

## De toekomst van het mutualiteitswezen

### 1 Inleiding

Dat de werking van de ziekenfondsen continu aan verandering onderhevig is, is geen nieuwigheid: het is haast een routine geworden dat we ons voortdurend moeten aanpassen aan nieuwe trends, aan wijzigingen in de regelgeving en aan nieuwe informatiestromen.

De trends die zich momenteel aandienen, houden echter op routine te zijn, maar noodzaken ons om de **werking van de landsbond en de ziekenfondsen fundamenteel te herdenken**.

Deze externe factoren zullen ons de komende jaren nog meer sturen dan het voeren van een eigen politiek voor verandering. Enkele van die factoren zijn al zeer duidelijk, zoals de verregaande informatisering van alle actoren, de verzekerden inbegrepen. Van andere ontwikkelingen is de uitkomst veel minder duidelijk, zoals de huidige discussie inzake regionalisering van de gezondheidszorgen of, in mindere mate, de invloed van de Europese regelgeving naar concurrentie met de private verzekeraars.

Dit houdt o.m. in: de omschakeling van de taken van de loketbedienden als uitbetaler van geneeskundige verzorging en uitkeringen naar die van raadgever. Dit heeft vooral te maken met de **centralisatie van de terugbetalingen** als gevolg van de voortschrijdende informatisering.

Die centralisatie is overigens een proces dat niet te stoppen valt, temeer daar er bij het RIZIV stemmen opgaan om taken over te nemen van de VI's – een evolutie waartegen we ons moeten wapenen door een optimale uitvoering van onze taken.

De loketbedienden en onze website moeten ook de toegangspoort vormen voor een systeem van **klachtenbeheer**.

De VI's moeten niet alleen klaar staan als er iets fout loopt, maar ze krijgen ook meer en meer een **preventieve opdracht**: voorkomen dat iets mis gaat, voorkomen ook dat mensen onnodige onderzoeken en ingrepen moeten ondergaan.

En dan is er uiteraard nog het **Europese niveau** dat onze werking steeds diepgaander beïnvloedt. Nu reeds dwingt Europa ons om de structuur van onze aanvullende en facultatieve diensten aan te passen en als we daar niet samen, als beroepsgroep van Belgische mutualiteiten, het nodige weerwerk tegen bieden, dreigen we onszelf in de uitverkoop te plaatsen.

Werkmethodes en organisatievormen die in het verleden ongetwijfeld hun nut bewezen hebben, zijn geen garantie meer op succes in de toekomst. Stilstaan is dan ook achteruitgaan en leidt onvermijdelijk tot uit de boot vallen.

Deze nota bevat een globale **lange termijnvisie** en tal van acties om de noden van onze sector daadwerkelijk aan te pakken. Slagen kan alleen als ook onze entiteiten bereid zijn om hun organisatie in vraag te stellen en zich aan te passen aan de nieuwe realiteiten: vandaar ook het opzet van deze nota om een sterkte-zwakke analyse/ balans op te maken.

Op sommige plaatsen dient het begrip “ziekenfonds” ook ruimer opgevat te worden en doelt het op onze globale mutualistische werking.

Er zijn diverse knelpunten en vooral genoeg uitdagingen. Op vele gebieden dienen we binnen zeer korte termijn **nauw samen te werken met andere Europese mutualiteiten die de solidariteit aankleven**. We moeten hiervoor de nodige constructies uitwerken: niet alleen, maar in samenwerking met onze Belgische collega's. Samen met hen hebben we er alle belang bij om een gemeenschappelijke ontwerp tekst voor te leggen aan de Europese Commissie over wat voor ons een ‘goed werkende mutualiteit’ is.

Momenteel kent slechts een beperkt aantal Europese lidstaten het mutualistisch statuut. Zo'n mutualistisch statuut dat gepromoot moet worden, moet als instrument dienen om de waarden van solidariteit en toegankelijkheid te verdedigen.

Samen met andere Europese mutualiteiten ook moeten we werken aan een solidair intermutualistisch netwerk waarnaar Europa zal opkijken.

Uiteraard mag dit niet alleen bij woorden blijven, maar we moeten die ook in daden omzetten. Om dit te verwezenlijken, zullen we nood hebben aan een gamma aan nieuwe instrumenten.

De Belgische ziekenfondsen zullen belangrijke financiële inspanningen moeten doen, terwijl de administratiekosten binnen de beperkte groei die vooropgesteld wordt voor de ziekteverzekering eerder zullen af- dan toenemen, al was het maar door een kritischer onderzoek van de criteria van de variabele administratiekosten.

Deze nota moet echter verder gaan dan een opsomming van plannen, ideeën en instrumenten, waarvoor we de nodige financiën zullen moeten voorzien, maar er dient ook gedacht te worden aan de opbouw of de heropbouw van een goed werkend en vooral efficiënt human resources geheel. We zullen nood hebben aan medewerk(st)ers die niet enkel bureaucratisch goed onderlegd zijn, maar die ook een grote affectie hebben met de zorgsector, waar de collectiviteit belangrijk is.

**In samenwerking de stap voorwaarts te nemen** is de enig mogelijke garantie voor het behoud van onze eigen identiteit en onze principes.

Bijsturing zal meer dan nodig zijn. Ongetwijfeld zullen we botsen op beperkingen, maar dat mag geen beletsel vormen om meer dan ooit te geloven in het uitbouwen van ons netwerk.

Als verzekeringsinstelling dienen wij ons hoe dan ook meer te profileren als een kenniscentrum op het vlak van ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Deze nota heeft en geeft geen dwingend karakter, maar is vooral bedoeld als discussieforum binnen de uitdagingen die ons te wachten staan, eerder vandaag dan morgen.

Deze nota dient dan ook gezien te worden in een coherent samenspel tussen de landsbond en zijn ziekenfondsen.

## 2 De taken van de VI's

### 2.1 *Het nut van de mutualiteit*

Ziekenfondsen zijn veel meer dan een doorgeefluik, hun belang in het sociaal en economisch weefsel van onze maatschappij valt niet te onderschatten.

Vooreerst zijn ziekenfondsen dankzij hun netwerk van contactpunten over het hele land laagdrempelig voor de burger en makkelijk toegankelijk. Hun sociale opvang is lovenswaardig. Het huidige ziekenfonds is een totaal zorgverzekeraar ten behoeve van zijn leden. Heel wat sociaal zwakkeren kunnen er ook met hun sociale en gezondheidsproblemen terecht.

In het kader van de gezondheidszorgen en de uitkeringen voor ziekte en invaliditeit vervullen het RIZIV en de mutualiteiten overigens totaal andere opdrachten. Ze werken echter volledig aanvullend.

Het RIZIV staat als overheidsinstelling onder meer in voor de controle op de ziekenfondsen en de landsbonden voor wat de strikte en goede toepassing van de verplichte verzekering betreft.

Daarnaast verdeelt het de financiële middelen onder de landsbonden.

Tenslotte staat het RIZIV in voor de opstelling en de uitvoering van de reglementering op de ziekteverzekering. Dit gebeurt grotendeels in samenwerking met de verstrekkers en de ziekenfondsen.

De ziekenfondsen staan in voor de medische controle op de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid en invaliditeit en de gezondheidszorgen. Daarnaast vervullen ze ook een administratieve controle: zo moeten ze nakijken of de persoon rechten heeft, bepalen ze het bedrag van de uitkeringen en recupereren ze ten onrechte betaalde uitgaven. Dit laatste is bvb. het geval wanneer de betrokkene rechten kan doen gelden via een andere wetgeving of bij fraude in hoofde van de patiënt of van een verstrekker.

Als men zou beslissen om deze afzonderlijke taken onder te brengen in een nationaal overheidsorgaan, dan zou dit geenszins kostenbesparend zijn. Er zal toch steeds een onafhankelijk orgaan de geldstromen moeten controleren.

Daarnaast menen wij dat de dienstverlening in een dergelijk bureaucratisch overheidssysteem sterk achteruit zou gaan. De lange wachttijden voor de uitbetaling van de uitkeringen in Frankrijk zijn daar een voorbeeld van.

De concurrentie tussen de ziekenfondsen, zoals we die in België kennen, is immers een stimulans voor de beste kwaliteit van de dienstverlening.

## **2.2 De vele opdrachten van een mutualiteit**

Naast de hierboven vermelde opdrachten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vervult het ziekenfonds nog heel wat andere taken zoals:

### **DE AANVULLENDE VERZEKERING:**

De veroudering van de bevolking en nieuwe medische technieken hebben tot gevolg dat de uitgaven voor de gezondheidszorgen gestadig stijgen. Omdat de middelen niet onbeperkt zijn, wordt een toenemend aantal verstrekkingen niet of onvoldoende vergoed door de wettelijke ziekteverzekering. Daarom reageren de ziekenfondsen onmiddellijk alert en bieden zij, op basis van een onderlinge solidariteit tussen hun leden, hier bovenop een aanvullend pakket van diensten aan.

Bovenop dit aanvullend pakket waarvan de aansluiting verplicht is voor alle leden, organiseren de landsbond en sommige ziekenfondsen ook een facultatieve hospitalisatieverzekering die, in tegenstelling tot de privé-verzekeringen, eveneens gebaseerd is op het solidariteitsprincipe.

### **GEZONDHEIDSPROMOTIE:**

De ziekenfondsen vervullen een belangrijke taak in het kader van gezondheidsopvoeding en -voorlichting. Door brochures en vormingsactiviteiten sensibiliseren zij hun leden om zelf verantwoordelijkheid op te nemen voor hun gezondheid door zich een gezonde levenswijze eigen te maken. Tevens worden de leden aangezet om gebruik te maken van minder dure geneeskundige verzorgingsformules. Dit kan bij voorbeeld door hun arts te vragen om een generisch geneesmiddel voor te schrijven.

### **SOCIALE FUNCTIE:**

Heel wat leden doen een beroep op hun ziekenfonds voor een aantal gezondheidsgerelateerde problemen: twijfel over ziekenhuisfacturen, nood aan thuiszorg, palliatieve begeleiding, ...

### **LEDENVERDEDIGING:**

De ledenverdediging gebeurt zowel op individueel als op collectief niveau:

- Collectief: via de overlegorganen van het RIZIV ijveren de ziekenfondsen voor een zo ruim mogelijke basisdekking door de verplichte ziekteverzekering.
- Individueel kunnen hun leden bij problemen ook terecht bij de dienst rechtsbijstand en de sociale dienst.

### **ADMINISTRATIEVE, STATISTISCHE GEGEVENS VERZAMELEN:**

De ziekenfondsen en landsbonden verzamelen ten behoeve van de overheid de nodige statistische informatie over de medische en paramedische verstrekkingen en over de uitkeringen. Op RIZIV-niveau wordt deze informatie gebundeld en gebruikt voor de evaluatie en bijsturing van het beleid.

#### STUDIE-OPDRACHTEN:

De landsbonden leveren sinds enkele jaren informatie aan het “Intermutualistisch Agentschap” en het Federaal Kenniscentrum (KCE). Deze informatie wordt gebruikt voor de controle op de werking van de ziekenhuizen en voor onderzoeken naar de effectiviteit van bepaalde prestaties.

#### CONCLUSIE

Dankzij hun goede service genieten de ziekenfondsen tevens het vertrouwen van de bevolking. Uit een onderzoek van de Universiteit Gent in 2006 blijkt dat de leden over het algemeen zeer tevreden zijn over de dienstverlening van de Liberale Mutualiteiten (een gemiddelde van 8,47 op 10), de vriendelijkheid van het personeel (8,81) en de duidelijkheid van de informatie (8,14).

Concluderend kunnen we stellen dat ziekenfondsen een volwaardige partner zijn in de uitvoering van de gezondheidszorg. Dit is merkbaar in de diverse domeinen van de gezondheidszorg waarin ze actief zijn. Bovendien zou het afschaffen van de ziekenfondsen voor het uitbetalen van de uitkeringen en zorgen geen besparing betekenen aangezien ze heel andere taken vervullen dan het RIZIV en de ziekenfondsen ternauwernood 4% van de geldstroom die ze beheren ontvangen aan administratiekosten, een percentage dat veel lager ligt dan bij de verzekeringsmaatschappijen (10 à 20%).

### 3 De basiswaarden van de LLM

Aan de basis van onze werking liggen elf basiswaarden waar de Liberale Mutualiteiten voor staan. Deze basiswaarden vormen voor ons een *conditio sine qua non* voor onze werking en voor onze politieke standpunten.

1. **solidariteit:** hierbij verstaan we de solidariteit in ruime zin, m.n. tussen Noord en Zuid, tussen jong en oud, tussen gezonden en zieken en tussen actieven en niet-actieven.

We onderschrijven de stelling van AIM (*Association Internationale de la Mutualité*) dat gezondheidszorg geen koopwaar is.

2. **neen aan de privatisering van de gezondheidszorg:**
  - de VI's zijn geen privé-verzekeraars, wat dus betekent dat leden met hoge risico's niet mogen worden uitgesloten
  - geen banden met verzekeraars of commerciële bedrijven
  - geen aanbod aan luxeproducten, maar een basispakket voor iedereen
  - niet-mutualistische koopwaar hoort niet thuis in de sector van de gezondheidszorg
3. **geen risicoselectie :**
  - de liberale mutualiteiten richten zich tot alle bevolkingsgroepen. Jongeren in goede gezondheid krijgen dus geen voorkeurbehandeling voor ten opzichte van oudere, zieke personen en we maken ook geen onderscheid op basis van ras, godsdienst, enz...
  - geen uitsluiting van leden met hoge risico's
  - geen duale geneeskunde met een inferieur basispakket voor iedereen en kwaliteitszorg die enkel gereserveerd is voor wie ze kan betalen
4. een **federaal georganiseerde ziekteverzekering:**
  - regionalisering is onaanvaardbaar omdat dit het opgeven betekent van de solidariteit tussen Noord en Zuid
  - aan de basis liggen wel verantwoordelijkheid en overleg tussen de regio's: niet-verantwoorde uitgavenverschillen moeten wel degelijk worden aangepakt.
5. **ongebondenheid:** de liberale mutualiteiten zijn in hun werking onafhankelijk van de financiële wereld, de verzekeringswereld, artsen en ziekenhuizen, privébedrijven en politieke partijen. Samenwerking zonder inmenging of diktaten onder de eerder geschetste voorwaarden kan uiteraard wel.
6. **ledengerichtheid**, wat inhoudt dat we voor alle leden zorgen, ongeacht hun inkomen, leeftijd of gezondheid; dit belet uiteraard niet dat we accenten kunnen leggen op specifieke doelgroepen, zoals gepensioneerden, invaliden, jongeren, personen met een handicap en mantelzorgers.

7. **geen vermindering van de middelen voor de gezondheidszorg:** wij opteren voor een zo ruim mogelijk basispakket dat voor iedereen toegankelijk is en dus geen verlaging van de groeinorm van 4,5 %. Dit percentage dient minstens behouden te blijven voor de sociale zekerheid.
8. **keuzevrijheid van de patiënt:** wij verdedigen de vrije keuze van de patiënten voor een verstrekker en een ziekenhuis. Ondermeer daarom vinden we dat er geen binding mag bestaan tussen ziekenfondsen en verstrekkers en ziekenhuizen.
9. **stimuleren van de eerstelijnszorg:** omdat de schaarse middelen zo efficiënt mogelijk moeten worden aangewend, vinden we dat de rol van de huisarts als poortwachter moet gestimuleerd worden, zonder dat zulks evenwel mag leiden tot een verplichte echelonnering.

Er moeten ook meer middelen worden voorzien voor gezondheidspromotie en preventie, zowel om de uitgaven voor gezondheidszorg binnen de perken te houden, als om de levenskwaliteit te verbeteren.

10. **alle VI's moeten behandeld worden als volwaardige actoren** in de ziekteverzekering. Dit houdt in dat alle landsbonden in alle beheersorganen van het RIZIV vertegenwoordigd moeten zijn.
11. tenslotte ijveren we voor een **Europees statuut voor de VI's, bij voorkeur gestoeld op het Belgisch model** en voor zover het met andere woorden gebaseerd is op solidariteit.

## 4 SWOT-analyse van de LLM

### 1. Sterkten:

- een uitgebreid en innoverend aanbod van aanvullende verzekeringen;
- verschillende goed uitgebouwde VZW's met een goede dienstverlening;
- een aanbod aan vakantiecentra;
- een groot solidariteitsgevoel met aandacht voor sociaal zwakken;
- een nauwgezette opvolging van de regelgeving;
- een nationaal gestructureerde organisatie;
- een ondersteunende werking van de landsbond als kenniscentrum voor de ziekenfondsen;
- ziekenfondsen op mensenmaat.

### 2. Zwakten:

- geen centrale macht van de landsbond – te gedecentraliseerd
- te weinig coherentie in het aanbod van de ziekenfondsen;
- de VZW's staan soms te ver af van het moederorgaan;
- nog te weinig imagovorming of bekendheid;
- geen vertegenwoordiging in de Algemene Raad en het Beheescomité van het RIZIV;
- ledenbehoud / ledenverlies;
- de niet-erkenning en niet-subsidiëring van sommige VZW's.

### 3. Kansen:

- de schaalvergroting van de ziekenfondsen;
- de tendens om de terugbetalingsvoorwaarden af te stemmen op wetenschappelijke inzichten;
- twee tegengestelde tendenzen: enerzijds de vergrijzing, anderzijds ook een verjonging als gevolg van de immigratie en een hoger geboortecijfer;
- wellness: vooral 55-plussers zijn bereid om meer te betalen;
- dienstverlening op maat;
- informatisering van de ziekteverzekering met o.m. MyCarenet, eHelth, de centralisatie en de tarificatie van de medische dienst en de afschaffing van de papieren facturen.

### 4. Bedreigingen:



- de kleinschaligheid van de ziekenfondsen: kleine organisaties moeten steeds in een minimum aan personeel en apparatuur investeren, m.a.w. er is steeds een minimum aan vaste kosten indien wij een optimale dienstverlening willen verzekeren.

Dit geldt uiteraard voor de informaticakosten maar ook voor de noodzakelijke minimale know-how voor de dienstverlening. Kleinere organisaties hebben dan ook niet dezelfde mogelijkheden om specialisten in elk van de domeinen aan te werven;

- het directe contact met de leden;
- de verfijning van de criteria voor de variabele administratiekosten;
- de algemene trend naar wellness: we mogen echter de missie van onze mutualiteit niet uit het oog verliezen;
- de invloed van de wetgeving en de vaak grote complexiteit ervan;
- door de inflatie kunnen sommige leden hun remgeld niet meer betalen, waardoor de focus komt te liggen op aanvullende diensten;
- de hospitalisatieverzekeringen dreigen de privé-toer op te gaan;
- het ontwerpstatuut van de Europese mutualiteit;
- twee andere Europese uitdagingen die op ons afkomen, m.n. Solvency II en de privatisering;
- de regionalisering van de gezondheidszorgen;
- de te grote afhankelijkheid van M-team;
- de Controledienst treedt te weinig op tegen oneerlijke concurrentie;
- de functie van het ziekenfonds als uitbetalingsinstelling vermindert door de evolutie naar geldloze loketten en naar leverancier van gezondheidsgegevens.

Hoe gaan we nu om met de zwakten en de bedreigingen? In de volgende hoofdstukken worden de verschillende uitdagingen en de mogelijke strategieën meer in detail besproken. De acties die we moeten ondernemen situeren zich op drie grote terreinen: de technologie, de menselijke input en de responsabilisering.

### 1. Technologie

Een organisatie kan slechts overleven wanneer ze zich flexibel aanpast aan de steeds sneller wijzigende omstandigheden in een globaliserende informaticamaatschappij.

Het komt er dus op aan om voldoende te investeren in het wegwerken van de zwakke punten.

Eén van de belangrijkste probleempunten is de kleinschaligheid van veel van onze ziekenfondsen. Omdat kleinere organisaties niet dezelfde mogelijkheden hebben om

specialisten in alle domeinen aan te werven, is verdere doorgedreven samenwerking (fusie) noodzakelijk.

Dit is vooral nodig voor wat de **informatisering** betreft (zie hoofdstuk 5.4) .

## 2. Menselijke input

Door de wijzigende taken van de ziekenfondsen zullen andere kwalificaties van de medewerkers gevraagd worden, wat dus ook een hele impact zal hebben op ons personeelsbestand (zie hoofdstuk 5.4.4).

## 3. Responsabilisering

Een ander belangrijk punt binnen een organisatie is de responsabilisering van al haar samenstellende elementen: landsbond, ziekenfondsen, hun diensten en alle medewerkers.

In functie van de operationele doelen moeten de schaarse middelen zo goed mogelijk worden ingezet.

Dit impliceert dat elk niveau zoveel mogelijk zijn financiële verantwoordelijkheid moet dragen. Het mag niet de bedoeling zijn om ondoelmatige kosten op een ander niveau af te wentelen. Bij het nemen van de beslissingen moet de beste oplossing voor de volledige organisatie genomen kunnen worden.

## 5 De uitdagingen van de ziekenfondsen

De ziekenfondsen bewaken het beheer van de gezondheidszorg met bijzondere aandacht voor het belang van de bevolking. Ze ijveren voor een billijke, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg voor iedereen. Daarnaast werken ze dagelijks ook aan een efficiënt georganiseerde gezondheidszorg.

### 5.1 (G)een coherent gezondheidsbeleid

In België is er geen sprake van een coherent gezondheidsbeleid: maar liefst twaalf ministers, gespreid over vijf regeringen, zijn in ons mooi Belgenland bevoegd voor gezondheidsbeleid.

Enkele voorbeelden:

- de erkenning van nieuwe geneesmiddelen valt onder de minister van sociale zaken en volksgezondheid, maar de prijsbepaling onder economische zaken;
- universitaire ziekenhuizen ressorteren onder de Vlaamse of Franstalige ministers van onderwijs, maar voor de terugbetaling van verstrekkingen onder de federale minister van sociale zaken;
- rustoorden voor bejaarden – in Vlaanderen woonzorgcentra genoemd – ressorteren onder de Vlaamse, Waalse of Brusselse ministers van welzijn voor wat de gebouwen en de animatie betreft, maar voor de verzorging onder de federale regelgeving.

Verschillende partijen pleiten voor een regionalisering van de gezondheidszorgen en ze halen daarbij ook het argument aan van de transferts van Noord naar Zuid.

Sinds de Rapporten Jadot in de jaren '90 weten we echter dat die transferts niet zo groot zijn als gedacht, dat ze afnemen en dat er ook transferts bestaan binnen de gewesten zelf. Zo verschillen de geldstromen zelfs per specialisme.

Wij menen dat het van doemdenken getuigt te stellen dat de communautaire problemen ons dwingen tot een splitsing van het stelsel.

Solidariteit tussen de regio's is voor ons noodzakelijk, maar dat betekent wel dat niet objectief gerechtvaardigde verschillen in consumptiepatronen tussen de regio's moeten aangepakt worden. Eveneens lijkt een continue evaluatie van het zorgaanbod in Vlaanderen, Wallonië en Brussel aangewezen.

Wij ijveren onverkort voor het behoud van het stelsel van overleg tussen de actoren binnen de verplichte en federaal georganiseerde ziekteverzekering want alleen dat maakt het mogelijk om de principes van solidariteit, kwaliteit, toegankelijkheid en keuzevrijheid die aan de basis liggen van ons gezondheidszorgsysteem te vrijwaren.

Akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen garanderen een tariefzekerheid voor de verzekerden en ze worden meestal door een grote meerderheid van de artsen aanvaard (87 % bij de huisartsen en 80 % bij de specialisten). Dit belet echter niet dat de tariefzekerheid toch in het gedrang komt bij bepaalde specialisten: huidartsen, plastische chirurgen, oogartsen en gynaecologen, beroepsgroepen die systematisch meer en meer akkoorden verwerpen.

**Aanbeveling:** het volstaat niet dat de minister de tarieven kan opleggen bij een te grote deconventionering van alle artsen, maar deze mogelijkheid zou ook moeten worden verfijnd naar de verschillende specialismen toe.

Voor wat het pleidooi voor een volledige regionalisering betreft, ijveren we al decennia voor één excellentie die de eindverantwoordelijkheid draagt.

Daarom moet het RIZIV op een federale sokkel blijven, maar dienen de Gemeenschappen wel inspraak te krijgen in het beheer van het stelsel, waardoor ze zelf eveneens worden geresponsabiliseerd.

Gezondheidsbeleid in ons land wordt gevoerd vanuit een boekhoudersmentaliteit. De ziekteverzekering, één van onze parels in het maatschappelijk weefsel, moet in elk geval overeenstemmen met de noden van de bevolking en besparingen mogen niet gevoerd worden ten koste van de patiënt.

Er dient eveneens rekening te worden gehouden met het **Vlaams basisdecreet voor sociale bescherming** dat straks door de Vlaamse regering zal goedgekeurd worden: het nieuwe basisdecreet biedt een garantie van de sociale basisrechten voor iedereen en omvat een maximumfactuur voor kosten in de thuiszorg, een kindpremie, een hospitalisatieverzekering, een begrenzing van de rusthuisfacturen en een financiële verankering van de zorgverzekering. Toch is hierbij zeker de nodige alertheid geboden omdat het een aanzet kan zijn tot een mogelijke regionalisering van de gezondheidszorgen.

Op federaal vlak stellen zich enkele belangrijke uitdagingen voor de korte en de middellange periode:

- de uitbreiding van de sociale derdebetalersregeling (DBR);
- meer psychologische hulp op de eerste lijn;
- het afremmen van het overmatig gebruik van de spoeddiensten;
- de aanpassing van de misbruiken of de overconsumptie in de regio's.

De fundamentele vraag is evenwel of de regio's al ooit een studie hebben gemaakt rond de vraag hoe ze willen dat onze gezondheidszorg er over tien of twintig jaar uitziet. Willen ze meer of net minder overheid? Willen ze meer of net minder marktwerking? Willen ze nog werken met een overlegmodel? Kan een regio dergelijke langetermijnvisie voorleggen vooraleer steeds weer uit te gaan van een splitsingsscenario en 'daarna zien we wel'?

Bij de besprekingen over de staats Hervorming en de wijziging van het toekomstig politiek landschap zal meer dan ooit met de nodige voorzichtigheid dienen uitgekeken te worden welke sectoren er zullen overgeheveld worden naar de regio's en wat de inhoudelijke invulling ervan zal zijn.

Duidelijk is in elk geval dat we nooit zullen toelaten dat aan het solidariteitsmechanisme, eigen aan onze sociale zekerheid, zal geraakt worden.

Waakzaamheid is des te meer geboden omdat ook het debat van privatisering en vermarkting om de hoek zal blijven loeren.

## 5.2 Handvest van de sociaal verzekerde

Op basis van het Handvest van de sociaal verzekerde, ingevoerd bij wet van 11/4/1995, heeft de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV, in samenwerking met de VI's zes cruciale processen geïdentificeerd voor de invulling van het principe "Wat is een goed werkend ziekenfonds?". De goede uitvoering van deze processen moet worden nagegaan via nog uit te werken indicatoren en zal dus nog sterker meespelen in de berekening van de variabele administratiekosten. Die processen zijn:

1. de informatieverplichting naar de sociaal verzekerden toe
2. de correcte, uniforme en tijdige toekenning van rechten
3. de correcte, uniforme en tijdige uitvoering van betalingen
4. de organisatie van de nodige controlemechanismen op de verschillende niveaus
5. de nauwgezette opvolging van de invorderingen
6. de samenwerking met het RIZIV

De grotere aandacht voor de evaluatie van de werking van de VI's spruit voort uit de tweede bestuursovereenkomst met het RIZIV voor 2010-2012.

Voor alle duidelijkheid: het gaat hier niet om nieuwe criteria, maar wel om een uitdieping van de reeds bestaande. Vermits de VI's op méér punten zullen worden gecontroleerd, **dreigen de variabele administratiekosten alleen maar af- in plaats van toe te nemen.**

Een aantal taken zijn moeilijk of niet haalbaar omdat de landsbonden niet over de nodige middelen daarvoor beschikken, maar de opname ervan in de nota van het RIZIV zet de VI's wel aan het nadenken om hun werking te optimaliseren.

### 5.2.1 De informatieverplichting naar de sociaal verzekerden toe

Een punt waar de Liberale Mutualiteiten volgens de vergelijkende tabel van het RIZIV optimaler zouden kunnen werken, is het **klachtenbeheer**.

Via de website (rubriek wat te doen bij?/de uitoefening van uw rechten/waar kan ik terecht met een klacht over medische zorg/ heb een klacht over mijn ziekenfonds) worden de leden geïnformeerd over de wijze waarop ze een klacht best ventileren (eerst via de betrokken dienst langsgaan of een klacht neerleggen bij de sociale dienst van het ziekenfonds).

De klachten die worden neergelegd via de sociale dienst worden wel geregistreerd (wie diende de klacht in, aard van de klacht en de opvolging), maar niet verwerkt in een jaarverslag.

Individuele klachten van leden en zorgverleners worden in principe behandeld op ziekenfondsniveau, behalve wanneer het ziekenfonds ze overmaakt aan de landsbond voor verdere behandeling.

Volgens het RIZIV scoren de Liberale Mutualiteiten slecht op het feit dat ze geen ontvankelijkheidscriteria hanteren en dat de klachten op nationaal niveau niet gecentraliseerd, geregistreerd of geanalyseerd worden, waardoor het onmogelijk is om een structurele oplossing uit te werken.

Onze behandelingstermijn is met vier weken ook de langste van alle VI's.

**Aanbeveling:** omwille van een uniforme en professionele afhandeling van de klachten, is het uitschrijven van een klachtenprocedure op nationaal vlak noodzakelijk. Hiervoor is de medewerking van de ziekenfondsen vereist voor een vlotte doorstroming van de klachten. Hiervoor zullen dan ook de nodige middelen moeten worden voorzien.

### 5.2.2 De toekenning van rechten aan de sociaal verzekerden

In vier van de zes processen die behoren tot de taken van een goed werkend ziekenfonds – de correcte, uniforme en tijdige toekenning van rechten en uitvoering van betalingen, de organisatie van de nodige controlemechanismen en de nauwgezette opvolging van de invorderingen – speelt het luik ‘informatica’ een belangrijke rol.

### 5.2.3 De samenwerking met het RIZIV

Net zoals de elektronische uitwisseling van gegevens tussen verstrekkers en VI's, zit ook de evolutie in de uitwisseling van gegevens tussen de VI's en het RIZIV (en hiermee samenhangend, ook die met de andere sociale zekerheidsinstellingen) in een stroomversnelling.

Hierbij is het zeer duidelijk dat het RIZIV een gerichte politiek voert om alle nominatieve gegevens, zowel medische als administratieve, bij hen te concentreren: op zijn minst zou het RIZIV de gegevens komen raadplegen in de VI's i.p.v. alles op te slaan én in de ziekenfondsen én in het RIZIV. De VI's zouden dus de back-up zijn voor het RIZIV.

Deze evolutie die reeds voor een groot deel voltrokken is in de gezondheidszorgen, wordt nu ook doorgetrokken naar de sector uitkeringen (primaire arbeidsongeschiktheid, medische beslissingen, ...).

Alle gegevens kunnen gekoppeld worden (met als motto ‘strijd tegen sociale fraude’ door verzekerden en verstrekkers).

**Aanbeveling:** door een degelijke centralisatie van de administratie op de landsbonden kan de overdracht van taken van de VI's naar het RIZIV worden voorkomen.

## 5.3 De geestelijke gezondheidszorg

De sector van de geestelijke gezondheidszorg zal **één van de belangrijkste uitdagingen** worden **voor de volksgezondheid in de komende decennia**. Psychische problemen komen in ons land immers vaak voor:

- van de bevolking van 15 jaar en ouder, heeft één op vier (24 %) te kampen met een psychisch onwelbevinden, waarvan iets meer dan de helft (13 %) zou kunnen leiden tot een tamelijk ernstige aandoening;
- bij een derde van de personen die voor lange tijd of definitief werkonbekwaam zijn in België zijn psychische stoornissen de oorzaak (voor bijna 70.000 personen);

- Vlaanderen noteerde in 2007 met 161 zelfmoorden per miljoen inwoners het tweede hoogste cijfer binnen de Europese Unie (gemiddeld 2,7 suicides per week).

Psychische problemen betekenen niet alleen een zware belasting voor de patiënt zelf, maar ook voor diens omgeving.

Desondanks is er **tot nog toe te weinig aandacht besteed aan de geestelijke gezondheidszorg en vooral ook aan preventie van psychische problemen**, al komt daar sinds de jaren negentig van de vorige eeuw wel enige verandering in, zowel op nationaal (vooral Vlaams) als op internationaal niveau.

Vandaag bestaat **het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg nog te veel uit psychiatrische ziekenhuisbedden** (PZ-bedden), waarbij België volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie op wereldvlak een tweede plaats bekleedt met 152 bedden per 100.000 inwoners.

#### **Aanbevelingen:**

- Investeren in de geestelijke gezondheidszorg is meer dan ooit noodzakelijk. Dit impliceert een structurele samenwerking tussen het Vlaamse en het federaal niveau en ook met de andere departementen (zoals justitie).
- Daarom pleiten de Liberale Mutualiteiten ook op dit terrein voor één minister die bevoegd is voor de coördinatie van de gezondheidszorgen.
- Een samenhangend beleid in de geestelijke gezondheidszorg is eveneens nodig, bijvoorbeeld met betrekking tot de gesubsidieerde initiatieven van de FOD voor centra met een revalidatieovereenkomst met het RIZIV. Hier is dus sprake van een dubbele financiering. Ook hier is dus nood aan één minister die dit alles controleert en coördineert.

## **5.4 Informatisering**

Al sinds het begin van de jaren '90 met de oprichting van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, werken de ziekenfondsen mee aan talrijke projecten om de gegevensstromen zoveel mogelijk te digitaliseren. Specifiek voor de gezondheidszorg kwamen in de loop van het eerste decennium van deze eeuw systemen als Carenet, MyCarenet en eHealth-platform tot stand, systemen die er telkens op gericht zijn de papierberg te verkleinen en de doorgifte van gegevens juister, sneller en veiliger te doen verlopen.

Deze systemen hebben een **centrale tarificatie** mogelijk gemaakt **op de landsbond**, een taak die vroeger bij de ziekenfondsen gebeurde. Momenteel is die reeds in voege voor de (algemene en psychiatrische) ziekenhuizen, de laboratoria, de medische huizen, de PVT's, de ROB's, de RVT's, de verpleegkundigen en de geneesmiddelen.

### 5.4.1 Informatisering op de LLM

Voor wat de correcte, uniforme en tijdige toekenning van rechten en uitvoering van betalingen betreft, de organisatie van de nodige controlemechanismen en de opvolging van invorderingen, is een **goed werkend informaticasysteem** van essentieel belang.

We zijn ook gedwongen om overtollig routinewerk uit te schakelen door zoveel mogelijk gebruik te maken van de functionaliteiten van de nieuwe technologieën.

Dit impliceert wel eerst investeringen alvorens men van besparingen kan genieten.

Via het ERP-programma Agresso zou bijvoorbeeld overbodig werk kunnen bespaard worden: de Landsbond zou, in plaats van via omzendbrieven instructies te geven voor boekingen aan de ziekenfondsen, zelf deze boeking kunnen initiëren en ze door het ziekenfonds via een acceptatie laten registreren.

Een optimale inzet van de beschikbare technologie kan leiden tot de noodzakelijke kostenbesparingen, waardoor middelen vrijkomen voor de uitbouw van een nieuw type van dienstverlening (o.a. adviesfunctie in de gezondheidszorg).

Om de financiële middelen zo efficiënt mogelijk aan te wenden en de technologische ontwikkelingen zelf mee te kunnen sturen en ontwikkelen, dienen een aantal zaken te worden herbekeken:

- een onderhoudscontract voor het informaticamaterieel ter waarde van € 300.000 werd opgezegd; herstellingen zullen voortaan per stuk worden betaald;
- de LLM is niet akkoord gegaan met het voorstel van de LOZ waarbij de LLM € 800.000 zou moeten betalen voor de tewerkstelling van 40 personeelsleden bij M-team, wat zou neerkomen op een verviervoudiging van de kosten, terwijl we geen reserves hebben waaruit we kunnen putten;
- de LLM betaalt wel voor M-team, maar krijgt er onvoldoende kennis voor in de plaats: de relatie met M-team dient dan ook te worden herbekeken. Als externe partner doet M-team zelf veel beroep op externe programmatie; de vraag is echter of dit steeds op een economische manier gebeurt vermits M-team zelf steeds de rekening gewoon doorgeeft aan de deelnemende landsbonden en ziekenfondsen.
- de sterkte van de landsbond moet het enorme gegevensbestand zijn: dit moet beter worden beheerd en uitgebaat;
- de samenstelling van het personeelsbestand: de Liberale Mutualiteiten hebben bepaalde competenties niet in huis. Dit noodzaakt ons om het functieprofiel bij nieuwe aanwervingen drastisch aan te passen.

Wij moeten verder blijven mee investeren in de nieuwe informatica-ontwikkelingen, maar dan wel binnen een strikt budgettair plan dat beheersbaar blijft.

Om die reden moet ieder afzonderlijk luik op informaticavlak, hoe miniem ook, op zijn financiële haalbaarheid worden onderzocht.

Gezien de budgettaire explosie binnen de M-team groep en rekening houdend met het gegeven dat onze VI op financieel vlak niet verder wenst te gaan dan de middelen waarover zij beschikt, dient onze werking afgestemd op de vooraf goedgekeurde



budgetten zonder dat permanent budgetverhogingen en –overschrijdingen het stijgingspercentage van onze administratiekosten met ruime marge overtreffen.

**Aanbeveling:** wij pleiten voor een doorlichting van ons softwarebureau M-team door een extern bureau, dit in relatie met onze mogelijkheden op het vlak van informatica in de landsbond en de ziekenfondsen.

#### 5.4.2 Elektronische uitwisseling tussen verstrekkers en VI's

De elektronische uitwisseling van gegevens tussen de verstrekkers en de VI's komt nu in een reële stroomversnelling met de volgende projecten:

- de toegang via een *single sign-on* en het gebruik van de basisdiensten van e-Health;
- de labellisering van software-pakketten van de artsen waarbij de uitwisselbaarheid van gegevens primordiaal is;
- de uitbouw van e-Care onder invloed van het RIZIV, waarbij de verstrekkers (gecodeerde) medische informatie zullen overmaken aan registers (vb. knie- en heupprothesen, defibrillatoren en pacemakers, reumageneesmiddelen, mucoviscidose, weesgeneesmiddelen, stollingsziekten, ...) en de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen mogelijk in de toekomst slechts die elementen zullen kunnen raadplegen die nodig zijn om terugbetaling toe te staan volgens de reglementaire criteria;
- het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen (E-Recipe, beheerd door de verstrekkers) en de elektronische aanvraag en raadpleging van 'hoofdstuk IV-geneesmiddelen' via MyCarenet. Dit wordt opgebouwd als een generiek model, zodat het zeer snel kan worden uitgebreid tot andere verstrekkingen (vb. kinesitherapie);
- het volledig operationeel zijn van MyCarenet voor de verpleegkundigen voor wat betreft de verzekeraarbaarheid, de facturatie en de kennisgevingen verpleegkundige zorgen aan de adviserend geneesheer. Ook hier zullen de uitbreidingen elkaar snel opvolgen (rustoorden, apothekers, labo's, ...);
- de uitwerking van het elektronisch indienen van attesten door de verstrekkers en de terugbetaling door het ziekenfonds aan de verzekerden (dus buiten het circuit van de DBR);
- de afspraken rond het raadplegen door de geneesheren van elektronische documenten via *hubs* en *metahubs*. Scanning wordt ook bij ons onafwendbaar.

**Aanbeveling:** de LLM dient de nodige investeringen te doen om de informatica-ontwikkelingen te kunnen implementeren en de werking van de landsbond en de ziekenfondsen daaraan aan te passen.

### 5.4.3 Centralisatie van de derdebetalersregeling

De centralisatie op landsbondniveau van de elektronische facturatie binnen de DBR is reeds een feit. In onze landsbond bestaat ze momenteel voor de ziekenhuizen, de ROB's, RVT's, CDV's en de verpleegkundigen.

In de nabije toekomst zou de centrale tarificatie nog worden uitgebreid tot de **huisartsen** voor wat de **sociale DBR** betreft. Bij sommige andere VI's is dit reeds gebeurd op 1/4/2011.

Het voordeel voor de huisartsen is dat ze voor alle patiënten die aangesloten zijn bij een VI, nog slechts met één factureringsadres rekening moeten houden en ze een beroep kunnen doen op één enkel contactpunt.

Daarbij krijgen de huisartsen toegang tot de internettool van de betrokken VI, waarmee ze via een paswoord hun facturen en betalingen in detail kunnen raadplegen.

De tool maakt het ook mogelijk om het persoonlijk aandeel te berekenen in functie van het statuut van de patiënt. De online opvolging van de betalingen in het kader van de globaal medische dossiers (e-GMD) en de zorgtrajecten werd ook geïntegreerd in de internettool.

De vraag naar centralisatie door de huisartsen van de DBR voor de huisartsen is slechts een voorbode van dezelfde eis die **andere beroepsgroepen** zullen hebben bij verdere onderhandelingen bij het afsluiten van overeenkomsten.

De centralisatie van de DBR, samen met het uitbreiden van de elektronische facturatie via MyCarenet (DBR of niet), zal zeer grote druk zetten op de organisatie van het werk in de ziekenfondsen (vermindering van encoderingstaken) en de landsbond (vergrote verantwoordelijkheid bij controle en verwerking).

De elektronische facturering met de afschaffing van papieren facturen vergt ook een **ander type controle van de verstrekkers en verstrekkingen** (type fouten, afwijkende profielen van verstrekkers of verzekeren, a posteriori controle van vb. cumulregels). Dit gebeurt het best op een gecentraliseerd niveau ipv in elk ziekenfonds afzonderlijk. Competenties dienen hiervoor geconcentreerd te worden (ervaring vanuit ziekenfondsen indien mogelijk, zo niet 'hogere niveau's').

Beleidsmatig dienen de VI's erover te waken dat de invoering van de sociale DBR en de volledige afschaffing van het kleefbriefje niet leiden tot een verkapt vorm van DBR voor iedereen omdat die misbruiken in de hand zou werken.

Belangrijk bij de informatisering is ook de rol weggelegd voor ziekenfondsen, namelijk het opsporen van misbruik van sociale voordelen en van overconsumptie, het verbeteren van de toegankelijkheid en de zorgkwaliteit, het beperken van administratieve lasten voor alle betrokkenen, het optimaliseren van de communicatie tussen de actoren, en last but not least, het verbeterd beheer van de gegevens. Einddoel is uiteraard een zo efficiënt en kwalitatief mogelijke gezondheidszorg in het belang van de patiënten.

Aanbevelingen:
----------------

- De VI's moeten voor de informatisering de nodige middelen krijgen: niet enkel voor de implementatie van de gegevensstromen, maar ook voor het oplossen van de kinderziekten bij de opstart en voor de kwaliteitsbewaking, de pechverhelping en de actualisaties tijdens de uitvoering zelf. Precies op het moment dat de VI's belangrijke investeringen moeten uitvoeren, is het dan ook niet verstandig om de administratiekosten te beperken.
- De ziekenfondsen moeten op termijn alle encodingstaken en de uitbetaling van de verstrekkingen overlaten aan de landsbond.

#### 5.4.4 Personeelsbestand

De nieuwe taken impliceren de aanwerving van medewerkers met andere kwalificaties en een herscholing van bestaande medewerkers die hun takenpakket zien verdwijnen/uthollen.

Nieuwe medewerkers zullen, indien bepaalde kwalificatie vereist worden, niet goedkoop zijn, zeker niet indien ze bepaalde profielen inzake informatica hebben. Maar zoals reeds gesteld kan dit uiteindelijk kostenbesparend werken. Anderzijds zien we dat de technologie in veel gevallen de activiteiten gaat sturen. Zo laat het internet, toch populair bij de nieuwe maar ook bij een groot deel van de oudere generaties, de ontwikkeling toe van nieuwe diensten.

Naast personeel in de ondersteunde diensten zoals informatica, zal ook personeel voor de nieuwe taken moeten aangeworven worden. Ook hier, zoals voor de informatica, geldt de regel dat kleinere organisaties het moeilijk hebben om de vaste kosten te spreiden. Daarom zou men best uitgaan van een centraal uitgebouwde structuur tussen de ziekenfondsen die toelaat dat specialisten voor de verschillende ziekenfondsen tegelijk kunnen werken en er zo geen onnodige elkaar overlappende investeringen in de verschillende entiteiten moeten gebeuren.

**Aanbeveling:** de landsbond moet de nodige functieprofielen opstellen en een passende verloning voorzien; zo nodig dient de verdeelsleutel van de administratiekosten tussen landsbond en ziekenfondsen te worden aangepast.

#### 5.4.5 **Samengevat: de toekomstige werking van het ziekenfonds en de Landsbond**

De combinatie van de projecten van buitenaf waarop wij geen of slechts een heel beperkte invloed hebben, zullen het ziekenfondswezen van morgen grondig wijzigen en het merendeel van de contacten die onze leden nu met hun ziekenfondsen hebben, ingrijpend veranderen.

Deze projecten zijn o.m. :

- de sociale derdebetalersregeling (vanaf 1/7/2011);
- het elektronisch beheer van de geneesmiddelen van het 'Hoofdstuk IV' (eind 2011);
- het project 'recip-e': de dematerialisering van de getuigschriften voor verstrekte hulp (de testen zijn aan de gang);

- de veralgemening van het concept ‘derde betaler’.

De evolutie van de informatisering en de administratieve vereenvoudiging brengen ons tot een profiel van de Landsbond dat:

- statistische modellen creëert;
- vergelijkende studies uitvoert;
- de kennis en interpretatie van de regelgeving centraliseert en verspreidt;
- uniforme werkprocessen opstelt en organiseert;
- elektronische stromen van buitenaf centraliseert.

Deze stromen zullen het dossierbeheer (gezondheidszorg, uitkeringen, ledenbeheer...) verder automatiseren, hetgeen van geen enkele toegevoegde waarde zal zijn in de relatie ‘lid-ziekenfonds’.

De ziekenfondsen zullen nieuwe dienstverleningen moeten ontwikkelen. **Zich onderscheiden zal essentieel worden**, bijvoorbeeld door:

- informatie aan te bieden over de kosten per type pathologie;
- informatie aan te bieden over de kwaliteit van de zorgverlening in functie van de persoonlijke situatie;
- informatie aan te bieden over de ‘best practices’ die aanwezig zijn op de medische markt, in functie van de medische voorgeschiedenis van de persoon;
- de benadrukte sociale diensten;
- gespecialiseerde contactpunten: gepensioneerden, psychologische hulp, rechtsbijstand, beheer van de medische fout

De grootschalige databases die we gedurende jaren aangevuld hebben, zullen de basis vormen van nieuwe diensten die nog moeten worden opgezet/voorgesteld/beheerd.

Wat zijn hiervan nu de **praktische gevolgen**? De profielen van de landsbond, de ziekenfondsen en van onze beheerders zullen op dezelfde manier moeten evolueren als de diensten die we zullen verlenen.

Dit betekent dat de **landsbond**:

- bijkomend personeel zal moeten aanwerven, waarschijnlijk van een andere opleidingsniveau dan wat we nu kennen ...;
- zal moeten verdergaan op de weg van de ‘datawarehousing’ en dit nog verder aan te vullen met andere productiedata (gezondheidszorg, aanvullende verzekering ...);
- de nadruk zal moeten leggen op haar middelen om informatie te verspreiden en documentatie ter beschikking te stellen;
- ook over financiële middelen zal moeten beschikken om haar nieuwe functies te kunnen vervullen;

- een grotere beslissingsbevoegdheid zal moeten krijgen in de bestuursorganen (RvB,...) om zo een invloed uit te oefenen op de werkprocessen in alle ziekenfondsen (standaardisering, kwaliteitscontroles samen met die van de CDZ om goede scores te behouden inzake de evaluatiecriteria, grotere drukmiddelen...).

#### De ziekenfondsen:

- zullen moeten proberen om zich te profileren en te werken als een essentiële partner in het kader van het beheer van de medische gegevens van hun leden;
- zullen zich moeten ontplooien tot een bevoorrechte dossierbeheerder ‘ziekte- en invaliditeitsverzekering’ en een proactief, vlot beheer bedenken door gepersonaliseerde communicatiekanalen naar hun leden toe te creëren;
- zullen performante dienstverleningen moeten organiseren om hun klanten te helpen (helpdesk, call-desk, flexibele toegang tot hun diensten ...).

Elke schakel van de liberaal-mutualistische ketting zal moeten inzien dat enkel een geïntegreerde organisatie tussen de landsbond en de ziekenfondsen enerzijds en financiële en operationale solidariteit anderzijds alle partners zullen toelaten om verder deel uit te kunnen maken van de markt van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

### **5.5 Milieu en gezondheid: time to act**

De laatste twintig jaar worden zowel de huisartsen als de medewerkers van de ziekenfondsen alsmaar meer geconfronteerd met vage gezondheidsklachten of klachten zonder duidelijke oorzaak. Vaak gaat het om ernstige en chronische ziekten, zoals chronische vermoeidheid, reuma en allergieën, maar ook om tal van kankers.

Dat ook de ziekenfondsen op dat terrein een belangrijke rol te vervullen hebben, werd op 4/6/2010 internationaal bevestigd op het congres over ‘milieu en gezondheid’ van de AIM (*Association Internationale de la Mutualité*) in onze landsbond. Ze hebben hierin de volgende opdrachten:

1. **informereren van de leden** over de nefaste effecten van schadelijke stoffen in de leefomgeving en zelfs over de vermoedens van verbanden tussen het leefmilieu en bepaalde ziekten (bv. tussen het GSM-gebruik en hersentumoren).
2. **sensibiliseren van de bevolking:** enerzijds via milieugezondheidsopvoeding en – preventie de leden aansporen tot een milieugezonde levensstijl, iets waarin ze zelfs een voortrekkersrol kunnen vervullen; anderzijds kunnen ze ook meewerken aan informatiecampagnes van de overheid:
3. **sensibiliseren van de overheid** voor thema’s waaraan ze momenteel geen of onvoldoende aandacht besteedt, zoals het aanmoedigen van positieve maatregelen, het sanctioneren van milieu-onvriendelijk gedrag en het opleggen van normen om de negatieve invloed van milieuvervuiling op de gezondheid te beperken tot een onschadelijk niveau.
4. **onderzoek naar het verband tussen gezondheid en leefmilieu:** de VI’s kunnen informatie geven over het geneesmiddelenverbruik en dat linken aan adressen; de verwerking gebeurt best op niveau van het IMA en het Kenniscentrum.

### 5. werking op lokaal niveau:

- bij ernstige milieuproblemen op lokaal niveau (bvb. drukke verkeerswegen door/nabij woonwijken, fabrieken, verbrandingsovens enz.) kunnen de ziekenfondsen samen hun stem laten horen;
- bij onderzoeken over de relatie tussen armoede en gezondheid kunnen de ziekenfondsen geanonimiseerde informatie leveren over de pathologieën die ze registreren van leden die in een bepaalde wijk wonen; dit kan bvb. gelinkt worden aan de kwaliteit van de huizen, van de omgeving en het inkomen (via de MAF-categorieën).

### 6. werking met kinderen en jongeren:

de bescherming van de gezondheid van de kinderen vormt het kernthema in de vijfde ministeriële conferentie over het leefmilieu en de gezondheid te Parma van 10 tot 12/3/2010. Het aspect milieugezondheidsopvoeding dient op alle niveaus van het onderwijs te worden geïntegreerd en milieupathologieën moeten ook aan bod komen in de opleiding van alle gezondheidswerkers.

De VI's zouden dan ook vertegenwoordigd moeten zijn in alle nationale instanties en organismen die betrokken zijn bij de uitwerking, de opvolging en de evaluatie van het beleid inzake milieugezondheid.

De VI's zouden hun krachten ook moeten bundelen op het vlak van milieugezondheid – en op dat van preventie in het algemeen. Dit zou zelfs over de landsgrenzen heen moeten gebeuren.

Ons gezondheidssysteem is niet kostelijk, maar de mens is ons kostbaar – dit zou steeds het begin- en eindpunt moeten zijn van onze mutualistische ingesteldheid.

**Aanbeveling:** de opdrachten van de VI's in het kader van milieugezondheid moeten zo snel mogelijk worden uitgevoerd, dit in het besef dat we op middellange termijn kunnen meehelpen aan het voorkomen van ziekten. De intermutualistische samenwerking mag niet beperkt blijven tot één enkele brochure.

## 5.6 Geen privatisering, maar solidariteit

Ondanks allerlei moeilijke factoren, waaronder de toenemende druk van de Europese Unie, moeten ziekenfondsen blijven streven naar een brede, solidaire en toegankelijke gezondheidszorg en ziekteverzekering.

Beide zijn immers fundamentele sectoren in de samenleving; om een evolutie naar een duaal systeem te vermijden met een kwaliteitszorg die enkel toegankelijk is voor wie ze kan betalen, mogen ze niet worden geprivatiseerd. Gezondheid is immers geen koopwaar.

De solidariteit tussen Noord en Zuid, jong en oud, gezonden en zieken, actieven en niet-actieven moet meer dan ooit een belangrijke plaats innemen binnen het beleid.

Het toelaten van privé-initiatieven in de gezondheidszorg moet daarom zoveel mogelijk worden beperkt en kan slechts binnen strikte voorwaarden: zo moeten ze passen binnen de planning, hun prijzen voor de patiënten mogen niet hoger liggen dan in de publieke sector en ze moeten voldoen aan minimale kwaliteitseisen.

**Aanbeveling:** we moeten ons blijvend verzetten tegen elke poging tot privatisering van de VVGUVU en van de aanvullende diensten. Zeker in het licht van de klachten van Assuralia bij het Grondwettelijk Hof moeten de VI's mee aan de kar trekken om een verdergaande privatisering tegen te houden.

## **5.7 Uitgavenbeheersing**

Wat de financiering betreft, hebben de bijdragen als belangrijkste inkomstenbron al tientallen jaren hun grens bereikt.

Het huidige budgettaire klimaat en de noodzakelijke verhoging van de financiële middelen om tegemoet te kunnen komen aan toekomstige behoeften staan geen enkele versoepeling toe op het vlak van de uitgavenbeheersing. De inspanningen op het vlak van de evaluatie van de aanwending van de financiële middelen in het systeem moeten dan ook onverminderd worden verdergezet.

Zulke evaluatie moet uitgaan van de rigoureuze aanwending van de gegevens die geregistreerd worden door de ziekenfondsen. Om de doeltreffendheid en de opportuniteit van de medische praktijken te verbeteren, zijn de ziekenfondsen voorstanders van een rechtvaardige responsabilisering van alle actoren: niet alleen de patiënten, maar ook de zorgenverstrekkers, de mutualiteiten en de overheid.

De artsen zijn geresponsabiliseerd voor wat hun voorschrijfgedrag betreft op het vlak van bepaalde geneesmiddelen, klinische biologie en medische beeldvorming.

Wat de ziekenhuizen betreft, moeten in de eerste plaats de behoeften van de patiënt centraal staan en niet het bestaande aanbod. Er zal ook meer rekening moeten worden gehouden met de vergrijzing en de samenwerking met andere verzorgingsvormen.

Als actoren in het systeem van de gezondheidszorg onttrekken ook de ziekenfondsen zich niet aan hun verantwoordelijkheid: zij zijn geresponsabiliseerd voor verschillende aspecten van hun werking en voor het in de hand houden van de kosten voor geneeskundige verzorging.

Sinds 2005 kampt het stelsel met een eigenaardige paradox: in dat jaar werd de toen veel te beperkte groeinorm van 2,5% bovenop de inflatie verhoogd tot 4,5%. Omdat er via allerlei responsabiliseringsmechanismen echter voortdurend over gewaakt wordt dat de uitgaven binnen de perken blijven, stijgen de beschikbare middelen in het stelsel sneller dan de uitgaven. Deze inhaalbeweging lijkt niet meer te stuiten. Daardoor dreigen de ruime marges zelf een drijfveer te worden voor meer uitgaven in de toekomst.

Aangezien wij als ziekenfondsen zelf een belangrijke actor zijn in het systeem, wordt van ons eveneens verwacht dat wij een antwoord geven op een aantal vragen:

- Is deze evolutie, waarbij de uitgaven bestemd voor de ziekteverzekering, sneller stijgen dan de economie, nog lang vol te houden?
- Is er ruimte voor een stijging van de administratiekosten van de VI's, rekening houdend met het feit dat zij er alsmaar meer taken bij krijgen?
- Met de zich aandienende pensionering van de na-oorlogse babyboomgeneratie zal het Zilverfonds vanaf 2013 voor het eerst worden aangewend om de stijgende

noden van de gezondheidszorg te lenigen. Hoe moet dit Zilverfonds de decennia nadien verder worden gefinancierd?

- We worden geconfronteerd met tegengestelde tendenzen: enerzijds neemt de verzekerde als spelverdeler steeds meer een centrale positie in de zorg in – iets wat wij overigens altijd verdedigd hebben – anderzijds versterkt daardoor ook de sociale kloof met degenen die daar niet de middelen, de kennis of de vaardigheden voor hebben. Deze sociale kloof wordt nog al te vaak onderschat. Hoe spelen wij als ziekenfondsen daarop in?
- Hoe spelen wij als ziekenfondsen in op de toename van psychische problemen die een aangepaste zorg vereisen? Als nevenproduct van de ontvoogding van het individu brokkelen traditionele opvangstructuren (gezin, kerk, al dan niet zuilgebonden verenigingen, ...) zienderogen af. De stress en de druk op het individu nemen toe, met de nodige klachten tot gevolg. Geestelijke gezondheidszorg wordt dan ook de zorg van de toekomst: ze moet bijgevolg deel uitmaken van de eerste lijn en vlot toegankelijk zijn. Hoe spelen wij als ziekenfondsen daarop in?
- Het overmatig gebruik van de spoeddiensten moet worden afgeremd door te zorgen voor goed bereikbare huisartsenposten die dag en nacht bemand zijn en, voor wat de ziekenfondsen betreft, door de leden vertrouwd te maken met de idee dat ze zich in principe best eerst tot de huisarts wenden;
- In plaats van bijna automatisch te praten over de al dan niet regionalisering van de gezondheidszorg, dienen ook de gewesten en gemeenschappen zelf met een visie voor de dag te komen over hoe ze willen dat onze gezondheidszorg er over tien of twintig jaar uitziet: met meer of minder overheid? Met meer of minder marktwerking? Met een overlegmodel of niet?

**Aanbeveling:** als middenveldorganisatie en vooral als aanbieder van eerstelijnszorg moeten we ons meer dan ooit opstellen als een actieve en constructieve partner en dienen we ons uit te spreken over de verschillende hierboven opgesomde vragen. Het gaat immers om maatschappelijke thema's waarin de verzekerde centraal staat.

### **5.8 De AIM: internationale vereniging van mutualiteiten**

De AIM (*Association Internationale de la Mutualité*) werd opgericht in 1950 en overkoepelt nu 42 autonome instellingen voor ziekteverzekering en sociale bescherming uit 27 landen binnen en buiten Europa. Ze wil de gezondheidszorgen voor zoveel mogelijk mensen toegankelijk maken via stelsels gebaseerd op het solidariteitsprincipe en zonder winstbejag. AIM is een debatoord waar werkgroepen zich over welbepaalde thema's buigen, colloquia of seminars organiseren, rapporten opmaken en adviezen en voorstellen uitspreken. In die zin doet ze dus dienst als lobbygroep.

Een voorbeeld om het belang van dit lobbywerk aan te tonen is haar standpunt van enkele jaren geleden i.v.m. de discussie rond het ontwerp van de Bolkestein-richtlijn over de vrijmaking van de Europese dienstenmarkt. De reden waarom deze richtlijn zo gevoelig lag, was dat buitenlandse verstrekkers daardoor in België een praktijk zouden mogen openen zonder rekening te hoeven houden met de strenge eisen op het vlak van de



kwaliteit van de verzorging. Buitenlandse ziekenhuizen zouden ook in België filialen kunnen openen zonder dat ze daarin belemmerd zouden worden door de programmatie die de overheid oplegt. Dit zou leiden tot een wildgroei en tot kwaliteitsverlies.

Dankzij de inspanningen van AIM en van de Belgische ziekenfondsen in het bijzonder, geldt de vrije dienstenmarkt niet voor de gezondheidssector.

Hoewel de leden elk hun autonomie behouden, herinnert de vereniging eraan dat gezondheid niet als een louter economisch goed mag worden beschouwd, maar dat men haar in haar sociale dimensie moet bekijken. Precies daarom mogen de Europese regels de bevoegdheid van een lidstaat om de gezondheidssector te regelen met het oog op een efficiënte organisatie en een doeltreffende sociale zekerheid, niet naast zich neer leggen.

In dit debat laten de liberale mutualiteiten hun stem horen, precies omdat de ziekenfondsen als nauwe partner van de verzekerden en hun gezondheid een belangrijke rol te spelen hebben inzake sociale bescherming en gezondheid. De ziekenfondsen bieden in heel Europa aan meer dan 100 miljoen mensen en een sociale dekking tegen ziekte en andere sociale risico's, waarmee ze een solidair antwoord geven op de sociale ongelijkheden.

Meer concrete samenwerking (bijvoorbeeld: unieke tariefstructuren en milieugezondheid) zou aan de internationale solidariteit waarop de AIM werd opgebouwd een bijkomende betekenis en meerwaarde geven.

**Aanbeveling:** het AIM zou het initiatief kunnen nemen om mogelijke voorstellen voor Europese mutualiteiten uit te werken.

## **5.9 Europese trends**

### **5.9.1 Europese samenwerking dringt zich op**

Omdat gezondheids- en maatschappelijke problemen niet noodzakelijk stoppen aan de landsgrenzen, dringt internationale samenwerking zich op.

Omwille van de schaalvoordelen en het comfort van de patiënt gaan ziekenhuizen, verstrekkers en ziekenfondsen aan weerszijde van de landsgrenzen steeds meer samenwerken, een evolutie die door de Europese Unie volop wordt ondersteund door de Interregprojecten.

Die Europese integratie stelt ook belangrijke uitdagingen voor de ziekenfondsen omdat ze met andere strekkingen geconfronteerd worden: naast de sociale sector die de solidariteit hoog in het vaandel draagt, bestaan er ook een commerciële sector, gebaseerd op winst, een overheidsstelsel en een communautaire ziekteverzekering die zich enkel tot bepaalde doelgroepen richt.

Voor de Liberale Mutualiteiten is het belangrijk om zich bij de sociale stroming aan te sluiten omdat die de beste waarborgen biedt voor de keuzevrijheid van de patiënt en de algemene toegankelijkheid.

Een andere manier waarop over de grenzen heen wordt samengewerkt, is via de intermutualistische alarmcentrale EuroCross Belgium (sinds 2011: MUTAS) waarmee de

ziekenfondsen sinds ongeveer 15 jaar medische bijstand in het buitenland aanbieden. Die bestaat uit een ruime dienstverlening, financiële tussenkomsten voor zorgen ter plaatse en soms ook uit repatriëring. De Belgische ziekenfondsen hebben daardoor een zekere ervaring en een know-how opgebouwd, o.a. in kostenbeheersing.

Daar waar de alarmcentrale aanvankelijk enkel voor de Belgische ziekenfondsen werkte, zal ze de komende jaren uitgroeien tot een Europees platform waarbij ook ziekenfondsen uit Frankrijk, Duitsland, Spanje en Italië betrokken zijn en dit alles gebaseerd op een mutualistisch solidair model.

### **5.9.2 Het Europese gezondheidsbeleid versus het mutualistisch gebeuren**

Het ontwerp van de Bolkensteinrichtlijn was al een illustratie van de groeiende tendens op internationaal vlak om de gezondheidszorgen als een economische activiteit te bekijken die zich moet schikken naar de Europese concurrentieregels. Voor de Belgische mutualiteiten moet de verplichte ziekteverzekering buiten het terrein van de concurrentie blijven. Ziekenfondsen kunnen dan ook niet beschouwd worden als ondernemingen.

De beperking van de solidariteit tot de ‘basisstelsels’ getuigt van een restrictieve opvatting van de activiteiten op het vlak van gezondheid en voorzorg.

Als de sociale principes die aan de basis liggen van een Europees stelsel van gezondheidszorgen tot doel hebben om de toegankelijkheid van de zorgen te verzekeren en een hoog niveau van sociale bescherming te waarborgen, zonder rekening te houden met de gezondheids- of de financiële toestand van de mensen, is een verbod op verzekeringspraktijken, zoals risicoselectie, uitsluiting en vermindering van de dekking, noodzakelijk.

Het Belgische model van gezondheidsbeleid en ziekteverzekering bewijst al bijna vijftig jaar zijn nut en kan als voorbeeld dienen voor de hele Europese Unie:

- het biedt de verstrekkers een ruime diagnostische en therapeutische vrijheid,
- het systeem steunt op een verplichte deelname van de hele bevolking en verzekert dan ook iedereen van een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg,
- het systeem wordt gestuurd in overleg tussen de verschillende actoren: de verzekeringsinstellingen en de verstrekkers maken onderling afspraken voor de beste zorgen aan een zo rechtvaardig mogelijke prijs; voor de grote beleidsopties komen daar de sociale partners en de regering bij als financiers van het stelsel,
- het stelsel staat borg voor de keuzevrijheid van de patiënt, zowel op het vlak van de verstrekker als op dat van de verplegingsinrichting.

### **5.9.3 Het ontbreken van een Europese mutualiteit**

Dankzij een statuut van Europese mutualiteit dat er nog steeds niet is, zouden makkelijker grensoverschrijdende activiteiten kunnen worden ontplooid en wordt de wettelijkheid van de mutualiteit in de Europese Unie versterkt.

De liberale mutualiteiten kanten zich echter tegen het voorstel dat in oktober 2007 door AIM werd goedgekeurd omdat het commerciële verzekeringsactiviteiten toeliet en

daardoor indruiste tegen de basisprincipes van de ziekenfondsen, namelijk het bevorderen van gezondheid in een geest van solidariteit en zonder winstbejag.

De ontwikkeling van verzekeringsactiviteiten door de mutualiteiten leidt op termijn tot een geneeskunde met twee snelheden. Een elementair basispakket van gezondheidszorgen zal toegankelijk zijn voor een grote groep. Een groot facultatief pakket gezondheidszorgen zal voorbehouden worden voor wie het kan betalen. Het hoeft geen betoog dat vooral de zwakken en zieken in onze samenleving hiervan de dupe zullen worden.

Op 10/3/2011 nam het Europees Parlement een verklaring aan waarin het de Europese Commissie formeel verzocht om de nodige stappen te zetten in de uitwerking van een nieuw voorstel over het Europees statuut voor de ziekenfondsen.

Hierbij mogen we ook de Akte voor de interne markt (*Single Market Act*) niet uit het oog verliezen, een geheel van twaalf werkerterreinen die tegen eind 2012 een nieuwe impuls aan deze markt moeten geven. Ze dreigt verder te evolueren, samen met de verklaring van het Europees Parlement, zonder dat het momenteel mogelijk is om te voorzien welk van de twee de doorslag zal geven.

Het standpunt van de liberale mutualiteiten is duidelijk: ze hebben altijd gepleit voor een ruime wettelijke dekking van alle gezondheidsuitgaven en blijven daarom ijveren voor een statuut van Europese mutualiteit dat overeenstemt met het Belgisch ziekenfondssysteem, dit in het belang van de patiënt.

Ons Belgisch systeem wordt door velen benijd: met een tevredenheidsscore over de gezondheidszorgen van 97% is België koploper binnen Europa. Dit blijkt uit de nieuwe Eurobarometer 327, een onderzoek in opdracht van het directoraat-generaal Gezondheid en Consumentenbescherming in 27 EU-lidstaten. Het Europese gemiddelde ligt slechts op 70%. De liberale mutualiteiten wensen dit alvast voor België zo te houden.

Het komt er dan ook op aan om als Belgische ziekenfondsen de krachten te bundelen en samen een voorstel in te dienen bij de Europese commissie dat het statuut van een Europees ziekenfonds waardig is. Zoals reeds gesteld, zou het AIM hierin een voortrekkersrol moeten kunnen nemen.

Europa kent de ware inhoud van een ziekenfonds niet.

#### **5.9.4 De klacht van Assuralia en Solvency II**

De hele heisa over de aanvullende en facultatieve diensten van de afgelopen jaren illustreert de gevolgen die het ontbreken van zo'n statuut kan hebben voor de Belgische ziekenfondsen – en dus ook voor de Belgische sociaal verzekerden.

Op 12/12/2006 stelde de Europese Commissie, na een klacht van Assuralia, de koepelorganisatie van de verzekeringsmaatschappijen, de Belgische overheid in gebreke wegens 'oneerlijke' concurrentie op het vlak van de aanvullende ziekteverzekering, en op 6/5/2008 bracht ze een negatief advies uit. Daardoor werd België verplicht om zijn wetgeving terzake in overeenstemming te brengen met de Europese richtlijnen 'verzekeringen niet-leven'.

Na lange discussies tussen Assuralia en de ziekenfondsen werd een aanvaardbare oplossing gevonden die resulteerde in de wet van 26/4/2010. Met de nieuwe wet werd de verzekeringswetgeving van toepassing op de facultatieve verzekeringen; de Europese richtlijnen zijn echter niet van toepassing op de verrichtingen en de diensten van de VI's. Ook de statutaire relatie die dezelfde rechten en plichten garandeert voor alle leden van een VI, ongeacht hun inkomen of hun risicoprofiel, blijft gewaarborgd in de verzekeringen georganiseerd door de ziekenfondsen.

Ook tegen deze regeling heeft Assuralia op 26/11/2010 een klacht ingediend bij het Grondwettelijk Hof. Indien hun eis wordt ingewilligd, zou dit de werking van de aanvullende en facultatieve diensten ernstig in gevaar brengen omdat ze hen volledig aan dezelfde regels zou onderwerpen als de verzekeringsmaatschappijen.

Een Europese erkenning van de ziekenfondsen had deze hele procedureslag eventueel kunnen voorkomen, daar die ook een erkenning zou inhouden van de instrumenten die aangepast zijn aan de activiteiten van de VI's. Dit is des te meer noodzakelijk in een klimaat van economische onzekerheid en van vergrijzing: als ziekenfondsen hebben we juist méér middelen nodig om onze waarden van solidariteit, werking zonder winstooitmerk en afwijzing van risicoselectie te kunnen handhaven.

Omdat de nieuwe verzekerings-MOB's de toestemming nodig hebben om verzekeringsactiviteiten te mogen uitvoeren, dienen zij ook te voldoen aan de Solvency II-richtlijn.

Dit houdt onder meer in dat zij dezelfde regels zullen moeten naleven inzake de samenstelling van een waarborgfonds, van technische voorzieningen en van een solvabiliteitsmarge. Bovendien zullen zij een erkenning moeten krijgen alvorens verzekeringen te mogen aanbieden en zullen de personen die in contact staan met het publiek en de verantwoordelijken voor de distributie van deze verzekeringen het bewijs moeten leveren van de vereiste beroepskennis.

De toepassing van het specialiteitsbeginsel zal ervoor zorgen dat de VI's zelf geen diensten meer zullen mogen aanbieden die verzekeringen niet-leven zijn.

De diensten die zij nog zullen mogen organiseren, zullen moeten voldoen aan een geheel van criteria en zijn ofwel verrichtingen ofwel diensten die noch verzekeringen noch verrichtingen zijn.

Voor het toezicht op de solvabiliteit (berekening van de marge) van de Belgische verzekeringsondernemingen volstaat de huidige jaarrekening die wordt opgesteld op grond van het Belgische boekhoudrecht voor verzekeringsondernemingen en –groepen, niet meer. Sommige van die ondernemingen zullen zich voor de opstelling van hun geconsolideerde jaarrekening baseren op de IFRS-normen (*International Financial Reporting Standards*). Deze aldus opgestelde jaarrekening zal dus als basis dienen voor de berekening van de aangepaste solvabiliteitsmarge in het kader van het aanvullende toezicht op de verzekeringsondernemingen.

Omdat de waarderings- en boekingsregels die door de IFRS-normen worden opgelegd, verschillen van de Belgische boekhoudnormen, moeten er bepaalde correcties worden uitgevoerd om de op IFRS-jaarrekeningen gebaseerde berekening van de samen te stellen marge en van de beschikbare marge grotendeels te laten aansluiten bij de doelstellingen

van het prudentieel toezicht op de verzekeringsondernemingen. Die correcties worden ‘prudentiële filters IFRS’ genoemd en ze houden rekening met de kenmerken van het huidige solvabiliteitsregime (wet van 9/7/1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen), maar ook met de toekomstige Solvency II-regelgeving.

Door Solvency II moeten de verzekeraars vanaf 2013 ook bijna dubbel zo veel kapitaal gaan aanhouden.

Alvast in Nederland zou dat neerkomen op een, weliswaar eenmalig, bedrag van zo’n € 200 per verzekerde. Onnodig te zeggen dat dit de aanvullende verzekeringen voor heel wat mensen ook in België ontoegankelijk kan maken.

**Aanbeveling:** we moeten dringend kijken waar we als LLM staan met de implementatie van Solvency II. Voor de VI’s zal dat ongetwijfeld ook betekenen dat de nieuwe verzekerings-MOB méér financiële middelen nodig zal hebben dan de huidige MOB Hospitaal-Plus.

### 5.9.5 Grensoverschrijdende zorg

Op 9/3/2011 nam het Europees Parlement de nieuwe richtlijn aan over de **rechten van de patiënten bij grensoverschrijdende zorg**. Deze richtlijn moet de Europese burgers meer rechtszekerheid verschaffen wanneer zij geneeskundige verzorging zoeken in een ander EU-land. Ze kwam tot stand nadat de gezondheidszorg op vraag van o.m. de Belgische ziekenfondsen werd verwijderd uit de dienstenrichtlijn (de zgn. Bolkensteinrichtlijn).

Als algemeen principe geldt dat EU-burgers kunnen worden terugbetaald voor medische zorgen in een andere lidstaat voor zover de behandeling en de kosten normaal gezien terugbetaald worden in hun eigen land.

Voorafgaande toestemming kan worden opgelegd voor behandelingen die een ziekenhuisopname vereisen of voor gespecialiseerde zorgen. Elke weigering moet echter gemotiveerd worden aan de hand van een beperkte lijst van mogelijke redenen, waaronder bepaalde risico’s voor de patiënt of het brede publiek.

Elke lidstaat moet één of meerdere **contactpunten uitbouwen om informatie te verschaffen** aan patiënten die medische behandeling in het buitenland overwegen. Deze contactpunten moeten ook bijstand bieden in geval van problemen.

Momenteel is het nog niet duidelijk of die contactpunten zullen worden opgericht door de FOD Sociale Zaken, het RIZIV of de ziekenfondsen in het kader van het NIC.

Een organisatie van de contactpunten door de ziekenfondsen geniet de voorkeur. Hierbij mag het belang van de uit te voeren informatietaken evenwel niet onderschat worden.

Ook komt er een versterking van de samenwerking rond zeldzame ziekten vermits de kennis daarvan eerder gering is en er vaak onvoldoende experts beschikbaar zijn.

Voor de dringende zorgen tijdens een verblijf in het buitenland blijft de Europese ziekteverzekeringskaart van kracht.

De lidstaten moeten hun nationale wetgeving aanpassen tegen uiterlijk 25/10/2013. Voor België dienen alvast het RIZIV en/of de FOD Volksgezondheid een omzendbrief te publiceren over de wijze waarop de richtlijn moet worden geïnterpreteerd.

De nieuwe richtlijn voorziet evenwel ook dat de basisrichtlijn 883/04 van 29/4/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels voorrang geniet.

Een ander punt waarmee de Europese Unie reeds meer dan tien jaar dichterbij komt in het dagelijks leven van de burgers, zijn de zgn. **Interregprojecten**: grensoverschrijdende samenwerkingsinitiatieven binnen Euregio's op verschillende domeinen van het maatschappelijk leven, waaronder ook de gezondheidszorgen. Deze projecten maken een nauwe samenwerking mogelijk tussen ziekenhuizen en hulpdiensten aan beide kanten van de landsgrenzen, waardoor de infrastructuur efficiënter kan worden gebruikt en patiënten zich zonder problemen elders kunnen laten verzorgen.

**Aanbeveling:** de LLM moet er via NIC voor zorgen betrokken te worden bij de implementatie van contactpunten. Er moet ook een antwoord worden gevonden op de vraag of die gecentraliseerd of gedecentraliseerd moeten worden uitgebouwd en wat de eventuele link zal zijn met de VI's.

### **5.10 De AISS: sociale zekerheid op wereldvlak**

In 1927 werd de Internationale Vereniging voor Sociale Zekerheid (AISS) boven het doopvont gehouden. Het initiatief kwam er na intens nadenken over de kosten voor gezondheidszorgen en de financiering van de sociale zekerheid. Destijds draaide het debat voornamelijk rond economische en sociale ontwikkeling. Sindsdien is duidelijk gebleken dat die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Enerzijds plukt de sociale vooruitgang de vruchten van de economische groei, anderzijds heeft ze er ook een positieve invloed op door een beter sociaal klimaat.

De AISS focust tegelijk op het kwantitatieve aspect (hoe kan men de sociale dekking uitbreiden, rekening houdend met het feit dat slechts 20% van de wereldbevolking van een vorm van sociale zekerheid geniet?) en op het kwalitatieve aspect (hoe kan men globaal gezien de kwaliteit van de sociale dekking verbeteren?). Volgens de AISS moeten alle regeringen zich inzetten om het recht op sociale zekerheid te bevorderen en om de sociale belangen te behartigen wanneer die in het gedrang komen. De liberale mutualiteiten sluiten zich aan bij die principes.

Voor deze belangrijke uitdagingen en dossiers, zowel nationaal, als Europees en internationaal, moeten de ziekenfondsen klaar staan.

Als volwaardige actoren in de gezondheidszorg en als verdedigers van zovele miljoenen mensen zouden wij het als ziekenfondsverantwoordelijken ten zeerste betreuren dat gezwicht zou dienen te worden voor de druk van communautaire overwegingen of dat dit zou uitmonden in een communautaire discussie. Europa en ons land hebben hieraan geen enkele boodschap, net zomin als onze verzekerden.

## **6 Nieuwe accenten voor de liberale mutualiteiten**

Uit een bevraging van de verschillende diensten in de schoot van de LLM kwamen een aantal belangrijke aandachtspunten naar voren.

### **6.1 Juridische dienst**

Met het oog op een meer uniforme behandeling van de dossiers zouden er overlegmomenten met de diensten ongevallen en geschillen van de ziekenfondsen moeten worden georganiseerd. Zulke vergaderingen zouden ook moeten worden gehouden met de advocaten.

Verder stellen er zich voor de juridische dienst zeven uitdagingen.

#### **6.1.1 De informatisering via nieuwe software-programma's**

Voor de aanmaak van ongevallendossiers werd het nieuwe programma *JADE-refoundation* ingevoerd. Hoewel dit voornamelijk door de ziekenfondsen zal worden gebruikt, is het voor de juridische dienst van de landsbond van belang hiervan op de hoogte te zijn, zodat die een beroep kan doen op de daarin vermelde gegevens in plaats van ze via de post op te vragen.

Op termijn zullen we steeds meer evolueren naar online dossiers die zowel door de ziekenfondsen als door de landsbond kunnen geconsulteerd worden en waarin beide ook documenten dienen te scannen.

De juridische dienst moet alleszins ook op de hoogte worden gesteld van welke programma's de ziekenfondsen gebruiken. Momenteel is daar geen zicht op.

#### **6.1.2 De wet van 15/6/2006 op de overheidsopdrachten en de te organiseren mededinging**

Waarschijnlijk zal de wet van 15/6/2006 op de overheidsopdrachten eind 2011 in werking treden, zodat het verrichten van werken, leveringen en diensten dan aan de mededinging zal moeten worden onderworpen: het zal voor de ziekenfondsen en de landsbond dus niet meer mogelijk zijn om hun aannemer, leverancier en dienstverlener vrij te kiezen. Eender welke vorm van belangenvermenging is verboden.

Om de vier jaar zullen de landsbond en ziekenfondsen moeten verifiëren of de ondernemingen die werken, leveringen en diensten uitvoeren nog steeds de beste keuze zijn en moeten ze opnieuw mededinging creëren.

Hiervoor bestaan zes mogelijke procedures: via een openbare of beperkte aanbesteding (op basis van één gunningscriterium, nl. de prijs), via een open of beperkte offerte-aanvraag (op basis van verschillende gunningscriteria, zoals kwaliteit, waarborgtermijn en prijs) of via een onderhandelingsprocedure (op basis van nul, één of meer criteria) met bekendmaking of zonder bekendmaking.

### **6.1.3 De wet van 31/3/2010 inzake de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg**

De wet van 31/3/2010 inzake de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg zal de behandeling van de rechtsbijstandsdossiers grondig wijzigen vanaf de inwerkingtreding van het Fonds. Dit wordt opgevolgd in het NIC ledenverdediging.

Zo zullen de leden zich naast een beroep op burgerlijke aansprakelijkheid in der minne of voor de rechtbank, ook kunnen beroepen op het Fonds om een volledige schadevergoeding te bekomen.

### **6.1.4 De terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties**

De procedure inzake de terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties (toepassing van artikel 327, KB van 3/7/1996) zal wijzigen voor wat de vrijstelling tot boeking ten laste van de administratiekosten betreft. De VI's en het RIZIV bespreken deze wijzigingen reeds gedurende enkele jaren: de bedoeling is om de tekst te verduidelijken in de zin dat de termijn om een aanvraag tot toepassing van deze vrijstelling in te dienen, beter kan vastgesteld worden en de criteria tot goedkeuring van deze aanvraag realistischer zijn.

### **6.1.5 Naleving van de conventie Assuralia/NIC**

Er moet op worden toegezien dat de VI's en de verzekeraars de conventie Assuralia/NIC naleven: deze conventie trad in werking op 1/1/2008 en de wijzigingen op 1/1/2011. De bedoeling ervan is de **behandeling van subrogatiedossiers te verbeteren** (op basis van artikel 136 §2 van de wet van 14/7/1994).

De conventie is van toepassing op alle VI's en de aangesloten BA-verzekeraars. Ze werd per brief van 3/2/2011 aan alle ziekenfondssecretarissen toegelicht.

De juridische dienst van de landsbond voorziet een vorming over de berekeningen die dienen te gebeuren in deze dossiers.

### **6.1.6 De gevolgen van de wet van 26/4/2010**

De wet van 26/4/2010 over de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering splitst de aanvullende diensten van de landsbond en ziekenfondsen op in verzekeringen, verrichtingen en 'ni ni's'. Hij heeft grote gevolgen, zoals statutenwijzigingen en de oprichting van de Verzekerings-MOB Hospitaal Plus.

De beroepsprocedure bij het Grondwettelijk Hof die Assuralia tegen deze wet aantekende, is momenteel nog hangende.

Dit dossier dient uiteraard samen met de MOB Hospitaal Plus en de dienst aanvullende diensten binnen de landsbond opgevolgd te worden. Het zal een uitdaging zijn om tijdig alle nodige formaliteiten in het kader van de toepassing van de nieuwe wet te vervullen.

### **6.1.7 Algemene opmerking**

De informatie-uitwisseling tussen de ziekenfondsen en de juridische dienst van de landsbond moet dringend verbeteren: de dossierbeheerders in de ziekenfondsen zouden enkele keren per jaar in de landsbond met elkaar overleg moeten plegen om zowel de



eigen werking als die van de juridisch dienst op de landsbond te verbeteren en overbodig werk te vermijden.

De juridische dienst van de landsbond heeft in zijn dossierbeheer immers vaak geen zicht op wat er gebeurt in de diensten ongevallen en betwiste zaken van de ziekenfondsen.

## **6.2 Van loketfunctie naar servicepunt**

De rol van de ziekenfondsen en in dit perspectief ook hun verhouding tot de Landsbond worden grondig beïnvloed door een aantal wijzigende omstandigheden. Zo zijn sinds 2008 de kleine risicoverzekeringen stopgezet en wordt de uitbetaling in het kader van de derdebetalersregeling meer en meer gecentraliseerd op de Landsbond

Concreet betekent dit een verschuiving van taken naar de Landsbond, een proces dat verdergaat door de opkomst van de sociale DBR.

Ook bepaalde evoluties in Europees perspectief versterken deze trend, zoals de nieuwe wet op de aanvullende verzekeringen. Betalingen in cash, toch een belangrijke werklast voor veel ziekenfondsen, zullen door de evolutie in het betaalverkeer volledig verdwijnen

Een gevolg van deze evolutie is de vervreemding van het lid van zijn ziekenfonds en de verdwijning van het persoonlijk contact, terwijl dat toch wel belangrijk is. Naar de nieuwe generatie leden toe is de verdere en continue uitbouw van de website noodzakelijk, ook al in het kader van een aantal nieuwe taken. Uiteraard zal dit zijn gevolgen hebben voor de in te zetten middelen. Een nieuw actieplan is daarbij noodzakelijk.

Zowel door de centrale tarificatie als door de toename van de betalingen per overschrijving **verdwijnt de loketfunctie van de ziekenfondsen**. De rol van de loketbediende zal dan ook anders worden gedefinieerd en ingevuld.

### **6.2.1 Een servicepunt in de ziekenfondsen**

In die plaats van de loketten kunnen de ziekenfondsen ‘**servicepunten**’ organiseren waar de verzekerde met gerichte vragen terecht kan over zijn rechten, problemen ivm terugbetalingen, met vragen naar raad ivm behandelingen of medische fout of naar de organisatie van zorg rond een chronisch zieke. Dit vergt een doorgedreven kennismanagement op alle niveau’s, met mogelijkheid terug te vallen op een gecentraliseerde kenniscel (met eventueel ook een callcenter voor de verzekerden).

Een gelijkaardige evolutie heeft zich de laatste jaren ook voorgedaan bij het bank- en verzekeringswezen door de afbouw van hun aantal kantoren en de vervanging van de uitbetalingsfunctie aan het loket door persoonlijke klantenconsulenten. Ook kwam er een consolidatie tussen banken en verzekeraars om een hoger of minimaal rendement te kunnen garanderen.

Voor de concrete invulling verwijzen we naar de zes processen die bij het RIZIV geïdentificeerd werden in het kader van het Handvest van de sociaal verzekerde. In de plaats van louter passief doorgeefluik evolueert het takenpakket van de loketbediende meer en meer naar het verstrekken van informatie naar de leden toe. Het kan hier zowel gaan om globale informatie via de website en brochures als om individuele

informatieverstrekking. Bij dit laatste gaat het dan om het informeren van een lid dat op een of andere manier niet in regel is of over bepaalde nog te verrichten administratieve verplichtingen.

De loketbediende moet ook kunnen antwoorden op vragen van de patiënt over de inhoud van de facturen en over de tarieven van de verstrekkers.

Waar nodig moet hij de leden wegwijs maken in de vaak ingewikkelde doolhof van de sociale wetgeving. Dit omvat ook de waakzaamheid om de leden proactief te informeren als ze in aanmerking komen voor bepaalde rechten voor de geneeskundige verzorging, de verhoogde tegemoetkoming, uitkeringen, het RVV- of het OMNIO-statuuut, de Vlaamse Zorgverzekering en andere specifieke terugbetalingen.

Dit proactief optreden dient zich uiteraard ook uit te strekken tot de aanvullende verzekering door de leden op het juiste moment de nodige diensten aan te bieden.

Zoals bepaald in de wet van 6/8/1990, moet hij ook de leden aanmoedigen om gebruik te maken van de **minst dure verzorgingsvormen**.

Tenslotte kan het ziekenfonds, meer algemeen, ten aanzien van chronische patiënten die de regie over hun zorgen niet meer zelf in de hand kunnen nemen, ook een rol vervullen in het kader van het nog te ontwikkelen *disease management care* (DMC).

### 6.2.2 Een infopunt chronisch zieken

Uit een enquête die de minister van Sociale Zaken liet uitvoeren bij organisaties van langdurig zieke patiënten, bleek dat de toegang tot informatie in ons land het op één na belangrijkste probleem is, na de officiële erkenning als chronisch zieke. De minister stelde daarop voor dat de ziekenfondsen alle informatie met betrekking tot chronische ziekten zouden centraliseren bij een éénheidsloket.

Dit eenheidsloket werd onlangs als eerste bij de CM geopend onder de naam 'CM-Infopunt Chronisch Zieken'. Zowel CM-leden als niet-leden kunnen telefonisch of per e-mail terecht bij de Nederlandstalige informatielijn.

Het infopunt beantwoordt de vragen van zieken en hun mantelzorgers en verwijst hen indien nodig door naar andere voorzieningen.

### 6.2.3 Aanbevelingen voor de Liberale Mutualiteiten

Om aan de vragen van onze leden tegemoet te kunnen blijven komen, dienen wij onze knowhow te concentreren ipv dit in elk ziekenfonds proberen te doen.

Zo kunnen deze numeriek minder in aantal zijnde ziekenfondsen de complexe regelgeving moeilijker opvolgen, maar diezelfde ziekenfondsen zijn dan het meest competent in de beperkte materies die betrekking hebben op de relaties met GH Luxemburg.

Welke zijn hiervoor de noodzakelijke stappen?

- afspraken rond de taakverdeling tussen landsbond (verplichte verzekering, kenniscentrum, ...) en ziekenfondsen (rechtstreeks contact met de verzekerde);

- welke taken kunnen, zelfs bij een blijvende decentralisatie, geconcentreerd worden? Is het bvb. niet mogelijk om de verwerking van de dossiers uitkeringen in twee polen samen te brengen?
- een veralgemeende scanning om informatie te kunnen laten doorstromen;
- een nog grotere plaats voor de informatisering en het exploiteren van de gegevens in de eerste plaats op landsbondniveau; in dit verband is een **datawarehouse** bijzonder belangrijk.

### **6.3 Medische dienst**

Voor wat de medische dienst betreft, dienen we ons te buigen over drie vragen: de beschikbaarheid van adviserend geneesheren, het profileren via medische gegevens en de vraag of er een medische dienst moet blijven bestaan binnen de ziekenfondsen of binnen het RIZIV.

#### **Beschikbaarheid van adviserend geneesheren**

Indien we uitgaan van hetzelfde aantal raadplegingen en bezoeken verricht door de huisartsen nu, dan zullen er door de vergrijzing 30% meer huisartsen nodig zijn binnen 15 jaar. Nu reeds hebben wij moeilijkheden om geschikte adviserend geneesheren aan te trekken. Dit zal dus in de volgende jaren, waar ook bij andere VI's het aantal AG die moeten vervangen worden wegens het bereiken van de pensioenleeftijd, nog moeilijker worden.

Daarom moeten we komen tot een betere efficiëntie in de inzet van de adviserend geneesheren door:

- het rentabiliseren van de controleonderzoeken arbeidsongeschiktheid, want dit betekent minder verplaatsingstijd (in 2005 berekenden wij dit als meer dan 3FTE!). Zijn m.a.w. alle controlepunten nodig om een goede service te kunnen geven aan de leden (bereikbaarheid van de controlepunten, voldoende verzekerden)?

Nu reeds onderzoeken onze ziekenfondsen 417 en 403 of de dubbele controlepunten in Tienen, Halle, Asse (en Leuven) kunnen samengebracht worden.

- nog meer taken te delegeren aan medewerkers van de medische dienst zodat de adviserend geneesheer zich meer met 'echt' medische taken kan bezighouden, zoals controle a posteriori van kennisgevingen/akkoorden per verstrekker of groepen verstrekkers of met de moeilijke dossiers die doorgeschoven worden van de medewerkers van de medische dienst.

Dit concept bestaat al in onze ziekenfondsen, maar is nog niet overal op dezelfde wijze geïmplementeerd. Dit vraagt de medewerking van de ziekenfondsen of zelfs nieuwe afspraken inzake vergoeding van de medische functie in de ziekenfondsen.

Het **profileren via medische gegevens** spreekt voor zichzelf.

De **organisatie van de medische dienst** binnen de ziekenfondsen of binnen RIZIV is een open vraag en sluit aan bij de stelling van het RIZIV dat meer en meer taken wil invullen van de VI's.

#### **6.4 De aanvullende diensten**

Met hun vele aanvullende diensten proberen de VI's tav hun leden bepaalde hiaten op te vullen in de verplichte verzekering. De vraag is echter hoe ver ze daarin kunnen gaan. Zoals ook prof. Yvo Nuyens stelt, is het zorgwekkend dat ze elkaar daarmee hard beconcurreren, door het remgeld voor de medische zorgen en psychotherapie voor kinderen te vergoeden.

Die prijenslag vergroot immers het risico dat de dekking van alsmaar meer medische zorgen wordt overgeheveld van de verplichte naar de aanvullende verzekering. In plaats daarvan zouden de ziekenfondsen zich volgens prof. Nuyens ook veel harder kunnen inspannen om, bij wijze van voorbeeld, de eerstelijnsgezondheidszorg gratis te maken.

Voor wat dit laatste betreft, kan men uiteraard de vraag stellen hoever de persoonlijke verantwoordelijkheid van de patiënt mag gaan.

De wet op de aanvullende ziekteverzekering van 26/4/2010 heeft tot gevolg dat de aanvullende verzekering die de ziekenfondsen aanbieden op korte tot middellange ingrijpend dreigt te wijzigen.

Vooreerst dienen de facultatieve verzekeringsproducten ondergebracht te worden in een Verzekerings-MOB. Dit heeft heel wat implicaties aangezien moet worden voldaan aan de Solvency II-richtlijn (zie punt 5.9.4). Dit betekent dat deze producten op een heel andere wijze zullen worden beheerd dan tot op heden het geval is: zowel financieel en administratief, als inhoudelijk. Op relatief korte termijn dienen zowel de landsbond en de mutualiteiten zich heel wat deskundigheid eigen te maken en hun manier van werken aan te passen.

De solidair aangeboden diensten kunnen nog via de klassieke aanvullende verzekering worden aangeboden in zoverre ze het karakter hebben van een verrichting of een nini.

Op korte termijn bestaat de grootste uitdaging erin om het dienstenaanbod aan te passen aan de nieuwe wetgeving. Dit blijkt heel wat ingewikkelder te zijn dan aanvankelijk werd gedacht. De strikt juridische interpretatie van de wet op de aanvullende ziekteverzekering door de Controledienst voor de Ziekenfondsen dreigt ertoe te leiden dat:

- het aanbod van de aanvullende verzekering zou worden uitgehoud. Wanneer er enkel nog een onderscheid naar leeftijd mag worden gemaakt wanneer dit objectief gerechtvaardigd is, dan zullen een aantal (top)diensten worden afgevlakt. Het hanteren van leeftijdsgrenzen voor heel wat diensten en tussenkomsten heeft immers tot doel bepaalde doelgroepen aan te trekken en de dienstverlening betaalbaar te houden. Het beperken van het instellen van leeftijdsgrenzen voor het toekennen van tussenkomsten zal ertoe leiden dat de ziekenfondsen hun globale aanbod zullen moeten herzien en keuzes zullen moeten maken;

- leden die niet betalen voor de aanvullende verzekering na een bepaalde periode moeten worden uitgesloten uit de verplichte verzekering. Het gevaar bestaat erin dat de Hulpkas naar voor zal worden geschoven als het raadzame alternatief voor deze doelgroep. Dergelijke maatregel kan een grote impact hebben op de administratiekosten van sommige VI's;
- de bijdragenstructuur zoals de VI's die nu kennen, zou niet meer mogen worden gebruikt. Mogelijks zal het aanrekenen van een gezinsbijdrage nog enkel kunnen voor personen die behoren tot een mutualistisch gezin. Daarnaast dient de bijdrage voor elke persoon binnen dit gezin dezelfde te zijn. Het hoeft geen betoog dat een bevestiging van deze zienswijze door de Controledienst ertoe zal leiden dat de statuten van zowel de landsbond als heel wat ziekenfondsen moeten worden aangepast en er een financiële herberekening zal moeten worden gemaakt van de benodigde bijdragen.

Overigens is de situatie van de Belgische mutualiteiten uniek binnen Europa. Daarnaast dient te worden opgemerkt dat de aanvullende verzekering de laatste jaren meer en meer gecommmercialiseerd werd. Heel wat diensten zijn afgestemd op het vervullen van welzijnsnoden voor doelgroepen die interessant zijn om te werven. De aanvullende diensten zijn steeds minder een aanvulling op leemtes in de wettelijke ziekteverzekering.

Terzijde is er nog de **problematiek van de sluipende regionalisering van de gezondheidszorgen**. Zo is er al langer sprake van een Vlaamse hospitalisatieverzekering. Ook wordt het steeds moeilijker om te verkopen dat een federale structuur een toelage krijgt van een regionale overheid. Een voorbeeld hiervan is de recente oproep van de Vlaamse Overheid in het kader van de gezondheidspromotie. VI's die geen gedefederaliseerde structuur hebben, dienden via een achterpoortje een aanvraag voor het afsluiten van een beheersovereenkomst in te dienen. Het Vlaams karakter van de werking en interne beheersstructuur moest immers worden bewezen. Dit was tot voor kort ondenkbaar.

Tot slot is er nog de toenemende vermarketing van de welzijns- en gezondheidssector. Meer en meer kunnen private partners onder toezicht van de overheid initiatieven nemen ten behoeve van zorgbehoevenden.

### **6.5 De werking naar nieuwe doelgroepen toe**

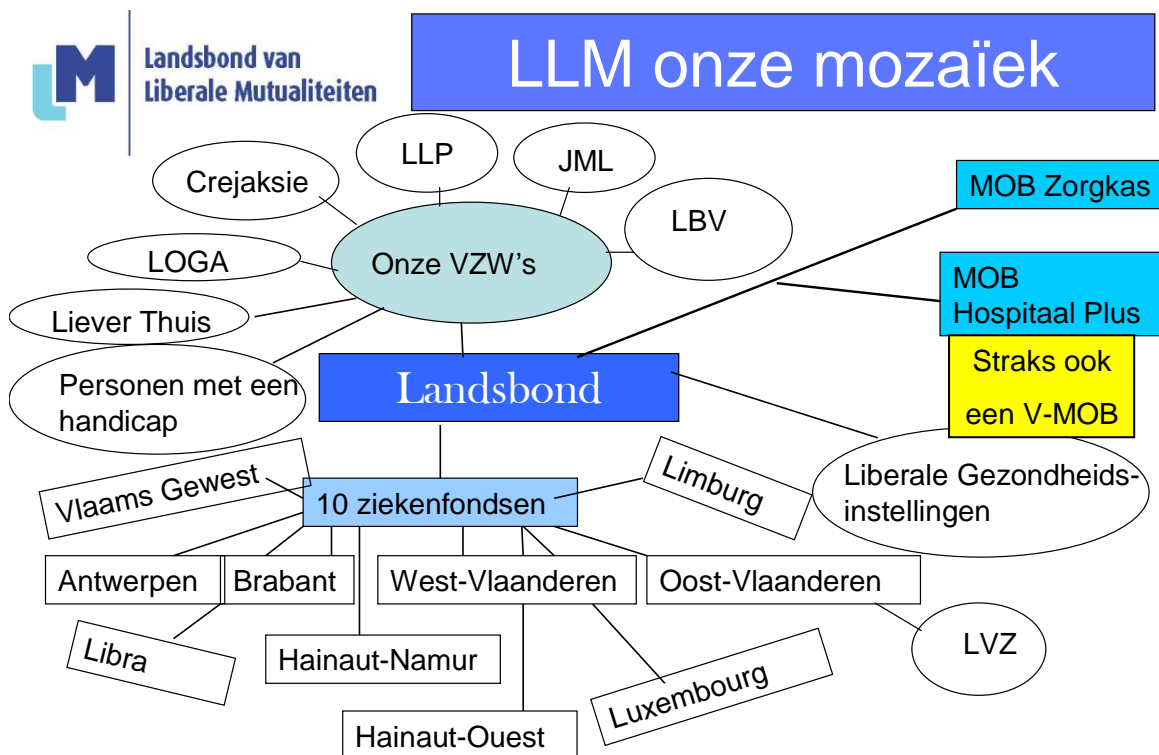
Voor een aantal doelgroepen moeten we als ziekenfondsen een belangrijke inspanning doen die verder gaat dan louter ziekteverzekering of aanvullende diensten. Dit gebeurt als sinds de jaren '60 via onze VZW's voor kinderen en jongeren en voor gepensioneerden, groepen voor wie we vakanties en allerlei culturele, ontspannings- en vormingsactiviteiten organiseren.

De jongste jaren zijn daar bij de Liberale Mutualiteiten, althans langs Nederlandstalige kant, nog drie doelgroepen en VZW's bijgekomen:

- de zelfstandigen (LVZ);
- de mantelzorgers (Liever Thuis-LM);
- de personen met een handicap (LVPH).

De mozaïek van de Liberale Mutualiteiten bestaat momenteel dus uit:

- de Liberale Landsbond
- tien ziekenfondsen
- acht VZW's:
  - twee werkingen voor gepensioneerden: LBV en LLP
  - twee werkingen voor jongeren: Crejaksie en JML
  - Liberale Gezondheidsinstellingen
  - LOGA (Liberaal Overleg Gezinsbeleid en Algemeen Welzijnswerk)
  - Liever Thuis-LM
  - LVPH
- twee MOB's:
  - de MOB Zorgkas van de Liberale Mutualiteiten
  - de MOB Hospitaal Plus die zal omvormen in een Verzekerings-MOB



## 6.6 Samenwerking met de politieke partijen

Als middenveldorganisaties bewaken de VI's de belangen van de burgers voor wat het gezondheidsbeleid betreft en staan zij tussen de burgers en de overheid in. We zijn echter een liberale mutualiteit en daarom pleiten wij al tientallen jaren voor een structureel en bestendig overleg met Open Vld en MR.

Lange tijd heeft VLD een beetje koudwatervrees getoond naar het middenveld toe omdat volgens de liberale filosofie het individu op de eerste plaats komt. De partij ziet het individu dus als een mondige, zelfzekere burger die best voor zichzelf kan opkomen. Hoe wenselijk dat ook zou zijn, in de realiteit is dat lang niet voor iedereen het geval. Degenen die het meest hulp nodig hebben, zijn dikwijls degenen die het minst hun weg vinden in de administratieve doolhof of die hun rechten zelfs niet eens kennen!

Na een lange periode van een onderkoelde relatie tussen de Liberale Mutualiteiten en de VLD zorgde toenmalig voorzitter Bart Somers tijdens het partijcongres van februari 2007 voor een **trendbreuk** door duidelijk te stellen dat de verenigingen de mensen sterk maken op cultureel, sociaal en economisch vlak en dat het middenveld bruist van de activiteit. In een interview in 2006 had hij overigens al letterlijk gezegd: "Een liberaal die strijdt tegen het middenveld, omdat het het middenveld is, vergist zich. In een liberale samenleving is er een behoefte aan een zeer sterk middenveld, aan een verenigingsleven, aan het samenbrengen van mensen."

Deze erkenning houdt uiteraard niet in dat wij het **primaat van de politiek** in vraag gaan stellen of dat wij zouden pleiten voor wederzijdse inmenging. Partij en organisaties zijn immers verschillende organen met soms ook verschillende standpunten. Dit hoeft ook niet erg te zijn, want ze hebben immers elk hun eigen maatschappelijke rol.

Op een informele bijeenkomst in juni 2005 kwamen LLM en VLD overeen om **driemaandelijks overleg te plegen**, samen met andere sociale organisaties. Om dit overleg zo efficiënt mogelijk te laten verlopen, keurde onze Raad van Bestuur de oprichting goed van een **politieke cel** die thema's en prioriteiten aanbrengt.

Dergelijk overleg heeft slechts zin als het **formeel en gestructureerd** verloopt en als de **continuïteit ervan verzekerd** is.

In onze organisatie is een pak kennis aanwezig die bij de ondersteuning van het beleid van de liberale ministers goed van pas zou kunnen komen.

En uiteraard mogen Open Vld en MR ook niet vergeten dat een groot deel van hun electoraat bij één of zelfs meerdere organisaties is aangesloten!

Dat er bijna geen **leden van nevenorganisaties op liberale kabinetten** geraken, blijft voor ons dan ook een gevoelig punt.

Er zijn echter nog andere mogelijkheden voor samenwerking: het middenveld zou een plaats kunnen krijgen in de partijstructuren zelf, bvb. met een **raadgevende stem in het nationaal partijbestuur** of in een 'raad van wijzen' die de partijtop bij belangrijke beslissingen kan adviseren.

<p><b>Aanbeveling:</b> er kan een hechtere samenwerking komen tussen de LLM en Open Vld/MR, voor zover die formeel, gestructureerd en continu verzekerd is.</p>
---

## 7 Besluit

Door hun vertegenwoordiging in het RIZIV – de spreekbuis met de zorgverstrekkers – en als ledenverdedigers houden de mutualiteiten de vinger voortdurend aan de pols en hebben zij al een expertise opgebouwd van meer dan een halve eeuw.

De ziekteverzekering en het gezondheidsbeleid zijn op sommige punten aan modernisering toe. Vernieuwingen in het systeem moeten weliswaar een groot maatschappelijk draagvlak hebben, maar dienen toch méér te zijn dan de optelsom van de belangen van de verschillende partijen in het Verzekeringscomité. De ziekenfondsen denken daar niet alleen over na, maar ze tonen dit dagelijks met hun activiteiten.

Vermits Europa economische belangen laat prevaleren op de solidariteit, is het zaak te tonen dat de Belgische mutualiteiten – al gaat het maar om 10,8 miljoen inwoners – een efficiënte en degelijke ziekteverzekering beheren.

België scoort tenslotte eveneens het hoogst in de vergelijking van de kwaliteit van de medische zorg.

Basiswaarden waar mutualiteiten moeten blijven aan vasthouden zijn: neen aan de privatisering van de gezondheidszorgen, geen duale geneeskunde, geen risicoselectie, een federaal georganiseerde ziekteverzekering, ongebondenheid, ledengerichtheid, geen vermindering van de middelen voor de gezondheidszorg, keuzevrijheid van de patiënt, stimuleren van de eerstelijnszorg en een Europees statuut voor de ziekenfondsen, bij voorkeur gestoeld op het Belgisch model.

Om dit alles veilig te stellen, is het nu aan de landsbond èn aan de ziekenfondsen om hun werking fundamenteel te herdenken en resoluut de weg in te slaan naar informatisering, centralisatie en de ombouw van de loutere loketfunctie naar een volwaardige dienstverlening en begeleiding.

Deze nota die niet “alles” omvattend is, maar een trend weergeeft, sluit aan bij het verslag van de nota RIZIV – Responsabilisering VI's met betrekking tot hun administratiekosten – zie in tekst pg 13 en volgende van huidige nota.

Geert Messiaen  
Secretaris-generaal

2/5/2011



## 8 BIBLIOGRAFIE

1. AISS: **Le défi de l'extension de la protection santé** . – Perspectives en politique sociale 6.
2. Eurobarometer 2010:  
[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_327\\_sum\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_sum_en.pdf).
3. FLAMANT, Emile, *75 jaar sociaal liberalisme*. Brussel: Landsbond van Liberale Mutualiteiten, 1999.
4. Landsbond van Liberale Mutualiteiten: commentaren van verschillende diensten, april 2011.
5. *Memorandum Liberale Mutualiteiten*. Brussel: Landsbond van Liberale Mutualiteiten: juni 2010.
6. MESSIAEN, Geert, *Edito in De Liberale Mutualiteit*, 3 juni 1991.
7. MESSIAEN, Geert, *Gezondheid is geen koopwaar*. Antwerpen: Garant, 2009.
8. MESSIAEN, Geert, *Ziekenfonds is meer dan uitbetalingsinstelling*. Brussel: Landsbond van Liberale Mutualiteiten: persbericht 15 april 2008.
9. Milieucongres AIM, *Milieu en gezondheid: Time to act*. Brussel: Landsbond van Liberale Mutualiteiten: 4 juni 2010.
10. VERLET, Dries, DEVOS, Carl, BOUCKE, Tine, *De Blauwe Voorzorg*. Antwerpen: Garant, 2006.
11. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid: *Gezondheidsenquêtes 2004 en 2008*:  
<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/index4.htm> en  
[http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/belangrijkste%20resultaten\\_NL.pdf](http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/belangrijkste%20resultaten_NL.pdf)
12. WHO: WHO-rapport 'Policies and Practices for Mental Health in Europe – Meeting the Challenges' (2008).
13. Responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot hun administratiekosten – maart 2011

## INHOUDSOPGAVE

De toekomst van het mutualiteitswezen .....	1
1 Inleiding .....	1
2 De taken van de VI's.....	3
2.1 Het nut van de mutualiteit.....	3
2.2 De vele opdrachten van een mutualiteit.....	4
3 De basiswaarden van de LLM .....	6
4 SWOT-analyse van de LLM.....	8
5 De uitdagingen van de ziekenfondsen .....	11
5.1 (G)een coherent gezondheidsbeleid.....	11
5.2 Handvest van de sociaal verzekerde .....	13
5.2.1 De informatieverplichting naar de sociaal verzekerden toe.....	13
5.2.2 De toekenning van rechten aan de sociaal verzekerden.....	14
5.2.3 De samenwerking met het RIZIV .....	14
5.3 De geestelijke gezondheidszorg.....	14
5.4 Informatisering.....	15
5.4.1 Informatisering op de LLM .....	16
5.4.2 Elektronische uitwisseling tussen verstrekkers en VI's.....	17
5.4.3 Centralisatie van de derdebetalersregeling .....	18
5.4.4 Personeelsbestand .....	19
5.4.5 Samengevat: de toekomstige werking van het ziekenfonds en de Landsbond.....	19
5.5 Milieu en gezondheid: time to act.....	21
5.6 Geen privatisering, maar solidariteit.....	22
5.7 Uitgavenbeheersing.....	23
5.8 De AIM: internationale vereniging van mutualiteiten .....	24
5.9 Europese trends.....	25
5.9.1 Europese samenwerking dringt zich op .....	25
5.9.2 Het Europese gezondheidsbeleid versus het mutualistisch gebeuren .....	26
5.9.3 Het ontbreken van een Europese mutualiteit .....	26
5.9.4 De klacht van Assuralia en Solvency II.....	27
5.9.5 Grensoverschrijdende zorg .....	29
5.10 De AISS: sociale zekerheid op wereldvlak.....	30

6	Nieuwe accenten voor de liberale mutualiteiten .....	31
6.1	Juridische dienst.....	31
6.1.1	De informatisering via nieuwe software-programma's .....	31
6.1.2	De wet van 15/6/2006 op de overheidsopdrachten en de te organiseren mededinging.....	31
6.1.3	De wet van 31/3/2010 inzake de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg .....	32
6.1.4	De terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties .....	32
6.1.5	Naleving van de conventie Assuralia/NIC.....	32
6.1.6	De gevolgen van de wet van 26/4/2010.....	32
6.1.7	Algemene opmerking.....	32
6.2	Van loketfunctie naar servicepunt .....	33
6.2.1	Een servicepunt in de ziekenfondsen .....	33
6.2.2	Een infopunt chronisch zieken.....	34
6.2.3	Aanbevelingen voor de Liberale Mutualiteiten .....	34
6.3	Medische dienst .....	35
6.4	De aanvullende diensten .....	36
6.5	De werking naar nieuwe doelgroepen toe.....	37
6.6	Samenwerking met de politieke partijen.....	39
7	Besluit .....	40
8	BIBLIOGRAFIE.....	41