

Algemene Vergadering 21/11/2017

1 Hoofdstuk 1: Inleiding

Begin 2016 publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), in samenwerking met het RIZIV en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, een rapport over de Belgische gezondheidszorg. Het goede nieuws was dat maar liefst 78% van de Belgische bevolking zich in goede gezondheid voelt en best tevreden is over de gezondheidszorg, het slechte nieuws dat heel wat punten toch voor verbetering vatbaar zijn – en dat er dringend meer geld nodig is.

Ik wijs er trouwens elk jaar opnieuw op dat onze gezondheidszorg voor zware uitdagingen staat. Niet alleen is er de vergrijzing die weliswaar het gevolg is van een hogere levensverwachting, maar ze maakt ook dat mensen langer een beroep moeten doen op gezondheidszorgen. Daarnaast werden in eigen land de afgelopen decennia steeds meer bevoegdheden overgedragen naar de Gemeenschappen.

Er is ook een gebrek aan o.a. geriaters, psychiaters en kinderartsen. Daarom pleit ik ervoor om artsen tijdens hun universitaire opleiding al voor te bereiden op de keuze van hun latere praktijk in plaats van eerst op het einde van hun studies.

En daarbij mogen we ook de Europese en de internationale dimensie niet vergeten. We moeten met steeds meer Europese regels rekening houden die een ernstige bedreiging kunnen vormen voor de solidariteit. Ik heb deze stelling verder uitgewerkt in mijn binnenkort te verschijnen boek 'Is Europa sociaal?'. Laat ik hier volstaan met te wijzen op de protesten van de ziekenfondsen tegen de internationale handelsverdragen met de VS en Canada en met het onderschrijven van de open brieven van milieu-organisaties voor een strengere Europese regelgeving rond hormoonverstorende stoffen. Laten we niet vergeten dat Europa in deze materie die de volksgezondheid van 508 miljoen inwoners op het spel blijft zetten. Europa moet er zijn voor zijn burgers en niet omgekeerd!

In maart van dit jaar leek het er op dat Commissievoorzitter Jean-Claude Juncker de boodschap van het middenveld – en ook die van de vele eurosceptische stemmen zowat overal in de EU – dat er een besparingsmoetheid heerst, eindelijk begrepen had en een sociale bocht aankondigde – al bleek die in zijn *'State of the Union'* eerder lauw te noemen.

Positief was uiteraard de voorstelling van de Europese pijler van sociale rechten waarbij de Commissie andermaal bevestigde dat het tot stand brengen van een socialer en eerlijker Europa voor haar een topprioriteit is. Zo nieuw zijn die sociale rechten overigens ook niet want ze waren al jaren geleden opgenomen in alvast drie eerdere Europese handvesten!

Minstens even belangrijk, zo niet belangrijker, zijn de resultaten op het terrein. Begin 2017 was daar nog niet veel van te merken en hebben we er voor de zoveelste keer moeten voor waarschuwen dat het heersende klimaat van blinde besparingen de fundamenteën van onze gezondheidszorg dreigt aan te tasten. Allerlei ideetjes passeerden de revue om de begroting op te smukken op de kap van de gezondheid van de mensen. Ons gezondheidssysteem, en de financiering ervan, moet geschraagd worden door een weldoordachte visie en mag niet zomaar gebruikt worden als de suikertante die altijd wel kan bijspringen als het moeilijk gaat.

Op 28/11/2016 ondertekenen alle Belgische ziekenfondsen en minister Maggie De Block het Toekomstpact voor de ziekenfondsen. Dit Toekomstpact was het resultaat van jarenlange intermutualistische samenwerking waarbij de ziekenfondsen zich onder meer engageerden om van preventie een topprioriteit in hun dienstverlening te maken. Als we niet willen dat dit pact als een eendagsvlug opzij geschoven wordt, moeten we ons sociaal beleid behoeden voor een blinde boekhouderslogica.

Dit Toekomstpact omvat nog heel wat andere positieve punten, zo o.m. dat het gezondheidsbeleid moet uitgaan van de behoeften van de patiënt. Ook zouden uiteindelijk de numeriek minder in aantal zijnde ziekenfondsen een plaats in alle beleidsorganen van het RIZIV krijgen. Wait and see.

Het Toekomstpact zal de werking van de ziekenfondsen grondig wijzigen, o.a. door het toekennen van allerlei nieuwe taken. Zo wordt de uitbetalingsfunctie aan het loket vervangen door elektronische betaalcircuits: vanaf 2018 verdwijnen overigens de traditionele 'doktersbriefjes'. Dit betekent echter niet dat de loketten mogen wegvallen, want de functie van gezondheidscoach voor de leden – het begeleiden van de mensen in de alsmat complexer wordende wereld van de gezondheidszorg en het blijvend contact met de leden – neemt aan belang toe. Dit is zeker zo in het licht van de vergrijzing van de bevolking en de toename van het aantal chronisch zieken.

Als Liberale Mutualiteiten schakelen we ons al meerdere jaren in in deze evolutie, zelfs zonder Toekomstpact, omdat we ons terdege bewust zijn van onze verantwoordelijkheid in het belang van de patiënten. Hoewel we volop willen meewerken aan de uitvoering van het pact, moeten we wel de nodige middelen krijgen om onze taken te kunnen blijven uitvoeren. Het beleid van de federale regering gaat echter een heel andere richting uit want ze besliste enkele jaren geleden om de ziekenfondsen tijdens de huidige legislatuur 120 miljoen euro te laten inleveren, zonder garantie dat er niet nog méér besparingen zullen aankomen.

Door deze evolutie – die overigens reeds onder de vorige regering is begonnen – dreigt de uitvoering van de reeds bestaande en de nieuwe opdrachten ernstig in het gedrang te komen. Daar komt nog bij dat de ziekenfondsen er, als gevolg van de zesde staatshervorming, ook een aantal taken op het niveau van de deelstaten hebben bijgekregen, waar onvoldoende middelen tegenover staan.

De ziekenfondsen vragen dan ook dat de regering van haar kant zou zorgen voor de nodige budgettaire stabiliteit in de sector en dat ze niet verder zou morrelen aan de administratiekosten.

Een ander belangrijk dossier dat deel uitmaakt van het Toekomstpact is de schaalvergroting: mits enkele welomlijnde uitzonderingen wordt het minimum aantal leden dat een ziekenfonds moet tellen opgetrokken van 15.000 tot 75.000: binnen onze eigen landsbond moet dit dan ook leiden tot verschillende fusies.

In het Toekomstpact is eveneens het principe opgenomen dat de ziekenfondsen zich meer moeten bezighouden met hun kerntaak: het begeleiden en coachen van de leden in het kader van hun gezondheid. Daarom pleit minister De Block voor een herziening van de aanvullende ziekteverzekering waarbij de leden verplicht dienen aan te sluiten.

Het Toekomstpact voorziet dat de sector zichzelf reguleert. Er loopt momenteel een intermutualistische denkoefening die nog niet is gefinaliseerd. Er zal een referentiekader worden bepaald met criteria waaraan de aangeboden diensten worden getoetst. Zo mag een dienst niet in tegenspraak zijn met de regelgeving voor de verplichte verzekering of met de evidence based-principes. De link met de gezondheid is sowieso een must !

Eenmaal het referentiekader is goedgekeurd door de minister, zullen de diensten van de ziekenfondsen erop moeten worden afgestemd. Concreet betekent dit alvast dat er een aantal diensten niet meer zullen mogen worden aangeboden zoals bijvoorbeeld een tussenkomst voor wellness en sauna, het toekennen van kuurcheques,...

Ook zal de focus moeten worden gelegd op het aanbieden van een gezondheidstraject, waarin zowel elementen van informatie, preventie als begeleiding op alle gezondheidsaspecten wordt voorzien. Momenteel bestaan er al zulke trajecten in het kader van de verplichte ziekteverzekering (bv. het diabetestraject). Een voorbeeld hiervan kan een zwangerschapstraject zijn.

Met de regionalisering is het mogelijk dat een aantal nu nog nationaal georganiseerde aanvullende diensten gedecentraliseerd wordt, waardoor het aanbod meer kan afgestemd worden op de plaatselijke situatie. Daarvoor zouden dan twee nieuwe MOB's kunnen worden opgericht.

We moeten echter benadrukken dat dit niet betekent dat alle diensten die momenteel bestaan, zullen worden afgeschaft. Een tussenkomst voor optiek, het aanbod in het kader van thuiszorg en oppas voor zieke kinderen zijn maar enkele voorbeelden van diensten die overeind zullen blijven.

De Liberale Mutualiteiten hebben er steeds voor gepleit dat de aanvullende diensten beter afgestemd worden op onze corebusiness. We vinden het dan ook positief dat een aantal anomalieën zullen verdwijnen. Dit kan de kwaliteit enerzijds en de dienstverlening aan het lid anderzijds alleen ten goede komen.

Desalniettemin vragen we toch de nodige vrijheid voor de organisatie ervan. We wensen dan ook een constructief overleg met de regering en geen eenzijdig opgelegde dictaten. Een zekere mate van concurrentie tussen de ziekenfondsen is overigens belangrijk om kwaliteitsvolle en vernieuwende initiatieven niet onmogelijk te maken.

Laten we ook niet vergeten dat de aanvullende diensten in essentie dienen om tegemoet te komen aan hiaten in de verplichte verzekering. En daarvan zijn er helaas heel wat!

Zo raakte begin mei 2017 bekend dat heel wat mensen geneesmiddelen gaan kopen in Nederland omdat die in België tot vijfmaal duurder zijn. Dit medicijntoerisme is een duidelijk teken dat er iets schort aan ons systeem, terwijl het tot de opdrachten van onze ziekteverzekering behoort om patiënten de goedkoopste medicijnen te bezorgen.

De grote prijsverschillen voor dezelfde geneesmiddelen tussen buurlanden bewijzen dat het systeem dat we nu kennen problemen opwerpt. In een ééngemaakte Europese markt zijn zulke breuklijnen niet houdbaar.

Er worden overigens al meer dan tien jaar maatregelen getroffen om de prijzen van geneesmiddelen te drukken, zoals het aanmoedigen van het voorschrijven van generische geneesmiddelen, maar dat blijkt niet genoeg, aangezien zelfs bij een generische variant het prijsverschil tussen België en Nederland nog steeds hoog kan oplopen.

Naast die prijsproblematiek dient eveneens aandacht besteed te worden aan het voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen. Op dit vlak behoort ons land bij de koplopers.

Hoog tijd om de terugbetalingen van dure geneesmiddelen nog meer op internationaal niveau te onderhandelen, en dus weg te trekken van het nationale niveau, en daarnaast volledige prijstransparantie te eisen van de farmaceutische sector. Er zijn door Maggie De Block al initiatieven genomen om samen met Nederland, Luxemburg en Oostenrijk HTA en prijsbepalingen te doen.

We pleiten dan ook bij alle actoren in de gezondheidssector voor een bereidheid om voluit de belangen van de patiënt te verdedigen in deze kwestie en rekenen hiervoor ook op de farmaceutische sector.

Een ander punt zijn de ereloonsupplementen in éénpersoonkamers in de ziekenhuizen. Het aan banden leggen daarvan is al tientallen jaren een heikel punt in onze gezondheidszorg en maakt deel uit van een bredere problematiek over de financiering van onze ziekenhuizen.

In het Nationaal Intermutualistisch Comité (NIC) en andere overlegorganen is in dit verband al heel wat werk verricht, en met succes. Zo zijn ereloonsupplementen voor meerpersoonkamers sinds januari 2013 afgeschaft. De ziekenfondsen moeten blijven samenwerken om ziekenhuisfacturen billijk en betaalbaar te houden. Enkele mogelijke structurele maatregelen zijn:

- een correcte vergoeding van medische prestaties en een daaraan gekoppelde herijking van de nomenclatuur;
- een transparant financieringsmodel voor de ziekenhuizen;
- een zo hoog mogelijke conventioneringsgraad van zorgverstrekkers.

Daarnaast zijn er nog meer problemen die een rechtvaardige en transparante ziekenhuisfactuur voor de patiënt in de weg staan. Zo zijn er gevallen bekend waarbij leden van de ene mutualiteit voor net dezelfde zorg minder betalen dan leden van andere mutualiteiten. Deze kwestie sleept al minstens zes jaar aan en verdient prioriteit.

LM is verheugd dat er stemmen opgaan om meer te investeren in de terugbetaling van brillen, hoorapparaten en tandprothesen. Al jaren kaarten we deze pijnpunten in onze ziekteverzekering aan.

Zaken waar we daarentegen wèl voor tussenkomen via de aanvullende verzekering, zijn de ‘onvervulde noden’: de kost van brillen en bepaalde oogzorgen, hoorapparaten en tandprothesen die vaak duur uitvallen voor de gemiddelde patiënt. De tussenkomst van de ziekenfondsen volstaat niet om de kosten in toom te houden. We vragen dan ook al lang om te investeren in de terugbetaling ervan via de verplichte verzekering. Nu zijn die immers een heel kwetsbare flank in ons zorgsysteem.

Een ander symptoom is de populariteit van de (facultatieve) tandzorgverzekeringen. Complexe tandzorgen (zoals orthodontie en kroon- en brugwerk) zijn heel duur en worden helaas niet gedekt door de verplichte ziekteverzekering. Dankzij een tandzorgverzekering van het ziekenfonds blijven de kosten beheersbaar, maar de mogelijkheid om die tandzorg via de verplichte ziekteverzekering terug te betalen, moet zeker uitgespit worden.

Een bijkomend probleem is dat meer dan één op drie tandartsen niet geconventioneerd is en de tariefafspraken met de ziekenfondsen dus niet respecteert, met alle gevolgen van dien voor de patiënten. De Liberale Mutualiteiten willen alle betrokken partijen er dan ook aan herinneren dat een debat over de hoge kosten van tandzorg onvolledig is zonder de kwestie van de lage conventioneringsgraad van tandartsen aan te pakken. Wij pleiten hoedanook voor transparantie naar de patiënt en de VI.

Een hiaat waar we reeds jaren op wijzen en dat overigens bevestigd wordt in het rapport van het KCE van begin 2016 is de niet-terugbetaling van de geestelijke gezondheidszorg, terwijl dat nochtans dé uitdaging is van de 21^{ste} eeuw.

Geestelijke gezondheidszorg wordt zonder twijfel één van de belangrijkste uitdagingen in het gezondheidssysteem van de 21ste eeuw. Sluimerende, onbehandelde psychologische problemen (angst, depressie, stress, slaapproblemen enz.) eisen niet alleen een tol op de levenskwaliteit van de patiënt, maar ook op de samenleving als een geheel. Nog steeds kampen we met een hoog aantal sterfgevallen door zelfdoding en eveneens met een hoog aantal onvrijwillige opnames op psychiatrische ziekenhuisafdelingen. Beide indicatoren wijzen op een onvoldoende toegankelijkheid van de ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg.

In het zomerakkoord van 2017 besliste de federale regering om psychologische hulp terug te betalen via de verplichte ziekteverzekering. Ze voorziet daarvoor echter een budget van nauwelijks € 22,5 miljoen, wat absoluut onvoldoende is: als men weet dat zo'n 4 % van de Belgen een beroep doet op een psycholoog, komt dat neer op een terugbetaling van slechts € 50 per persoon, ofwel de prijs van nauwelijks één consultatie.

Een aantal belangrijke zaken zijn nog niet uitgeklaard. Hoeveel bedraagt het remgeld? Voor hoeveel sessies geldt de terugbetaling? Is er een plafondbedrag? Worden er doelgroepen onderscheiden?

De Liberale Mutualiteiten juichen een terugbetaling vanuit de verplichte verzekering uiteraard toe, maar wilden daar niet op wachten om zelf al de handen uit de mouwen te steken. Ze hebben daar trouwens al een lange ervaring mee want in 2002 zijn ze als eerste gestart met het aanbieden van gratis psychologische begeleiding voor hun leden.

Via de nieuwe dienst Psy-Go! krijgt elk lid van LM sinds 1/7/2017 jaarlijks recht op zes gratis telefonische of chatsessies met een psycholoog. Laagdrempelige psychologische hulpverlening heeft immers een belangrijke preventieve werking om ernstigere psychische problemen te voorkomen.

Als ziekenfonds hebben wij overigens al lang aangedrongen op meer middelen voor preventie in het algemeen en het is dan ook een jammerlijke zaak dat GVO niet meetelt in het nieuwe evaluatiesysteem voor de variabele administratiekosten.

Een punt waar we als ziekenfonds ook voortdurend werk van moeten maken, is het geven van informatie aan de leden – en dat behoort wèl tot de sleutelprocessen. Heel wat mensen kennen hun rechten vaak niet en mislopen daardoor bepaalde voordelen.

Vorig jaar organiseerde LVPH, onze Nederlandstalige vereniging van personen met een handicap, weliswaar enkel op Vlaams niveau, een enquête over de kennis van de Vlaamse Zorgverzekering en de persoonsvolgende financiering.

Voor wat de bekendheid met de Vlaamse Zorgverzekering betreft, viel op dat slechts één derde wist dat die bedoeld is voor de niet-medische zorg. Eén op vijf gaf aan het niet te weten, een percentage dat opliep tot meer dan een kwart bij de 70-plussers die toch de belangrijkste doelgroep zijn.

Ook de bekendheid met de persoonsvolgende financiering scoorde zeer laag: 64% had er nog nooit van gehoord en nauwelijks 4% was er goed van op de hoogte.

Wanneer we in het kort uitlegden wat dat zgn. 'rugzakje van Vandeurzen' betekent – een budget dat een persoon met een handicap toegewezen krijgt om zelf zijn zorg in te kopen – was de houding wel overweldigend positief: bijna 90% vond het idee goed tot zeer goed.

We kunnen het dan ook niet genoeg benadrukken: onze gezondheidszorg, onze sociale zekerheid en onze bijkomende sociale bescherming aan Vlaamse en aan Franstalige kant gaan iedereen aan. Naast de informatieplicht van de ziekenfondsen en van de overheid zelf, zou dit verplicht moeten worden opgenomen in het lessenpakket van het onderwijs. Een geïnformeerde burger is immers een weerbare burger en de jongeren van vandaag zullen de maatschappij van morgen dragen, inclusief de uitdagingen.

Ik geef nu verder een overzicht van onze werking in 2016 – 2017 om daarna te kijken naar de belangrijkste items voor dit jaar en naar de nabije toekomst toe.

2 Hoofdstuk 2: Overzicht van 2016 en 2017

A. Liberale Mutualiteiten

- **Diensten informatica en gebruikersondersteuning**

Wat de nabije toekomst betreft, moet in 2017 de toegang tot onze productiegegevensbanken gefinaliseerd worden en worden er oplossingen uitgewerkt om de verschillende liberale ziekenfondsen toe te laten om het kadaster van QUERY's te gebruiken dat hen ter beschikking wordt gesteld door de Landsbond. Dit kadaster moet uiteraard evolueren in functie van de behoeften van de ziekenfondsen en onze leden.

Het project 'scanning' wordt meer en meer zichtbaar op het terrein: verschillende ziekenfondsen hebben al besloten om bepaalde types van documenten in te scannen. De ziekenfondsen zelf maken een keuze voor de in te scannen documenten in functie van de doelen die ze zich gesteld hebben: een modern beheer van de archieven, de eerste stappen in de richting van 'bewijskracht' van elektronische documenten, de elektronische visualisering van bepaalde dossiers in het licht van de mogelijke fusies op 1/1/2019 enz.

Verder moet de landsbond betrokken worden bij de problematiek van de scanning om op die manier voor de ziekenfondsen een visualisatie mogelijk te maken van de producties van de gecentraliseerde diensten.

De gecentraliseerde diensten van de Landsbond scannen eveneens verschillende elementen van hun respectieve producties. Op die manier vullen ze de zichtbare elementen aan in het uniek dossier van de leden en zijn ze consulteerbaar op alle punten van het netwerk van de Liberale Mutualiteiten, inbegrepen het frontoffice.

In 2017 worden ook de grote operationele fases voorbereid die van start zullen gaan bij de inwerkingtreding van het project 'e-Attest' op 1/1/2018. Dit project bestaat uit de digitalisering (elektronische gegevensdoorgifte van het kabinet van de huisarts naar de VI na controle van de rechten van de patiënt) van het getuigschrift voor verstrekte hulp door de huisarts.

De gevolgen daarvan zijn ingrijpend en hebben vooral een invloed op het profiel van de contactpunten van de ziekenfondsen: o.a. een drastische vermindering van het aantal contacten met de leden, evenals veranderingen in de manier van communicatie zijn de uitdagingen voor morgen.

We zullen ons eveneens moeten perfectioneren in het aspect 'contact met de leden' en in het ter beschikking stellen van de nodige middelen voor de opvolging van de nieuwe processen.

Dit project is overigens slechts een eerste stap naar de digitalisering van de doktersbriefjes: alle andere beroepsgroepen zullen binnenkort volgen, met als eersten de specialisten, tandartsen en kinesitherapeuten. Die digitalisering zal uit twee essentiële lagen bestaan: e-attest en e-fac. De eerste dekt alle functionaliteiten van de betaling aan het lid – het ziekenfonds betaalt het lid onmiddellijk terug op zijn bankrekening – en de tweede omvat de functionaliteiten van de derdebetalersregeling waarbij het ziekenfonds zelf de verstrekker rechtstreeks betaalt.

De dienst gebruikersondersteuning die in de zomer van 2015 werd opgericht neemt drie belangrijke taken op:

- het bijstaan van de gebruikers van het systeem. Dit gebeurt via Planon, per mail of telefonisch. De medewerkers van de dienst staan rechtstreeks in contact met de dienst IT van landsbond 300;
- het opmaken gebruikershandleidingen, operatorgidsen, verslagen en andere relevante bestanden (die op sharepoint worden geplaatst) en het opleiden van de gebruikers;
- in het kader van de governance 300/400 deelnemen aan werkgroepen en een analyse maken van de werking.

Voor de dienst zijn vier medewerkers aangeworven, met als respectieve werkgebieden :

- maatschappelijk werk en Vlaamse Sociale Bescherming;
- gezondheidszorgen;
- aanvullende diensten en front office;
- uitkeringen en medische dienst.

De nieuwe manier van werken verandert echter niets aan het takenpakket van de diensten.

De planontickets moeten via de Landsbond passeren zodat een kennisdatabank wordt opgezet in de verschillende domeinen.

• **Dienst preventie**

Voor wat de preventiedienst betreft, waren de belangrijke items voor 2016:

- de sociale verkiezingen op 10/5/2016. Drie dagen later werd het nieuwe Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk geïnstalleerd;
- de uitvoering van een globale risicoanalyse beeldschermwerk door de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk (Attentia);
- de afschaffing van de verplichte medische gezondheidsbeoordeling bij de aanwerving van administratief personeel (beeldschermwerkers).

Naar de toekomst toe zal er meer en meer nadruk gelegd op het psychosociale welzijn en de ergonomie, zodat medewerkers langer en gezond aan het werk kunnen blijven. Een preventiebeleid wordt in de toekomst nog meer geïntegreerd in het algemeen beleid.

In 2017 werden enkele acties ondernomen om tegemoet te komen aan een aantal wettelijke verplichtingen:

- de uitvoering van een brandrisicoanalyse; de resultaten hiervan werden voorgelegd aan de leden van het Comité;
- de opmaak van een EHBO-register betreffende de eerste hulp die verstrekt wordt aan werknemers die slachtoffer worden van een ongeval of die onwel worden;
- het opmaken van het identificatiedocument ten behoeve van de leden van het Comité. Dit document moet een duidelijk beeld geven van de aanstelling van de preventieadviseur, zijn

tijdsbesteding, zijn taken en opdrachten, de door de werkgever ter beschikking gestelde middelen en de relatie met de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk.

• Ledentallen

Op 30/6/2016 hadden we 552.752 leden, waarvan 402.926 titularissen en 149.826 personen ten laste.

Op 30/6/2017 was dit gedaald tot 546.757 leden, waarvan 400.536 titularissen en 146.221 personen ten laste. Dit betekende een daling van 1,10% ten opzichte van 30/06/2016.

Tegenover dezelfde datum in 2016 hebben de ziekenfondsen 409 en 414 het grootste aantal leden verloren, de ziekenfondsen 407 en 418 het minste.

Een nuance dringt zich hierbij wel op: dit ledenverlies is uiteraard niet uitsluitend te wijten aan de reconversie (informaticaproblemen), maar evenzeer aan de structurele handicap waarmee de Liberale Mutualiteiten al jaren kampen, nl. ondermeer het relatief oud ledenbestand. Het ledenverlies komt immers voornamelijk door:

- mutaties. Er waren 18.634 mutaties naar andere ziekenfondsen, vooral CM, SM en OZ, maar toch ook 9.187 naar een liberaal ziekenfonds. Heel wat mutaties hebben niet zozeer te maken met onvrede, maar met een verandering in de gezinssituatie, zoals een huwelijk of samenwonen;
- overlijdens;
- personen ten laste die titularis worden bij een andere VI;
- dossiers afgesloten wegens twee jaar zonder recht.

Opvallend is ook dat het aantal leden dat niet in regel is met ongeveer duizend verhoogd is tegenover de vorige jaren. Voor deze leden ontvangen we geen administratiekosten.

• Personeel

Het aantal personeelsleden in de Landsbond bedroeg op 31/12/2016, 139, waarvan 69 mannen en 70 vrouwen (op 31/12/2015: 142, waarvan 66 mannen en 76 vrouwen).

Half oktober zijn er nog steeds 139 personeelsleden in dienst, Er waren 9 aanwervingen en evenveel mensen hebben de landsbond verlaten. Meer dan een derde van die uitstroom is te wijten aan pensioneringen.

Momenteel zijn 123,3 voltijdse equivalenten equivalenten in dienst. 69,77 % van het huidige personeel behoort tot de Nederlandstalige taalrol en de resterende 30,23 % behoort tot de Franstalige taalrol.

Hoewel de mogelijkheden om toe te treden tot stelsel van Werkloosheid met Bedrijfstoelage drastisch afgebouwd zijn, hadden we eind 2016 nog tien bruggepensioneerden, een aantal dat voortdurend vermindert naargelang de betrokkenen de pensioengerechtigde leeftijd bereiken. Momenteel zijn er nog 7 personeelsleden die genieten van het stelsel van Werkloosheid met Bedrijfstoelage.

Voor wat het nieuwe Paritair Comité 337 betreft, zaten de werkzaamheden in een impasse sinds mei 2015. Uiteindelijk kwam er een doorbraak in december 2016 en werden de eerste CAO's afgesloten. Ze zijn van toepassing op alle werkgevers, inclusief de mutualiteiten. Deze CAO's geven de mutualiteiten meer vrijheid op ondernemingsvlak (Tijdskrediet & Landingsbanen). De mutualiteiten bleven uitgesloten van de andere afgesloten CAO's in het paritair comité 337. Momenteel is de discussie lopende tussen de mutualiteiten of ze willen worden opgenomen in het toepassingsgebied van toekomstige CAO's.

- **Juridische dienst**

In 2016-2017 behartigde de juridische dienst de volgende zaken:

- de terugvordering van onverschuldigde bedragen in het kader van de geneeskundige verzorging en de uitkeringen;
- de betwistingen tegen beslissingen van adviserend geneesheren in het kader van de uitkeringen;
- de terugvordering in het kader van de fraudedossiers van verstrekkers;
- de terugvordering van betalingen in het kader van ons subrogatierecht;
- de ledenverdediging in het kader van de dossiers die worden overgemaakt aan het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO).

In 2018 zal de nadruk gelegd worden op twee belangrijke punten:

- de samenwerking tussen de VI's en het RIZIV in het kader van de terugvordering van onverschuldigde bedragen ten gevolge van fraude door verstrekkers;
- de samenwerking tussen de VI's en het FMO voor wat de achterstallen van het FMO betreft.

- **Centrale tarificatie**

Voor wat de centrale tarificatie betreft, gaat de omschakeling naar de MyCaret-stromen verder.

In 2016 was voor de dienst de e-facturatie in het kader van de sociale derde betalingsregeling en de verwerking van het elektronisch globaal medisch dossier (e-GMD) de grootste verandering.

Het ging hierbij om de elektronische facturatie door huisartsen en het eGMD (elektronische aanmaak GMD door huisartsen). Deze verwerking kende een verdere en verhoogd gebruik in 2017.

Ondertussen, kenden we in 2017 ook al de opstart van de elektronische facturatie van specialisten (artsen).

De elektronische facturatie door tandartsen en kinesisten is nog niet aan de orde, de nodige testen worden wel reeds uitgevoerd en de opstart zou voorzien worden in 2018.

Daarnaast, zijn er ook de talrijke meetings gepland in verband met het e-attest, het elektronisch circuit dat in 2018 de 'doktersbriefjes' moet vervangen.

- **Financiële dienst**

De financiële dienst, in samenwerking met de dienst interne controle, behandelt momenteel volgende belangrijke items:

- de zesde staatshervorming via een financiële werkgroep;
- de analytische rapportering van de kostenstructuur;
- de vaststelling van de administratiekosten en de verdeling ervan tussen de Landbonden.

- **Dienst interne audit**

De dienst interne audit voert een aantal bijzondere opdrachten uit voor de Controledienst van de Ziekenfondsen in samenwerking met ons revisoraat Deloitte en verschillende opdrachten op basis van een risico-analyse.

Daarnaast heeft de dienst in 2016-2017 de volgende taken uitgevoerd:

- de opmaak van vier gebruiksaanwijzingen om de boekhouders vertrouwd te maken met de nieuwe softwareprogramma's, nl. geheugensteun, ontwikkeling van de rekeningen, controle van de interfaces en opmaak van een inventaris ;
- een algemene audit van het administratief en financieel beheer van ziekenfonds Liège en, op vraag van de Raad van Bestuur, eveneens van de patrimonium-VZW;
- samenwerking met ziekenfonds 403 voor de opmaak van een Excel bestand dat de opvolging en de behandeling van een aantal bewegingen op de wachtrekeningen mogelijk maakt;
- de opmaak en opvolging van een herstelplan voor het ziekenfonds Liège;
- de deelname aan de nieuwe werkgroep 'Audit en controle' van het NIC.

- **Dienst economaat**

Voor de dienst economaat zijn de nieuwe projecten in 2016-2017 :

1. Informatica:

- de installatie Windows 10
- de migratie fileserver;
- de migratie Agresso (boekhoudpakket);
- de vervanging van de switchen "end of live" voor de landsbond en de ziekenfondsen;
- de aanpassing van Easytime-Easypay en van de toegangscontrole.

2. Blanchestraat:

- de overname van de taken van de syndicus;
- de installatie van de burelen van de Zorgkas;

- de verdere opvolging van de aanpassingswerken in het kader van de milieuvergunning (2016).

3. Economaat:

- de ondersteuning bij de opmaak van de openbare aanbestedingen (gedeelte VI400 binnen raamcontracten met VI300);
- het laten afdrukken en verzenden van de inlichtingsbladen door de firma Joos;
- het laten drukken van de documenten van kwijtingen en apothekersvignetten.

• **Dienst communicatie**

De ontplooiende communicatie- en marketingacties richtten zich afgelopen jaar vooral tot afgestudeerden en jonge gezinnen. De Liberale Mutualiteit wil zich aan deze mensen, die zich op een sleutelmoment in hun leven bevinden, voorstellen als een behulpzame en betrouwbare langetermijnpartner van hun gezondheid, en niet louter als een uitbetalingsinstelling. In 2018 gaan we op dit elan verder

In 2018 zullen de marketingacties, met onder andere meer propaganda, vooral focussen op het bekend maken van Psy-Go!, de nieuwe dienst voor psychologische begeleiding op afstand van LM.

Ook het promoten van het e-loket is een prioriteit. Zo kunnen we de digitalisering van onze dienstverlening verder uitbreiden. Het gebruik van sociale media en de voortdurende optimalisatie van onze website gaan hiermee hand in hand.

Voor 2018 werkt een werkgroep verder aan het gebruiksvriendelijker maken van de website, dit in samenwerking met onze ziekenfondsen.

• **Hospitaal-Plus**

Voor de VMOB Hospitaal-Plus waren de belangrijkste gebeurtenissen in 2016:

- de moeilijkheden als gevolg van de migratie op 1/1/2015 naar de software van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (NVSM), werden in 2016 zo goed als volledig afgehandeld;
- op 1/1/2016 stopte de manuele verwerking van de nieuwe tandzorgverzekering Denta Plus, van start gegaan op 1/1/2015, en kon VMOB Hospitaal-Plus de nieuwe verzekering van dan af verwerken in de nieuwe software;
- in het tweede semester 2016 was er een mutualistische verkiezing voor de hersamenstelling van de algemene vergadering en van de raad van bestuur van de VMOB. Als gevolg daarvan kreeg ook het comité van toezicht, een statutair orgaan, een nieuwe samenstelling. In toepassing van de Fit and proper-reglementering moesten alle kandidaat leden voor de raad van bestuur een volledig Fit and proper dossier bezorgen zodat hun individuele én de collegiale deskundigheid en professionele betrouwbaarheid beoordeeld kon worden.
- de toepassing van de MiFID-reglementering werd de MiFID documentatie, met o.m. uitvoerige informatie verstrekking voor de bestaande- en kandidaat verzekerden; met o.m. product informatie, productfiches en een behoeftenanalyse.

- de invoering van Solvency II op 1/1/2016 met de drie pijlers. Over de overgangsjaren 2014 en 2015 werden al Solvency II rapporteringen opgemaakt en bezorgd aan de CDZ nl., over de toestand op 31/12/2014, 30/9/2015 en 31/12/2015.

2015 was het laatste overgangsjaar richting Solvency II: op 1/1/2016 werd deze Europese richtlijn effectief en ten volle van kracht. De wet van 13 maart 2016 implementeert de richtlijn in de Belgische wetgeving. De implementatie in de statuten van de VMOB, de organisatie, beleidslijnen en werking, werd, zoals gepland, in 2016 gerealiseerd. Dat vereiste een volledige herziening van het governance gedeelte van de statuten, die in 2016 volledig in overeenstemming werden gebracht met de Europese Solvency II richtlijn. Naast de afsluiting per 31/12/2016 volgens de Belgische boekhoudregels (BGAAP), moet Hospitaal-Plus als verzekeringsonderneming voortaan ook jaarlijks een verslag publiceren over haar solvabiliteit en financiële positie (Solvency and Financial Condition Report – SFCR) én een RSR (Regular Supervisory Report) opmaken voor de toezichthouder.

Het boekjaar 2016 werd afgesloten met een resultaat van € 7.668.678, waaronder € 2.361.861 financiële opbrengsten. Zo'n € 1.800.000 van die opbrengsten volgen uit een arbitrage met ING.

We beëindigden 2016 met 122.298 verzekerden. In vergelijking met 31 december 2015 evolueert het aantal verzekerden slechts lichtjes. Dat is het gevolg van een uitzuivering van af te sluiten contracten als gevolg van zeer langdurige wanbetaling. Vanaf 1/1/2017 hoeft dit niet meer manueel opgevolgd te worden, maar wordt de software gebruikt voor automatische herinneringen met een aangetekende ingebrekestelling, gevolgd door een brief met de bevestiging van het ontslag bij blijvende wanbetaling. Op die manier is er een continue en goed functionerende automatische opvolging van de premiebetalingen.

In 2017 en 2018 zullen we hard werken aan de verhoging van de participatiegraad. Die moet een stuk boven de 20% raken. Verder moeten ook werk gemaakt worden van de general computer controls (GGC) zodat de VMOB Hospitaal-Plus voldoende inzicht verwerft in de gebruikte software en in de beveiligingen er van.

In 2016 werd het centrale HPLUS-team versterkt met een jurist en een boekhouder.

Verder riep de Landsbond een gemengde verzekeringscel in het leven die nadenkt over het aanbod van producten, en de concurrentiepositie van onze facultatieve verzekeringen. Er wordt ook voorbereidend werk gedaan in functie van een optimaal aanbod. De eerste stappen werden gezet in het bestuderen van een nieuw verzekeringsproduct voor ambulante kosten.

We hebben er ook alle belang bij onze diensten meer dan ooit op een commerciële wijze op de markt te brengen via grootscheepse campagnes met affiches, radio en TV-spots. Eind september 2017 hebben we een commerciële actie van start laten gaan die specifiek gericht is op Denta Plus.

In 2017 werd verder werk gemaakt van de opleidingen voor de personen in contact met het publiek (PCP) en voor de verantwoordelijken voor de distributie (VVD). Daarnaast werden door de VMOB ook vormingen gegeven en infomeetings gehouden in een aantal ziekenfondsen.

In 2017 werd een studie uitgevoerd en een actuariel verslag gemaakt rond de premievrijstelling voor kinderen tot een bepaalde leeftijd en gaf de raad van bestuur zijn akkoord om een inhoudelijke en financiële studie uit te voeren voor de organisatie van een nieuwe verzekering voor ambulante kosten, eveneens te ondersteunen met een actuariel verslag.

Ook de tandzorgverzekering 'Denta Plus' die de Liberale Mutualiteiten sinds 1/1/2015 aanbieden, zit in de lift. Op 31/12/2015 waren er zo'n 3.900 verzekerden aangesloten. Tegen 31/12/2016 was dit aantal al verdubbeld tot ongeveer 7.800 en begin oktober 2017 klokten we af op 10.234 verzekerden: een stijging van maar liefst 31 % op negen maanden tijd.

- **Gebouwen**

In 2017 werd een nieuw toegangscontrolesysteem geïnstalleerd waardoor voortaan voor de tijdsregistratie en de toegangscontrole met één en dezelfde badge gewerkt wordt. Omdat er reeds enige tijd problemen waren met de ingangdeur in het gebouw van de Landsbond werd besloten deze te vervangen. Op de 1^{ste} en 2^{de} verdieping werd de TL-vervangen door energiezuinige en duurzame LED-verlichting.

Voor het gebouw in de Blanchestraat werd er een stabiliteitsstudie uitgevoerd door een ingenieursbureau die uitgewezen heeft dat het gebouw enkel voor normaal kantoorgebruik geschikt is; zware archiefkasten en archivering kan niet.

B. Ziekenfondsen

- **Budget administratiekosten – vaste en variabele**

Ingevolge de aanhoudend moeilijke begrotingscontext werden de VI's verplicht om in 2015 samen een besparingsinspanning te leveren van € 20 miljoen op hun administratiekosten zoals die voortvloeien uit de toepassing van de parameterformule. Daardoor bedroeg het bedrag voor de vijf landsbonden voor 2015 € 1.070 miljoen.

Voor 2015 staat voor LLM als maximum toe te kennen bedrag € 68,616 miljoen, waarvan € 61,754 miljoen vast en maximum € 6,861 miljoen als variabele administratiekost.

Het maximum toe te kennen bedrag voor de variabele administratiekosten bedroeg voor LLM € 6,861 miljoen.

In 2016 werd de besparingsinspanning opgetrokken tot € 50 miljoen: dit kwam neer op zo'n 10% van de werkingsmiddelen van de VI's.

Het totaalbedrag van de administratiekosten voor de vijf landsbonden verminderde tot € 1.054 miljoen in 2016 en tot € 1.053 miljoen in 2017; voor 2018 zijn de cijfers nog niet bekend.

Voor 2016 staat voor LLM als maximum toe te kennen bedrag € 67,014 Miljoen, waarvan € 60,313 Mi vast en maximum € 6,701 miljoen als variabele administratiekost.

Voor 2017 en 2018 bedragen de besparingsinspanningen telkens € 25 miljoen.

Het totaalbedrag voor de administratiekosten voor de vijf landsbonden komt daardoor op € 1.053,130 miljoen. LLM krijgt hiervan maximum € 66,187 miljoen, waarvan € 59,568 miljoen vast en € 6,618 miljoen variabel.

	2015	2016	2017	2018
5 LB	€ 1.070,012 Mi	€ 1.054,007 Mi	€ 1.053,130 Mi	???
LLM (max.)	€ 68,616 Mi	€ 67,014 Mi	€ 66,187 Mi	
VAST– 90 % (max.)	€ 61,754 Mi	€ 60,313 Mi	€ 59,568 Mi	
VAR. 10 % (max.)	€ 6,861 Mi	€ 6,701 Mi	€ 6,618 Mi	
Extra zelfst. (5 LB)	€ 11,41 Mi	€ 11,41 Mi	€ 11,41 Mi	
Extra zelfst. (LLM)	€ 0,833 Mi	€ 0,828 Mi	€ 0,822 Mi	

- **Administratiekosten: evaluatie beheersprestatie**

Het nieuwe evaluatiesysteem

Voor wat de variabele administratiekosten betreft, werden de tien evaluatiecriteria waarmee de beheersprestatie van de VI's tot 2015 werd gemeten, vanaf 2016 vervangen door zeven sleutelprocessen die de werking van de VI op een globaal niveau weerspiegelen.

Per sleutelproces zijn er domeinen (die van jaar tot jaar kunnen veranderen) en binnen elk domein zijn er de indicatoren.

Dit maakt een grotere flexibiliteit mogelijk om voor de evaluatie andere domeinen en indicatoren te voorzien. Het RIZIV en de CDZ leggen elk een aantal domeinen vast binnen die sleutelprocessen: het is dus niet altijd zo dat een sleutelproces het exclusieve domein hoort te zijn van het RIZIV of de CDZ.

Elk jaar kunnen het RIZIV of de CDZ de focus leggen op een bepaald domein – of die domeinen aanpassen. Wanneer in een volgend jaar de focus op een ander domein wordt gelegd, betekent dat echter niet dat de vorige domeinen niet meer zouden geëvalueerd worden: het nieuwe systeem maakt de evaluatie elk jaar strenger, zodat het steeds moeilijker wordt om aan de voorwaarden te voldoen, zeker dan voor de kleinere VI's.

Evaluatie LLM over 2016

Er is vooreerst de vaststelling dat de evaluatie 2016 nieuw is. Tot en met evaluatiejaar 2015 werd de beheersprestatie van de VI's gemeten op basis van 10 evaluatiecriteria. Vanaf evaluatiejaar 2016 wordt er geëvalueerd op basis van 7 sleutelprocessen.

Per sleutelproces zijn er domeinen (die van jaar tot jaar kunnen veranderen) en binnen elk domein zijn er de indicatoren.

Voor de evaluatie 2016 krijgen we op een maximale som aan variabele administratiekosten van 6.784.196,38 een som van 5.736.014,26 toegewezen, zijnde een percentage van 84,55%. In 2015 kregen wij nog een bedrag van 6.848.486,75 euro op een maximale som van 6.944.914,82 euro toegewezen, zijnde een percentage van 98,61%.

Te noteren dat de nieuwe sleutels in gans de sector geleid hebben tot een belangrijke vermindering van de toegekende bedragen

In die zin zal trouwens eind van dit jaar een speciale vergadering doorgaan in de schoot van de CDZ om samen met het Riziv de toepassing van de nieuwe sleutels te evalueren

We hebben eveneens op 12 oktober een bezwaar ingediend tegen een aantal verkeerde vaststellingen door het RIZIV

Te noteren dat het aandeel van de variabele administratiekosten dat momenteel 10 % bedraagt gedurende 4 jaar jaarlijks zal worden verhoogd met 2,5% om in 2022 uit te komen op 20 %

In vier van de zeven sleutelprocessen halen wij meer dan 96% op de evaluatie, wat een goede score betekent:

- Proces 1 : informatie aan de sociaal verzekerden: klachtenprocedure: 96,34%;
- Proces 2: correcte toekenning van rechten: 96,04%;
- Proces 5: interne audit en controle: 96,64%;
- Proces 7: beheer van de boekhouding: 96,27%.

Evaluatiegebieden zoals GVO en deelname aan studies, waarvoor we ieder jaar 100% scoorden, bestaan immers niet meer of hebben fors aan gewicht ingeboet.

De voornaamste problemen zitten in drie sleutelprocessen:

- Proces 3: “Correcte en uniforme betaling van prestaties binnen de geldende termijnen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen” (gewicht van 20%) waar we een score van 66,03% behalen zijnde een verlies van € 461.000;
- Proces 4: “De detectie en terugvordering van de prestaties en de terug te vorderen bedragen op basis van artikel 136 en artikel 164” (gewicht van 10%) waar we een score van 52,36% halen zijnde een verlies van € 323.000;
- Proces 6: “De samenwerking met het RIZIV o.m. met het oog op de uitvoering van de bestuursovereenkomst en de deelname aan studies” (gewicht van 10%) waar we een score van 83% halen, zijnde een verlies van € 115.000.

Evaluatie voor 2018

Voor evaluatiejaar 2018 legt het RIZIV domeinen en indicatoren vast voor vijf sleutelprocessen .

Voor de evaluaties in sleutelproces 1 (de informatieverstrekking aan de sociaal verzekerden) zijn gewijzigd. Dit werd vroeger behandeld door de CDZ (klachtenbeheer), maar nu werden de domeinen door het RIZIV geselecteerd.

Deze domeinen zijn:

- themacontrole toegelaten activiteit (art. 230);
- informatiecampagne antibiotica;
- actualisatie van de IMA-Atlas.

In proces 2 (verzekerbareid) is er één nieuw domein: Themacontrole personen ten laste GZ.

In proces 3 (betaling prestaties) zijn er twee nieuwe domeinen: de themacontrole op de toegelaten activiteiten bij arbeidsongeschiktheid of invaliditeit en de correcte vergoeding van verstrekkingen volgens de regelgeving.

Voor proces 4 (detectie terugvorderingen) werden geen nieuwe domeinen geselecteerd.

Voor proces 6 (samenwerking met het RIZIV) zijn er twee nieuwe domeinen: de weesgeneesmiddelen en MyCarenet.

De CDZ heeft 12 domeinen vastgelegd voor sleutelprocessen 3 t/m 7; hij is uitsluitend bevoegd voor de sleutelprocessen 5 (audit en controle) en 7 (boekhoudkundig beheer).

Voor proces 3:

- de snelle circulatie van de betaalmiddelen;
- de snelle betaling van de derdebetalers.

Voor proces 4:

- de detectie en de terugvordering van de onverschuldigde betalingen;
- de detectie en de terugvordering van de subrogatoire betalingen.

Voor proces 5:

- de naleving van de verschillende bepalingen van het reglement genomen in uitvoering van artikel 31 van de wet van 6/8/1990;
- de naleving van de bijzondere terugbetalingsmodaliteiten van de prestaties;
- de instelling van de validiteitscontroles bepaald in de nomenclatuur voor geneeskundige verzorging voor een categorie van prestaties – Thema van het betreffende jaar.

Voor proces 6: de actieve deelname aan studies uitgevoerd om een beleid inzake gezondheid te bepalen.

De remedies

Er is een reeks maatregelen, in functie van de vastgestelde tekortkomingen, nodig naargelang hun oorzaak.

Vooreerst is er de extra werkbelasting in de landsbond en ziekenfondsen die inherent is aan gelijk welke migratie om te leren werken met nieuwe programma's. Dit betekent soms een aanpassing in de werkorganisatie. Ook werd vastgesteld dat er niet altijd volledige of coherente informatie door de 300 werd medegedeeld.

Bovendien gaat het om het eerste evaluatiejaar gebaseerd op cijfers in een periode waarin we volledig in de omgeving 300 werken.

In de vergelijking met de 300 moet ook worden gewezen op het feit dat hun ziekenfondsen beschikken over eigen hardware en programma's. Ook beschikken zij over info via datawarehouse. Het zou ook wenselijk zijn dat de 400 over eigen boordtabellen zouden kunnen beschikken om de performantie in de verschillende domeinen te kunnen opvolgen.

De te nemen maatregelen zijn dan ook intern (instructies van de landsbond aan de ziekenfondsen en extern: briefwisseling met de controle-instanties (CDZ/RIZIV) en vragen aan onze softwareleverancier (300).

De financiële dienst van de landsbond heeft de nodige instructies aan de ziekenfondsen herinnerd voor het tijdig overmaken van de boekhoudkundige documenten.

Ook worden in de platforms, o.a. voor de uitkeringen waar zich de meeste problemen stellen, de problemen (verder) behandeld. Bedoeling is om in werkgroep instructies voor te bereiden die dan aan de ziekenfondsen kunnen worden gecommuniceerd. Zo zal een instructie opgemaakt worden i.v.m. artikel 195, om alleen de dossiers, waarvan men zeker is, op de lijst te plaatsen.

De financiële dienst van de landsbond maakt een inventaris van de nog hangende problemen in de boekhouding om het tijdig doorsturen van de boekhoudkundige documenten te verzekeren.

Er werd op 12 oktober 2017 een schrijven aan CDZ gericht met de vraag om meer detailinformatie en een verduidelijking van de beoordelingscriteria zodanig dat we weten hoe we precies geëvalueerd worden.

Aan de landsbond 300 werd op 27 oktober 2017 een olijsting overgemaakt van al de problemen waarmee wij in hun toepassing te maken krijgen.

Zo zullen er aanpassingen in de programma's moeten gevraagd worden n.a.v. vaststellingen binnen de werkgroepen o.m. aanpassingen op het vlak van de uitkeringen.

Een structureel probleem is er voor de gezondheidszorgen waar de toepassing voorbijgestreefd is en er een behoefte is aan adequate a priori controles. De huidige werkwijze van alles eerst betalen en nadien te verwerpen zorgt voor extra werkdruk in de verschillende diensten.

- **Audits over de werking van de ziekenfondsen**

Begin 2017 publiceerde het Rekenhof een eerste audit over de vaststelling van de administratiekosten van de ziekenfondsen. Het Rekenhof erkende daarin dat :

‘de regering vanaf 2005 systematisch afweek van het wettelijke groeipad, veelal om budgettaire redenen (in totaal ontvingen de vijf landsbonden over de periode 2002-2016 234,5 miljoen euro minder). Rekening houdend met deze verminderingen, steeg de enveloppe van 732,1 miljoen euro in 2002 tot 1.050,2 miljoen euro (+43,45 %) in 2016. Indien de parameterformule vanaf 2002 onverkort zou zijn toegepast, zou de enveloppe in 2016 1.310,45 miljoen euro hebben bedragen’.

In werkelijkheid bedroeg het bedrag slechts 1.050,2 miljoen, wat tegenover 2015 neerkwam op een reële vermindering met € 49,2 miljoen of -1,85%!

Het Rekenhof kwam in zijn audit tot drie belangrijke conclusies.

Ten eerste zijn de variabelen in de parameterformule voor de vaststelling van de jaarlijkse vergoeding van de administratiekosten weinig relevant en vormen ze dus geen goede basis voor de beoordeling van de noden van de ziekenfondsen. Zo zou bvb. de enveloppefinanciering de ziekenfondsen onvoldoende stimuleren om zo efficiënt mogelijk om te springen met de middelen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Een betere afstemming van de vergoeding op de financieringsbehoeften van de ziekenfondsen vereist volgens het Rekenhof onderbouwde informatie over de organisatie van de ziekenfondsen, hun kostenstructuur en de impact daarop van relevante maatschappelijke ontwikkelingen op korte en langere termijn.

Hoewel het Rekenhof geen uitspraak doet over de adequaatheid van het absolute bedrag van de jaarlijkse toegekende enveloppe, stelt het wel dat de VI's tussen 2002 en 2011 € 235,3 miljoen (of 2,55 % van de toegekende middelen) te veel zouden hebben gekregen.

De tweede vaststelling is dat in de formule voor de verdeling van de administratiekosten onder de ziekenfondsen, de voorgeschreven schalen en coëfficiënten voor de correctie van het ledenaantal wegens schaalvoordelen al jaren onveranderd zijn gebleven.

De effectiviteit van het nieuwe evaluatiesysteem op basis van de zeven sleutelprocessen vanaf 2016 zal tegen eind 2019 worden geëvalueerd en eventueel aangepast.

In derde instantie erkent het Rekenhof dat de wettelijke opdrachten van de ziekenfondsen in de toekomst zullen worden aangepast aan de evolutie naar gezondheidsfondsen en de gevolgen van de zesde staatshervorming.

Het Rekenhof wijst voorts op het gebrek aan publiek beschikbare informatie in verband met de werking van de ziekenfondsen. Dit gemis werd onder meer vastgesteld voor de statuten, de jaarrekeningen en de jaarverslagen. De voorschriften in dit verband zullen dus compleet worden herzien.

Tussen de regels door lezen we alleszins dat de evaluatie steeds strenger zal worden.

Het Rekenhof stelt zelf geen nieuwe parameterformule voor: dat gebeurt binnen een aparte werkgroep in de schoot van 'NIC-Finance'. Eén van de aspecten die daar ter tafel liggen, is de vraag van de LCM voor gelijke administratiekosten per lid in plaats van een percentage dat vermindert vanaf een bepaald aantal leden.

- **Responsabilisering uitgaven geneeskundige verzorging**

Op 28/6/2017 publiceerde het Rekenhof zijn tweede audit, nl. over de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen. Op basis van zijn onderzoek is het Rekenhof van oordeel dat niet kan worden aangetoond dat de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen een effectief instrument is om de uitgavenevolucie in de ziekteverzekering te beheersen.

Zo kunnen de ziekenfondsen de uitgavenevolucie maar in beperkte mate aansturen, al was het maar omdat ruim een derde van de globale begrotingsdoelstelling buiten het collectieve overleg tussen de ziekenfondsen en de zorgverleners valt, terwijl juist dat overleg een belangrijk collectief instrument van uitgavenbeheersing is.

Er kan ook niet duidelijk worden aangetoond dat er een verband bestaat tussen de activiteiten van de ziekenfondsen en het daaruit voortvloeiende resultaat (boni of mali). Een boni zou vaak eerder het resultaat zijn van een budgettaire marge binnen de globale begrotingsdoelstelling dan van de activiteiten van de ziekenfondsen om de uitgaven te beheersen.

De boni van de ziekenfondsen hebben tenslotte ook gevolgen voor het thesauriebeheer van het RIZIV en de globale beheren.

In het Toekomstpact wordt voorgesteld om het huidige systeem van individuele financiële verantwoordelijkheid te vervangen door collectieve financiële verantwoordelijkheid. Het Rekenhof wijst erop dat een aantal kenmerken van collectieve responsabilisering al tot uiting komen in het huidige systeem, vooral door de koppeling van het inkomstenaandeel van een ziekenfonds aan de evolutie van de totale uitgaven.

Het Rekenhof is van oordeel dat een systeem van responsabilisering, zowel individueel als collectief, maar een effectief en efficiënt instrument voor uitgavenbeheersing kan zijn als de doelstelling vooraf duidelijk bepaald is en er een budgettair meerjarencader voor de uitgavenbeheersing is vastgelegd. Daarbij moeten de ziekenfondsen beschikken over de nodige instrumenten om de uitgavenevolucie individueel en/of collectief aan te sturen. Dat is nu niet altijd het geval: zo hebben de ziekenfondsen

weinig rechtstreekse impact op de uitgaven voor de geneesmiddelen en ook de rol van de andere partijen (bv. de zorgverleners) in de uitgavenbeheersing moet in rekening worden gebracht.

Dit alles houdt in dat de disfuncties van het huidige model, zoals de onbeperkte boni en reserves en de lange doorlooptijd, moeten worden weggewerkt. Ook kan worden nagegaan of het systeem efficiënter kan worden door de normatieve verdeelsleutel te vereenvoudigen – momenteel omvat hij 152 parameters – of zelfs te schrappen in het geval van een collectieve responsabilisering.

In dat verband rijst de vraag of andere systemen van responsabilisering niet meer aangewezen zijn voor uitgavenbeheersing in de gezondheidszorg. Zo zou kunnen worden onderzocht of naar analogie van het Toekomstpact met de geneesmiddelensector uit 2015, er gelijkaardige verbintenissen op lange termijn kunnen worden gesloten voor andere sectoren, waarbij alle betrokken actoren (ziekenfondsen, zorgverstrekkers, regering, sociale partners) evenwichtig worden geresponsabiliseerd met het oog op de realisatie van sectorspecifieke doelstellingen.

Als ervoor wordt gekozen om af te stappen van het huidige systeem van financiële verantwoordelijkheid of een collectieve financiële responsabilisering in te voeren, moet in elk geval worden beslist hoe de bestaande reserves uit de boni en de bijdragen van de leden zullen worden aangewend.

Momenteel is het dus nog niet duidelijk hoe en wanneer een hervorming van de responsabilisering precies zal gebeuren.

- **Gezondheidswet van 18/12/2016**

Om de schaalvergroting in de ziekenfondswereld te stimuleren, wordt voorzien in een bijkomende mogelijkheid van fusie tussen maatschappijen van onderlinge bijstand die verzekeringen aanbieden (VMOB's). Het betreft een hypothese die vergeten werd naar aanleiding van de wijziging van de ziekenfondswet van 6/8/1990 door de wet van 26/4/2010, nl. van een MOB die op 31/12/1990 erkend was krachtens de wet van 23/6/1894 (en ten minste één aanvullende dienst inricht voor minimum 5.000 leden) en een MOB die aanvullende diensten inricht voor meerdere ziekenfondsen bij eenzelfde landsbond en een VMOB.

De Controledienst kan daarvoor uitzonderlijk zijn toestemming verlenen vanaf 30/11/2016, mits de geldende bepalingen worden nageleefd, zodat de eerste fusies reeds op 1/1/2017 kunnen ingaan. Indien de wijziging slechts van kracht zou zijn op een latere datum, bijvoorbeeld 1/1/2017, zou een eerste fusie immers slechts zou kunnen ingaan op 1/1/2018.

Met de implementering van het Europees Semester, de Europese budgettaire kalender waaraan alle lidstaten zich dienen aan te passen, werd ook de begrotingskalender voor de VGVU hertekend. Het traject start voortaan op 31 mei met de oplevering van de technische ramingen op basis van de gegevens van het vorige jaar, om te eindigen met de beslissing van de Algemene Raad op de derde maandag van oktober.

- **Bekendmaking statuten**

Voortaan moet elk ziekenfonds en elke landsbond zijn statuten zoals goedgekeurd door de Raad van de Controledienst, bekend maken op zijn website, te beginnen met de versie van toepassing vanaf 1/7/2016.

De statuten moeten in hun geheel worden bekendgemaakt, met inbegrip van de bijlagen en de tabel met de te betalen bijdragen voor de aanvullende diensten, maar met weglating van de door de Raad van de Controledienst geweigerde bepalingen.

- **Meerjarenpact met de VI's**

Zoals voorzien in het federale regeerakkoord werd op 28/11/2016 het Meerjarenpact van de federale regering met de VI's, ook wel het Toekomstpact genoemd, ondertekend door alle VI's, de CDZ, het RIZIV en minister Maggie De Block.

Het Toekomstpact moet de specifieke en unieke rol van de VI's aanpassen aan de nieuwe uitdagingen en noden en vastleggen hoe ze zich onderscheiden van die van de andere actoren.

In de front-office of het directe contact met verzekerden kunnen ziekenfondsen zich differentiëren, maar de overheid wil ook efficiëntiewinsten realiseren door hun onderling meer te laten samenwerken.

Het pact bestaat uit twee delen. Het eerste deel is opgebouwd rond zes moderniseringsassen die werden samengevat in 56 actieverbintenissen. Het tweede deel behandelt een stabiel en responsabiliserend budgettair kader en bevat 10 actieverbintenissen. Binnen de omkadering van het nationaal intermutualistisch college werden een aantal ad hoc werkgroepen opgericht, die op hun beurt overleg plegen met de andere actoren zijnde het RIZIV, de Controledienst en de beleidscel binnen het kabinet van Volksgezondheid.

Moderniseringsas 1 betreft de informatieverlening aan, hulpverlening en gezondheidscoaching van de leden. Bedoeling is over te gaan van louter uitbetalingsinstelling naar gezondheidscoach.

De VI's stelden in dit kader voor om te werken rond preventieve tandzorg voor bepaalde doelgroepen (MAF, leeftijd), maar het RIZIV heeft beslist om het thema antibiotica voor 2018 naar voor te schuiven en preventieve tandzorg te weerhouden voor 2019.

Moderniseringsas 2 betreft de bijdrage tot de kennisopbouw en beleidsvoorbereiding voor 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.

Moderniseringsas 3 betreft handhaving en doelmatigheid. Het betreft het optimaal gebruik maken van de schaarse middelen door een correcte uitvoering van de reglementering, met moderne en responsabiliserende instrumenten en een transparante verantwoording naar de overheid.

Moderniseringsas 4 betreft het adviserend geneesherenkorps, nl. het meewerken aan een gemoderniseerde en geprofessionaliseerde rol van de adviserend geneesheren die toespitst op hun echte kerntaken. Ook het statuut wordt gemoderniseerd.

Moderniseringsas 5 betreft het 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.

In de schoot van het NIC werd een ad hoc werkgroep opgericht die een voorstel heeft uitgewerkt voor van kader met criteria waaraan de aanvullende diensten moeten voldoen ingevolge actieverbintenis 34. Dit voorstel werd besproken binnen het College van Ziekenfondssecretarissen en er werd gerapporteerd aan de Raad van Bestuur.

Op basis van de lijst met criteria werd de cartografie overlopen. Bepaalde diensten worden voorgesteld om te schrappen, andere dienen te worden aangepast en aan een groot aantal diensten dient niets te worden gewijzigd.

De lijst met de cartografie werd overgemaakt aan het kabinet dat dient te beslissen of het met de voorgestelde criteria kan instemmen; het kabinet dient ook uitspraak te doen over bepaalde criteria waarrond geen intermutualistische consensus bestaat zijnde het remgeld, de tussenkomst voor sport en de tussenkomsten in het inrichten van vakanties. Dit is tot op heden niet gebeurd en concrete gevolgen mogen niet verwacht worden.

Actieverbintenis 35 beoogt het opstellen van een lijst van doelgroepen waarvoor in de toekenning van de voordelen mag worden gedifferentieerd (nu enkel personen met een verhoogde tegemoetkoming).

Moderniseringsas 6 handelt over bestuurskracht, goed bestuur en transparantie, wat inhoudt het aanpassen van de organisatie en werking van de ziekenfondsen en de verantwoordings- en toezichtsmechanismen met het oog op transparantie en goed bestuur.

Binnen deze as zijn er heel wat belangrijke actieverbintenissen, waarvoor een aantal intermutualistische werkgroepen werden opgericht.

Zo is er de werkgroep bestuurskracht die actieverbintenis 37 bespreekt houdende volgende items:

- Versterking van de coördinerende en sturende rol van de landsbond: accreditering van de hoogste in rang door de landsbond;
- Efficiëntere werking met slankere organen;
- Verhoging van het minimum aantal leden tot 75.000 titularissen tegen 1 januari 2020 met mogelijkheid tot behoud van een ziekenfonds per taalrol en een 1 afwijking per landsbond;
- De vertegenwoordiging van de landsbond in de organen van de ziekenfondsen werd niet weerhouden;
- Voorafgaand akkoord landsbond voor oprichten MOB of VMOB.

In toepassing van actieverbintenis 41 zal, in functie van de wet op de belangenconflicten, 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. Een tekst hiervan is in voorbereiding.

Actieverbintenis 42 houdt een analyse in over de opportuniteit van het definiëren van verschillende types van verbanden met derden en onderzoeken of een vereenvoudiging mogelijk is. Daarbij worden

de diverse gehanteerde begrippen gedefinieerd waarvoor momenteel geen omschrijving bestaat (bijvoorbeeld partnerschapsovereenkomst).

Actieverbintenis 43 wil een transparante rapportering aan de algemene vergaderingen van de VI's aan de hand van één vast model dat toelaat een dynamisch beeld te hebben van de aanvullende verzekering en al zijn dwarsverbanden.

Actieverbintenis 44 gaat over het verfijnen van de lijsten van erkende verstrekkers waarmee wordt samengewerkt in het kader van de aanvullende diensten, op basis van objectieve en transparante criteria. Bijzondere aandacht moet worden besteed aan de samenwerking met de medico-sociale huizen, meer bepaald aan de onverenigbaarheden voor personen belast met het dagelijks beheer of die een leidende functie uitoefenen in een ziekenfonds of een medisch-sociale instelling.

Actieverbintenis 45 wil meer transparantie in verband met de sponsoring (is opgenomen binnen het opstellen van een kader voor samenwerking tussen mutualistische entiteiten en externe partners). 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.

De werkgroep die de actieverbintenissen 42 tot en met 45 behandelt heeft een inventaris gemaakt van alle mogelijke samenwerkingsverbanden, de toegelaten types van contracten en de voordelen en diensten die uit deze samenwerkingsverbanden kunnen voortvloeien t.a.v. de leden. De LOZ wil hierbij alle partnerovereenkomsten toelaten. De andere VI's zijn daar echter tegen waar dit een omzeiling kan betekenen van het verbod op het aanbieden van sommige aanvullende diensten die niet aan gezondheidsgerelateerd zijn.

Binnen het NIC Finance werd een werkgroep opgericht voor het behandelen van actieverbintenissen 46 en 47. Actieverbintenis 46 betreft 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.

Actieverbintenis 47 betreft het implementeren van een model van analytische rapportering uiterlijk voor het boekjaar 2018. Een stappenplan wordt daarbij opgesteld.

De analytische rapportering werd in een intermutualistisch voorstel gegoten. Dit voorstel werd besproken met de Controledienst en met de beleidscel van Volksgezondheid. Uiteindelijk werd er een akkoord bereikt om het huidige rapport T2 dat aan het RIZIV moet worden overgemaakt uit te splitsen over vier domeinen.

Er is ook een werkgroep binnen NIC Finance over audit en controle (actieverbintenissen 48 tot en met 51). Bedoeling zou zijn om te vertrekken van de bestaande omzendbrieven van de CDZ en een circulaire van de Nationale Bank.

Belangrijke bepalingen zijn dat er in het auditcomité en op te richten risicocomité:

- minstens drie bestuurders van de landsbond zijn die geen enkele verantwoordelijkheid dragen in het dagelijks beheer van de landsbond of de erbij aangesloten ziekenfondsen;
- in elk van deze organen moet een onafhankelijk bestuurder zijn.

Bedoeling is ook om dubbele audit te vermijden.

Een tekst is in voorbereiding en zal door de verschillende VI's aan hun revisor worden voorgelegd.

Het tweede deel van het Toekomstpact, het creëren van een stabiel en responsabiliserend budgettair kader, bevat 10 actieverbintenissen. In dit kader werden de volgende werkgroepen opgericht.

De Werkgroep AV 58, opgericht in de schoot van NIC-Finance, buigt zich over de parameterformule en de verdeelsleutel van de administratiekosten over de VI's.

– Parameterformule:

Doelstelling : beogen van een groeivoet die de totale administratiekosten op een objectieve, transparante en stabiele manier aanpast aan de evolutie van de loon- en werkingskosten en het werkvolume. De huidige parameters zouden worden vervangen door variabelen die meer de workload weergeven.

Terzake werd voorgesteld om rekening te houden met de demografische evolutie en de indexering van de lonen

– Verdeelsleutel Administratiekosten

Doelstelling: een aanpassing van de verdeelsleutel die de modernisering beoogt van de verdeling van de voorziene middelen over de VI's. 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.

De CM is hier duidelijk vragende partij voor de afschaffing van de degressiviteit in de verdeling (aangezien zij het meeste leden hebben, krijgen zij de laagste gemiddelde werkingskosten van alle VI's).

De werkgroep oordeelt dat een overgangperiode van meerdere jaren moet voorzien worden, zodat het effect en impact van de vernieuwde verdeelsleutel in de tijd uitgestrekt kan worden.

De Werkgroep AV 66 staat in voor de evaluatie van het systeem van financiële verantwoordelijkheid op basis van een rapport van het Rekenhof (eerste helft van 2017). Men moet onderzoeken of de huidige methodiek en de nu gebruikte variabelen vandaag nog relevant zijn.

Dit auditrapport moet de basis vormen voor een voorstel tot aanpassing dat wordt uitgewerkt in overleg met de verzekeringsinstellingen. Daarbij zal worden onderzocht hoe en onder welke voorwaarden geëvolueerd wordt van de individuele responsabilisering naar een collectieve responsabilisering, mede om risicoselectie en oneerlijke concurrentie uit te sluiten. Vraag is ook wat met de reserves uit het verleden zal gebeuren.

Belangrijk is verder dat de verzekeringsinstellingen de beschikking krijgen over voldoende collectieve instrumenten voor uitgavenbeheersing.

We hebben alvast vastgesteld dat de responsabilisering van de VI's in haar huidige vorm mislukt is en herleid werd tot een zuiver boekhoudkundige operatie, dit wegens het gebrek aan instrumenten.

Het huidige systeem leidt ook niet tot innovaties in beheer van de gezondheidszorgen. De VI's willen niet alleen uitvoerder zijn, maar ook zorgen voor een efficiënt beheer.

Een echte responsabilisering veronderstelt ook dat de VI's betrokken worden in alle sectoren: momenteel is dat niet het geval voor de akkoorden met de farma-industrie of bij de regeling van de financiering van de ziekenhuizen, waar de VI's alleen een adviserende bevoegdheid hebben.

Het Toekomstpact voorziet een aanzienlijke schaalvergroting van de ziekenfondsen waardoor fusies tussen liberale ziekenfondsen onvermijdelijk worden: het minimumaantal leden zal vanaf 30/6/2019 worden opgetrokken van 15.000 tot 75.000. Hierop worden twee uitzonderingen voorzien:

- elke landsbond mag, mits akkoord van zijn raad van bestuur, per taalgebied één ziekenfonds aanhouden met minder dan 75.000 leden indien hij geen ander ziekenfonds met 75.000 leden heeft in dat taalgebied;
- indien een landsbond meer dan twee aangesloten ziekenfondsen telt voor alle taalgebieden samen, mag hij één enkel ziekenfonds met minder leden aanhouden, los van de eerste uitzondering (het zgn. amendement Borsus).

Het landschap van de Liberale Mutualiteiten zal er dan, volgens de huidige stand van zaken, als volgt uitzien:

- fusie van de ziekenfondsen 401, 404, 415 en 417;
- het ziekenfonds 407 telt voldoende leden om zelfstandig te blijven;
- fusie van ziekenfondsen 403 en 413;
- nog geen beslissing over ziekenfonds 414;
- ziekenfonds 409 vraagt een uitzondering aan op grond van het taalgebied;
- ziekenfonds 418 vraagt een uitzondering aan op grond van het amendement Borsus.

Over beide uitzonderingen moeten nog worden beslist door de Raad van Bestuur van de Landsbond.

Het valt nog af te wachten welke de uiteindelijke inhoud van het KB terzake zal zijn. De publicatie van dit KB wordt hoe dan ook vóór eind 2017 verwacht.

De core business van de nieuwe ziekenfondsen kan worden opgesplitst in specifieke sectorgroepen: verzekerbaarheid, uitkeringen, financiële diensten, gezondheidszorg enz.

C. Uitkeringsverzekering

- **Algemeen**

Op het vlak van de uitkeringen de volgende items van belang voor 2016 en 2017:

1. Sinds 1/1/2016 moet er op elk getuigschrift arbeidsongeschiktheid een vermoedelijke einddatum staan, waardoor er veel meer verlengingen komen van de periodes van arbeidsongeschiktheid met dus een hogere kans op laattijdige aangifte. Voor de verlengingen geldt immers een andere aangiftetermijn dan voor de eerste aangiftes van arbeidsongeschiktheid.

Bij aanvang van de arbeidsongeschiktheid dient het vertrouwelijk bezorgd te worden aan de adviserend geneesheer binnen de 14 dagen (arbeiders), 28 dagen (bedienden en zelfstandigen) of 48 uren (werklozen).

Bij de verlengingen geldt voor alle verzekerden een aangiftetermijn van 48 uur. Dit maakt dat, niettegenstaande de uitgebreide informatiecampagne van de VI's en het RIZIV, ongeveer 15 % van de aangiftes laattijdig wordt ingediend (en dit zowel voor de eerste aangiftes als voor de verlengingen). Daarom werd in eerste instantie besloten om voor de verlengingen een opheffing van sanctie in te voeren voor de periode 1/1 t.e.m. 31/3/2016. Uiteindelijk werd deze maatregel verlengd werd t.e.m. 30/9/2016.

Sinds 1/10/2016 wordt er gewerkt met een tolerantie marge. Als de verzekerde zijn aangifte van een verlenging indient binnen de vijf werkdagen na de wettelijke termijn (48 uur), zal er geen sanctie worden toegekend als de verzekerde een eerste keer laattijdig is binnen die ziekteperiode. Vanaf de zesde werkdag zal dat wel gebeuren vanaf het begin van de verlenging. Deze maatregel zal na één jaar worden geëvalueerd.

Het RIZIV is van oordeel dat een goede informatieverstrekking door alle actoren (VI's, werkgevers, uitbetalingsinstellingen van de werkloosheidsuitkeringen, zelfstandigenorganisaties, sociale verzekeringsfondsen, ...) belangrijk is en blijft. Zij dient t.a.v. specifieke doelgroepen (met name uitzendkrachten en zelfstandigen) nog te worden versterkt (meer gerichte informatieverstrekking) om een zo optimaal mogelijk resultaat te bereiken.

Momenteel wordt in de schoot van de KSZ onderzocht of de behandelende geneesheren in de toekomst eventueel de aangifte van arbeidsongeschiktheid via elektronische weg zouden kunnen doen. Dit zou een oplossing kunnen bieden voor de vele laattijdige aangiftes.

2. Sinds 1/2/2016 hebben gedetineerden geen recht meer op uitkeringen, waar zij vroeger, afhankelijk van het feit of zij al dan niet personen ten laste hadden, wel recht hadden op volledige of halve uitkeringen.

Personen in voorlopige hechtenis hebben sinds 1/2/2016 dan weer wel recht op volledige uitkeringen, terwijl hier vroeger een onderscheid gold afhankelijk van de gezinssituatie.

Wegens de laattijdige publicatie van deze maatregel in het Belgisch Staatsblad en een aantal onduidelijkheden, zorgde de praktische toepassing voor problemen.

Voor zelfstandigen is er nog niets beslist en blijven de eerdere bepalingen voorlopig ongewijzigd.

3. Wijziging bepaling gederfd loon

Om besparingsredenen zal er vanaf 1/1/2017 een ander gederfd loon in rekening genomen worden om de uitkering op te berekenen dan vandaag het geval is. Momenteel wordt als basis voor de berekening van de uitkeringen het gederfd loon van de dag voorafgaand aan het sociaal risico genomen.

Vanaf 1/1/2017 zal dat het gederfd loon van de laatste dag van het tweede kwartaal voorafgaand aan het kwartaal van het risico worden in geval van een stabiele tewerkstelling. Ook zal er geen rekening meer gehouden worden met premies die niet gekoppeld zijn aan prestaties en met overuren die minder dan 10 % van het totale loon vertegenwoordigen.

Om dit te realiseren, moet ook het inlichtingsblad werkgever op meerdere vlakken aangepast worden.

4. Vanaf 1/1/2017 zal een zelfstandige halve weken moederschapsrust kunnen nemen bovenop de verplichte periode van drie weken. Aangezien de huidige programma's van de VI's deze mogelijkheid niet voorzien, zullen de nodige aanpassingen moeten worden doorgevoerd om dit mogelijk te maken.
5. M.b.t. de internationale uitkeringsdossiers (proratadossiers) van Belgisch verzekerden wil het RIZIV de samenstelling van de loopbaan (het opstellen van het formulier E205) die het momenteel nog doet, op korte termijn overhevelen naar de VI's. Hiervoor zouden de VI's toegang moeten krijgen tot ARGO en/of tot MyCareer. Het gaat hier echter om een behoorlijk arbeidsintensieve opdracht, waarvoor de VI's geen extra middelen zouden krijgen.
6. Op 1/5/2017 treedt de verlenging van de wachttijd voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen van zes naar twaalf maanden in werking.
7. In kader van de medische controle op de primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit wordt een elektronische uitwisseling van de medische gegevens, de voorstellen van erkenning invaliditeit (de vroeger invaliditeitsteekkaarten), en de beslissingen van de HCGRI verder geïmplementeerd via IDES. Het profiel van de verzekerden op de 1^{ste} dag van de zevende maand arbeidsongeschiktheid met oa codering van de pathologie moeten eveneens overgemaakt worden via IDES. De juiste coderingen en correcte fluxen zullen in aanmerking komen voor het bepalen van de variabele administratiekosten. Daarnaast werd er een 'gerichte hercontrole' voorzien, waarbij de geneesheren van de Dienst uitkeringen, op basis van een selectie van de dossiers uit IDES '7^{de} maand', in dialoog treden met de adviserend-artsen en ook de primaire arbeidsongeschiktheid beoordelen. De re-integratiecel van de Dienst uitkeringen werd met een groot aantal medewerkers uitgebreid, en heeft in stilte vele taken van de verzekeringsinstellingen in het kader van de re-integratie overgenomen.

- **Re-integratie in de arbeidsmarkt**

Eén van de speerpunten van de Regering Michel I is om arbeidsongeschikte werknemers in de mate van het mogelijke te re-integreren in de arbeidsmarkt.

Ministers De Block en Peeters publiceerden elk een K.B. over re-integratietrajecten. Daar waar deze elkaar zouden moeten aanvullen, stelt men op het terrein toch dikwijls tegenstrijdigheden vast.

Hierbij wordt eerst gefocust op de re-integratiemogelijkheden bij de eigen werkgever, omdat de arbeidsongeschikte werknemer vaak op termijn opnieuw zijn werk zal kunnen hernemen, al dan niet na een progressieve werkhervatting, en dit in een hem vertrouwde professionele context.

Dit traject bestaat uit drie fasen. Eerst komt de opstart van een re-integratietraject waarbij het initiatief kan uitgaan van De werknemer zelf, of zijn behandelend arts, de adviserend geneesheer of de werkgever.

In een tweede fase zal de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer de mogelijkheid tot re-integratie onderzoeken samen met de betrokken werknemer, diens behandelend geneesheer, de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, en eventueel ook met de preventieadviseurs psychosociale aspecten en ergonomen binnen de preventiedienst.

In fase 3 zullen werkgever en werknemer samen moeten bekijken welke concrete mogelijkheden er zijn voor aangepast of ander werk binnen de onderneming. Vervolgens is er ook overleg nodig met de adviserend geneesheer van het ziekenfonds in het kader van toegelaten arbeid of progressieve werkhervatting binnen de ziektewetgeving.

Daarbij wordt ook de nodige aandacht besteed aan het collectief kader, in de vorm van een re-integratiebeleid dat op ondernemingsniveau moet worden uitgewerkt.

Arbeidsongeschikten zonder arbeidsovereenkomst kunnen een beroep doen op een re-integratietraject gericht op socio-professionele re-integratie, waarbij de adviserend geneesheer de leiding neemt en samenwerkt met o.a. de regionale tewerkstellingsdiensten.

Als de adviserend geneesheer oordeelt dat iemand zonder arbeidsovereenkomst een job aankan, eventueel na een herscholing of een beroepsopleiding, voert hij eerst een medisch-sociaal onderzoek uit. Samen met de betrokkene bekijkt hij de jobmogelijkheden en stelt een re-integratieplan op, eventueel in overleg met de behandelende geneesheer.

De arbeidsongeschikte persoon krijgt ook gelegenheid opmerkingen te maken op het aanbod. Eens er een akkoord is, wordt een overeenkomst opgesteld die adviserend geneesheer en betrokkene ondertekenen. Om de drie maanden voorziet de adviserend geneesheer opvolging van het re-integratietraject.

De arbeidsongeschikten kunnen een re-integratietraject aanvragen vanaf:

- 1/1/2017 voor arbeidsongeschiktheden die aanvatten vanaf 1/1/2016;
- 1/1/2018 voor arbeidsongeschiktheden die aanvatten vóór 1/1/2016.

• Zelfstandigen

Voor zelfstandigen noteren we twee positieve maatregelen: de invoering van het overbruggingsrecht en de snellere toekenning van uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid.

1. Op 1/1/2017 werd het overbruggingsrecht voor zelfstandigen ingevoerd dat de reeds bestaande faillissementsverzekering uitbreidt naar de zelfstandigen die een activiteit tijdelijk of definitief moeten stopzetten om economische redenen, onafhankelijk van hun wil. Volgende situaties worden in aanmerking genomen: een natuurramp, een brand, de vernieling van de bedrijfsgebouwen of de professionele uitrusting en een allergie, erkend door de adviserend geneesheer en veroorzaakt door de uitoefening van de specifieke zelfstandige activiteit.

De betrokken zelfstandigen, helpers en meewerkende echtgenoten moeten zich in economische moeilijkheden bevinden, wat betekent dat ze ofwel begunstigde zijn van een leefloon, ofwel een

vrijstelling van sociale bijdragen hebben genoten gedurende een bepaalde tijd, ofwel inkomsten hebben die lager zijn dan de drempel van € 13.010,66.

De duur van de dekking is verbonden aan de lengte van de loopbaan als zelfstandige (het overbruggingsrecht kan gebruikt worden gedurende maximaal een jaar voor de hele duur van de loopbaan als zelfstandige).

Het overbruggingsrecht geeft recht op een uitkering van € 1.168,73 (met gezinslast: € 1.460,45) en het behoud van de rechten op geneeskundige verzorging.

2. Op voorstel van minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block en van haar collega van Middenstand, Zelfstandigen en KMO's, Denis Ducarme, krijgen zelfstandigen die ziek zijn vanaf 1/1/2018 al na twee weken een uitkering in plaats van eerst na een maand. Uit de prognoses blijkt dat deze maatregel volgend jaar positieve gevolgen zal hebben voor meer dan 17.000 zelfstandigen. In de bestaande regeling nemen sommige zelfstandigen om financiële problemen te vermijden zelfs helemaal geen ziekteverlof terwijl ze daar wel nood aan hebben.

D. Verzekerbaarheid

1. Sinds 1/4/2016 is de toekenning van het recht op geneeskundige verstrekkingen van startende zelfstandigen ondergeschikt aan de effectieve betaling van de eerste sociale kwartaalbijdrage.

Hun rechten worden hen dus slechts toegekend de eerste dag van het kwartaal van onderwerping aan het sociaal statuut, van zodra hun eerste kwartaalbijdrage betaald is of wanneer zij een vrijstelling daarvan bijdrage verkrijgen. Deze maatregel betreft enkel de zelfstandigen die zich inschrijven of herinschrijven bij een ziekenfonds op basis van een begin van zelfstandige activiteit.

2. Een reeks aanpassingen aan het zelfstandigenstatuut (Wet van 15/7/2016) voorziet in:
 - een vrijstelling van sociale bijdrage voor de vrouwelijke zelfstandige die haar activiteit onderbreekt naar aanleiding van haar bevalling (vanaf 1/1/2017 voor de bevallingen die vanaf 1/10/2016 plaatsvinden);
 - het bevorderen van de verzoening tussen het professionele leven en het privéleven van de zelfstandigen via de toekenning van moederschapshulp, van een adoptie-uitkering of een uitkering voor de onderbreking van de beroepsactiviteit om aan iemand zorgen te bieden;
 - het verbeteren van de moederschapsverzekering voor vrouwelijke zelfstandigen door:
 - een verlenging van de moederschapsrust van acht weken (negen bij de geboorte van een meerling) tot 12 weken (13 bij de geboorte van een meerling). Deze verlenging gaat enkel over de facultatieve periode van de moederschapsrust. De verplichte periode blijft nog steeds drie weken;
 - de termijn waarbinnen deze moederschapsrust moet worden opgenomen, wordt verlengd van 21 tot 36 weken;
 - de vrouwelijke zelfstandige heeft de mogelijkheid om gedurende de facultatieve periode van haar moederschapsrust haar normale beroepsactiviteit halftijds uit te oefenen. In dat geval wordt het forfaitaire bedrag van de wekelijkse uitkering met de helft verminderd (€ 224,66) en telt de facultatieve periode dan maximum 18 weken halftijdse moederschapsrust (of 20 weken in geval van de geboorte van een meerling). Deze mogelijkheid bestaat ook bij de verlenging van de moederschapsrust verbonden aan de ziekenhuisopname van het kind.
3. Op het vlak van het ledenbeheer staan voor 2017-2018 de volgende projecten in de steigers:
 - een nieuwe systematische controle voor residenten: die bestond weliswaar tot 2014, maar werd stopgezet omwille van het project forfaitarisering dat er uiteindelijk toch niet is gekomen. Met dit project zou er een forfaitaire bijdrage worden ingesteld die stijgt naarmate de hoedanigheid van resident langer gebruikt wordt;
 - een elektronische handtekening voor meerdere documenten waardoor het mogelijk – maar niet verplicht – wordt om mutatieformulieren, inschrijvingsformulieren enz. elektronisch in te vullen en door te sturen naar de VI's. Het wetgevend kader daarvoor is inmiddels rond. Enkele VI's werken hier reeds mee en voor de Liberale Mutualiteiten loopt momenteel nog de programmatiefase;
 - de modernisering van de bijdragebons: momenteel worden bijdragebons aangemaakt door de RSZ, RSVZ of werkloosheidsuitbetalingsinstellingen. Zij wensen hier niet veel langer voor in te staan, waardoor een alternatieve oplossing wordt gezocht. Er is hierover nog niets concreet;

- de integratie van geplaatste geïnterneerden in de verplichte ziekteverzekering;
 - de ISI+ kaarten zullen gemaakt worden door Zetes in plaats van door Oberthur.
4. Sinds 2014 laten de ziekenfondsen geen nieuwe SIS-kaarten meer aanmaken of uitreiken, hoewel de bestaande kaarten nog een tijd geldig bleven. In 2016 werd de geldigheidsdatum van de nog niet vervallen SIS-kaarten nog een laatste keer met één jaar verlengd tot 31/12/2016, waarna ze definitief hun geldigheid verloren. De functionaliteiten werden overgenomen door een nieuw systeem op basis van de elektronische identiteitskaart. Door het verlengen van de overgangperiode kon de aanmaak van de ISI+-kaarten meer worden gespreid en een massale productie eind 2015 worden vermeden. De ISI+-kaarten worden bij voorrang uitgereikt aan nieuwe rechthebbenden (pasegeborenen en nieuwkomers) en aan degenen die niet meer over een geldige SIS-kaart beschikken (door verlies, diefstal of einde van de geldigheid).
5. De hervorming van het overlevingspensioen, die werd doorgevoerd op 1/1/2015, werd geïntegreerd in de reglementering van de ziekte-uitkeringen.

Personen die recht hadden op het overlevingspensioen (of een daaraan gelijkaardig voordeel) zijn na afloop van die periode vrijgesteld van wachttijd voor het recht op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid.

8. Er wordt een vrijstelling van wachttijd ingevoerd voor vastbenoemde ambtenaren die verlof zonder wedde om persoonlijke redenen nemen om loonarbeid te verrichten. De vrijstelling geldt voor het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen onder de volgende voorwaarden:
- de persoon moet binnen de 30 dagen vanaf de aanvang van zijn verlof zonder wedde om persoonlijke redenen als vastbenoemd ambtenaar, de hoedanigheid van gerechtigde verkrijgen;
 - hij moet al voor een ononderbroken periode van minstens zes maanden tewerkgesteld zijn geweest als vastbenoemd ambtenaar.

Indien hij slechts voor een kortere periode ononderbroken tewerkgesteld is geweest in die hoedanigheid, wordt dat tijdvak gelijkgesteld met een tijdvak dat in aanmerking wordt genomen voor de berekening van de wachttijd.

Ten gevolge van een arrest van het Europees Hof van Justitie van 21/5/2015 treedt de nieuwe regeling retroactief in werking op dezelfde datum voor de risico's die aanvatten vanaf deze datum.

9. Vanaf 1/4/2017 moet een Dimona-aangifte worden toegepast voor werknemers die in de loop van een kalenderjaar maximum 25 arbeidsdagen presteren bij één of meer werkgevers.

Concreet gaat het om prestaties bij diverse overheidsdiensten of door de overheid erkende organisaties op het vlak van sportinitiatie, socio-culturele vorming, vakantiecampen, sportmanifestaties, etc.

Voordien moesten die specifieke tewerkstellingen niet worden aangegeven bij de RSZ, maar de nieuwe regeling vergemakkelijkt o.m. de strijd tegen de sociale fraude.

10. Sinds 1/1/2017 is een sociaal en fiscaal statuut van kracht voor de 'student-ondernemer': jongeren tot 25 jaar die een zelfstandige activiteit combineren met studies die hun hoofdbezigheid vormen.

De studenten-zelfstandigen genieten van een *gunstigere bijdrageregeling* dan de zelfstandigen in hoofdberoep. Daar staat tegenover dat ze geen recht hebben op de uitkerings- en moederschapsverzekering, maar de tijdvakken waarin wordt bijgedragen als student-zelfstandige

tellen wel mee voor het vervullen van de *wachttijd* in het kader van de uitkerings- en moederschapsverzekering voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten.

Voor de verzekeringsplichtigen die gelijkgesteld zijn met zelfstandigen in bijberoep en dit regime genoten vóór 1/1/2017, kan de nieuwe regeling pas uitwerking hebben vanaf het eerste kwartaal 2017, voor zover een *nieuwe aanvraag* wordt ingediend en de nodige inlichtingen worden verstrekt.

E. Geneeskundige verzorging

• Programmawet van 25/12/2016

De Programmawet van 25/12/2016 bevat verschillende zaken die van belang zijn voor de ziekteverzekering en de gezondheidszorgen.

Vanaf 1/1/2017 worden de grensbedragen in het kader van de MAF jaarlijks met 2% geïndexeerd indien de spilindex in de loop van het voorgaande jaar werd overschreden: sinds de invoering van de MAF in 2002 waren die bedragen immers nog niet aangepast.

Eveneens op 1/1/2017 werden twee wijzigingen doorgevoerd op vlak van het goedkoop voorschrijven.

Enerzijds wordt het minimumpercentage voor goedkoop voorschrijven voor de algemeen geneeskundigen opgetrokken van 50 % naar 60 % omdat er steeds meer 'goedkope' alternatieven voor bestaande therapieën beschikbaar zijn. Dit zal ondersteund worden door een individuele feedbackcampagne aan de huisartsen.

Anderzijds wordt de definitie van de 'goedkoopste geneesmiddelen' aangepast. De groep van de goedkoopste geneesmiddelen bestaat uit de specialiteit waarvan de vergoedingsbasis per gebruikseenheid de laagste is en die effectief beschikbaar is, en de beschikbare specialiteiten waarvan de vergoedingsbasis per gebruikseenheid niet meer dan 5 % hoger is dan de laagste. Indien er zich geen drie specialiteiten binnen de vork van 5 % bevinden, worden ook het op één en op twee na goedkoopste geneesmiddel beschouwd als zijnde goedkoop, op voorwaarde dat de prijsverschil met het goedkoopste geneesmiddel niet méér bedraagt dan 20 %.

Een derde belangrijke maatregel gaat over de financiële verwerking van de zgn. 'artikel 81-overeenkomsten' door de ziekenfondsen. Wanneer een farmaceutische specialiteit terugbetaald wordt op basis van een overeenkomst die de aanvrager heeft afgesloten met het RIZIV in ruil voor compensatieregels (een zgn. artikel 81-overeenkomst), worden de desbetreffende kosten sinds 2017 opgenomen in de uitgaven voor de farmaceutische specialiteiten.

Dat betekent dat er vanaf 2017 met de terugstortingen uit die overeenkomsten rekening wordt gehouden bij de opmaak van de partiële begrotingsdoelstelling.

Dat geldt eveneens voor de VI's, nl. voor de berekening van de voorschotten, de voorlopige afsluiting van de rekeningen en de financiële verantwoordelijkheid, vermits zij alle uitgaven voor de artikel 81-overeenkomsten opnemen in hun boekhouding, ook het gedeelte van de uitgaven die achteraf teruggestort worden aan het RIZIV.

Voor het dienstjaar 2016 wordt er voor de ontvangsten van de artikel 81-overeenkomsten een correctie doorgevoerd met betrekking tot de voorlopige afsluiting van de rekeningen en de financiële verantwoordelijkheid.

Een gelijkaardige regeling wordt mogelijk gemaakt voor de implantaten met terugwerkende kracht vanaf 2016.

• Informatisering

Op het vlak van de informatisering wordt volop verder gewerkt aan de uitvoering van het actieplan e-Gezondheid 2015-2019. Voor het eHealth-platform werd inmiddels al de derde bestuursovereenkomst goedgekeurd. In het kader van het digitaal loket werd de CoBRHA-gegevensbank voor de gezondheidsactoren verder uitgebouwd. Een ander aspect van zo'n digitaal loket, ditmaal voor wat de

relatie tussen de ziekenfondsen en hun leden betreft, is de mogelijkheid van elektronische uitwisseling van documenten.

De artsen krijgen de mogelijkheid om geneesmiddelen elektronisch voor te schrijven, zonder gebruik van het papieren formulier. De huisartsen krijgen ook een jaarlijkse financiële tegemoetkoming als ze gebruik maken van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers (EMD).

1. Op 21/4/2016 keurde de Regering de derde bestuursovereenkomst van het eHealth-platform goed voor de periode 2016-2018. In deze overeenkomst wordt een hele reeks gekwantificeerde doelstellingen vastgelegd inzake efficiëntie en kwaliteit van het eHealth-platform en de methodes voor het opvolgen van de naleving ervan. Daar behoort o.m. de ontwikkeling toe van een visie en een strategie inzake e-gezondheid en het beheren en coördineren van de ICT-gerelateerde aspecten van de gegevensuitwisseling in het kader van elektronische patiëntendossiers en elektronische medische voorschriften.

De beheersovereenkomst regelt ook de medewerking aan transversale projecten waarbij de openbare instellingen van sociale zekerheid zich ertoe engageren om mee te werken aan de programma's inzake administratieve vereenvoudiging, armoedebestrijding en bestrijding van sociale fraude.

Specifieke aandacht zal daarbij gaan naar de toepassing van het beginsel van 'handstreaming' waarbij op transversale wijze de integratie van personen met een handicap in alle domeinen van het maatschappelijk leven bevorderd wordt.

De openbare instellingen van sociale zekerheid engageren zich om verder actief deel te nemen aan de Federale Netwerken Klantgerichtheid en Klachtenmanagement, wat een jaarlijkse rapportering van het klachtenmanagement inhoudt en, voor 2016, de optimalisatie van het onthaal en de product- en dienstencatalogus. Ook moeten ze aan de federale regering concrete voorstellen doen tot actualisering van het Handvest van de sociaal verzekerde.

2. Het e-Health-platform omvat ook een uniek digitaal loket bestemd voor de gezondheidsactoren. Op 29/6/2015 legde de Interministeriële Conferentie daarvoor de principes vast. Dit loket moet de toegangspoort vormen voor de momenteel ontwikkelde of bestaande portaalsites van de administraties, waar verschillende diensten aan de zorgverstrekkers worden aangeboden.
3. Een andere dienst van het e-Health-platform is de gegevensbank 'CoBRHA' (*Common Base Registry for HealthCare Actor*) voor gezondheidsinstellingen en zorgberoepen die verder wordt uitgebouwd naar 'CoBRHA+'. CoBRHA+ moet op termijn het centraal platform worden voor de uitwisseling van gegevens tussen de openbare instellingen die bevoegd zijn voor de erkenning van de actoren in de gezondheidszorg in België. Daarin wordt vastgelegd wie een actor in de gezondheidszorg is, wat hij of zij mag doen en welke zijn of haar verantwoordelijkheden zijn.

In het Protocolakkoord van 21/3/2016 tussen de Federale Regering en de Gemeenschappen en Gewesten werd voorzien dat de verschillende administraties de gegevens betreffende de gezondheidsactoren die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van hun respectieve opdrachten, kunnen delen, zodat ze die slechts éénmalig hoeven op te vragen (het 'only once'-principe) en geen nieuwe databanken hoeven aan te leggen.

Dit protocolakkoord geldt voor gegevens en processen gerelateerd aan ziekenhuizen, ROB's en RVT's, ambulancediensten, individuele zorgverleners en apotheken.

4. Het Verzekeringscomité heeft de praktische modaliteiten vastgelegd volgens dewelke rechthebbenden het inschrijvings- en het mutatieformulier op elektronische wijze kunnen invullen en overmaken aan hun ziekenfonds, dit in het kader van de uitwerking van een elektronisch loket.

Voor de overige formulieren in de ziekteverzekering komt de keuze van het ritme van ontwikkeling toe aan elke VI. Die kiest ook de technologie die ze wil gebruiken en ter beschikking stellen van haar verzekerden. Ze moet evenwel steeds voorafgaandelijk de Leidend ambtenaar van de dienst voor geneeskundige verzorging informeren.

Het RIZIV publiceert op zijn website de lijst, per VI, van de formulieren die ter beschikking worden gesteld.

Andere formulieren, zowel in de sector geneeskundige verzorging als in de sector uitkeringen, die later in aanmerking zouden kunnen komen zijn bvb. de verklaringen betreffende inkomsten van personen ten laste of in het kader van de verhoogde tegemoetkoming.

Er is echter geen verplichting voor de verzekerde om het elektronische formulier te gebruiken.

De nieuwe regels gelden alleen voor de formulieren die worden ingevuld en overgemaakt door de verzekerde aan de VI, maar niet voor de elektronische mededeling naar de rechthebbenden.

5. Het Verzekeringscomité heeft de praktische modaliteiten vastgelegd voor het gebruik van het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift vanaf 1/1/2017, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. De voorschriften buiten het ziekenhuis worden geverifieerd en voorzien van een tijdsstempel via het Recip-e systeem.

De voorschrijver drukt een 'bewijs van elektronisch voorschrift' af en overhandigt dit aan de patiënt die het kan afleveren aan de apotheker.

Overeenkomstig de machtiging van het Sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid kunnen de officina en de tarifieringsdienst waarbij ze is aangesloten de elektronische voorschriften die worden uitgevoerd door de officina raadplegen gedurende de bewaringstermijn die is voorzien door of krachtens de wet.

6. Zoals voorzien in het regeerakkoord van 2014 en in de bestuursovereenkomst van het RIZIV 2016-2018, installeert de 'wet van 11/8/2017 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid' bij het Intermutualistisch agentschap (IMA) een gegevensplatform 'NewAttest' met alle gegevens van de VI's betreffende de geneeskundige verzorging. Het IMA moet deze exhaustieve gegevensbank op permanente wijze en via een beveiligde verbinding ter beschikking stellen van het RIZIV. de bedoeling is dat het RIZIV snel over alle gegevens kan beschikken met het oog op de uitgavenbeheersing, de organisatie van doelmatige zorg en de bestrijding van sociale fraude.
7. In Vlaanderen is op 1/12/2016 het Vlaams Agentschap voor de Samenwerking rond Gegevensdeling tussen de Actoren in de Zorg (VASGAZ) van start gegaan dat de elektronische gegevensdeling tussen de zorgactoren in het Nederlandse taalgebied moet regelen. Via een netwerk voor digitale gegevensdeling moeten zorg- en hulpverleners gegevens van een zorggebruiker elektronisch met elkaar kunnen uitwisselen op voorwaarde dat die daarmee akkoord gaat.

Het Vlaamse netwerk maakt gebruik van de basisdiensten die aangeboden worden door eHealth in samenwerking met de Vlaamse Dienstenintegrator. Dat is van belang om op termijn doelstellingen in het kader van automatische rechtentoekenningen te kunnen realiseren, bijvoorbeeld wanneer een bepaalde graad van zorgbehoefendheid aanleiding geeft tot een tegemoetkoming.

De stakeholders – de ziekenfondsen, de voorzieningen, de zorgverleners enz. – spelen daarbij een centrale rol.

8. Om burgers een meer doeltreffende sociale bescherming aan te bieden en de administratieve lasten te verlichten, voorziet de Europese Unie een verplichte elektronische uitwisseling van de socialezekerheidsgegevens.

Deze beslissing, die ongeveer 10.000 instellingen in Europa betreft, zal worden uitgewerkt in het kader van het EESSI-systeem (*Electronic Exchange of Social Security Information*), een Europees beveiligd elektronisch netwerk dat de socialezekerheidsinstellingen verbindt.

• **Derdebetalersregeling**

In het kader van de derdebetalersregeling worden de papieren getuigschriften voor verstrekte hulp geleidelijk aan vervangen door een elektronische facturatie van de zorgverleners aan de VI's via MyCarenet (project eFac).

De verificatie van de identiteit gebeurt dan door de elektronische lezing van een geldig identiteitsdocument of van het identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ) met behulp van een kleefbriefje met barcode.

De elektronische gegevensoverdracht van de verstrekkers aan de VI's in het kader van de derdebetalersregeling (DBR) wordt geleidelijk ingevoerd per sector. Sinds 1/7/2015 is dit mogelijk voor de huisartsen.

Volgens een rapport van het RIZIV passen niet alle huisartsen de DBR toe voor wie het zou moeten, waardoor één op 7 patiënten met laag inkomen te veel betaalt.

Voor de laboratoria voor de klinische biologie wordt het mogelijk vanaf 1/5/2016 en verplicht op 1/5/2018. Vanaf 1/10/2017 volgen de ambulante prestaties van verpleegkundigen (KB nog te verschijnen).

De mogelijkheid tot elektronische facturatie wordt nu uitgebreid tot andere sectoren en op termijn aangevuld met de vervanging van de getuigschriften voor verstrekte hulp door een elektronische facturatie buiten de derdebetalersregeling (project eAttest).

In geval van gebruik van elektronische getuigschriften voor verstrekte hulp wordt met terugwerkende kracht vanaf 1/7/2015 voorzien in de globale en systematische overdracht van informatie door het RIZIV aan de FOD Financiën voor controle op de inkomsten aangegeven door de zorgverleners, of die nu optreden voor eigen rekening of voor rekening van derden.

De derdebetalersregeling wordt toegepast mits verificatie van de identiteit van de rechthebbende op het ogenblik van de verstrekking.

Wanneer de gegevens worden overgezonden aan de VI's via MyCarenet zal de verificatie van de identiteit weldra verplicht gebeuren door de elektronische lezing van een geldig identiteitsdocument of van het INSZ met behulp van een kleefbriefje met barcode.

Het Verzekeringscomité heeft de algemene principes van elektronische lezing opgesteld, maar de verplichting tot lezing wordt geleidelijk ingevoerd per sector.

Sinds 1/10/2017 is de lezing verplicht ingevoerd voor de ambulante prestaties van verpleegkundigen met ingang, te weten de timing die ook vooropgesteld wordt in het actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016-2017.

De verordening omvat een generiek luik voor alle sectoren waarvoor de elektronische lezing verplicht wordt, alsook enkele specificiteiten voor de sector verpleegkundigen.

De praktische modaliteiten die voor alle sectoren zullen gelden gaan over:

- de standaard regels/gemene bepalingen: de verificatie van de identiteitsdocumenten, de lezing daarvan en registratie van de gegevens;
- de afwijkingen en overmachtsituaties die worden aanvaard;
- de streefcijfers inzake elektronische lezing

De ziekenfondsen registreren de informatie inzake elektronische lezing, nl. de elektronische dan wel manuele invoering van gegevens en de gegevens rond het gebruik van het vignet.

Van die registraties moeten van de ziekenfondsen profielen opmaken die tevens kunnen worden gebruikt voor controledoeleinden.

Vanaf 15/10/2017 werden in de reglementering op de derdebetalersregeling de drie bestaande categorieën beter tot uiting gebracht, m.n. de verplichte, de facultatieve en de verboden derdebetalersregeling. Daarnaast vinden onder meer volgende inhoudelijke wijzigingen plaats:

- geen verplichting meer tot verificatie van de identiteit van de patiënt door de huisarts bij een administratieve of automatische verlenging van een globaal medisch dossier;
- er wordt bij KB bepaald voor welke geneeskundige verstrekkingen de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht is;
- een verbod voor prestaties logopedie in schoolverband;
- een procedure voor bekendmaking van de modaliteiten inzake facultatieve derdebetalersregeling;
- voor zorgverleners zonder overeenkomsten- of akkoordencommissie zullen de modaliteiten inzake facultatieve derdebetalersregeling worden vastgesteld door het verzekeringscomité;
- een verruiming van de uitzonderingssituatie voor de palliatieve patiënt tot alle palliatieve patiënten en niet enkel die met het palliatief forfait;
- een verbintenis voor audiciens, opticiens, bandagisten en orthopedisten om de derdebetalersregeling toe te passen als de patiënt daarom vraagt.

• **Globaal medisch dossier (GMD)**

1. Zoals voorzien het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 22/12/2015, wordt het globaal medisch dossier (GMD) verder uitgebouwd als centraal gegeven in de goede praktijkvoering van de huisarts. Gezien de beperkte middelen, gebeurt dat in een eerste fase enkel voor de patiënten met het statuut chronisch zieke in de leeftijdscategorie 45-74 jaar. Voor hen krijgt de huisarts een verhoging van het GMD bedrag tot € 55.
2. Met terugwerkende kracht op 1/1/2016 wordt de preventiemodule geïntegreerd in het GMD. Die preventiemodule omvat een aantal gegevens over de levensstijl van de patiënt (voeding, lichaamsbeweging, tabaks- en alcoholgebruik). Daarnaast moet de arts een aantal parameters bijhouden over de preventieve maatregelen die worden genomen, zoals gegevens over eventuele

cardiovasculaire ziekten, de opsporing van colorectale kanker, borstkanker en baarmoederhalskanker, vaccinaties (difterie, tetanus, griep en pneumokokken), een aantal biologische metingen, de opsporing van depressie en de mondzorg.

3. De Gezondheidswet van 18/12/2016 gaat nog een stap verder en maakt de toekenning van het honorarium voor het beheer van het GMD afhankelijk van het feit dat de huisarts een elektronisch beheer van de medische dossiers (EMD) gebruikt.

Huisartsen die vanaf 1/1/2017 worden erkend zullen onmiddellijk aan die voorwaarden moeten voldoen; de anderen hebben nog tijd tot 2021.

Een eerste reeks voorwaarden gaan over de effectieve activiteit als huisarts, nl. ingeschreven zijn in de georganiseerde wachtdienst en effectief een activiteit uitoefenen in het kader van de VVG (in het premiejaar een minimumbedrag van € 25.000 aan terugbetalingen van huisartsgeneeskundige verstrekkingen hebben geboekt of de forfaitgeneeskunde uitoefenen).

Een tweede reeks betreft het effectief gebruik van telematica en het EMD met een door de medicomut goedgekeurd softwarepakket. Voor het premiejaar 2016 moet de huisarts bepaalde gebruiksdrempels bereikt hebben voor de diensten Recip-e en MyCarenet.

Het basisbedrag bedraagt € 3.400 voor 2016, te verhogen naargelang de huisarts aan bijkomende voorwaarden voldoet.

Voor het jaar 2017 en de daaropvolgende jaren zullen de criteria en de drempelwaarden eerst worden vastgesteld na analyse van de reële gebruiksgegevens met betrekking tot 2016, welke eerst begin juli 2017 beschikbaar worden.

• Verstrekkers

1. Door de zesde staatshervorming zijn de gemeenschappen bevoegd geworden voor de erkenning van de gezondheidszorgberoepen, met naleving van de door de federale overheid bepaalde erkenningsvoorwaarden'.

Voor de Vlaamse Gemeenschap gebeurt de erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen sinds 1/4/2017 op Gemeenschapsniveau. Voor alle beroepstitels van niveau 2 en 3 een aparte erkenningscommissie wordt opgericht in de schoot van het agentschap Zorg en Gezondheid . De beoefenaars van de tandheelkunde, houders van een bijzondere beroepstitel volgden twee maanden later.

Eveneens vanaf 1/6/2017 werden in Vlaanderen in de Adviescommissie voor Voorzieningen van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en (Kandidaat-)pleegzorgers, twee nieuwe kamers opgericht: één voor artsen-specialisten en huisartsen en één voor tandartsen en tandartsen-specialisten, die adviseren over bezwaren over de erkenningen, dit ter vervanging van de beroepsprocedure bij een federale raad. De Commissie bestaat daarnaast nog uit een kamer voor welzijnsvoorzieningen en een kamer voor gezondheidsvoorzieningen.

Sinds 1/7/2017 moeten vroedvrouwen in Vlaanderen de erkenning van hun beroepstitel aanvragen bij het agentschap Zorg en Gezondheid dat een beslissing neemt na advies van de Erkenningscommissie.

De minister kan de nadere regels bepalen voor de controle op de voorwaarde dat de vroedvrouw door permanente opleiding op de hoogte blijft van de ontwikkelingen in de domeinen van de beroepsuitoefening.

2. Voor de nog resterende bevoegdheden inzake ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg, nl. de GDT's (geïntegreerde diensten voor thuisverzorging) en multidisciplinaire palliatieve teams (MBE's) werkt Vlaanderen momenteel aan een volledig reorganisatie van de structuren die de eerste lijn ondersteunen.
3. Op 22/12/2016 is voor de Franse Gemeenschap de nieuwe erkenningsprocedure in werking getreden voor de verpleegkundigen om een bijzondere beroepstitel te dragen of zich op een bijzondere beroepskwalificatie te beroepen en voor de registratie als zorgkundige, dit ter vervanging van de federale regeling.

Bij het Ministerie van de Franse Gemeenschap wordt een Erkenningscommissie voor de beoefenaars van de verpleegkunde opgericht, samengesteld uit meerdere afdelingen.

De Commissie geeft de minister advies over de toekenning of intrekking van een beroepstitel en over de registratie als zorgkundige en over algemene zaken betreffende de erkenning en ze oefent ook controle uit ten opzichte van elke betrokken verpleegkundige.

4. In de loop van 2017 stappen 120 huisartsen in een proefproject waarbij ze gratis via videoconferentie een beroep kunnen doen op interculturele bemiddelaars die hen in 20 verschillende talen helpen om culturele- of taalbarrières tussen arts en patiënt te overbruggen.

Met dit project wil Minister Maggie De Block de eerstelijnszorg toegankelijker maken voor de meest kwetsbare patiënten in onze samenleving.

• **Geestelijke gezondheidszorg**

1. Met de Wet van 4/4/2014 kregen de geestelijke gezondheidszorgberoepen een juridische regeling, maar al snel doken er een aantal problemen op die wet, die normaal op 1/9/2016 in voege had moeten treden, onuitvoerbaar maakten.

Eén van de belangrijkste problemen was dat de psychotherapie geregeld werd buiten de wet van 10/5/2015 over de uitoefening van de gezondheidsberoepen (het vroegere KB nr. 78). Dat maakte de uitvoering ervan evenwel erg omslachtig.

Met een nieuwe Wet van 10/7/2016 heeft minister De Block de psychotherapie wel verankerd in de Wet van 10/5/2015 op de gezondheidszorgberoepen, waardoor ze dezelfde kwaliteitsgaranties en beschermingsmaatregelen zou krijgen als de andere gezondheidszorgberoepen.

Het systeem van erkenning van beroepstitels is echter niet van toepassing op de beoefenaars van de psychotherapie: de psychotherapie wordt niet beschouwd als een gezondheidszorgberoep op zich, maar wel als een behandelvorm die kan worden uitgeoefend door personen die reeds over een welbepaalde beroepstitel en bijhorende erkenning beschikken. Dit betekent dat ze enkel mag worden beoefend door klinisch psychologen, klinisch orthopedagogen en artsen.

Het belang van de wetenschappelijke onderbouw en de complexiteit van de evaluatie van de psychotherapeutische praktijk vereisen dat de basisopleiding minimaal van het masterniveau moet zijn.

Vermits de psychotherapie het basisniveau van psychologische gezondheidszorg overstijgt en het een specialistische therapievorm is voor behandeling van complexe psychische problemen, is een aanvullende training vereist voor het uitoefenen ervan.

Daarnaast moeten de beoefenaars van de psychotherapie zich periodiek bijscholen om op de hoogte te blijven van evoluties binnen hun vak en een voldoende kwalitatieve behandeling aan hun patiënten te kunnen blijven aanbieden.

Er worden evenwel ruime verworven rechten voorzien voor de reeds bestaande beoefenaars van de psychotherapie alsook voor studenten die de psychotherapie wensen uit te oefenen.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen degenen die een opleiding hebben gevolgd of volgen die recht geeft op een beroepstitel in het gezondheidszorgdomein (WUG-beroepen) en zij die een opleiding hebben gevolgd of volgen die recht geeft op een beroepstitel buiten het gezondheidszorgdomein (niet-WUG-beroepen).

Er wordt een volledige regularisatie voorzien voor alle personen die momenteel reeds de psychotherapie uitoefenen of een opleiding daarvoor volgen en er wordt ook voorzien in de mogelijkheid om nog andere WUG-beroepen tot het beroep toe te laten.

De voorwaarden voor niet-WUG-beroepen om van verworven rechten voor de uitoefening van de psychotherapie te genieten, zijn een afspiegeling van die van de WUG-beroepen, met dit verschil dat de niet-WUG-beroepen dit uitsluitend mogen op niet-autonome wijze binnen een interdisciplinair verband, onder supervisie van een autonome beoefenaar van de psychotherapie.

De zogenaamde ondersteunende geestelijke gezondheidszorgberoepen (m.n. assistenten van artsen, psychologen, orthopedagogen en andere beroepsbeoefenaars die krachtens verworven rechten de psychotherapie op autonome wijze kunnen beoefenen) mogen nog steeds bepaalde handelingen behorende tot de geestelijke gezondheidszorg uitvoeren, maar enkel op voorschrift en onder supervisie.

De wet beklemtoont de nood aan interdisciplinaire samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorgberoepen met de psychotherapie als bijzondere behandelingsvorm en de andere gezondheidszorgberoepen.

Er wordt ook uitdrukkelijk voorzien dat artsen de klinische psychologie en de klinische orthopedagogiek mogen uitoefenen. De huidige opleiding van de artsen besteedt overigens meer en meer aandacht aan het psychosociale aspect.

De rol van artsen zonder bijkomende expertise in de geestelijke gezondheidszorg beperkt zich echter tot het verstrekken van handelingen die behoren tot het domein van de counseling en andere laagdrempelige vormen van psychologische ondersteuning.

Wanneer de zorgbehoefte van de patiënt dit niveau overstijgt, zal de arts de patiënt moeten doorverwijzen naar een klinisch psycholoog/klinisch orthopedagoog, dan wel een beoefenaar van de psychotherapie.

Voor wat de adviesraden betreft, wordt de oorspronkelijk voorziene drieledige structuur met een Federale Raad voor klinische psychologie en klinische orthopedagogiek, een Federale Raad voor psychotherapie en een Raad voor geestelijke gezondheid als overkoepelend orgaan, teruggebracht tot één enkele adviesraad, de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen. In deze Raad zijn de drie beroepsgroepen vertegenwoordigd: de klinisch psychologen (16 leden), de klinische orthopedagogen (4 leden) en de artsen (8 leden).

2. Op 27/10/2016 hebben een aantal psychotherapeuten bij het Grondwettelijk Hof de vernietiging gevraagd van de opleidingsvoorwaarden om de psychotherapie te mogen uitoefenen, de gevallen waarin ook niet-beroepsbeoefenaars dit mogen doen en de bijstand door de zogenoemde ondersteunende geestelijke gezondheidszorgberoepen.

Het Hof erkende enkel dat de invoering van die nieuwe vereisten op 1/9/2016 zonder aanpassingstermijn voor degenen die voordien de psychotherapie uitoefenden om zich in regel te stellen, ernstige gevolgen heeft voor de betrokkenen beoefenaars en voor hun patiënten. Bijgevolg mogen de betrokkenen hun praktijk voortzetten zonder aan de vereisten van die wet te voldoen.

3. Artikel 107 van de ziekenhuiswet van 10/7/2008 voorziet dat de regering in specifieke financieringswijzen kan voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmeoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken. De ziekenhuizen kunnen dan een deel van hun budget flexibel inzetten om, in samenwerking met andere zorgactoren, binnen een door hen overeengekomen werkingsgebied, de vijf functies projectmatig in te vullen.

- Functie 1: GGZ-promotie, preventie, vroegdetectie en vroeginterventie;
- Functie 2: Mobiele behandelingsteams die zich verplaatsen naar waar de zorgvrager zich bevindt;
- Functie 3: Teams inzake psychosociale rehabilitatie;
- Functie 4: Intensieve gespecialiseerde residentiële GGZ-units;
- Functie 5: Specifieke woonvormen en verblijfsformules.

Bedden kunnen (tijdelijk) buiten gebruik worden gesteld, zodat met de middelen die voor dit residentiële geestelijke gezondheidsaanbod voorzien waren, mobiele multidisciplinaire teams worden samengesteld.

In overleg met de Gemeenschappen/Gewesten wordt gewerkt aan een uitbreiding van de projecten 'artikel 107' om te komen tot een volledige dekking van het Belgisch grondgebied.

De ministers bevoegd voor gezondheid hebben drie projecten goedgekeurd: in de regio's Aalst/Dendermonde/Sint-Niklaas, Mechelen-Duffel en Luxemburg.

4. De regering heeft de erkenningscriteria vastgelegd voor de beroepsverenigingen van klinisch psychologen, klinisch orthopedagogen of artsen al dan niet behorend tot een welbepaald medisch specialisme.

Om als representatief te worden aangewezen, moet de beroepsvereniging o.m. voldoen aan de volgende voorwaarden:

- de juridische vorm aannemen van een beroepsvereniging of van een VZW;
- statutair het verdedigen van de beroepsbelangen van de betrokkenen tot doel hebben alsook het waken over de kwaliteit van de uitoefening van de klinische psychologie, de klinische orthopedagogiek of de geneeskunde;
- minimum 50 leden tellen met een aantoonbare praktijkervaring van minstens twee jaar in hun domein;

- zich ertoe verbinden om hun ledenlijst en hun statuten ter beschikking te houden van de FOD Volksgezondheid.

De aanwijzing als representatieve beroepsvereniging wordt verleend door de minister van Volksgezondheid voor een (hernieuwbare) periode van zes jaar.

De minister van Volksgezondheid doet in het Staatsblad een oproep tot kandidaatstelling aan de beroepsverenigingen.

5. Door de Zesde Staatshervorming worden de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg (OP GG) in Vlaanderen sinds 1/1/2015 volledig door de Vlaamse Gemeenschap aangestuurd en gesubsidieerd. De OP hebben in 2015 een overeenkomst gekregen voor twee jaar, waarin ze hun bestaande activiteiten verdergezet en uitgebreid hebben (vooral de samenwerking met de netwerken hervorming geestelijke gezondheid rond 'volwassenen', 'kinderen en jongeren', en 'internering').

Voor 2017 en 2018 worden in de nieuwe overeenkomsten met de OP GG meer Vlaamse accenten gelegd. Er is ook een nieuwe financiering uitgewerkt. In dit kader heft de Vlaamse Regering nu principieel het KB op over de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. Ze hecht meteen ook haar goedkeuring aan de overeenkomst met elk Overlegplatform Geestelijke Gezondheid en aan het subsidiebesluit ter zake.

6. Hoe groot de nood is aan een goede geestelijke gezondheidszorg blijkt uit het feit dat het aantal mensen dat langer dan een jaar thuiszit door psychische problemen in tien jaar tijd bijna is verdubbeld. Een betere begeleiding moet de burn-out-epidemie een halt toeroepen.

Psychische problemen zijn met voorsprong de belangrijkste oorzaak waarom werknemers of zelfstandigen langdurig buiten strijd zijn. Eind 2016 zaten volgens het RIZIV 133.760 mensen langer dan een jaar thuis met een psychische stoornis, gaande van eet- en persoonlijkheidsstoornissen tot depressies en burn-outs.

Ook het aantal langdurig zieken met spier- en gewrichtsklachten zoals lage rugpijn verdubbelde in tien jaar tijd tot 118.500. Volgens KU Leuven-professor Lode Godderis, gespecialiseerd in werk en gezondheid hoort die groep eveneens grotendeels thuis onder de psychische stoornissen, want ook bij rugpijn is er een belangrijke mentale component, met een deel pijn die niet altijd fysiek vast te stellen is. Eigenlijk kampt dus meer dan de helft van de langdurig zieken met een mentaal gezondheidsprobleem.

Door de vergrijzing neemt het aantal langdurig zieken stelselmatig toe. Dat mentale problemen daarin de grootste groep vertegenwoordigen, heeft er volgens Godderis mee te maken dat een mentaal herstelproces al gauw enkele maanden duurt.

Inge Neyens, arbeidspsychologe aan het Centrum voor Zorgonderzoek van de KU Leuven, benadrukt het belang van huisartsen om psychische problemen bespreekbaar te maken voor de patiënt: door goed te communiceren kunnen sommige vroege klachten gedetecteerd worden om de patiënt snel naar de juiste hulp door te verwijzen. Slaapproblemen, mentale uitputting en stress zijn de psychische klachten waarmee werknemers het vaakst bij hun huisarts komen aanzetten. Ook

problemen met collega's, concentratieproblemen en burn-outs worden regelmatig aangekaart tijdens het doktersconsult.

Minister De Block erkent dat de toename van langdurig zieken en psychische stoornissen een groot probleem is dat structurele maatregelen vraagt. Daarbij wordt veel verwacht van het re-integratietraject dat eind vorig jaar werd ingevoerd. In samenspraak met dokters, werkgevers en werknemers krijgen arbeidsongeschikten die nog in staat zijn te werken aangepast werk aangeboden.

• Ziekenhuizen

1. Voor wat de ziekenhuizen betreft, bedroeg het budget voor de werkingskosten in 2016, na een verhoging in juli, € 7.460,3 miljoen. Dit is een vermindering met € 704,4 miljoen tegenover 2015 wegens de overheveling van bevoegdheden in het kader van de zesde staatshervorming.

Voor 2017 werd het budget, na herberekening in juni, opgetrokken tot € 7.673,3 miljoen.

2. De federale regering wil komen tot een totaal nieuw landschap waarin de netwerken van ziekenhuizen en niet meer de individuele ziekenhuizen, de belangrijkste partners worden. De ziekenhuizen moeten meer structureel samenwerken om hun taken beter te verdelen en de zorg te coördineren: de huidige wettelijke samenwerkingsvormen en bestuursstructuren volstaan daarvoor niet meer.

Minister De Block wil, binnen het kader van de ziekenhuishervorming, meer inzetten op dagchirurgie die voor een groot aantal ingrepen veilig is en meer kosteneffectief dan een klassiek ziekenhuisverblijf. Daartoe zal het huidige financieringssysteem worden vervangen door één enkel transparant systeem dat dagchirurgie financieel aanmoedigt en krijgen de dagziekenhuizen, binnen de organisatie van een ziekenhuis, een grotere autonomie.

Complexe kankerbehandelingen – chirurgie bij pancreas-, slokdarm- of longkanker – zullen in de toekomst alleen worden toegelaten in enkele gespecialiseerde instellingen. Vandaag voeren 68 ziekenhuizen de complexe chirurgie voor pancreaskanker uit, en 61 voor slokdarmkanker. De helft daarvan ziet minder dan 4 patiënten per jaar, wat niet houdbaar is. Van de 68 centra vandaag zouden er, naargelang de politieke keuzes, nog slechts 2 à 13 meer overblijven.

Het KCE voorziet daarnaast in het onderzoek naar de capaciteitsnood van algemene ziekenhuizen in 2025 nog een flinke daling van de gemiddelde verblijfsduur van een ziekenhuisopname. Tussen 2003 en 2014 is die al gedaald van gemiddeld 8,26 dagen naar 6,99 dagen, maar tegen 2025 zou dat verder dalen naar 5,94 dagen. Vooral voor zogenaamde 'aandoeningen van het bewegingsapparaat' zullen patiënten veel minder lang opgenomen blijven.

3. Met het oog op die hervorming werd er vanaf 29/12/2016 een algemeen moratorium opgelegd op reconversies van ziekenhuisbedden, diensten, afdelingen, functies en zorgprogramma's. In principe zou het algemeen moratorium na ongeveer twee jaar terug opgeheven moeten kunnen worden en eindigt het in elk geval op het einde van de huidige legislatuur.

Indien nodig kunnen afwijkingen worden bepaald per type ziekenhuis en per soort dienst in deze types ziekenhuizen. De blokkering kan ook worden opgeheven op ziekenhuis- of op nationaal niveau wat interne omschakelingen binnen het ziekenhuis (rationalisaties) of transfers tussen ziekenhuizen mogelijk maakt.

4. Een volgende stap in de reconversie van de ziekenhuissector was de vernieuwing van de hele programmatieprocedure door o.m. te voorzien in een wetenschappelijke onderbouw, zodat de middelen zo efficiënt mogelijk worden ingezet en een inefficiënt aanbod wordt afgebouwd. Door de vergrijzing en meer bepaald de toename van chronische aandoeningen en multipathologie, moet er bvb. meer worden ingezet op 'care' dan op 'cure', zoals nu nog steeds het geval is.
5. De Vlaamse Regering wil van haar kant eveneens een zorgaanbod dat beter aansluit bij de behoeften van de burgers en dat kan inspelen op (wisselende) zorgvragen. Daarvoor werkt ze aan een coherent en vereenvoudigd kader voor erkenning en subsidiëring.

Om die reden kan het verkrijgen van een planningsvergunning, erkenning en aanwijzing van diensten of programma's als referentiecentra in Vlaanderen afhankelijk maken van het voorafgaand beschikken over een goedgekeurd thematisch zorgstrategisch plan.

De minister kan de thema's waarvoor dat nodig is, selecteren en per thema een begeleidingscomité samenstellen. In afwachting daarvan kan al volgens deze principes gewerkt worden voor de zorgprogramma's rond zeldzame ziekten, beroertezorg en pediatrie, waarbij het te erkennen zorgaanbod beter aansluit op de specifieke zorgnoden.

6. Ten gevolge van de zesde staatshervorming werd aan Waalse kant met ingang vanaf 1/3/2017 het systeem vernieuwd voor de ondersteuning van de financiering van ziekenhuisinfrastructuren en van bepaalde toestellen in zware medisch-technische diensten.

De ziekenhuizen kunnen voortaan via de ziekenfondsen een dagprijs factureren voor de verblijven van patiënten.

F. Visietekst NIC

In juni 2016 publiceerde het NIC een visietekst over het gezondheidsbeleid tot 2030, dit in het licht van de grote maatschappelijke uitdagingen waarvoor de sector zich geplaatst ziet.

De tekst formuleert vijf lange termijn doelstellingen en vijf prioriteiten op korte termijn.

Op de lange termijn gaat het om:

- Bepalen van een volksgezondheidsbeleid dat verder gaat dan de sector van de gezondheidszorg: health in all policies en de uitwerking van gezondheidsdoelstellingen;
- Een permanent streven naar kwaliteit met resultaatgerichte benadering;
- Herinrichting van de organisatie van zorg om het aanbod aan te passen aan de behoeften;
- Toegang tot zorg verbeteren via solidariteit;
- Middelen vrijmaken voor de toekomst via efficiëntie.

Ter verwezenlijking van die langetermijnvisie, stellen de VI's vijf kortetermijnacties voor:

- Bepalen van een volksgezondheidsbeleid dat verder gaat dan de sector van de gezondheidszorg;
- Een permanent streven naar kwaliteit met resultaatgerichte benadering;
- Herinrichting van de organisatie van zorg om het aanbod aan te passen aan de behoeften;
- Toegang tot zorg verbeteren via solidariteit;
- Middelen vrijmaken voor de toekomst via efficiëntie.

G. Werkingskosten Controledienst

De VI's staan in voor de betaling van de werkingskosten voor de Controledienst. Dit gebeurt op basis van twee verdeelsleutels met elk een gewicht van 50%. De eerste verdeelsleutel wordt opgemaakt op basis van het ledenbestand, de tweede is een promille van de bijdragen van de leden voor de aanvullende diensten gedurende het voorlaatste jaar dat voorafgaat aan het jaar waarop de werkingskosten betrekking hebben.

Het bedrag dat de VI's voor 2016 moeten betalen voor de dekking van de werkingskosten van de Controledienst bedraagt € 2.250.000 (zelfde als in 2015). Het aandeel daarvan voor de LLM is 5,8265 % (2015: 5,8075 %).

Het promille van de ledenbijdragen voor de aanvullende diensten bedraagt 3,464 (2015: 3,135) met een forfaitair minimumbedrag van € 5.581,53 (2015: € 4.597,70).

Voor 2017 zijn de bedragen en de parameters nog niet vastgelegd.

3 Hoofdstuk 3: Actuele thema's

A. Begroting 2016

Vanaf 2016 geldt een reële groeinorm van 1,5%, bovenop het bedrag dat overeenstemt met de meerkost in het begrotingsjaar van de indexering van de lonen, verzekeringstegemoetkomingen, tarieven en prijzen. De vorige jaren bedroeg de wettelijke groeinorm die in de praktijk al niet meer gehanteerd werd, nog 3%. De norm van 1,5% werd vastgelegd tot en met 2019: een belofte van de huidige regering.

Voor 2016 wordt daarenboven het bedrag van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het vorige jaar eerst verminderd met de impact van de financiering van de investeringen in de infrastructuur en de medisch-technische diensten van de ziekenhuizen omdat die bevoegdheden in het kader van de 6de Staatshervorming werden overgedragen naar de Gemeenschappen (vermindering met € 486,70 miljoen).

Op 21/12/2015 heeft de Algemene Raad de begrotingsdoelstelling geneeskundige verzorging voor 2016 vastgesteld op € 23.812,6 miljoen met voor € 408,3 miljoen aan besparingen.

In het pakket van bijkomende inspanning dat werd opgelegd aan de gezondheidszorg werd ook de indexmassa 2016 ten belope van € 82.544 duizend meegenomen.

Om de indexering te vermijden van bedragen in de VVGv die niet werken volgens het spilindexmechanisme, konden deze bedragen ook in 2016 niet worden geïndexeerd. Het gaat hier zowel om honoraria, als om tegemoetkomingen, remgelden, remgeldplafonds en prijzen die niet werken volgens het spilindexmechanisme.

Anderzijds, door de invoering van de afgevlakte gezondheidsindex door de wet van 23/4/2015 tot verbetering van de werkgelegenheid zijn er voor de toepassing van de spilindex twee verschillende indexreeksen ontstaan, waarop twee verschillende berekeningswijzen worden toegepast (waarvan het temporeel toepassingsgebied bovendien niet geheel samenvalt). Daarom moeten alle bedragen in de VVGv die thans het spilindexmechanisme volgen uit de wet van 1/3/1977, vanaf 1/1/2016 eveneens de afgevlakte spilindex volgen.

Andere besparingen waren o.a. de geneesmiddelen, de honoraria voor artsen, tandartsen, verpleegkundigen en kinesitherapeuten en een bevroering van het budget voor de huisartsenwachtposten.

Tegenover de besparingen stonden slechts € 164,3 miljoen voor nieuwe initiatieven, waaronder:

- € vier miljoen voor oncofreezing (het terugbetalen van het invriezen van spermatozoiden, eicellen, en eierstokweefsel van jonge kankerpatiënten, vermits chemotherapie hun vruchtbaarheid kapot maakt).
- Geestelijke gezondheidszorg – dubbele diagnose: € 4,68 miljoen om gespecialiseerde psychiatrische ziekenhuizen de mogelijkheid te geven bijkomend personeel aan te werven om patiënten met een zogenaamde dubbele diagnose van verstandelijke handicap en psychische problematiek beter op te vangen en te begeleiden.

- € 1,17 miljoen voor de transgenders om de (hormonale) behandeling deels terug te betalen, maar ook voor geestelijke zorg en behandeling.
- Akkoord artsen – ziekenfondsen : 25 miljoen euro voor o.m. maatregelen om de financiële toegankelijkheid van de zorg te verbeteren en voor nieuwe en innovatieve, maar ook evidence based behandelingstechnieken.
- € 10 miljoen voor ‘de meest dringende behoeften’ van paramedische beroepen: vooral het loon optrekken van vroedvrouwen.
- € 40,2 miljoen voor het afstellen op elkaar van de software van ziekenhuizen;

De factuur voor de patiënt zou met 18 miljoen euro dalen.

In de Algemene Raad van het Riziv hadden de vakbonden en de mutualiteiten het budgetvoorstel van 2016 verworpen omdat de groeinorm te laag lag: een redelijk ongezien manoeuvre, nog niet vaak gebeurd in de geschiedenis.

Minister De Block maande de ziekenfondsen, de ziekenhuizen en de specialisten echter aan om de strijd op te voeren tegen het oneigenlijk gebruik van medische goederen en diensten.

B. Begroting 2017

Op 3/10/2016 keurde het Verzekeringscomité het begrotingsvoorstel van het NIC voor de geneeskundige verzorging goed voor een totaalbedrag van € 24.627 miljoen. Dit bedrag omvatte een groeinorm van 1,5% zoals wettelijk voorzien, en een reeks besparingen te waarde van € 663 miljoen.

Van die € 663 miljoen zou alvast € 300 moeten komen van besparingen op de geneesmiddelen, o.m. door het voorschrijven op stofnaam aan te moedigen.

Twee weken later, op de Algemene Raad van het RIZIV, kwam de regering met een nieuw voorstel van slechts € 24.256 miljoen met veel verder reikende besparingen dan oorspronkelijk voorzien met een reële groei van slechts 0,5% in plaats van de – al veel te lage – groeinorm van 1,5% . het regeringsvoorstel voorzag voor € 902 miljoen besparingen, waardoor de indexering van de honoraria van de verstrekkers in 2017 slechts 1/3 bedragen van wat oorspronkelijk was beloofd.

Alle Belgische ziekenfondsen hebben het budget gezondheidszorg 2017 verworpen, dit als signaal aan de regering dat de besparingen veel te ver gaan: maar liefst Een derde van de totale besparing van drie miljard euro is ten laste van de sociale zekerheid, patiënten, zorgverstrekkers en uitkeringsgerechtigden. Een zodanig beperkte groeinorm maakt het immers onmogelijk om te investeren in de gezondheidszorg van morgen of om een gezondheidspolitiek te voeren die vernieuwende antwoorden biedt op de nieuwe noden van de bevolking.

De besparingen van de regering zouden de patiënten wel degelijk raken, hetzij via supplementen en tariefstijgingen, hetzij via een mindere kwaliteit van zorg als gevolg van besparingen op personeel en omkadering.

Zoals we ook al in de NIC-visietekst gesteld hadden, moeten we het gezondheidszorgsysteem radicaal omgooien en afstappen van de historische budgetten en het denken vanuit silo's. We moeten vertrekken vanuit de noden van de patiënt, zoals psychotherapie, chronische zorg, ... We moeten dus samen vormgeven aan een ander gezondheidszorgsysteem.

Met de afkeuring van het budget wilden de mutualiteiten duidelijk waarschuwen voor een regering die de bevolking in de richting van een gezondheidszorg met twee snelheden duwt. Dat zou een sociale achteruitgang zijn die ons land de voorbije tien jaar niet meer heeft meegemaakt.

Uiteindelijk heeft de Regering het oorspronkelijke voorstel toch weerhouden.

Om de voorziene besparingen van € 902 miljoen op de gezondheidszorg te realiseren, wordt onder meer de globale gezondheidsindexmassa 2017, die € 368.812 duizend bedraagt, verminderd met € 247.135 duizend.

De resterende indexmassa bedraagt daardoor slechts € 121.677 duizend (0,83 %) voor 2017, waarmee dus wordt afgeweken van het wettelijk vastgelegde indexeringsmechanisme.

De begrotingen voor de uitkeringsverzekering voor 2017 bedragen € 7.907,23 voor de algemene regeling en € 464,21 miljoen voor de zelfstandigen.

C. Begroting 2018

Op 9/10/2017 keurde de Algemene Raad het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité voor de geneeskundige verzorging goed voor een totaalbedrag van € 25.449,59 miljoen. Dit bedrag omvat voor 237,9 miljoen besparingen, vooral bij de artsen, de geneesmiddelen en de implantaten. Er werd uitgegaan van een groeinorm van 1,5%, wat op zich al veel te laag is om tegemoet te komen aan de uitdagingen waartegenover het stelsel zich geplaatst ziet, nl. de veroudering van de bevolking, de toename van de chronische ziekten en de polyopathieën en de grotere nood aan multidisciplinaire samenwerking, noden die overigens volgens het Planbureau een hogere groeinorm nodig maken dan de huidige wettelijk vastgelegde groeinorm.

De verstrekkers hebben hierbij de waarborg gekregen van een indexering van de honoraria met 1,68% en de ziekenfondsen dat de besparingen de patiënten niet zouden treffen: de af te sluiten tariefakkoorden zouden dus noch de financiële toegankelijkheid, noch de kwaliteit van de zorgen aantasten.

Desalniettemin werd een bedrag van € 22,5 miljoen voorzien voor de terugbetaling van klinisch psychologen mogelijk te maken. Er werd € 15 miljoen vrijgemaakt om de geïnterneerden te integreren in de VVGvu en er werd in totaal € 100 miljoen over verschillende jaren heen in het vooruitzicht gesteld indien een sociaal akkoord wordt afgesloten.

De artsen moeten een besparing van € 6 miljoen realiseren, bovenop een inspanning van € 29,9 miljoen die eerder was overeengekomen binnen de medico-mut.

Van de sector van de implantaten en de medische hulpmiddelen was in de akkoorden van beMedTech, een inspanning van € 8 miljoen gevraagd.

De belangrijkste aanpassingen moeten gebeuren in de geneesmiddelensector voor een bedrag van € 188 miljoen, zoals voorzien in het pact dat de regering daarmee afgesloten heeft.

Voor het geheel van de andere sectoren – ziekenhuizen, tandartsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten enz. – moet € 6 miljoen worden gerealiseerd.

D. Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2016-2017

1. In het strikte budgettaire kader voor 2016 heeft de medico-mut op 21/12/2015 een nieuw Nationaal Akkoord afgesloten voor 2016 en 2017.

Het is opgebouwd rond vijf centrale doelstellingen die in een langetermijnvisie passen over de manier waarop ons gezondheidszorgsysteem zich moet aanpassen aan de uitdagingen van de toekomst:

- de bevestiging van de centrale rol van de huisarts voor preventie, behandeling en oriëntering van de patiënt;
- een geïntegreerde zorgaanpak voor chronische aandoeningen en arbeidsongeschiktheid;
- de continuïteit van de zorg organiseren waarbij huisartsenwachtposten, spoeddiensten en andere zorgmodi een globale en efficiënte werking moeten tot stand brengen;
- door een doelmatige zorg ruimte creëren voor nieuwe en innovatieve technieken en de inspanningen vergemakkelijken om gezondheidsdoelstellingen te realiseren;
- een toegankelijke zorg en financiële transparantie.

De middelen voor nieuwe initiatieven zijn beperkt en bedragen slechts € 25 miljoen. De artsen leveren een serieuze inspanning aangezien er in 2016 geen ruimte is voor een indexering van de erelonen.

In het akkoord zijn verschillende patiëntvriendelijke maatregelen opgenomen:

- Er komt een verbod op ereloonsupplementen voor enkele specifieke prestaties. Zo zullen artsen vanaf volgend jaar geen ereloonsupplementen meer mogen vragen in eenpersoonskamers voor prestaties klinische biologie, pathologische anatomie en genetica.
- De artsen engageren zich ook om in de loop van volgend jaar aan hun patiënten een kostenraming te geven voor een behandeling in een eenpersoonskamer of voor prijzige behandelingen buiten het ziekenhuis. De raming geldt ten aanzien van de patiënt als een verbintenis.
- Er wordt een budget van 2,4 miljoen euro vrijgemaakt voor een betere financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor chronisch zieken door voor deze groep alle drempels voor toegang tot de eerstelijnszorg af te bouwen.
- Andere maatregelen die de patiënt ten goede komen, zijn de verdere uitbreiding van het globaal medisch dossier en extra middelen voor het elektronisch medisch dossier. Zorgactoren zullen voor de behandeling en begeleiding van chronisch zieken beter samenwerken en zorgtrajecten uittekenen. Huisartsenwachtposten en spoeddiensten zullen beter op elkaar inspelen.

Voor het eerst spreken artsen en ziekenfondsen zich gezamenlijk uit over de aanrekening van ereloonsupplementen in eenpersoonskamers. Ze engageren zich om werk te maken van een alternatieve financiering die de patiënt meer tariefzekerheid biedt.

Beide partijen zijn absoluut voorstander van een correcte financiering van artsen en ziekenhuizen, maar ze pleiten er tegelijk voor dat het voor de patiënt op een transparante manier gebeurt.

2. Op 12/1/2017 dreigde de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) om het akkoord artsen-ziekenfondsen voor 2016-2017 op te zeggen wegens de te vergaande besparingen.

Eén daarvan voor 2017 was een indexsprong op de erelonen van artsen: normaliter zouden die met 2,51% geïndexeerd worden, maar die indexering werd herleid naar 0,83%. BVAS raadde de artsen aan om minstens de index van 2,51% toe te passen.

Huisartsenvereniging Alliantie Artsenbelang - Domus Medica sloot zich niet aan bij het protest van de artsenbonden omdat zulks zou uitmonden in een lange juridische strijd zonder zekere uitkomst.

De VI's betreurden dat de patiënt de rekening zal moeten betalen. Hoewel zij ook niet akkoord gingen met de indexsprong, pleitten ze voor verder overleg.

3. Op 27/3/2017 heeft de Nationale Commissie Artsen - Ziekenfondsen (NCAZ) een akkoord gesloten voor de periode van 27/3 tot en met 31/12/2017.

Het nieuwe akkoord voorziet dat de bepalingen van het akkoord van 22/12/2015 die niet gewijzigd worden van kracht blijven tot eind 2017.

Het sociaal statuut is voor het ganse jaar 2017 verworven voor de artsen die voor 2017 volledig of gedeeltelijk toegetreden zijn tot het akkoord van 22/12/2015 en tot het nieuwe akkoord.

De bestaande regels voor artsen die weigeren toe te treden en voor de andere artsen die ambtshalve worden geacht te zijn toegetreden blijven van kracht.

E. Akkoorden tandheelkundigen

Ook bij de tandartsen was het ongenoegen groot: volgens de Vlaamse Beroepsvereniging voor Tandartsen (VTB) legt 40 procent van de 9.404 Vlaamse tandartsen die tarieven naast zich neer. Zestig procent houdt er zich binnen de kantooruren wel aan.

Het tariefakkoord voor 2015 en 2016 liep eind december 2016 af, terwijl enkele weken eerder de onderhandelingen voor de nieuwe tarieven spaak gelopen waren, waardoor ook de geconventioneerde tandartsen sinds 1/1/2017 konden vragen wat ze willen.

Hoewel er slechts ruimte was voor een tariefstijging met 1,6%, wilden de tandartsen hun ereloon verhogen met 5 procent omdat ook de prijzen voor tandheelkundige producten, apparatuur, het labowerk en de vaste kosten stijgen. Bovendien waren de tarieven al jaren niet aangepast aan de inflatie, waardoor steeds meer tandartsen zich deconventioneren.

Eerst op 12/4/2017 sloten de tandheelkundigen en de ziekenfondsen een nieuw akkoord af voor de periode 1/5/2017 t/m 31/12/2018. In dit akkoord worden een aantal verstrekkingen herzien binnen de beschikbare middelen. In 2017 blijven de remgelden ongewijzigd; in 2018 worden ze lichtjes verhoogd.

De partiële begrotingsdoelstelling 2017 van de sector bedraagt € 951.652 duizend, waarvan € 9.031 duizend voor een indexering van 0,83%. De sector moet hierdoor een inspanning leveren ten belope van een bedrag van € 18.281 duizend op jaarbasis.

In totaal kan € 25.296 duizend worden aangewend voor specifieke maatregelen voor bepaalde doelgroepen en voor een selectieve indexering van de honoraria, bedoeld voor de materiaalkosten.

Het bedrag van het forfaitair accrediteringshonorarium voor het jaar 2017 is € 2.834,75.

De NCTZ zal verder meewerken aan een performantieanalyse van de Belgische mondzorg. In dit kader stelt ze prioritair een aantal gezondheidsdoelstellingen vast op het vlak van de toegankelijkheid van de zorgen, de verbetering van de mondgezondheid bij jongeren, jong volwassenen en voorkeurgerechtigden, de elektronische gegevensdeling en een betere afstemming van het lokale zorgaanbod op de zorgnood.

De nieuwe diensten van Mycarenet voor tandheekkundigen zijn respectievelijk sinds 1/1/2017 beschikbaar voor wat het raadplegen van de tarieven betreft en het GMD recht van de patiënt. Twee maanden later volgde de mogelijkheid voor elektronische facturatie. Eén van de verdere stappen in de informatisering van de tandheekkundige sector wordt een verdere elektronische facturatie (eAttest).

De VI's hebben er zich toe verbinden om de administratieve documenten in het kader van de aanvullende verzekeringen te harmoniseren tegen 1/10/2017.

Ze hebben er zich eveneens toe verbonden om in het kader van het toekomstpact de problematiek van de herverzekering van de remgelden in overeenstemming te brengen met de principes van het mondzorgtraject;

In juni 2017 bleek nog steeds dat, ondanks het akkoord, vier op de tien Belgische tandartsen de afgesproken tarieven niet langer respecteren omdat ze die te laag vinden. Akkoord na akkoord treden overigens minder individuele tandartsen toe omdat het materiaal steeds duurder wordt en de erelonen amper of niet stijgen.

Begin oktober 2017 maakte de dento-mut een inventaris van de problemen in de sector. 50% van de tandheekkundige verstrekkingen wordt niet gedekt door de ziekteverzekering, een groot deel van de bevolking heeft geen toegang tot preventieve en curatieve tandzorgen, de nomenclatuur dekt de materiaalkosten, de kronen, overbruggingen en prothesen onvoldoende of helemaal niet. Om die redenen is de deconventioneringsgraad bij de tandartsen, tussen 2007 en 2017, opgelopen van 10% tot 38,7%, met uitschieters tot boven de 50% in sommige Vlaamse arrondissementen. In Wallonië is de deconventioneringsgraad weliswaar lager, maar ook daar zijn er grote verschillen tussen de arrondissementen (arrondissement Luik: 21,7% en prov. Waals-Brabant: 45,5%).

We komen dus gevaarlijk dicht bij de drempel waaronder het akkoord niet meer geldt.

F. Problemen bij de kinesitherapeuten

Ook bij kinesitherapeuten is de tariefonzekerheid blijven duren tot eind februari 2017. De kinesisten willen € 25 (in plaats van € 22,26) aanrekenen voor een kabinetsbehandeling en € 27 (in plaats van € 22,65) voor een huisbezoek, maar daarvoor was er geen geld.

Op 27/2/2017 heeft het Verzekeringscomité een individuele overeenkomst voor de kinesitherapeuten goedgekeurd voor het volledige jaar 2017.

De overeenkomst omvat de volgende nieuwe elementen:

- vanaf 1/4/2017: een toeslag bij de verstrekkingen bij de patiënt thuis, die het huidige systeem van verplaatsingsvergoedingen vervangt. Die toeslag mag maximum € 1,01 bedragen. Tot en met 31/3/2017 gelden nog de honoraria van de thuisverstrekkingen van 2016;
- een premie voor kwaliteitspromotie van € 2.000 voor het jaar 2015 voor wie aan bepaalde aanvraagvoorwaarden voldoet ;

- de vraag aan de Technische raad voor kinesithérapie en de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten – VI's om voorstellen tot nomenclatuurwijzigingen uit te werken: een herwaardering met 25 % van de eerste zitting voor courante aandoeningen (vanaf 1/9/2017) en de mogelijkheid om een tweede grote zitting aan te rekenen op intensieve zorg en een specifieke verstrekking voor volwassenen met hersenverlamming (vanaf 1/10/2017).

Het Verzekeringscomité erkent de gegrondheid van een aantal verzuchtingen van de kinesitherapeuten en heeft er zich toe verbonden om oplossingen uit te werken voor een aantal knelpunten in de sector volgens een precieze kalender.

G.RIZIV: Vijfde bestuursovereenkomst

De regering ondertekende de vijfde bestuursovereenkomst met het RIZIV. De belangrijkste punten voor de ziekenfondsen zijn de strategische doelstellingen via bepaalde projecten, opgesplitst in verschillende perspectieven: vanuit de klant, het proces, de middelen en de innovatie.

Perspectief Klant:

- Verzekeren van een toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg aangepast aan de behoeften van iedere doelgroep. Dit omvat o.m. een toegankelijker zorg voor kwetsbare bevolkingsgroepen en verschillende hervormingen;
- Versterken en stimuleren van de re-integratie van arbeidsongeschikte personen;
- Verzekeren van geïntegreerde zorg en multidisciplinaire samenwerking als standaard voor chronische zieken ;
- Verlagen van de administratieve last voor de zorgverstrekkers: uitbouw van MyCarenet, de MyRIZIV-toepassing en TARDIS & Qermid 2 (online diensten voor het invoeren en beheren van individuele medische patiëntengegevens) ;
- Bestrijden van de verspilling in de sector van de geneeskundige verzorging en van de uitkeringen;
- Verzekeren van een snelle en adequate toegang tot nieuwe therapieën;
- Inzetten op een proactieve beleidsondersteuning.

Perspectief Proces:

- In overeenstemming brengen van de regelgeving betreffende de uitkeringen met bijzondere aandacht voor het versterken en stimuleren van de re-integratie van arbeidsongeschikte personen en het vereenvoudigen van het beslissingsproces voor de invaliditeitsdossiers;
- Optimaliseren en informatiseren van de beheersprocessen voor individuele dossiers;
- Implementatie van de geoptimaliseerde processen en de nieuwe organisatiestructuur van de medische controle;
- Vereenvoudigen van het beslissingsproces voor de invaliditeitsdossiers;

Perspectief Middelen:

- Verzekeren van integriteit, kwaliteit en diepgang van de gegevens en die toegankelijk maken voor geautoriseerde partijen: optimalisering van de gegevensinzameling, integratie van meer informatiebronnen in het huidige informatiesysteem, vereenvoudiging van de toegang tot de gegevens en de verbetering van de kwaliteit ervan;
- Aligneren van de ziekenhuisfinanciering op het globale zorgbeleid;
- Responsabiliseren van de actoren op financieel vlak met o.m. een verduidelijking en optimalisering van de procedure van het verloop van de projecten art. 56 en auditeren van het beheer van de internationale verdragen; o.a. evaluatie van de responsabilisering van de VI's;
- Opdrijven van de sociale controle binnen de VGVU met o.m. de versterking van de strijd tegen de sociale fraude en de interne hervorming van de DGEC;

Perspectief Innovatie:

- Uitbouwen en versterken van het kennisbeheer in de domeinen van de geneeskundige verzorging en uitkeringen: o.a. de verdere uitbouw van het gegevensbeheer
- Implementeren van een duurzaam werkingskader voor de ontwikkeling van innovatieve farmaceutische therapieën en klinisch onderzoek
- Versterken van de samenwerking en de synergieën met de nationale en Europese actoren.
- Vereenvoudigen en afstemmen van de nomenclatuur op het beleid en de actuele context.

Voor wat de financiële responsabilisering van de VI's betreft, zal het RIZIV tegen 31/3/2017 het rapport voor de CDZ met de resultaten van het eerste evaluatiejaar 2016 opmaken en voorleggen aan het Algemeen Beheerscomité.

H. De staatshervorming en haar impact op de liberale mutualiteiten

Met de zesde staatshervorming worden de bevoegdheden in het kader van de langdurige zorg of 'long term care' voor het grootste deel overgedragen naar de deelstaten, terwijl de 'cure' hoofdzakelijk federaal blijft.

Met het oog op de uitvoering van de overgedragen bevoegdheden werden in 2014 drie intermutualistische samenwerkingsverbanden opgericht op regionaal niveau: het VICO (Vlaams Intermutualistisch College) aan Vlaamse kant en CIN Bruxelles en CIN Wallonie aan Franstalige kant.

• Federaal

In het kader van de zesde staatshervorming worden de bevoegdheden inzake de rustoorden voor bejaarden en de rust- en verzorgingstehuizen, de geïsoleerde geriatriediensten, de revalidatie, delen van de psychiatrische zorg, delen van de thuiszorg en het preventiebeleid volledig aan de deelgebieden overgedragen: alles samen in 2017 goed voor een geraamd totaalbedrag van bijna 4,6 miljard euro. De totale federale begroting voor gezondheidszorgen bedraagt zo'n 24,5 miljard euro.

Om de overname en de continuïteit van de dienstverlening van de gezondheidsdiensten in het kader van de zesde staatshervorming te verzekeren, werd op 15/5/2014 een protocol afgesloten tussen de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten.

Dit protocol had een verschillende eindtermijn voor verschillende bevoegdheden.

De voorlopig laatste overdracht, op 1/1/2017, was – voor Vlaanderen – de uitbetaling van de tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB; van de FOD Sociale Zaken naar de zorgkassen), evenals de rookstopbegeleiding (van het RIZIV).

Voor de meest complexe materies, die nu door het RIZIV worden uitgevoerd met tussenkomst van de mutualiteiten, werd de eindtermijn verlengd tot eind 2018 vermits de overgang daarvoor op vlak van wetgeving, ICT en op organisatorisch vlak meer tijd vergde dan oorspronkelijk ingeschat:

- de financiering ouderenvoorzieningen (ROB/RVT en CDV/KVB);
- de revalidatieziekenhuizen (geïsoleerde G- en Sp-diensten) en ambulante revalidatie (revalidatieovereenkomsten);
- de mobiliteitshulpmiddelen ;
- de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en beschut wonen;
- de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT's) en multidisciplinaire palliatieve teams (MBE's).

• Vlaanderen

In Vlaanderen is ervoor gekozen om de overgedragen bevoegdheden op vlak van (langdurige) zorg, hulpmiddelen en revalidatie niet te versnipperen, maar ze als één geheel onder te brengen in de Vlaamse sociale bescherming (VSB), teneinde een meer coherent beleid te voeren op vlak van zorg, dit ter aanvulling van de federale sociale zekerheid.

Daarbij wordt gekozen voor een verzekeringsmodel waarbij de betaling van een premie gekoppeld is aan rechten op financiële tegemoetkomingen en vergoedingen voor zorg, naar het model van de zorgverzekering. De huidige premie zorgverzekering wordt de premie Vlaamse sociale bescherming.

De onderdelen van de VSB zijn:

- de bestaande zorgverzekering;
- het basisondersteuningsbudget (BOB) voor personen met een beperking (sinds september 2016).
- de tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB; sinds januari 2017);
- de financiering van de opname in een woonzorgcentrum (WZCFIN; vanaf 2019);
- leeftijdsonafhankelijke hulpmiddelen en mobiliteitshulpmiddelen (vanaf 2019).

Deze vijf pijlers zijn voortdurend in verandering. Andere, later voorziene, pijlers zijn nog:

- een vraaggestuurde financiering van de opvang in beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen;
- de revalidatie;

- financiering en inkomensrelatering met betrekking tot de eigen bijdrageregeling in de thuiszorg.

De uitvoering van VSB wordt toevertrouwd aan de zorgkassen die in Vlaanderen de functie van uniek loket kunnen opnemen voor alle rechten op tegemoetkoming voor zorg.

Het Vlaams Zorgfonds wordt van rechtswege omgevormd tot het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming (AVSB).

In het uitvoeringsbesluit van het decreet over de VSB ligt de klemtoon op de continuïteit in de dienstverlening. In een latere fase wordt dit besluit ook aangevuld met de overige pijlers VSB uit het regeerakkoord.

In uitvoering van het VSB-decreet van 24/6/2016 regelt de Vlaamse Regering de subsidiëring van de zorgkassen vanaf 1/1/2017. Dit moet hen - als uniek loket - in staat stellen om, naast de reeds bestaande zorgverzekering, ook de voorziene opdrachten uit te voeren rond het basisondersteuningsbudget voor personen met een handicap (BOB) en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB).

In het besluit wordt onderscheid gemaakt tussen de subsidie voor de tegemoetkomingen en de subsidie voor de werking van de zorgkassen. Tevens wordt in dit besluit een subsidie toegekend aan de zorgkassen voor de ontwikkeling van de ICT – toepassingen eTHAB en eBOB.

- Voor wat de subsidie voor werkingskosten voor de aansluiting bij de Vlaamse sociale bescherming en de zorgverzekeringstegemoetkoming betreft, ontvangen de zorgkassen van het AVSB jaarlijks een forfaitaire vergoeding van 71.453 € op voorwaarde dat ze minstens 20.000 leden hebben en 400 lopende dossiers op 31 december van het voorgaande jaar.
- Het AVSB betaalt aan elke erkende zorgkas een forfaitaire vergoeding van € 3 per dossier voor een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg die nog loopt op 31 december van het voorgaande jaar en waarvoor de zorgkas de gegevens van de mantelzorger of mantelzorgers van de gebruiker geregistreerd heeft. Het AVSB heeft voor het verstrekken van die vergoeding een maximaal budget van € 200.000.
- Het AVSB kent voor 2016 aan de erkende zorgkassen een aanvullende subsidie toe voor uitzonderlijke werkingskosten voor de ontwikkeling en invoering van de ICT-toepassing eBOB en voor de verdere ontwikkeling en invoering van de ICT-toepassing eTHAB van € 1.750.000 voor alle kassen samen.
- Een zorgkas ontvangt een vergoeding van 75 € per uitgevoerde indicatiestelling (het vaststellen van de ernst en de duur van de verminderde zelfredzaamheid) voor de zorgverzekeringstegemoetkoming op voorwaarde dat die indicatiestelling uitgevoerd is door een gemachtigde indicatiesteller die daarvoor door de zorgkas wordt vergoed.

Op het niveau van de Liberale Mutualiteiten werd de zorgkas in 2017 gecentraliseerd in Brussel. Wegens het gebrek aan business-ondersteuning tijdens de overgangperiode werd de opvolging van business-vragen tijdelijk ter harte genomen door de dienst gebruikersondersteuning. In juli 2017 werd een nieuwe coördinator VSB aangeworven, samen met vier andere nieuwe zorgkasmedewerkers in Brussel.

Binnen de Landsbond wordt de evolutie van de verschillende pijlers van de VSB opgevolgd en uitgewerkt door de dienst gebruikersondersteuning en via de werkgroepen VSB (300/400). Voor de praktische toepassing werd recent nieuwe webtoepassing VSBase ontwikkeld.

De oncoloog, dr. Antoon Lambrecht, heeft op 3/3/2017 bij het Grondwettelijk Hof een verzoek tot vernietiging ingesteld van de verplichting dat iedereen die in het Nederlandse taalgebied woont, zich vanaf een nader te bepalen leeftijd moet aansluiten bij een zorgkas. Wie dat niet doet, wordt automatisch aangesloten bij de Vlaamse Zorgkas. Inwoners van het Brusselse Gewest hebben de keuze om al dan niet aan te sluiten.

De Vlaamse Regering kent met terugwerkende kracht op 1/7/2016 een subsidie toe aan de multidisciplinaire teams die, in het kader van de transitie van de ondersteuning voor gebruikers van FAM (flexibel aanbod meerderjarigen) en thuisbegeleidingsdiensten naar een persoonsvolgend budget, bij wijze van controle het zorgzwaarte-instrument (ZZI) afnemen. Dit ZZI is een set van schalen, instructies en beslissingsregels die toelaat om eenduidig en objectiveerbaar de zorgzwaarte van iedere meerderjarige persoon met een handicap uit te drukken in een aantal parameters. Het laat toe om de volledige nood aan ondersteuning van de persoon met een handicap in kaart te brengen. Het gaat om een subsidie van € 340 per afname van het ZZI.

Het VAPH kan de subsidie betalen voor maximaal 3.500 controleafnames van het ZZI.

Het selecteert de personen met een handicap van wie het ZZI afgenomen moet worden, en maakt met de multidisciplinaire teams (MDT's) die beschikken over gecertificeerde inschalers, afspraken over welk team het bij welke personen zal afnemen.

Het MDT neemt contact op met het flexibel aanbodcentrum voor meerderjarige personen met een handicap of met de thuisbegeleidingsdienst die de persoon met een handicap, bij wie het ZZI afgenomen moet worden, ondersteunt en neemt het ZZI af, waarna ze het meedelen aan het VAPH.

Het VAPH betaalt de subsidie als de controleafnames van het ZZI hebben plaatsgevonden in de periode van 1/7/2016 tot en met 31/10/2016.

In het kader van het preventief gezondheidsbeleid verlengt de Vlaamse Regering de beheersovereenkomsten met de vijf landsbonden met drie jaar, tot en met 31/12/2019. Ze worden voor die termijn erkend als organisaties met terreinwerking voor het ondersteunen van aangesloten ziekenfondsen op vlak van preventieve gezondheid.

De Vlaamse Regering heeft het oprichtingsbesluit van het intern verzelfstandigd agentschap 'Zorg en Gezondheid' geactualiseerd met ingang van 1/1/2016.

Vooreerst werd de missie duidelijker geformuleerd, nl. samenwerken met alle belanghebbenden aan een betere zorg en meer gezondheid en dit door:

- mensen te stimuleren om gezond te leven, hen te beschermen tegen besmettelijke ziektes of een ongezond milieu en aandoeningen sneller op te sporen of te voorkomen;
- de uitbouw te bevorderen van kwaliteitsvolle zorg door voorzieningen en zorgverstrekkers;
- relevante gegevens te produceren en beschikbaar te stellen om het beleid en de samenleving te ondersteunen.

Het takenpakket werd geactualiseerd zodat alle nieuwe bevoegdheden die sinds de zesde staatshervorming door het agentschap worden uitgeoefend, ook officieel tot diens takenpakket behoren.

Het omvat nu:

- het beleid met betrekking tot de persoonsgebonden aangelegenheden op het vlak van het gezondheidsbeleid, maar met uitzondering van zaken als de investeringskosten voor de infrastructuur van de ziekenhuizen, het medisch schooltoezicht enz.;
- het bejaardenbeleid, met uitzondering van de vaststelling van het minimumbedrag, van de toekenningsvoorwaarden en van de financiering van het wettelijk gewaarborgd inkomen voor bejaarden.

• Wallonië

In Brussel en Wallonië is het nog steeds de FOD Sociale Zekerheid die de THAB-dossiers behandelt en blijft alles zoals het nu is.

Aan Waalse zijde vestigen we de aandacht op twee belangrijke evoluties: enerzijds de oprichting van 'Agence pour une Vie de Qualité' (AViQ) een elektronisch uitwisselingsplatform van de gezondheidsgegevens en anderzijds van het 'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles'.

Het AViQ

De verschillende beheersorganen van het Waalse Agentschap voor een kwaliteitsvol leven (*Agence pour une Vie de Qualité* - AViQ) dat van start gegaan is op 1/1/2016 komen regelmatig samen en vinden hun regelmaat.

De VI's zijn vertegenwoordigd in elk van die beheersorganen, zijnde:

- de Algemene Raad : een mandaat als plaatsvervanger voor de LM ;
- het sectorcomité welzijn en gezondheid : een effectief en een plaatsvervangend mandaat voor de LM ;
- het sectorcomité handicap: een plaatsvervangend mandaat voor de LM.

In 2017 heeft het AViQ een oproep gepubliceerd voor kandidaatstellingen voor de verschillende commissies die van start zouden gaan. De VI's zullen in elk van die commissies vertegenwoordigd zijn als rechtspersonen. De verdeling van de mandaten wordt intermutualistisch beslist in de schoot van NIC Wallonië. Er zijn zes verschillende commissies :

- eerstelijnszorg ;
- ziekenhuizen ;
- geestelijke gezondheid ;
- onthaal en opvang van bejaarden;
- autonomie en sterke afhankelijkheid (+ een technische commissie);
- preventie en gezondheidspromotie.

Zelfredzaamheidsverzekering, erkenning van de VI's en van de ziekenhuisinfrastructuren

in 2017 heeft het kabinet van Maxime Prévot, Waals minister van gezondheid en sociale actie, zich vooral bezig gehouden met drie grote dossiers, steeds in overleg met de VI's:

1) de zelfredzaamheidsverzekering (*assurance autonomie*) :

De zelfredzaamheidsverzekering, opgericht op voorstel van minister Prévot, is gebaseerd op de principes van de sociale zekerheid: ze biedt een sociale bescherming in geval van verlies van de autonomie en werkt volgens het solidariteitsprincipe door de heffing van een verplichte bijdrage van de bevolking die woonachtig is in het Waalse Gewest vanaf de leeftijd van 25 jaar. Bijgevolg geeft de zelfredzaamheidsverzekering aan mensen die geconfronteerd worden met een gebrek aan zelfredzaamheid onder bepaalde voorwaarden, waaronder een nog vast te stellen graad van afhankelijkheid, recht op een aantal uren hulp in natura en op niet-medische hulp aan huis aan een vastgesteld plafond per week en aan een verminderd tarief.

Aanvankelijk was dit enkel bedoeld voor mensen die thuis verblijven, maar uiteindelijk geldt ze eveneens voor mensen in een bejaardentehuis in de vorm van een tussenkomst in de factuur van de instelling.

Oorspronkelijk zou de zelfredzaamheidsverzekering van start gegaan zijn op 1/1/2017, maar wegens vertraging tijdens de werkzaamheden is er momenteel geen officiële kalender meer. Verschillende vragen dienen nog te worden beantwoord, zoals de afhankelijkheidsdrempels, de evaluatieschalen, de informatiestromen, de facturatie, het behoud van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden enz. Ook hebben er binnen het kabinet Prévot verschillende mensen ontslag genomen. De VI's hebben de minister en zijn kabinet dan ook meegedeeld dat ze de werkzaamheden aan de ontwikkeling van een intermutualistisch informaticaplatform tijdelijk hebben stopgezet vermits ze niet verder konden werken zolang er geen duidelijke stellingnames en antwoorden bekend zijn.

2) De erkenning van de VI's in hun nieuwe opdrachten :

De bedoeling is om de VI's te erkennen voor de nieuwe opdrachten die het Waalse Gewest hen gegeven heeft ten gevolge van de zesde staatshervorming. Ze hebben samen met het kabinet Prévot gewerkt aan een voorontwerp van decreet. Momenteel ligt het overleg tussen het kabinet en de VI's over de totstandkoming van de uitvoeringsbesluiten tijdelijk stil. De VI's doen nochtans geregeld voorstellen terzake aan het kabinet. In elk geval, zolang het decreet en zijn uitvoeringsbesluiten niet gefinaliseerd zijn, is het onmogelijk om vooruitgang te boeken in de andere dossiers (ziekenhuisinfrastructuren, de oprichting van een MOB enz.).

3) De financiering van ziekenhuisinfrastructuren :

Ook op dit punt wordt er gewerkt aan het ontwerp van decreet en van de uitvoeringsbesluiten. De VI's zijn eveneens bij dit project betrokken. Als gevolg van de zesde staatshervorming is het Waalse Gewest nu bevoegd voor de financiering van de ziekenhuisinfrastructuren, wat verschillende wijzigingen zal meebrengen in de facturatie van de ziekenhuizen.

De politieke actualiteit gooit alles overhoop en zorgt voor vertragingen

Door de politieke problemen binnen de coalitie van PS en CdH in Wallonië sinds juni 2017 worden al de hierboven beschreven werkzaamheden overhoop gegooid.

De nieuwe meerderheid bestaat nu uit CdH en MR. In de zomer werd een nieuwe minister van gezondheid en sociale zaken aangesteld: Alda Greoli (CDH), voormalig kabinetschef van Maxime Prévot en voormalig nationaal secretaris van de Franstalig Christelijke Mutualiteiten. Ze is dus goed bekend met de verschillende dossiers en met de ziekenfondsen.

Begin oktober, zelfs nu we weten dat de minister de werkzaamheden die reeds werden aangevat, wil verderzetten, zijn we niet meer uitgenodigd op het kabinet om verder te werken aan die dossiers en we hebben er dan ook geen nieuws over: dit draagt uiteraard niet bij om de opgelopen achterstand in te halen.

Enkel de informaticacommissie over de ziekenhuisinfrastructuur (een werkgroep waarvan AVIQ, de ziekenhuizen en de VI's deel uitmaken) werkt goed verder en vergadert elke maand.

Communauté française : erkenning ziekenhuisapothekers

Op 29/3/2017 is de nieuwe procedure betreffende de erkenning van de bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheker in voege getreden voor de Franse Gemeenschap.

Het besluit regelt de oprichting van een Erkenningcommissie voor de ziekenhuisapothekers bij het Ministerie van de Franse Gemeenschap en het verloop van de procedure.

Voor de Vlaamse Gemeenschap was de procedure reeds aangepast in 2016.

• **Brussel: Iriscare**

Vanaf een nader te bepalen datum wordt voor het Brusselse Gewest een bicommunautaire Dienst voor Gezondheid opgericht met de naam 'Iriscare'.

Iriscare is bevoegd voor de volgende materies volgens de regels en bijzondere voorwaarden vastgelegd in een beheersovereenkomst met het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC):

- de delen van het gezondheidsbeleid die naar de Gemeenschappen zijn overgedragen, maar met uitzondering van:
 - het ziekenhuisbeleid;
 - het beleid betreffende de verstrekkingen van geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen, behalve wat betreft de financiering van de uitbating van die instellingen in het kader van individuele zorgverstrekking;
 - de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en van de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn, behalve wat betreft de financiering van de eerstelijnsmaatregelen in het kader van individuele zorgverstrekking;
 - de GVO en de preventieve gezondheidszorg, behalve wat betreft de financiering van de preventiemaatregelen in het kader van individuele zorgverstrekking;
- het gezinsbeleid met inbegrip van alle normen van hulp en bijstand aan gezinnen en kinderen;

- het beleid inzake mindervaliden, met inbegrip van de beroepsopleiding, de omscholing en de herscholing van minder-validen en de mobiliteitshulpmiddelen, maar met uitzondering van :
 - de regelen betreffende en de financiering, met inbegrip van de individuele dossiers, van de toelagen aan de mindervaliden behoudens de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden;
 - de regelen betreffende de financiële tegemoetkoming voor de tewerkstelling van minder-valide werknemers, die toegekend wordt aan de werkgevers die hen tewerkstellen;
- het bejaardenbeleid, met uitzondering van de vaststelling van het minimumbedrag, van de toekenningsvoorwaarden en van de financiering van het wettelijk gewaarborgd inkomen voor bejaarden;
- de gezinsbijslag.

Iriscare is evenwel niet bevoegd voor de infrastructuur die gekoppeld zijn aan die materies en de organisatie van de eerstelijnszorg, maar het Verenigd College vraagt wel zijn advies alvorens enige beslissing daarover te nemen.

Er wordt ook een Beheerraad voor Gezondheid en Bijstand aan Personen opgericht. In die beheerraad zetelen drie vertegenwoordigers van de werkgevers- en zelfstandigenorganisaties, drie van de werknemersorganisaties, negen van de VI's en eveneens negen van de zorgverstrekkers.

De Beheerraad voor Gezondheid en Bijstand aan Personen heeft een uitgebreid takenpakket, waaronder :

- de oriënteringen te bepalen voor het algemeen beleid inzake gezondheid en bijstand aan personen, evenals de opmaak van de begroting en de controle op de uitvoering;
- de goedkeuring van overeenkomsten en revalidatieovereenkomsten;
- de VI's de nodige financiële middelen toe te kennen;
- de praktische regels vast te leggen op basis waarvan de VI's hun rekeningen indienen en verantwoorden.

Iriscare richt in zijn schoot vier technische commissies op. In elk van de vier zijn de VI's vertegenwoordigd:

1. De Commissie 'Opvang van afhankelijkheid' is bevoegd voor de rust- en verzorgingstehuizen, de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, kortverblijf, dagverzorging en thuiszorg en de autonomieverzekering.
2. De Commissie 'Geestelijke gezondheidszorg' is bevoegd voor de PVT's, de initiatieven voor beschut wonen en de ambulante geestelijke gezondheidszorg.
3. De Commissie 'Preventie en eerstelijnszorg' is bevoegd voor de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, palliatieve zorgen, met uitsluiting van het platform palliatieve zorgen, de lokale multidisciplinaire netwerken, verslavingen en preventiemaatregelen.
4. De Commissie 'Personen met een handicap' is bevoegd voor het beleid ten aanzien van personen met een handicap, met inbegrip van de mobiliteitshulpmiddelen.

De ordonnantie regelt verder nog het beheer van Iriscare, de financiering, de begroting en de middelen, het personeel en het toezicht.

I. Hervorming van de financiering van de sociale zekerheid

Verschillende grote hervormingen, waaronder de zesde staatshervorming, zorgen ervoor dat een herziening van de financiering van de sociale zekerheid nodig werd: die werd uiteindelijk doorgevoerd met de Wet van 18/4/2017. Voor de financiering van de sociale zekerheid zijn drie types van overheidsfinanciering voorzien:

- een alternatieve financiering (voorafname op verschillende fiscale inkomsten) die beoogt om in het stelsel van sociale zekerheid voor de werknemers de vermindering van de sociale bijdragen te compenseren;
- een transparante en responsabiliserende evenwichtsdotatie waarvan het bedrag elk jaar wordt vastgesteld, per stelsel van de sociale zekerheid. Deze dotatie wordt niet automatisch vastgelegd. Het bedrag wordt bepaald na het in rekening brengen van de responsabiliseringsfactor;
- een klassieke overheidstussenkomst (dotatie), waarvan het bedrag vast is en onafhankelijk van de conjunctuur. Deze dotatie kan toenemen met een vergrijzingscoëfficiënt. Met dit mechanisme wordt een duurzame financiering van de solidariteitsuitgaven beoogd.

De herziening gaat vooral om de vereenvoudiging van de alternatieve financiering.

De evenwichtsdotatie vormt het sluitstuk van de vernieuwde financiering van de sociale zekerheid. Het bedrag daarvan dat wordt gestort aan het RSZ-Globaal Beheer voor het jaar 2017, was oorspronkelijk vastgesteld op € 2.635.834 duizend, maar werd later opgetrokken op € 3.217.129 duizend.

Voor de zelfstandigen werd het oorspronkelijk voorziene bedrag van € 15.305 duizend, volledig geschrapt.

Voor het jaar 2017 belopen de bedragen, bestemd voor de alternatieve financiering van de bijkomende geldmiddelen toegekend voor de financiering van de geneeskundige verzorging, € 3.605.202 duizend voor het RSZ-globaal beheer en € 360.745 duizend voor het Fonds voor het financieel evenwicht in het sociaal statuut van de zelfstandigen.

J. Europa

• TTIP en CETA

Net zoals in 2015 hebben alle Belgische ziekenfondsen samen ook in 2016 aan de alarmbel getrokken voor de Europese vrijhandelsakkoorden met Canada (CETA) en met de Verenigde Staten (TTIP).

In beide gevallen stelden ze het democratische karakter van het Europese handelsakkoord in vraag. Analyses over de mogelijke impact van CETA en TTIP op het Belgische systeem van solidaire ziekteverzekering en op de gezondheid van de Europese burgers zorgen zelfs voor vertwijfeling of deze handelsakkoorden wel gezond zijn.

Mogelijke gevaren waarover we eerst duidelijkheid wilden, zijn:

- privatisering in de gezondheidszorg en sociale dienstverlening;
- hogere prijzen voor geneesmiddelen;
- een inperking van de bevoegdheid van lidstaten om een eigen beleid te volgen inzake gezondheidszorg, preventie en ziekteverzekering;
- lagere standaarden inzake chemische producten en voedselveiligheid.

Met het aantreden van Donald Trump als president van de Verenigde Staten verdween TTIP voorlopig in de koelkast.

Voor CETA was de plechtige datum van ondertekening voorzien op 27 oktober 2016. Om de tegenstand weg te masseren, publiceerde de Europese Commissie twee weken voordien een “interpretatieve verklaring”. Dit document moest meer duidelijk brengen over het dossier CETA dat 1.600 pagina’s telt, met de impliciete boodschap: “Jullie hebben het allemaal niet goed begrepen!”. Maar deze verklaring nam in geen geval de twijfels weg want er bleven nog drie knelpunten over.

Over het investeringsgerecht (ICS) stelden de Belgische ziekenfondsen zich ernstige vragen bij deze omzeiling van de nationale rechtbanken en vrezden een uitholling van de bevoegdheden van de nationale overheden om hun ziekteverzekering en gezondheidszorg te organiseren.

Een tweede knelpunt is dat de ziekenfondsen in CETA op gelijke voet worden gezet als de commerciële verzekeraars en ze dus in het toepassingsgebied van CETA vallen, ondanks hun opdracht van algemeen belang. Dit is in strijd met de juridische erkenning van de activiteiten van de ziekenfondsen, zowel in de Belgische als de Europees regelgeving.

En tenslotte is er ook geen expliciete uitsluiting van de diensten van algemeen belang, die toch essentieel zijn in sectoren als de gezondheidszorg en de sociale bescherming. Een duidelijke uitsluiting is ook hier een must.

Daarom hebben we met alle Belgische ziekenfondsen nog opgeroepen om alvast CETA niet te ondertekenen. Aan deze oproep werd enkel gevolg gegeven door Waals minister-president Paul Magnette die aanvankelijk weigerde het verdrag te ondertekenen omdat een aantal sociale en milieuafspraken te vaag waren omschreven en vooral omwille van het ICS als procedure om eventuele geschillen te regelen.

In extremis kreeg Magnette toch enkele verduidelijkingen en werd de angel uit de tekst gehaald door ICS voorlopig uit het akkoord te halen. Daarmee waren de obstakels uit de weg geruimd en kon de tekst alsnog goedgekeurd worden door het Waalse en het Brussels parlement en dat van de Duitstalige en de Franse Gemeenschappen.

Hopelijk zijn de bezwaren van de ziekenfondsen daarmee werkelijk weggenomen: waakzaamheid is in elk geval geboden!

Op 30 oktober 2016 werd het CETA-verdrag dan toch ondertekend te Brussel door de Europese president Donald Tusk en de Canadese premier Justin Trudeau.

Ondanks de vernietigende commentaren van sommige politici kunnen we Paul Magnette volgen met zijn weigering om zomaar zijn goedkeuring te geven voor CETA tot men een duidelijk beeld had van alle consequenties. Vandaar mijn oproep aan alle partners in de gezondheidszorg: laten we niet optimistisch of pessimistisch zijn, maar realistisch. Vandaar ook mijn oproep aan alle Europese instanties: het is *'time to act'* in de sociale sector!

• **Europa: coördinatie socialezekerheidsstelsels**

In december 2016 heeft de Europese Commissie een herziening voorgesteld van de EU-wetgeving voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels.

Het nieuwe voorstel wil het vrije verkeer van werknemers bevorderen, terwijl het ook de instrumenten versterkt die de nationale overheden kunnen gebruiken om het gevaar van misbruik of fraude te bestrijden. Het voorstel actualiseert de EU-regelgeving op de volgende punten:

- de werkloosheidsuitkeringen;
- de uitkeringen bij langdurige zorg;
- de toegang van economisch inactieve burgers tot sociale voordelen;
- de coördinatie van sociale zekerheid voor gedetacheerde werknemers.

De Commissie stelt voor om de administratieve regels die de sociale zekerheid van gedetacheerde werknemers moeten coördineren, te versterken. Zij wil er zeker van zijn dat nationale overheden over de juiste instrumenten beschikken om de socialezekerheidsstatus van dergelijke werknemers te controleren en wil zorgen voor duidelijkere procedures voor samenwerking tussen de overheden van de lidstaten om mogelijk misbruik en oneerlijke praktijken aan te pakken.

• **Sociaal-economische bedrijven**

Met de hete adem in de nek van de eurosceptici en van de Brexit wil de Europese Commissie aantonen dat Europa méér is dan een economische constructie en wil ze voortaan ook inzetten op de sociale economie. Deze omvat tal van ondernemingen en VZW's met als maatschappelijk doel tegemoet te komen aan bepaalde noden in de samenleving die niet opgevangen worden via de klassieke marktmechanismen.

Eén van de sociaal-economische bedrijven zijn de ziekenfondsen. Onze koepelorganisatie AIM (*Association Internationale de la Mutualité*) werkt al jaren aan een Europese erkenning van de ziekenfondsen, voorlopig echter tevergeefs. Zo'n erkenning moet de sector een bescherming bieden tegen de concurrentie van commerciële bedrijven en hen toelaten om grensoverschrijdend te werken.

Een groot probleem is echter dat de ziekenfondsen in zowat alle Europese landen aanzienlijk van elkaar verschillen. In zes Europese landen kunnen er zelfs geen opgericht worden (Litouwen, Estland, Tsjechië, Slowakije, IJsland en Liechtenstein).

Eind 2013 had het Europees Parlement, na jarenlang voorbereidend werk een resolutie aangenomen om een Europees statuut uit te werken voor de ziekenfondsen, maar met de nieuwe Commissie Juncker werd het terug naar af.

Eind april 2017 heeft AIM opnieuw een oproep gelanceerd om sociaal-economische bedrijven binnen de EU te erkennen, zodat ze beter kunnen groeien en over de landsgrenzen heen werken.

Met genoegen stellen we vast dat de Commissie Juncker daar ditmaal wel voor open staat. Haar *'Expert Group on the social business initiative'* heeft inmiddels een aantal aanbevelingen opgesteld die verder moeten worden uitgewerkt door de sociale organisaties zelf. AIM en dus ook de Liberale Mutualiteiten zijn graag bereid om daaraan mee te werken.

Meer specifiek roepen we de Commissie op om een oplossing te vinden voor een Europese erkenning van de ziekenfondsen. Indien dit niet kan op het niveau van alle lidstaten, stellen we een versterkte samenwerking voor tussen de lidstaten die de sociale economie wel gunstig gezind zijn.

4 CONCLUSIE

Zeker met de ondertekening van het Meerjarenpact met de VI's eind 2016 bevinden we ons in een periode van ingrijpende veranderingen in de gezondheidszorg, in de ziekenfondswereld en in de schoot van de Liberale Mutualiteiten.

27 jaar na de totstandkoming van de huidige wet op de ziekenfondsen, die op zich al een trendbreuk betekende tegenover de wet van 1894, bevinden we ons opnieuw op een keerpunt. We zien dit met vertrouwen tegemoet en werken er volop aan mee.

Een ander keerpunt waar we doorheen gaan is de zesde staatshervorming. De overdracht van verschillende bevoegdheden op het vlak van de gezondheidszorg heeft belangrijke repercussies voor de ziekenfondsen zelf die in de drie landsdelen meewerken aan de implementering ervan. In Vlaanderen krijgen de Zorgkassen er belangrijke taken bij. In Wallonië en Brussel wordt de reglementering nog uitgewerkt.

Zonder evolutie geen groei. Zonder verandering geen evolutie. Zonder durf geen verandering. Het is tijd voor verandering!

Deze veranderingen mogen ons het uiteindelijk doel niet uit het oog laten verliezen: de patiënt staat centraal in gezondheidszorg – en dit zonder exclusiviteit van wie of wat dan ook – gezondheidszorg is een pluralistische gegeven in een voor iedereen toegankelijk forum.

We dragen als ziekenfondsen ongetwijfeld bij tot nieuwe visies en ontwikkelingen in de gezondheidszorg, maar gedurfde visies hebben pas zin als ze gedeeld worden.

In onze aanvullende dienstverlening moeten we eveneens de moed hebben om al onze diensten zowel op landsbond- als op ziekenfondsniveau door een externe partner te laten doorlichten – net als ons ledenbestand. In 1995 gaven we hiertoe een 1^{ste} aanzet met de RUG.

We moesten ons meer propagandistisch op de markt brengen met onze producten – budgetten moeten hiertoe vrijgemaakt worden.

Efficiëntie, rationalisatie en centralisatie worden de uitdagingen in de komende jaren.

Geert Messiaen
Secretaris-generaal

21 november 2017



5 Contents

1	Hoofdstuk 1: Inleiding	1
2	Hoofdstuk 2: Overzicht van 2016 en 2017	7
A.	Liberaal Mutualiteiten	7
	• Diensten informatica en gebruikersondersteuning	7
	• Dienst preventie	8
	• Ledentallen	9
	• Personeel	9
	• Juridische dienst	10
	• Centrale tarificatie	10
	• Financiële dienst	11
	• Dienst interne audit	11
	• Dienst economaat	11
	• Dienst communicatie	12
	• Hospitaal-Plus	12
	• Gebouwen	14
B.	Ziekenfondsen	15
	• Budget administratiekosten – vaste en variabele	15
	• Administratiekosten: evaluatie beheersprestatie	16
	Het nieuwe evaluatiesysteem	16
	Evaluatie LLM over 2016	16
	Evaluatie voor 2018	17
	De remedies	18
	• Audits over de werking van de ziekenfondsen	19
	• Responsabilisering uitgaven geneeskundige verzorging	20
	• Gezondheidswet van 18/12/2016	21
	• Bekendmaking statuten	22
	• Meerjarenpact met de VI's	22
C.	Uitkeringsverzekering	27
	• Algemeen	27

•	Re-integratie in de arbeidsmarkt	28
•	Zelfstandigen.....	29
D.	Verzekeraarbaarheid.....	31
E.	Geneeskundige verzorging.....	34
•	Programmawet van 25/12/2016	34
•	Informatisering.....	34
•	Derdebetalersregeling	37
•	Globaal medisch dossier (GMD)	38
•	Verstrekkers	39
•	Geestelijke gezondheidszorg	40
•	Ziekenhuizen	44
F.	Visietekst NIC	46
G.	Werkingskosten Controledienst.....	46
3	Hoofdstuk 3: Actuele thema's.....	47
A.	Begroting 2016.....	47
B.	Begroting 2017.....	49
C.	Begroting 2018.....	50
D.	Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2016-2017.....	51
E.	Akkoorden tandheelkundigen.....	52
F.	Problemen bij de kinesitherapeuten	53
G.	RIZIV: Vijfde bestuursovereenkomst	54
H.	De staats hervorming en haar impact op de liberale mutualiteiten	55
•	Federaal	55
•	Vlaanderen.....	56
•	Wallonië	59
	Het AViQ.....	59
	Zelfredzaamheidsverzekering, erkenning van de VI's en van de ziekenhuisinfrastructuren	60
	De politieke actualiteit gooit alles overhoop en zorgt voor vertragingen	61
	Communauté française : erkenning ziekenhuisapothekers.....	61
•	Brussel: Iriscare	61
I.	Hervorming van de financiering van de sociale zekerheid	63
J.	Europa.....	64

•	TTIP en CETA	64
•	Europa: coördinatie socialezekerheidsstelsels	65
•	Sociaal-economische bedrijven	65
4	CONCLUSIE	67
5	Contents	69