vlak van financiële transparantie werd in de gezondheidswet van 2015 reeds opgenomen dat de jaarrekening en de balans van de ziekenfondsen voortaan openbaar zijn.

Het Regeerakkoord stelt dat de Controledienst voor de ziekenfondsen in samenwerking met het RIZIV de kostenstructuur van de verzekeringsinstellingen zal doorlichten. Het huidige model van boekhouding opgelegd aan de VI biedt onvoldoende inzicht in de kostenstructuur van de verzekeringsinstellingen.

Bijgevolg dient geëvolueerd te worden naar een model van analytische rapportering voor wat betreft de administratiekosten gedaan in het kader van de verplichte verzekering. Een duidelijk en volledig inzicht dient bekomen te worden:

- in de verdeling van de gemeenschappelijke kosten over de verplichte verzekering en de aanvullende verzekering;
- in de kostenstructuur in functie van vooraf gedefinieerde hoofdprocessen en - activiteiten;
- in de kosten die worden aangerekend aan of teruggevorderd van derden;
- in de “toelagen” die worden ontvangen van de gemeenschappen/gewesten (vb. met betrekking tot de dienst maatschappelijk werk) of lokale besturen.

Een analytische rapportering heeft slechts een meerwaarde indien elke verzekeringsinstelling analytisch boekt op een wijze die de controlerende instanties in staat stelt hun rol optimaal op te nemen. Om deze reden dient de CDZ in samenwerking met de sector een gedetailleerde handleiding te ontwerpen die duidelijk maakt welke kosten thuishoren in welke kostenplaats.

Het doel is het krijgen van een volledig en duidelijk zicht op de kostenstructuur van de verschillende VI binnen de verplichte gezondheidszorgverzekering. De HZIV onderschrijft de engagementen van haar bestuursovereenkomst en de engagementen inzake boekhouding binnen de OISZ. Voor de KGV wordt een specifieke rapportering afgesproken.

Actie-verbintenissen:

- 46) Het realiseren van een volledig en duidelijk inzicht op de wijze van aanrekening van de kosten en de verdeling over de verplichte verzekering en de verplichte aanvullende verzekering. Daarbij is er eveneens een handleiding voor de aanrekening van de kosten en opbrengsten aan de verplichte of de aanvullende verzekering beschikbaar.
Uit te voeren door de CDZ en het RIZIV in samenwerking met de sector voor boekjaar 2018.
- 47) Het implementeren van een model van analytische rapportering uiterlijk voor het boekjaar 2018. Een stappenplan wordt daarbij opgesteld.

6.7.2. De ziekenfondswet

De ziekenfondswet beschrijft eveneens het systeem van interne controle en interne audit van de landsbond. Dat systeem moet eveneens betrekking hebben op alle activiteiten van de bij die landsbond aangesloten ziekenfondsen.

Eveneens zijn er mogelijkheden om de bepalingen rond controle en audit verder uit te werken, onverminderd het gegeven dat de ziekenfondsen, overeenkomstig de omzendbrieven van de CDZ (2006 en 2010) nu al over een vrij volledig kader beschikken inzake de interne controle en audit. Met het oog op de toekomstige uitdagingen verhindert dit de verdere professionalisering rond de interne controle en audit niet.

De ziekenfondsen beschikken over een kader voor de interne controle en audit, namelijk de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur, de oprichting van een auditcomité, het toevertrouwen van de rechtstreekse verantwoordelijkheid voor de organisatie van de interne controle aan de effectieve leiding, het permanente karakter van de dienst interne

audit op het niveau van de Landsbond en ten slotte de invoering van het model COSO-ERM voor de identificatie, de evaluatie en het beheer van de risico's.

Om de onafhankelijkheid van de auditcomités, opgericht in de landsbonden, verder te kunnen garanderen, zou men zich kunnen laten leiden door wat al bestaat voor de auditcomités van de VMOB's. Ook voorziet de invoering van Solvency II voor de VMOB's een aantal voorwaarden rond risicomanagement, governance, rapportage en transparantie.

Daarbij kan er gewerkt worden aan een globale Businessverzekeringsmap op niveau van de sector: landsbonden en ziekenfondsen, CDZ en de revisoren aangesteld door de mutualistische entiteiten.

Actie-verbintenissen:

De CDZ stelt in samenwerking met de landsbonden en de aangestelde revisoren een plan van realisatie voor tegen eind 2017 over:

48) De opmaak van een gemeenschappelijk referentiesysteem, opgebouwd uit meerdere "lines of defence", namelijk:

- een kadaster van alle processen en de risico's, alsook van de huidige controles.
- De opmaak van gemeenschappelijke normen en principes voor de realisatie van de controles en de audit (auditcriteria, classificatie van de fouten,...) en hun documentatie. De VI dragen actief bij, formuleren voorstellen en werken mee aan de modernisering van het overleg, o.m. op vlak van de versterkte coördinatie en integratie van de organen van de gezondheidszorgverzekering.

49) Het delen van de doelstellingen en de auditprogramma's om "double auditing" (of "non auditing") te vermijden. Hiervoor wordt een permanent verbeteringstraject uitgebouwd dat niet enkel financiële aspecten maar ook kwalitatieve elementen onderzoekt.

De CDZ stelt in samenwerking met de landsbonden en de aangestelde revisoren een plan van realisatie voor tegen eind 2018 over:

50) De coördinatie van de verschillende interventies, waarbij nagegaan wordt of de afgesproken planning wel coherent is met de uit te voeren rapporteringen (afsluiting van de rekeningen, verklaring over de interne controle,...) en dit uiterlijk op 31/12/2018.

51) Het opstellen van transparante verslagen zodat deze bruikbaar worden voor alle betrokkenen zodat zij zich daarop kunnen baseren. Het doorgeven van deze verslagen aan zowel de CDZ als de DAC wordt voorzien en dit uiterlijk op 31/12/2018.

6.8. Efficiëntie verhoging door vereenvoudiging en samenwerking op vlak van ICT en gegevensbeheer.

6.8.1. Inleiding

Het luik ICT en gegevensbeheer bevat 3 primaire onderwerpen:

- De via IMA reeds uitgewerkte big data strategie van de VI.
- De uitvoering van eGezondheid, waar naast de expliciete verantwoordelijkheid van de VI in MyCareNet wordt gewezen op een aantal andere actiepunten waar de VI een belangrijke rol kunnen spelen.

- De ICT back office waar een grote efficiëntiewinst kan gerealiseerd worden indien een veel hogere graad van samenwerking tussen de VI kan verwezenlijkt worden.

6.8.2. eGezondheid

Op 19 oktober 2015 heeft de interministeriële conferentie Volksgezondheid de actualisering van het Actieplan eGezondheid goedgekeurd.

De VI hebben een belangrijke rol te spelen in verschillende actiepunten. Primair zijn ze verantwoordelijk voor AP14 MyCarenet, dit actiepunt bevat 4 onderdelen:

Elektronische facturatie van de derdebetalersregeling: - Facturatie en tarificatie via Mycarenet voor de huisartsen - Invoering van de raadpleging van tarieven en facturatie via Mycarenet voor de tandheekkundigen - Facturatie via Mycarenet voor alle andere zorgverstrekkers in derdebetalersregeling: o Artsen-specialisten o Overige sectoren	Vanaf 01/07/2015 December 2016 2016 Vanaf 2017
E-attest: afschaffing van de papieren getuigschriften voor verstrekte hulp betreffende de facturatie van contante betalingen – afschaffing van de papieren GVH voor de huisartsen - Analyse en planning - uitrol	2016 Vanaf 01/01/2018
Verzekeraarbaarheid/ patiëntenrechten: - Relevantie- en prioriteitenanalyse voor de terbeschikkingstelling van de dienst verzekeraarbaarheid voor andere instellingen of zorgverstrekkers - Verzekeraarbaarheid via Mycarenet voor alle andere instellingen of zorgverstrekkers	2016 Vanaf 2017
Medische akkoorden: - Dematerialisatie van de akkoordaanvragen aan adviserend geneesheren: relevantie- en haalbaarheidsanalyse en opstelling van een planning - Medisch akkoord geneesmiddelen Hoofdstuk IV via Mycarenet voor de ziekenhuizen	2016 2017

Verder werken de VI constructief en proactief mee aan de andere actiepunten waar ze bij betrokken zijn, dit zijn minstens:

AP9: incentives voor gebruik

De ziekenfondsen nemen kennis van de wensen van de stuurgroep e-Gezondheid. In het kader van de onderhandelingen rond de telematicapremies verdedigen de VI's het

standpunt van de stuurgroep (IKW e-Gezondheid van de IMC Volksgezondheid) in het belang van de verbetering van de zorgkwaliteit voor de patiënten en, meer bepaald, voor de patiënten die nood hebben aan multidisciplinaire zorg.

AP10: Toegang tot de gegevens door de patiënt (PHR)

Toegang tot de gegevens door de patiënt (PHR): De ziekenfondsen werken actief mee aan de definitie van het PHR en verbinden zich ertoe om via hun website/portaalsite toegang te verlenen tot het PHR.

AP11: communicatie

De ziekenfondsen sluiten actief aan bij het communicatieplan rond e-Gezondheid en werken samen met de coördinator van AP11 aan de communicatie die zij versturen naar zowel hun leden als de pers over alle aspecten van e-Gezondheid, met inbegrip van informed consent.

De ziekenfondsen bereiden een communicatieplan voor gericht naar hun leden. Dit plan heeft betrekking op de uitrol van de e-attesten en de grondige wijziging die dit project met zich meebrengt op het vlak van de relaties tussen de ziekenfondsen en hun leden.

AP13: Standaarden en terminologiebeleid

De ziekenfondsen zorgen ervoor om in al hun ontwikkelingen zo goed mogelijk de (internationale) normen na te leven die worden opgesomd/ondersteund in AP1/AP 13, bijvoorbeeld Snomed, HL7, enz.

AP15: administratieve vereenvoudiging

AP15 is een actiepoint waar alle projecten onder vallen die te maken hebben met administratieve vereenvoudiging en die niet tot een ander actiepoint uit het Actieplan e-Gezondheid behoren, zoals bijvoorbeeld het project IDEs.

AP20: Governance, roll out en monitoring e-Gezondheid

De ziekenfondsen brengen tijdig en in het gewenste formaat verslagen uit over de vordering van de projecten, de implementatie van hun projecten en de performance indicatoren (KPI) betreffende het gebruik en de beschikbaarheid van hun diensten met meerwaarde en van hun infrastructuur.

De overheid is zich ervan bewust dat de co-existentie van een elektronisch en een papieren circuit betekent dat de verzekeringsinstellingen twee verschillende workflows moeten ondersteunen, de kosten daarvan moeten dragen en niet kunnen genieten van de efficiëntie- en kwaliteitswinsten van de elektronische workflow.

De co-existentie van een elektronisch en een papieren circuit schept bovendien mogelijkheden tot fraude en een gebrek aan gelijkvormigheid.

De overheid verbindt zich ertoe, uiteraard in overleg met de betrokken actoren, de nodige initiatieven te nemen om de bestaansduur van een dubbel circuit te beperken.

Actie-verbintenissen:

52) De VI verbinden zich ertoe uitvoering te geven, voor wat hun engagementen betreft, aan de actiepunten van het Actieplan eGezondheid binnen de termijnen zoals vermeld in het Actieplan.

- 53) De VI dragen bij tot de tijdige uitvoering van het Actieplan eGezondheid via hun deelname aan de organen van de ziekteverzekering. De minister ondersteunt langs haar kant evenzeer de strategie inzake eGezondheid.
- 54) Rekening houdende met de belangrijke investeringen die er dienen te gebeuren in het kader van het Actieplan eGezondheid, ook door de verzekeringsinstellingen, zal de minister in samenspraak met het Verzekeringscomité van het RIZIV een voorstel onderzoeken hoe tot een algemene regeling kan worden gekomen die erop gericht is om de duurtijd voor het aanhouden van het dubbele circuit in de tijd beperken, onder meer wat betreft de verplichting tot elektronische facturatie en het gebruik van elektronische stromen.

6.8.3. ICT-Beleid

Momenteel zijn er voor de gezamenlijke verzekeringsinstellingen drie verschillende ICT-platformen operationeel. De te leveren functionaliteit door deze ICT platformen is identiek. Bovendien zijn ze sinds geruime tijd in productie en zijn ze in zekere mate verouderd, ondanks een aantal modernisering. De kosten om ze operationeel te houden zijn in bepaalde gevallen hoog, net zoals de kosten om wijzigingen aan te brengen. Overstappen op een moderne gemeenschappelijke infrastructuur (hardware + software + applicaties + communicatie) kan een enorme winst opleveren op het gebied van

- Beschikbaarheid
- Betrouwbaarheid
- Onderhoud
- Flexibiliteit
- Kwaliteit
- Financieel

Rekening houdende met de complexiteit en omvang van de bestaande informaticaparken en de vele projecten die de komende jaren moeten worden opgestart (Pact, e-Gezondheid), dient te worden gekozen voor een aanpak in verschillende fasen. Die aanpak richt zich in de eerste plaats op de grote wijzigingen waarmee de verzekeringsinstellingen zullen geconfronteerd worden, met als doel de efficiëntie te versterken en de kwaliteit te verbeteren. Een return on investment-analyse die alle relevante factoren omvat, moet daarbij voorop staan.

Actie-verbintenissen:

- 55) Alle nieuwe ICT-projecten in uitvoering van opdrachten in de verplichte gezondheidszorgverzekering worden maximaal gemeenschappelijk ontwikkeld, met motivatie indien er niet samengewerkt wordt (comply or explain principe).
- 56) Alle ICT-projecten in de context van eGezondheid worden maximaal gemeenschappelijk ontwikkeld.

Een stabiel en responsabiliserend budgettair kader

Inleiding

Voor de uitvoering van de verplichte verzekering voor gezondheidszorgen en uitkeringen ontvangen de verzekeringsinstellingen vanwege de overheid een beheersvergoeding, de zogenaamde administratiekosten. De aan de vijf landsbonden en de kas van HR Rail toegekende administratiekosten bestaan uit een bedrag dat jaarlijks vastgesteld wordt op basis van de zogenaamde parameterformule, beschreven in artikel 195 van de gecoördineerde wet dd. 14 juli 1994 en aangevuld met verschillende verhogingen voor specifieke activiteiten die bovenop het basisbedrag komen.

De verzekeringsinstellingen dienen over voldoende middelen te beschikken om de kernopdrachten tegen de gewenste en verwachte kwaliteit te kunnen vervullen die ze voor rekening van de overheid opnemen. Tegelijkertijd dient, net zoals dit ook gevraagd wordt voor de overheidsdiensten zelf, gestreefd te worden naar een maximale value-for-money, permanente verbetering en efficiëntieverhoging.

Rekening houdende met de nood aan het inbouwen van voldoende streven naar deze elementen, is voorzien in een variabel gedeelte van de administratiekosten, waarop de verzekeringsinstellingen gereponsabiliseerd worden in functie van een evaluatie van hun beheersprestaties.

Ook in de opdrachtenbegroting, wat de uitgaven geneeskundige verzorging betreft, is een responsabiliseringsmechanisme opgenomen dat de ziekenfondsen moet aanzetten om bij te dragen tot de correcte en doelmatige uitvoering van de gezondheidszorgverzekering.

Deze responsabiliseringssystemen dienen verder te worden uitgerold en waar nodig versterkt en gemoderniseerd.

We merken in dit verband op dat ook de deelstaten de VI aanspreken voor het uitvoeren van bepaalde opdrachten. De deelstaten zijn verantwoordelijk om daartoe de nodige financiering te voorzien. Waar nodig zullen de federale overheid en de deelstaten afstemmen om de coherentie en transparantie van de verschillende financiële stromen te verzekeren.

Het Federaal regeerakkoord

Het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014, onderdeel gezondheidszorg, bevat inzake het budgettair kader van de ziekenfondsen volgende bepalingen:

- *De regering zal het parlement vragen om het Rekenhof de opdracht te geven de parameterformule die gebruikt wordt om de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen te berekenen te evalueren.*
- *De efficiëntie van de verzekeringsinstellingen wordt verhoogd.*

- *Het variabel gedeelte van de administratiekosten wordt verhoogd.*

Een stabiel en adequaat budgettair meerjarenkader

De administratiekosten van de verzekeringsinstellingen, de vijf landsbonden, wordt bij wet vastgesteld. De administratiekosten voor de HZIV worden op een daarvan afwijkende wijze vastgesteld.

De kernelementen van het huidige financieringssysteem dateren van 1993. De aan de vijf landsbonden toegekende administratiekosten bestaan uit vier delen:

- Een jaarlijks bij wet vastgesteld vast bedrag
- Een variabel deel, afhankelijk van evaluatie (10%)
- Een vast bedrag van 11.410 keur (integratie kleine risico's)
- Diverse andere bedragen

1) Vast bedrag:

Het vast bedrag wordt jaarlijks vastgesteld op basis van de parameterformule. De huidige parameterformule houdt rekening met 3 parameters:

- Het gemiddelde van de evolutie van de salarissen van enerzijds de bank- en verzekeringssector en anderzijds de salarissen in de publieke sector (voorspellingen planbureau);
- De helft van de evolutie van de uitbetaalde prestaties geneeskundige verzorging, gedefinieerd als: 2/3de van de groeicnorm beperkt tot 2,5% en 1/3de van de groei van het aantal dagen in de uitkeringsverzekering. Men neemt hiertoe het gemiddelde van de laatste drie volledig gekende jaren (al dan niet volledig afgesloten rekeningen);
- Eventuele nieuwe opdrachten voor de VI (al jaren niet meer toegepast; er werden destijds in de RIZIV-begroting buiten de administratiekosten wel specifieke bedragen opgenomen, bijvoorbeeld ter financiering van het beheer van de SIS-kaarten toen die ingevoerd werden. Een ander voorbeeld is de financiering voor het opleveren en actualiseren van de permanente steekproef).

Het aldus bekomen bedrag wordt voor 90% toegekend als een vast bedrag, 10% wordt tegelijkertijd toegekend als variabel deel (zie onderdeel 2).

De middelen wordt onder de vijf verzekeringsinstellingen verdeeld via een aparte berekening: op basis van hun theoretisch aantal effectieven, theoretisch wegens gecorrigeerd gewicht voor bepaalde categorieën effectieven met een hogere weging voor bv. gepensioneerden en mindervaliden. De verdeling van de ten laste neming van de administratiekosten tussen de sectoren van de geneeskundige verzorging en uitkeringen gebeurt pro rata op basis van de uitbetaalde prestaties door de sectoren.

In het kader van het regeerakkoord is voorzien:

- dat het Rekenhof de parameterformule zal evalueren. Deze evaluatie zal zowel de parameterformule voor het totaal aan administratiekosten omvatten, als de verdeelsleutel die gehanteerd wordt om het totaalbedrag te ventileren over de verschillende VI.
- De besluitvorming, het overleg en de uitvoering van de gezondheidszorgverzekering wordt in lijn met de regels van goed bestuur zo aangepast dat mogelijke belangenconflicten worden uitgesloten.

2) Variabel bedrag (VARAK)

Op basis van de evaluatie door het RIZIV en de CDZ van de werking van de VI wordt maximaal 10% van het door de parameterformule berekende bedrag aan de VI definitief toegekend.

3) Integratie kleine risico's

Bij de eenmaking van de stelsels voor geneeskundige verzorging voor werknemers en zelfstandigen tot een eengemaakt stelsel in 2008, werden de zelfstandigen automatisch ook verzekerd voor kleine risico's, wat voordien enkel facultatief was. Hierdoor wordt een vast, niet-geïndexeerd bedrag getransfereerd vanuit het RSVZ naar het RIZIV om doorgestort te worden aan de VI.

4) Diverse bedragen

De diverse ontvangsten – het gaat om zeer beperkte bedragen die terug te vinden zijn in de RIZIV-begroting – bestaan bv. uit een percentage van de gerecupereerde bedragen bij de sociale verzekerden (artikel 195 §2 gec. Wet dd. 14/07/1994). Ook kan gewezen worden op een toelage die het Intermutualistisch Agentschap vanuit de RIZIV-begroting ontvangt met het oog op specifieke opdrachten ten dienste van het RIZIV.

Het meerjarenkader van bezuinigingen dat door de federale regering in de loop van 2015 werd vastgesteld wat betreft de administratiekosten van de ziekenfondsen, wordt uitgevoerd. Dit leidt tot een structurele besparing van 120 miljoen euro in 2018.

	2015	2016	2017	2018
Geprogrammeerde bezuiniging op de administratiekosten van de VI.	-20 miljoen euro	-50 miljoen euro	-25 miljoen euro	-25 miljoen euro

Actie-verbintenissen:

- 57) Een transparant en stabiel budgettair kader wordt overeengekomen tussen de ziekenfondsen en de regering dat de ziekenfondsen in staat dient te stellen hun opdrachten naar behoren te blijven vervullen, hun dienstverlening verder te optimaliseren en mee te werken aan de hervormingsinitiatieven en beleidsvoering binnen de gezondheidszorg, terwijl ze tegelijk bijdragen tot de sanering van de overheidsbegroting.
- 58) Zowel de parameterformule voor de berekening van de groeivoet van het totaalbedrag van administratiekosten, als de berekeningswijze voor de verdeling van de administratiekosten over de VI, worden geëvalueerd en in functie daarvan aangepast. In dit verband werd op vraag van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid in 2015 in het Parlement een resolutie gestemd die het Rekenhof de opdracht geeft om een audit uit te voeren naar de globale berekeningswijze van de financiering van en verdeling tussen de vijf landsbonden. De audit zal nagaan of de diverse momenteel gebruikte variabelen nog steeds relevant zijn en op een correcte wijze de noden van de VI uitdrukken inzake financiering. Het Rekenhof zal in de loop van 2016 een rapport voorleggen. De minister van Sociale Zaken zal, rekening houdende met de vaststellingen en aanbevelingen van de audit, in de eerste helft van 2017 een in de Algemene Raad van het RIZIV een voorstel ter bespreking neerleggen tot aanpassing van het financieringssysteem. Indien dit voorstel leidt tot besparingen, komen deze bovenop het meerjarenkader van bezuinigingen.
- Wat betreft de groeivoet wordt beoogd dat de totale administratiekosten op een objectieve, transparante en stabiele manier worden aangepast aan de evolutie van de loonkosten en het werkvolume.
- De aanpassing van de verdeelsleutel van de AK over de VI beoogt de modernisering van de verdeling van de voorziene middelen over de VI. Het doel is een transparante verdeling die steunt op objectieve criteria die elke risicoselectie uitsluiten en die gericht zijn op de verbetering van de efficiëntie en de samenwerking en direct verbonden zijn met de werkorganisatie en het werkvolume.
- Over eventuele aanpassingen aan de parameterformule of verdeelsleutel zal overleg worden gevoerd met de Verzekeringsinstellingen in het kader van dit Pact.
- 59) Net zoals het geval is in andere meerjarenkaders of pacts, wordt voorzien dat indien de regering in het kader van het begrotingsbeleid niet bij machte zou zijn dit budgettaire kader te respecteren, bijkomende inspanningen gevraagd kunnen worden, ook wanneer daardoor het risico bestaat dat sommige doelstellingen van dit Pact in het gedrang komen. De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid engageert zich in een dergelijke situatie overleg te voorzien met de verzekeringsinstellingen.
- 60) Budgetten om nieuwe opdrachten en engagementen uit te voeren zijn in beperkte mate bespreekbaar; ze dienen in principe globaal budgettair neutraal te zijn of te worden afgewogen tegen de efficiëntiewinsten die bij het reorganiseren van andere activiteiten behaald worden.

Versterking en verhoging van het variabel gedeelte van de administratiekosten

▪ Een nieuw VARAK-systeem

Van de totaliteit van de administratiekosten is momenteel 10 % variabel.

Evaluatie nieuw systeem variabele administratiekosten (VARAK):

In het jaar 2016 zal voor de eerste maal een nieuw systeem van de VARAK gebruikt worden (KB van 10/07/2014). Er werden in dit model zeven sleutelprocessen gedefinieerd die de werking van de VI op een globaal niveau weerspiegelen.

1. de informatieverplichting naar de sociaal verzekerden toe;
2. de correcte, uniforme en tijdige toekenning van rechten inzake geneeskundige verzorging en uitkeringen;
3. de correcte, uniforme en tijdige uitvoering van betalingen;
4. de detectie en nauwgezette opvolging van de vorderingen;
5. de organisatie van de nodige controlemechanismen op de verschillende niveaus (terugvordering, fraudebestrijding, ...);
6. de samenwerking met het RIZIV en de medewerking aan de uitvoering van het beleid van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid;
7. het boekhoudkundig beheer.

Actie-verbintenissen:

61) De doelstellingen en actie-verbintenissen van dit Pact worden vertaald naar criteria die worden gebruikt in het kader van de evaluatie van de beheersprestaties van de VI en worden vanaf 2018 gehanteerd binnen het systeem van variabele administratiekosten.

62) Voor eind 2019 wordt door de CDZ en het RIZIV een eerste gezamenlijke evaluatie opgemaakt van het vernieuwde systeem (gebaseerd op de wet van

01/07/2014) op duurzaamheid en effectiviteit. De VI verlenen hun medewerking daaraan. Volgende elementen spelen mee in de boordeling:

- o zijn de gekozen domeinen en indicatoren representatief en relevant, eenduidig, niet voor interpretatie vatbaar, evoluerend maar toch voldoende stabiel, voldoende ambitieus maar ook realistisch en SMART geformuleerd.
- o zijn de gehanteerde evaluatiecriteria transparant en correct en zijn ze proportioneel en op voorhand geijkt om elk niet gewenst gedrag of effect te vermijden en om te garanderen dat de VI voorafgaand aan de evaluatie weten op welke ijkpunten ze zich moeten richten
- o geeft de totaliteit van de domeinen een goed en betrouwbaar beeld van de werking van de VI.

Er worden aanbevelingen geformuleerd om tot een optimalisering van het systeem te komen zodat het nog beter beantwoordt aan de oorspronkelijke doelstellingen.

63) Het percentage variabel gedeelte van de administratiekosten, nu ten belope van 10%, wordt over een periode van 4 jaar vanaf 2019 jaarlijks met 2,5% verhoogd tot 20%.

▪ **Het niet toegekende gedeelte VARAK**

Het niet-toegekende gedeelte van de variabele administratiekosten zal worden gebruikt als 'seed money' voor innovatie en efficiëntieverbetering in de ziekenfondsen.

Op te merken valt dat de initiële RIZIV-begroting telkens rekening houdt met een 100% toekenning van het variabel bedrag. Dit wordt enkel gecorrigeerd in de rekeningen naderhand. Daarvoor dienen de 10 criteria binnen de VARAK geëvalueerd en gevalideerd te zijn binnen het Technisch comité en de Raad van het CDZ. De verrekening (aftrek) gebeurt dus in jaar $x+1$ of $x+2$ door het RIZIV op basis van de cijfers van de CDZ.

Actie-verbintenissen:

64) Er wordt door het RIZIV tegen 31 maart 2017 onderzocht hoe de niet-toegekende middelen van de variabele administratiekosten budgettair gereserveerd kunnen worden om te worden aangewend voor innovatie en efficiëntieverbetering in de werking van de ziekenfondsen of de overheden in het kader van het concretiseren van initiatieven die passen binnen dit Pact en die een meerwaarde realiseren onder vorm van aantoonbare terugverdieneffecten binnen de begroting van de gezondheidszorgverzekering of binnen de administratiekosten van de ziekenfondsen. In dit verband dient dan een procedure te worden voorzien waarbij de Algemene Raad beslist over het vrijmaken en toewijzen van die middelen.

Modernisering van de financiële verantwoordelijkheid inzake de uitgaven geneeskundige verzorging.

Elk jaar wordt de begroting bepaald voor de sectoren van geneeskundige verzorging. Dit gebeurt op basis van de meest recent gekende ramingen en de toegelaten groeinorm.

De verdeling tussen de verzekeringsinstellingen gebeurt op basis van twee parameters

- Voor 70 % op basis van het aandeel van de werkelijke uitgaven van elke verzekeringsinstelling in de totale jaaruitgaven van het betrokken boekjaar
- Voor 30 % op basis van de normatieve verdeelsleutel

Ook hier ontvangt elke VI maandelijks 1/12de van het bekomen bedrag.

De VI kennen een systeem van financiële verantwoordelijkheid van de uitgaven binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Sinds 1995 is elke VI verplicht een speciaal reservefonds bij te houden. Dit fonds wordt aangewend bij overschrijding van het begrotingsobjectief. In dat geval dienen de VI 25% van de overschrijding te financieren uit de reserves, met een maximum van 2% van het begrotingsobjectief. Het overige deel is ten laste van de globale beheren.

De financiële verantwoordelijkheid wordt berekend bij het afsluiten van de rekeningen geneeskundige verzorging. Er is hierin een grote achterstand opgelopen. Het systeem

kent een voorlopige en definitieve afsluiting van de rekeningen geneeskundige verzorging. Reden is een niet geactualiseerd model van de normatieve verdeelsleutel.

Actie-verbintenissen:

- 65) In 2016 en de jaren nadien wordt het uitgewerkte plan van aanpak tot versnelde afsluiting van de rekeningen en bepaling van de financiële verantwoordelijkheid zoals goedgekeurd op de Algemene Raad van 11 januari 2016 van het RIZIV uitgevoerd in samenwerking met de VI via het begeleidingscomité voor de financiële verantwoordelijkheid geneeskundige verzorging en de Algemene Raad van het RIZIV. De normatieve verdeelsleutel zal in functie hiervan geactualiseerd worden.
- 66) Het Rekenhof zal in de eerste helft van 2017 een rapport ter beschikking stellen dat het systeem van financiële verantwoordelijkheid evalueert. Zijn de huidige methodiek en de nu gebruikte variabelen vandaag nog relevant? Vormen ze een goede basis voor de verdeling tussen de landsbonden en voor het responsabiliseren van de verzekeringsinstellingen binnen de sector van geneeskundige verzorging? Dit auditrapport zal de basis vormen voor een voorstel tot aanpassing dat tegen midden 2018 zal worden uitgewerkt in overleg met de verzekeringsinstellingen. Daarbij zal worden onderzocht hoe en onder welke voorwaarden geëvolueerd kan worden van de individuele responsabilisering naar een collectieve responsabilisering, mede om risicoselectie en oneerlijke concurrentie uit te sluiten. Belangrijk is verder dat de verzekeringsinstellingen de beschikking krijgen over voldoende collectieve instrumenten voor uitgavenbeheersing.

Verklarende woordenlijst

AG	Adviserend Geneesheer	MC	Médecin-conseil
CDZ	Controledienst voor de Ziekenfondsen (en de Landsbonden van de ziekenfondsen)	OCM	Office de Contrôle des Mutualités (et des unions nationales de mutualités)
DAC	Dienst voor Administratieve Controle	SCA	Service du Contrôle Administratif
DGEC	Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle	SECM	Service d'Évaluation et de Contrôle Médicaux
DGV	Dienst voor Geneeskundige Verzorging	SSS	Service des Soins de Santé
EHFCN	European Healthcare Fraud and Corruption Network	EHFCN	European Healthcare Fraud and Corruption Network
EPS	Permanente Steekproef	EPS	Échantillon Permanent
FAGG	Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten	AFMPS	Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé
FMO	Fonds voor Medische Ongevallen	FAM	Fonds des Accidents Médicaux
FPB	Federaal Planning Bureau	BFP	Bureau Fédéral du Plan
GVU	Geneeskundige verzorging & uitkeringen	AMI	Assurance Maladie-Invalidité
HRS	Health Research System	HRS	Health Research System
HZIV	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeit	CAAMI	Caisse auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
IMA	Het Intermutualistisch Agentschap	AIM	Agence Intermutualiste
KCE	Het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg	KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
KGV	Kas der Geneeskundige Verzorging van HR Rail	CSS	Caisse des Soins de Santé de HR Rail
NIC	Nationaal Intermutualistisch College	CIN	Collège Intermutualiste National
OISZ	Openbare Instellingen voor Sociale Zekerheid	IPSS	Institutions Publiques de Sécurité Sociale
VI	Verzekeringsinstelling	OA	Organisme Assureur
WHO	World Health Organization	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid	ISP	Institut Scientifique de Santé Publique

Ondertekenaars van het Pact VI op 28 november 2016:

Mevr. C. Miclotte
HZIV/CAAMI

Mevr. K. Van Gestel
KGV/CSS HR Rail

Dhr. L. Van Gorp
Dhr. J. Hermesse
LCM/ANMC

Dhr. G. Messiaen
LLM/UNML

Dhr. Ph. Mayne
LNZ/UNMN

Dhr. X. Brenez
MLOZ

Dhr. P. Callewaert
Dhr. J.P. Labille
NVSM/UNMS

Dhr. L. Guinotte
CDZ/OCM

Dhr. J. De Cock
RIZIV/INAMI

Mevr. M. De Block
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique