UITDAGINGEN VOOR DE PERFORMANTIE VAN DE ZIEKENFONDSEN 400

A. Nota: "De toekomst van het mutualiteitswezen" – (2/5/2011)

Ik herhaal graag enkele **krachtlijnen** die ik in mijn nota "De toekomst van het mutualiteitswezen" van 2/5/2011 onder uw aandacht heb gebracht.

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****.*

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.*

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

Aanbevelingen:

- *de LLM dient verder 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.*

- *de landsbond moet de nodige functieprofielen opstellen; zo nodig dient de verdeelsleutel van de administratiekosten tussen landsbond en ziekenfondsen te worden aangepast.*

- *we moeten ons blijvend verzetten tegen elke poging tot privatisering van de VVGVU en van de aanvullende diensten.*

Deze nota werd besproken in het College van Ziekenfondssecretarissen van 12 mei 2011. Besluitvorming: "er wordt voorgesteld om aan dit dossier, in een later stadium, opnieuw een grondige bespreking te wijden."

B. Onderhoud met de CDZ dd 6/05/2014

Tijdens een onderhoud met de heer Laurent GUINOTTE op 5/5/2014 , administrateur-generaal van de CDZ ter voorbereiding van zijn managementplan voor de komende vier jaar en daarvoor de visie en perceptie van de verschillende VI's opvroeg evenals de uitdagingen die wij zien naar de toekomst toe, hebben we volgende items onderlijnd.

We legden toen al de nadruk op :

- migratie informaticatoepassingen,
- wijzigingen van de structuren van de ziekenfondsen in de loop van de volgende 5 jaren,

- blijvende en meer en meer invloed van Europa,
- basistaak VI's = gezondheidszorg en niet commerciële activiteiten
- er moet meer dan ooit een globale aanpak komen op het vlak van preventiebeleid,
- meer autonomie van de Landsbond t.o.v. de ziekenfondsen → rechtspersoonlijkheid leggen bij Landsbond ?
- grotere entiteiten van mutualiteiten met een grootte van minstens 25.000 en aanbeveling samenwerkingsverbanden /fusies tussen zks-en
- percentage variabele administratiekosten verhogen maar wel met voldoende tijd, nodig om te conformeren aan nieuwe sleutelprocessen,
- statuut Europese mutualiteit gebaseerd op Belgisch model,
- modelstatuut opgesteld door de CDZ en geldig voor alle ziekenfondsen,
- mogelijke en meer samenwerkingsinitiatieven tussen verschillende VI's bvb. hospitalisatieverzekering tussen 2 of 3 VI's.

C. Wat de aanvullende verzekering betreft

Voor ons is het duidelijk dat we als mutualiteit, VMOB niet wensen in conflict te gaan met de privé-sector, niet akkoord zijn met de terugbetaling van het remgeld via de aanvullende verzekering, maar wel akkoord gaan met het feit dat de aanvullende verzekering in eerste instantie een vangnet moet blijven.

- aanvullende voordelen gezondheid moeten gerelateerd en afgebakend zijn/worden met de omschrijving begrip gezondheid,
- aanbieden van verzekeringsproducten is niet de core-business van de mutualiteiten,
- zullen wij in staat zijn alle gevolgen Solvency I II,III .... op te volgen ?
- niet akkoord met terugbetaling van het remgeld via de aanvullende verzekering,
- ook patiëntenorganisaties fungeren naast de VI's en mutualiteiten en moeten sowieso ruimte krijgen in onze sector (mondigheid van onze leden).

D. Wat het meerjarenpact van de voogdijoverheid betreft

Met het oog op het meerjarenpact dat minister Maggie De Block in 2015 en de volgende jaren in de huidige legislatuur wil afsluiten met de VI's stelden wij voor om er eveneens onderstaande thema's zeker in op te nemen.

1. De erkenning van de **unieke rol van de ziekenfondsen**:
   - als sterke middenveldorganisaties zijn de ziekenfondsen vaste partners in het overlegsysteem waar ze de belangen van de patiënten verdedigen en een globale visie ontwikkelen op het gezondheidsbeleid;
   - verschuiving van de functie van terugbetaling (verdwijnen van de loket-uitbetalingsfunctie) naar gezondheidscoachen, o.m. via het verstrekken van informatie aan de leden over rechten en plichten in de ziekteverzekering, begeleiding en case management;
   - beheerders van gegevensbanken: aandacht voor hun belangrijke rol inzake de ontsluiting van gegevens over medische consumptie via het IMA voor studiedoeleinden (o.a. mbt de efficiëntie van de ziekenhuizen en milieuziekten);
   - toezicht op het efficiënt gebruik van de middelen in het kader van de responsabilisering;

- begeleiden van arbeidsongeschikte gerechtigden naar re-integratie op de arbeidsmarkt;
- meewerken aan de informatisering van de sociale zekerheid en aan de uitwerking van het handvest van de sociaal verzekerde en de wet op de patiëntenrechten;
- vertegenwoordigen en verdedigen van de leden op het gezondheidsvlak, samen met de patiëntenverenigingen. We gaan akkoord dat deze laatsten een actieve rol spelen in de gezondheidszorg, maar wat met hun rechten en plichten?
- de rol van de medische adviseurs: begeleiding van verzekerden en verstrekkers en verantwoordelijkheid nemen voor het mee in de hand houden van de uitgaven. Belangrijk is ook de mogelijkheid tot samenwerking voor de medische adviseurs van alle VI's + grensoverschrijdend samenwerken voor alle patiënten. Binnen de verminderde administratiekosten, het tekort aan AG's op termijn (opm. NL heeft enkel voor de sector AO tweemaal meer verzekeringsartsen dan België), de stijgende opdrachten van de AG's in de re-integratie van de arbeidsongeschikte verzekerden, het stijgend aantal arbeidsongeschikten (ook invaliden), pleiten we voor een intermutualistische organisatie van de medische controle. M.a.w. een soort 'agentschap' zoals nu IMA.

2. **Toekennen van de nodige middelen aan de VI's**:
   - het behoud van de werkingsmiddelen voor de VI's op basis van de parameterformule is noodzakelijk om hun dienstverlening aan de leden kwalitatief blijvend te kunnen verzekeren;
   - we pleiten voor het verhogen van de variabele administratiekosten: in het kader van de zeven criteria moeten de ziekenfondsen ook beloond kunnen worden voor een goede werking.
   - Belang variabele administratiekosten in eerste plaats te gebruiken als een incentive om beter te werken. Na controle moet er een tijd gegeven worden om processen aan te passen en maw dus niet tweemaal gesanctionneerd te worden.
   - de VI's moeten de nodige juridische instrumenten krijgen om hun wettelijke opdrachten te kunnen uitvoeren (probleem van medewerking van derde partijen).

3. Behoud van een **federaal georganiseerde sociale zekerheid**:
   - met het oog op meer coherentie in het beleid;
   - als waarborg voor solidariteit, zowel tussen alle sociaal verzekerden onderling als tussen de verschillende regio's in het land;
   - als fundamentele sectoren van de samenleving mogen de ziekteverzekering en de gezondheidszorg niet worden geprivatiseerd;
   - meer duidelijkheid is gewenst over de oprichting van het 'Instituut' dat in het kader van de zesde staatshervorming zou worden opgericht om 'overlegde antwoorden op de grote uitdagingen inzake de gezondheidszorg te waarborgen';
   - ook het belang van uitwisseling van concrete individuele gegevens tussen de gedefedereerde entiteiten en de federale ziekteverzekering zal nodig zijn om dubbele betalingen te vermijden
   - een zevende staatshervorming is nu niet aan de orde.

4. **Preventie**:
   - nood aan meer middelen voor preventie: voorkomen is beter dan genezen;
   - GVO-acties gericht tot alle leeftijdsgroepen en alle sociale categorieën;
   - samenwerking tussen de VI's onderling en met andere instanties is noodzakelijk;
   - pakket preventie federaliseren? Te noteren evenwel dat preventie niet volledig weg is! Enkel preventie op bevolkingsniveau in de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

5. **Transparantie verhogen**, o.m. door:
   - een vereenvoudiging van de complexe regelgeving rond de verzekerbaarheid;
   - meer duidelijkheid voor ziekenhuizen en patiënten over de supplementen en persoonlijke aandelen die mogen worden aangerekend.

6. **Informatisering**: samenwerking tussen de VI's onderling en met andere actoren (artsen, ziekenhuizen, …) is noodzakelijk. Waarom niet 1 informaticasysteem voor alle VI's ?

   Waarom niet streven naar één tarificatieprogramma. De VI's kunnen bijkomende controles uitvoeren en gegevens gebruiken in het kader van informatieopdracht.

7. Verschuiving van de klemtoon in het zorgbeleid **van acute naar chronische ziekten**, dit vooral in het kader van de vergrijzing. Cruciaal hierbij zijn: een heroriëntering van de ziekenhuissector in functie van de behoeften van de patiënt en concentratie van gespecialiseerde zorg in enkele pilootziekenhuizen, meer zorgtrajecten, aandacht voor multimorbiditeit en multidisciplinair overleg.

8. Voorzien van een dekking van **onvervulde noden** in de verplichte ziekteverzekering, zoals bepaalde tandzorgen, brillen en lenzen, hoorapparaten en dure geneesmiddelen.
9. Meer **aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg**, o.a. door terugbetaling van de consultaties bij psychologen door de verplichte ziekteverzekering.

10. Het **gebrek aan vaak noodzakelijke investeringen in de zorgsector** van de laatste jaren heeft geleid tot ernstige problemen in de ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg. Dit is ook het geval in de ouderenzorg (gemeenschapsmaterie).

11. Een **Europees statuut voor de ziekenfondsen** als waarborg tegen commercialisering en om grensoverschrijdende activiteiten mogelijk te maken en te stimuleren. De Belgische regering moet er bij de Europese Commissie op aandringen om de draad weer op te nemen nadat het rapport Berlinguer in maart 2013 goedgekeurd werd door het Europees Parlement.

12. Uitkeringen

- We stellen vast dat bij de beschrijving van de taken van de ziekenfondsen geen sprake meer is van de **uitbetaling van de uitkeringen**. Een expliciete vermelding lijkt aangewezen.

- **Administratieve vereenvoudiging en kostenbesparing in de uitkeringsverzekering** door o.a. ofwel in alle sectoren (werkloosheid, uitkeringsverzekering, verhoogde tegemoetkoming, gezinsbijslag, ...) een uniforme interpretatie/toepassing te hanteren in het kader van sommige begrippen (o.a. de gezinslast), ofwel de wetgeving in alle sectoren van de sociale zekerheid volledig los van elkaar te beschouwen. Vandaag is de sector uitkeringen immers heel sterk onderhevig aan wijzigingen in andere sectoren (o.a. alignering met de werkloosheid/koppeling aan pensioenbedragen), met grote investeringen in programmatie tot gevolg bij wijzigingen in deze sectoren. Door ofwel een volledige gelijkschakeling te creëren in de verschillende wetgevingen, ofwel een volledig onafhankelijke wetgeving, kunnen er heel wat kosten bespaard worden en dit gaat tevens gepaard met een administratieve vereenvoudiging.

- Controlerende bevoegdheden rond **de inkomensgegevens** op basis van de fiscaliteit zou een vereenvoudiging en een transparantere oplossing kunnen bieden hetgeen enkel mogelijk is door het statuut van de VI te herdefiniëren.

E. Onze rijkdom

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.

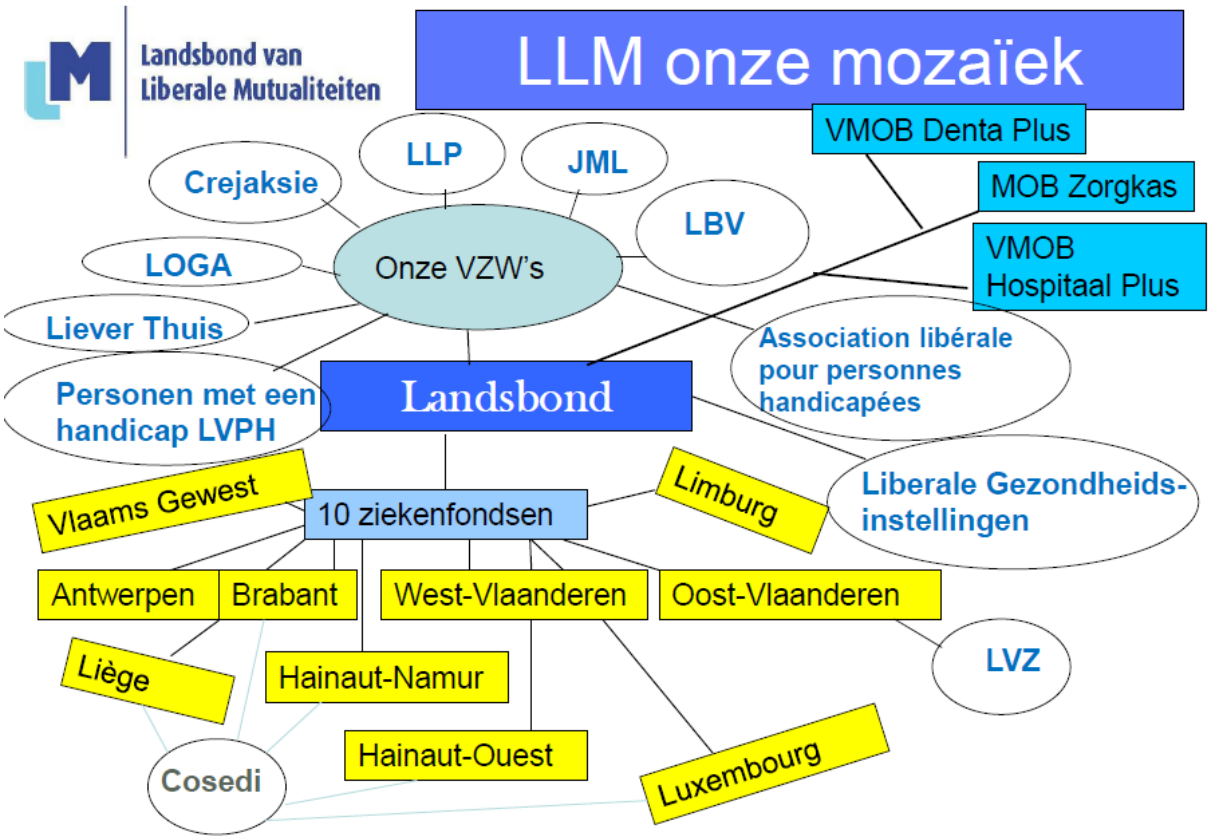
De jongste jaren zijn daar bij de Liberale Mutualiteiten nog volgende doelgroepen en VZW’s bijgekomen:

- de zelfstandigen (LVZ) – (Nederlandstalige kant)
- de mantelzorgers (Liever Thuis-LM) - (Nederlandstalige kant)
- de personen met een handicap (LVPH) - (Nederlandstalige kant)
- Association libérale pour personnes handicapées (ALPH) - (Franstalige kant)

De mozaïek van de Liberale Mutualiteiten bestaat momenteel uit:

- de Liberale Landsbond
- tien ziekenfondsen
- 10 VZW’s en aanverwanten:
    - twee werkingen voor gepensioneerden: LBV en LLP
    - twee werkingen voor jongeren: Crejaksie en JML
    - Liberale Gezondheidsinstellingen
    - LOGA (Liberaal Overleg Gezinsbeleid en Algemeen Welzijnswerk) - Cosedi
    - Liever Thuis-LM
    - LVPH & ALPH

- één MOB – twee VMOB's:
    - de MOB Zorgkas van de Liberale Mutualiteiten
    - de VMOB Hospitaal Plus die is omgevormd in een Verzekerings-MOB
    - VMOB Denta Plus



Uit mijn toespraak van de Algemene Vergadering - november 2014:

"Ik doe een warme oproep aan al onze VZW's om zich te aligneren binnen het geheel van landsbond en liberale mutualiteiten en opnieuw daadwerkelijk af te stemmen op eenzelfde stramien van actieve participatie aan de werking van dit mooie geheel."

F. Federaal Regeerakkoord dd 9-10-2014 – sociale vooruitgang en gezondheidszorg

Zijn wij klaar om in de toekomst als VI samenwerkingsakkoorden af te sluiten met ziekenhuizen, zorgverstrekkers, ...

Preferred providers moeten door alle ziekenfondsen SAMEN gekozen worden – anders gevaar van als kleine speler volledig buitenspel gezet te worden.

FLASH VAN DE BELANGRIJKSTE ITEMS

3.1 Waarborgen van de financiering van de sociale zekerheid

Om een kwaliteitsvolle sociale bescherming te blijven aanbieden, zal de regering de manier herzien waarop de sociale zekerheid wordt gefinancierd.

In lijn met het akkoord tussen de sociale partners over de vereenvoudiging van de alternatieve financiering, zullen zij worden gevraagd om na te denken over de financiering van de gezondheidszorg.

3.3.6. Een toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen

De negatieve spiraal waarbij ziek zijn arm, en arm zijn ziek maakt, moet worden doorbroken. De regering zal in haar beleid rond gezondheidszorg specifieke maatregelen nemen die gericht zijn op kansarmen.

3.4. Strijd tegen de sociale fraude en sociale dumping

De strijd tegen de sociale fraude moet worden opgevoerd. Bijdragefraude, uitkeringsfraude en grensoverschrijdende sociale fraude tasten de draagkracht van onze sociale zekerheid aan. Ze zijn een aanslag op de solidariteit en moeten samen en met gelijke slagkracht worden aangepakt.

De regering wenst daarom de reeds opgestarte engagementen verder uit te voeren en nieuwe maatregelen te nemen. Ze keurt hierover jaarlijks een actieplan sociale fraude goed, met bijzondere aandacht voor sociale dumping.

3.6. Betaalbare, toegankelijke en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg

Tijdens deze legislatuur zal de nadruk voornamelijk worden gelegd op een grondige hervorming van diverse aspecten van de structuur van onze gezondheidszorg. Het beleid zal afgestemd worden op gezondheidsdoelstellingen, gekoppeld aan een stabiele budgettaire meerjarenplanning, en op de principes van evidence based practice.

Dit alles kan enkel gerealiseerd worden in samenwerking en overleg met de deelstaten en met alle bij het proces betrokken stakeholders.

Uit diverse studies blijkt dat de toegang tot de zorg niet voor iedereen vanzelfsprekend is, en dat de gezondheidskloof in België de laatste jaren omvangrijker is geworden.

Concreet betekent dit dat de regering minstens volgende tussendoelen wil bereiken:

- progressief toekennen van het recht op verplichte derdebetalersregeling bij de huisarts, te beginnen vanaf 1 juli 2015 met patiënten die genieten van een verhoogde verzekeringstegemoetkoming;
- verbod op ereloonsupplementen in twee of meerpersoonskamers uitbreiden naar daghospitalisatie in een twee of meerpersoonskamers;
- onderzoeken van de mogelijkheid tot uitbreiding van de maximumfactuur voor psychiatrische patiënten in langdurig verblijf;
- automatische toekenning van rechten in het kader van de verdere modernisering en informatisering van processen en gegevensstromen in de ziekteverzekering en het gebruik van de eHealth-diensten;
- versterken van de tariefzekerheid onder meer in het kader van een hervorming van het overeenkomsten- en akkoordensysteem;
- verstrekken van transparante informatie over de financiële implicaties van de zorg, door onder meer het invoeren van een patiëntenfactuur. Hierbij wordt de nodige aandacht besteed aan de administratieve lasten voor de zorgverleners.

De patiënt moet beschikken over informatie betreffende de kwaliteit en de prijs van de zorg, die ter beschikking wordt gesteld via één toegankelijk platform.

Een van de prioriteiten van de regering zal erin bestaan de administratieve lasten van de zorgverleners en inzonderheid van de artsen te verlichten, onder meer door een verdere implementatie van het systeem MyCareNet.

Instellingen

Voor de behandeling van moeilijke of zeldzame aandoeningen of in geval van zeer dure technologie of infrastructuur evolueren we naar gespecialiseerde ziekenhuiszorg, geconcentreerd in gespecialiseerde centra, ingebed in een klinisch netwerk tussen ziekenhuizen.

Specifieke doelgroepen

De zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg (de zogenaamde projecten artikel 107) worden na evaluatie verankerd in regelgeving en financiering. De blinde vlekken in het geografisch aanbod worden weggewerkt.

In samenwerking met de betrokkene deelstaten wordt het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg voor kinderen, voor jongeren en voor patiënten met dubbele diagnose aangepast aan de behoeften. Ook hier dient rekening te worden gehouden met een correcte geografische spreiding van het aanbod.

De wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nummer 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorg beroepen zal onverwijld worden uitgevoerd.

In samenspraak met de sector en de deelstaten wordt een integrale visie op de geestelijke gezondheidszorg uitgewerkt. De rollen van de verschillende betrokken zorgactoren worden verduidelijkt en op elkaar afgestemd.

3.6.3. Een kompas en een moderne organisatiestructuur voor onze gezondheidszorg.

Gezondheidsdoelstellingen

In samenspraak met alle belanghebbenden worden de federale gezondheidsdoelstellingen vastgelegd. Aan de gezondheidsdoelstellingen wordt een stabiel budgettair meerjarenplan gekoppeld.

In samenwerking met de deelstaten worden gezondheidsdoelstellingen uitgewerkt rond preventie, toegankelijkheid, aanbod en organisatie van de zorg, waarbij het mogelijk moet blijven om asymmetrische akkoorden af te sluiten tussen de federale overheid en de deelstaten.

Er wordt een institutioneel kader gecreëerd waarbinnen deze gezondheidsdoelstellingen worden geformuleerd en opgevolgd. Het "Instituut voor de toekomst" waarnaar verwezen werd in de zesde staatshervorming, wordt opgericht. Het bereiken van deze doelstellingen wordt via positieve en/of negatieve prikkels gestimuleerd of afgedwongen.

Er zal hierbij ook worden ingegaan op de vraag van het Rekenhof naar het ontwikkelen van een Health Research System, een overlegforum voor strategische afstemming tussen de federale kennisinstellingen op het vlak van gezondheidszorg onderling, en in hun relatie tot de kennisinstellingen op andere bevoegdheidsniveaus.

Modernisering van het overleg

Het overleg tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen blijft behouden, maar wordt gemoderniseerd en aangepast aan de eisen van een transsectoriële aanpak

Andere actoren , waaronder de patiënten, worden op aangepaste wijze betrokken bij het overleg. Dit geldt voor het vastleggen van de gezondheidsdoelstellingen en het uittekenen van de toekomststrategie van de gezondheidszorg, alsook ad rem waar zij toegevoegde waarde kunnen leveren.

Handhavingsbeleid

De verantwoordelijkheid van alle betrokken actoren voor het beheer, en inzonderheid voor de budgettaire aspecten ervan, wordt versterkt.

Er worden eenvormige controleprocedures ontwikkeld voor het toezicht op de elektronische facturatie door de zorgverleners en op het toepassen van de derdebetalersregeling.

Moderne controletechnieken op basis van datamining, outlier-controle, feedback-, audit- en adviessystemen, en dies meer zullen verder worden ontwikkeld.
Het RIZIV krijgt op een rechtstreekse en vereenvoudigde wijze toegang tot de geconsolideerde facturatie- en aanrekeningsgegevens waarover de verzekeringsinstellingen beschikken.

Bij de controle door het RIZIV wordt bijzondere aandacht besteed aan kwaliteitscontrole van gegevens.

De nodige maatregelen worden genomen om te voorkomen dat persoonlijke aandelen die reeds werden terugbetaald door een derde verzekeraar andermaal worden opgenomen in de tellers van de maximumfactuur.

De financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen wordt uitgebreid. Zorgverleners bij wie het RIZIV herhaaldelijk vaststelt dat ze onrechtmatig factureren zullen voortaan de administratieve kosten van de recuperatieprocedures moeten vergoeden (uitvoering van artikel 164ter van de GVU-wet).

Rol van de ziekenfondsen

Aan de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (CDZ) wordt opdracht gegeven de adviserende en informerende rol van de ziekenfondsen ten opzichte van hun leden te evalueren en zo nodig te versterken.

De financiële transparantie van de verzekeringsinstellingen wordt versterkt. In samenwerking met het RIZIV zal de CDZ bovendien de kostenstructuur van de verzekeringsinstellingen doorlichten. De regering zal het Parlement vragen om het Rekenhof opdracht te geven de parameterformule die gebruikt wordt om de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen te berekenen te evalueren.

De regering zal het Parlement vragen om het Rekenhof opdracht te geven de organisatie, het instrumentarium en de werking van bovenbedoelde controlediensten te evalueren en aanbevelingen te formuleren ter verhoging van de coherentie, efficiëntie en doeltreffendheid.

De efficiëntie van de verzekeringsinstellingen wordt verhoogd. Het variabel gedeelte van de administratiekosten wordt verhoogd .

Aanvullende verzekeringen

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

Besluit

De gezondheidszorg evolueert razendsnel en bevindt zich op een keerpunt. Daarom moet een gezondheidsbeleid ook rekening houden met de volgende overwegingen:

- overbodige uitgaven in de gezondheidszorg moeten worden vermeden. Privatisering is daarvoor echter geen mirakeloplossing;
- niet enkel cijfers tellen, maar ook ethiek. Investeringen in de zorg vertegenwoordigen niet enkel een kost, maar leiden ook tot een verbetering van de kwaliteit en mogelijke kostenbesparingen door bvb. minder ingrijpende technieken en een minder lange hospitalisatieduur ;
- zeker in tijden van crisis brokkelt de solidariteit af: daarom is het de taak van alle actoren om die maximaal te stimuleren. Items zoals de werking van de sociale zekerheid en de ziekteverzekering, moeten dan ook worden opgenomen in het lessenpakket van de scholen, maar zijn eveneens een taak van de VI's zelf via het ledenblad, de website enz.;
- de vergrijzingsschok die één van de belangrijkste uitdagingen is voor de komende decennia:
    - België kampt met een tekort aan geriaters. We pleiten dan ook voor een betere screening in de faculteiten geneeskunde bij de keuze van een specialisme. Dit hangt ook samen met nieuwe ziekenhuisfinanciering en herijking van de nomenclatuur
    - de vergrijzing speelt ook binnen de zorgsector zelf en is één van de factoren die bijdraagt tot het tekort aan o.m. huisartsen;
    - de mantelzorgers nemen een steeds groter deel van de verzorging en bijstand aan bejaarden op zich. De ondersteuning die de ziekenfondsen nu reeds opnemen in het kader van de (thuis)zorg kan worden uitgebreid met die van mantelzorgcoachen. Zij kunnen mensen ondersteunen in zorgsituaties – zonder hen te betuttelen – en hen de nodige informatie geven over hun rechten en plichten in de ziekteverzekering, over preventie enz.;
- omdat de patiënt centraal moet staan in de zorg, zijn de toegankelijkheid en de kwaliteit van primordiaal belang;
- de nodige coherentie in het gezondheidsbeleid en dit zowel binnen als tussen de verschillende beleidsniveaus;
- de ziekenfondsen zijn hefbomen naar een rechtvaardige samenleving, maar zowel de samenleving als hun taken veranderen. De nota van het kabinet betreffende het meerjarenpact geeft daarentegen enigszins een signaal van enig wantrouwen naar de VI's toe en beperkt hun vrije rol. In de nota komt de beleidsmatige, maatschappelijk en sociale rol van de ziekenfondsen onvoldoende aan bod. Als private organisatie spelen zij een rol als sociale innovator (zij zijn geen louter administratieve uitvoerders).

G. Algemeen kader en vaststellingen

1. Algemeen

Binnen de weinig rooskleurige budgettaire context staan de administratiekosten voor de ziekenfondsen onder druk. Bovendien worden de rol en functies van de ziekenfondsen steeds meer in vraag gesteld door sommige politieke partijen. Het pact tussen de minister en de VI's zou opnieuw duidelijkheid moeten geven over de toekomstige rol van de ziekenfondsen zowel binnen de verplichte, als de aanvullende verzekeringen en diensten. Meer stabiliteit betekent echter niet meer middelen. De concurrentie zal nog scherper worden en Europa zal mogelijk de markt verder opentrekken waarbij meer -zeg maar alle- heil verwacht wordt van de privésector.

De regering wil de rol van de mutualiteiten herzien, zeg maar beperken.

Ik heb de indruk dat de ziekenfondsen door de forse vermindering van de administratiekosten-werkingsmiddelen niet meer in staat zullen zijn om een kwaliteitsvolle zorg- en dienstverlening te garanderen aan de leden.

Gezondheidsopvoeding en preventie worden zelfs niet meer vergoed ihkv de variabele administratiekosten .

De derde lijn, die van de privé verzekeraars, wordt meer en meer ondersteund door de huidige regering, m.a.w. privéverzekeraars treden in de plaats van de ziekenfondsen .

Uitholling verplichte ziekteverzekering zet zich door en het gevaar bestaat dan ook dat deze taken meer en meer verschoven worden naar de aanvullende diensten.

2. Dalende administratiekosten

2.1 Bijkomende besparingen administratiekosten

Naast de reeds ondergane besparingen in het verleden, werd er in 2015 nieuwe budgetbeperking van 100 miljoen euro opgelegd voor de periode 2016 - 2018. Zo worden de administratiekosten vanaf 2016 met 50 miljoen euro verminderd en vanaf 2017 en 2018 komt daar nog telkens 25 miljoen bovenop zodat dit een recurrente inhouding van 100 miljoen wordt.

Voor de vaste administratiekosten (90%) zal dit op basis van de huidige verdeelsleutel 2015 voor LLM (*) een vermindering betekenen van : 2016 = 2.885.712,89 euro

- 2017 = 1.442.856,44 euro
- 2018 = 1.442.856.44 euro

of een totaal van 5.771.425,77 euro tegen 2018.

Voor het variabel deel van de administratiekosten (momenteel 10%) betekent dit, een bijkomende vermindering van:

- 2016 = 320.634,77 euro
- 2017 = 160.317,38 euro
- 2018 = 160.317,38 euro

of een totaal van 641.269,53 euro dat niet zal toegekend worden.

Voor de vaste en variabele administratiekosten samen betekent dit een vermindering van 6.412.695,30 euro tegen 2018.

(*) Het betreft enkel de (ganse) groep LM dus Landsbond en ziekenfondsen 4XX op basis van onze huidige verdeelsleutel

2.2 Verhoging aandeel variabele administratiekosten

Momenteel is het budget variabele administratiekosten 10% van het totaal budget. Dit zou verhoogd worden tot 15% tegen het einde van de legislatuur wat betekent dat we een bijkomende vermindering van administratiekosten zouden hebben gezien we nooit tot 100% van het budget komen. Zo zou een score van 95% voor ons een extra verlies van 250.000 euro voor de periode 2016-2018 kunnen betekenen.

Voor de evaluatieperiode 2015 zal er daarenboven, (vb. niet op tijd de modellen kunnen indienen, problemen T20, ...), een negatief impact zijn op onze administratiekosten.

2.3 Daling van de ledentallen

Sedert verschillende jaren is er een continue daling van het ledenaantal. In 2013 – 3.697, in 2014 – 3.379 leden. De Belgische verzekerde bevolking steeg tussen 2012 en 2014 met 1,14%. Het ledental op 30/6/2014 had dus in theorie met 9.929 leden moeten groeien om status quo te blijven. Deze bijkomende daling reflecteert zich in de daling van ons marktaandeel van 5,315% in 2012 tot 5,191% op 30 juni 2014.

In de eerste 7 maanden van 2015 zien we een negatief saldo in mutaties (naar alle landsbonden) van 3.034 titularissen. Geëxtrapoleerd tot heel 2015 zou dit -5.201 titularissen betekenen. Daarbovenop komt nog het verlies van leden door overlijden en de leden 'niet in regel'.

De voorlopige cijfers voor 30/6/2015 geven – 3.507 titularissen voor de administratiekosten. Aan gemiddeld verlies aan administratiekosten van 162,74 €/titularis, betekent dit ongeveer een verlies van 570.000 € op jaarbasis.

De dalende tendens van onze ledencijfers wordt voor een groot deel verklaard door de leeftijdspyramide van ons ledenbestand. Door de natuurlijke veroudering sterft een groter aandeel van onze leden dan bij de andere VI's waardoor extra inspanningen naar jonge leden een must is. Zie hiernavolgende tabel met de toestand op 31/12/2014 voor ons ledenaantal:

VI	00-19	%	20-39	%	40-59	%	60-80&+	%	totaal
L.C.M.	938.323	20,74	1.104.222	24,41	1.246.328	27,55	1.234.438	27,29	4.523.311
L.N.M.	119.235	23,61	127.594	25,27	141.986	28,12	116.182	23,01	504.997
N.V.S.M.	755.476	24,39	800.856	25,86	840.046	27,12	700.578	22,62	3.096.956
L.L.M.	105.827	18,61	129.162	22,71	161.865	28,46	171.848	30,22	568.702
L.O.Z.	525.660	25,21	560.262	26,87	593.890	28,49	404.960	19,42	2.084.772
H.Z.I.V.	17.179	20,65	25.154	30,24	22.829	27,45	18.013	21,66	83.175
NMBS Holding	16.553	15,40	15.922	14,81	31.961	29,73	43.061	40,06	107.497
Totaal	2.478.253	22,59	2.763.172	25,19	3.038.905	27,70	2.689.080	24,51	10.969.410

M.a.w. ondanks de bevolkingsaangroei slaagt LM er tot op heden onvoldoende in om nieuwe leden aan te trekken.

Een bijkomend probleem is, wat wij steeds eerder voor ogen gehouden hebben, nl. "ons ledental in stand te houden" - wat zal het impact van Denta plus zijn op ons trouw en loyaal publiek van + 65 jarigen ; zij worden immmers uitgesloten van het verzekeringsproduct Denta plus

Het marktaandeel van LM is van 6,125% in 1996 gedaald naar 5,16% in 2014. Verschillende factoren liggen hieraan ten grondslag: een disproportioneel aantal oudere leden, een grote versnippering in het aanbod van diensten waardoor LM zich te weinig profileert, versnipperde communicatie, een minder agressieve wervingspolitiek t.o.v. andere ziekenfondsen,….

3. Reserves en administratief centrum

jaar	Reserves administratief centrum
2011	18.834.716,99
2012	22.653.706,64
2013	24.313.236,52
2014	19.690.790,15

In de cijfers van 2014 wordt duidelijk het effect waargenomen van de kosten migratie. De kosten van de migratie werden in 2014 alleen door de Landsbond gedragen en bedroegen 7.970.433,48 euro. Dit is meer dan aanvankelijk werd begroot.

Bij ongewijzigd beleid zal de daling van de administratiekosten een significant en jaarlijks recurrent negatief effect hebben op de evolutie van deze reserves.

Daarenboven heeft de Landsbond 19 bijkomende personeelsleden aangeworven, vooral voor de centrale tarificatie, om zich te kunnen aanpassen aan de werking van de nieuwe programma's en de steeds wijzigende wetgeving en meer opdrachten. In de ziekenfondsen heeft men eveneens bijkomend personeel moeten voorzien.

4. Staatshervorming

Door de staatshervorming worden een aantal taken van het federaal niveau overgeheveld naar de gemeenschappen, zonder dat de nodige toereikende middelen voorzien werden om deze taken naar behoren uit te voeren. Bovendien zullen de onderscheiden regionale organen een ander beleid voeren naargelang het landsgedeelte. In Vlaanderen zullen de zorgkassen belast worden met de uitvoering van de Vlaamse sociale zekerheid; in Wallonië zullen de (grote) ziekenfondsen hun plaats hebben in de uitvoeringsorganen van de **OIP** *(Organisme d'Intérêt Public de couverture sociale et de la famille)* gebaseerd op het model van het Riziv; daarnaast is er nog Brussel en de Duitstalige Gemeenschap.

Elk orgaan zal op termijn zijn eigen accenten en regels opleggen en het is dus niet helemaal duidelijk voor de ziekenfondsen welke rol zij (blijven) behouden binnen het nieuwe staatsbestel. De vraag is dus welke administratieve middelen door deze overheden ter beschikking zullen gesteld worden voor de uitvoering van hun reglementering, of dat men voor de uitvoering hiervan een beroep zal doen op de ziekenfondsen, en indien dit zo is, of de administratieve kosten zullen gedekt worden door deze overheden dan wel bij de leden moeten gevraagd worden (grotere ziekenfondsen hebben dan een belangrijk voordeel doordat de algemene kosten per lid lager zullen liggen).

De evoluties in ons staatsbestel hebben tevens een invloed op de structuur: sommige VI's hebben zich reeds aangepast aan het gewijzigde staatsbestel (splitsingen tussen de Nederlandstalige en de Franstalige vleugels).

5. Informatisering van de werking van de verplichte ziekteverzekering

Er is een zeer grote versnelling bezig binnen de ziekteverzekering om de uitwisselingen tussen verstrekkers en VI's en tussen verstrekkers en verzekerden te informatiseren. We denken hierbij aan de facturatie en medische akkoorden door ziekenhuizen, instellingen en verpleegkundigen. De tarificatie voor de sociale derdebetaler is bezig, het aantal aanvragen voor hoofdstuk IV en de raadpleging van verzekerbaarheid zijn in stijgende lijn.

Alles wordt reglementair aangepast om de verzekerden de bewijsstukken per mail te versturen i.p.v. per post.

Er is de plaats van het elektronisch patiëntendossier waar de patiënten/verzekerden hun gegevens kunnen consulteren of aanvullen.

H. Gevolgen en voorstellen

Zowel de migratie als de dalende administratiekosten hebben gevolgen naar de beschikbare middelen die dalen en ons zullen dwingen om efficiënter te werken.

1. Onmiddellijk te nemen acties

Alle processen moeten worden herbekeken naar hun return on investment. Belangrijk is dat we als kleine entiteit zoveel mogelijk zouden kunnen profiteren van schaalvoordelen te realiseren door meer samenwerking tussen de verschillende ziekenfondsen. Bedoeling is hierbij om niet alleen kosten uit te sparen maar tevens gebruik te maken van de "best practices". Het is de bedoeling om de opgebouwde kennis zoveel mogelijk te valoriseren waarbij het ziekenfonds dat het best presteert op een bepaald domein een voortrekkersrol op dit gebied moet kunnen spelen. De mogelijkheid om echte fusies tussen onze ziekenfondsen te realiseren moet door elk ziekenfonds zeker onderzocht worden, maar mag de samenwerking voor de back-office voor nog grotere entiteiten – tot het nationaal niveau toe– niet in de weg staan.

Het is dus belangrijk dat er een gezamenlijke oefening gebeurt met de Landsbond en alle 400 ziekenfondsen om de kostenevolutie dringend te beperken. Als kleine VI met een groot aandeel ziekenfondsen zitten we met veel vaste kosten die niet zonder samenwerking kunnen gedrukt worden. Het gaat om alle types kosten zoals personeel, informatica en huisvesting. De personeelskosten kunnen niet soepel aangepast worden aan de werkingsmiddelen waar men steeds een minimum aan dienstverlening moet kunnen aanbieden. Hierbij kan uiteraard de vraag gesteld worden of binnen elk ziekenfonds, zeker geografisch gezien, alle activiteiten moeten worden aangeboden. Het is immers zo dat, zelfs indien dit kan, men de middelen niet heeft om de nodige backup te voorzien bij verlof, ziekte of pensionering. Het is daarenboven ook nodig om meer en meer hoger opgeleide personeelsleden aan te trekken voor de nieuwe taken van de ziekenfondsen (o.a. adviesfunctie, datamanagement, ...). De samenwerking met andere Landbonden, voor de liberale mutualiteiten in casu de socialistische landsbond of intermutualische samenwerking binnen NIPPIN bijvoorbeeld, kan om 'politieke redenen' waarschijnlijk slechts voor activiteiten die niet 'zichtbaar' zijn voor de verzekerden. Dit is het geval voor de informaticatoepassingen, maar zeker haalbaar voor bijvoorbeeld het samen organiseren van een medische controle, als dit volledig intermutualistisch zou gebeuren.

Anderzijds moet de 400 een belangrijke rol kunnen spelen om, in de nieuwe informaticaomgeving, innoverende ontwikkelingen met het oog op een efficiëntere werking en het instellen van bijkomende controles te implementeren. De hiervoor opgezette governance structuur moet asap operationeel worden met de nadruk op werkzaamheden die toelaten de arbeidsinzet snel en vlug af te bouwen (vb. meer automatische controles bij tarificatie in gezondheidszorgen, ...).

Daarenboven moet de elektronische informatiesnelweg meer en meer de plaats van het (dure) papier innemen. Communicatie tussen de diensten van de landsbond en de ziekenfondsen moet via de uitbouw van een performant intranet bevorderd worden. Dezelfde dynamiek van elektronische communicatie moet gebeuren in relatie tot de leden (e-loket, elektronische nieuwsbrief, ...)

2. Op zeer korte termijn: strategie + nieuwe dynamiek uitwerken met het oog op ledenbehoud en ledenaangroei

Met het invoeren van een nieuwe huisstijl werd een eerste aanzet gegeven tot vernieuwing. Men beoogt hiermee een jeugdiger imago te verwerven en jongere leden aan te trekken. Een nieuwe huisstijl is echter slechts één middel in het bereiken van dit doel en kadert binnen een vernieuwende communicatie met onze leden. Nieuwe communicatietechnologieën, gaande van een professionele website, een uitbreiding van het e-loket tot het niveau van een onlineloket, facebook e.d. maken hiervan ook deel uit. Tevens dient de boodschap die wordt gebracht ook gericht te zijn naar de doelgroep die men wenst te bereiken. Het ledenblad een verfrissende lay-out geven maar voeden met artikels die ver af staan van de jeugd en het jonge gezin schiet zijn doel voorbij. Niettemin moeten we blijvend oog hebben voor alle leeftijdscategoriën. Dit is juist de sterkte van LLM.

Het ontwikkelen van bepaalde tools volstaat niet. Willen deze optimaal benut worden dan is het aangewezen dat hierin meer eenvormigheid is. Tot op heden hanteren niet alle ziekenfondsen dezelfde huisstijl op de website, is er geen gezamenlijke facebookpagina noch gezamenlijk beleid inzake het gebruik van deze tools. Dit leidt tot verwarring bij leden en zeker bij niet-leden of toekomstige leden.

Sommige communicatiemiddelen dienen meer te worden gepromoot. Tot op heden blijft het aantal e-loket gebruikers in de ziekenfondsen eerder beperkt. Tevens kunnen er nog meer inspanningen worden gedaan om onze leden het gebruik van de website eigen te maken. Dit kan door systematische verwijzing naar de website voor bijkomende info, wedstrijden via website, verdere ontwikkeling en promotie van de elektronische nieuwsbrieven,…

Naar de nieuwe generaties toe is de uitbouw van een nieuw aangepast contactsysteem met de leden noodzakelijk met een optimale uitbouw van de nieuwe technologieën. De elektronische informatiesnelweg moet dan de plaats van het (dure) papier innemen. Het uniek klantendossier is een mooi instrument in deze benadering. Dit wordt echter nog niet door alle ziekenfondsen optimaal gebruikt. Nochtans biedt het uniek dossier heel wat mogelijkheden om onze leden op een gemakkelijke professionele en proactieve manier te benaderen zonder dat er persoonlijk contact hoeft te zijn.

Het aanbod van de aanvullende ziekteverzekering dient afgestemd te zijn op de doelgroep die men wenst aan te trekken. Het aanbod van LM richt zich niet tot één specifieke doelgroep maar tot meerdere doelgroepen. Uit het voorstel tot strategische analyse dat in 2004 werd opgesteld blijkt dat 54% van de diensten zich richt tot personen met gezondheidsproblemen. Heel wat van deze diensten worden merendeels gebruikt door ouderen. Ongeveer 26% van de diensten richten zich tot gezinnen en adolescenten. 20% van de dienstverlening betreft diensten die zich enkel richten tot ouderen (LBV), tot alle leden (vb. het ledenblad), tot gezondheidsbewuste mensen (vb. rookstop) of tot personen met administratieve problemen op het vlak van gezondheid. Hoewel de invoering van de aanvullende ziekteverzekering een lichte accentverschuiving in het dienstaanbod heeft teweeg gebracht is het dienstenaanbod van LM nog steeds veelzijdig waar het doelgroepbenadering betreft. Concreet betekent dit dat het LM-aanbod best degelijk is te noemen op alle fronten maar niet naar voor springt wanneer er het op aan komt om een bepaalde doelgroep te overtuigen. Overigens muteren mensen die gezond zijn maar zelden met het oog op een mogelijke tussenkomst die ze

zullen ontvangen wanneer ze ziek zouden worden. De overige kleinere VI's hebben een aanbod dat veel minder uitgebreid is maar veel meer doelgroepgericht.

De veelzijdigheid in het aanbod van LM (ongeveer 1.000 verschillende diensten verspreid over 10 ziekenfondsen) is verwarrend en komt weinig transparant over bij de bredere bevolking.

De bijgevoegde nota "voorstel tot strategische analyse mbt de aanvullende dienstverlening" kan als basis dienen om LM toe te laten een strategiekeuze mbt de aanvullende dienstverlening te maken.

Dit document werd opgesteld aan de hand van in 2003 verschenen literatuur rond strategisch werken binnen de gezondheids- en welzijnssector. De voorgestelde concepten werden aangepast naar de werking van de aanvullende dienstverlening binnen onze organisatie.

Terzake verwijs ik ook naar mijn boeken:

- Gezondheid is geen koopwaar - 2009
- Uitdagingen voor de ziekenfondsen in de 21ste eeuw - 2012
- Gezondheidszorg: meer dan geneeskunde - 2013
- Op uw gezondheid – 2015

waar aanbevelingen, acties, items, ... aangetoond en aangehaald worden in onze Belgische complexe sociale zekerheid, midden de Europese context en samenleving.

It's time to act !

Geert Messiaen
Secretaris-generaal

11/9/2015

3. Bronvermelding

- Controledienst van de ziekenfondsen (CDZ): jaarverslag 2013.
- De Block, Maggie: 'Samen innoveren': Speech ter gelegenheid van de Academische zitting op het CM Congres, 20/6/2015.
- De Block, Maggie: "Voorzetnota Meerjarenpact Verzekeringsinstellingen", 30/6/2015.
- LLM: Jaarverslagen 2013 en 2014.
- LLM: Nota: De toekomst van het mutualiteitswezen, 2/5/2011.
- LLM: Persbericht 23/7/2015: "Moet de gezondheidssector opdraaien voor de taxshift ?"
- LLM: Meerjarenpact met de VI's: voorstel LLM, september 2015.
- LLM: Voorstel tot strategische analyse: aanvullende dienstverlening, 2003.
- NIC Politiek: verslag vergadering 3/9/2015.
- RIZIV: bestuursovereenkomsten 2013-2015 en 2016-2018: http://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/Paginas/bestuursovereenkomst-algemeen-gen.aspx .
- Slotseminarie 50 jaar RIZIV – 27/4/2015: http://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/50years/Paginas/default.aspx .
- Gezondheid is geen koopwaar - 2009
- Uitdagingen voor de ziekenfondsen in de 21ste eeuw - 2012
- Gezondheidszorg: meer dan geneeskunde - 2013
- Op uw gezondheid - 2015