

Ziekenfondspact bevestigt en versterkt de rol van de ziekenfondsen

Sigrid Vancorenland, Departement Onderzoek & Ontwikkeling

Met dank aan: Alain Conrath (Strategisch adviseur van de directie), Frank De Smet en Alex Peltier (Medische Directie), Katte Ackaert en Michiel Callens (Departement Onderzoek en Ontwikkeling)

Inleiding

Op 28 november 2016 werd het ziekenfondspact ondertekend. Dit historisch pact werd afgesloten tussen de ziekenfondsen en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block. Het zet enkele duidelijke afspraken op papier over de rol die de ziekenfondsen de komende tijd zullen opnemen binnen de gezondheidszorg. De talrijke veranderingen op technologisch, politiek, cultureel en demografisch vlak vormen een uitdaging voor de gezondheidszorg van vandaag en die van morgen. Daarom werd het initiatief genomen om de rol en opdrachten van de ziekenfondsen aan te passen om aan deze talrijke uitdagingen een antwoord te kunnen bieden.

Het pact is opgebouwd rond zes grote moderniseringsassen:

- 1. Informatieverlening aan, hulpverlening en gezondheidscoaching van de leden*
- 2. Beleidsondersteuning en goed beheer van de gezondheidszorgverzekering*
- 3. Handhaving en doelmatigheid*
- 4. Adviserend geneesheren*
- 5. Verplichte aanvullende verzekering*
- 6. Goed bestuur en transparantie*

In een afzonderlijk deel van het pact wordt een stabiel en responsabiliserend budgettair kader besproken.

De scope van het pact is duidelijk begrensd. Het is belangrijk te benadrukken dat de sector arbeidsongeschiktheid buiten de scope van het pact ligt. Ook al wordt er in het pact over de rol van de adviserend geneesheer gesproken, de hervormingen binnen de sector arbeidsongeschiktheid worden niet in het pact geregeld maar in een ad-hoc werkgroep. Het pact handelt enkel over de verplichte ziekteverzekering en de verplichte aanvullende verzekering van de ziekenfondsen en niet over de mutualistische hospitalisatieverzekeringen. Het pact heeft geen impact op de werking van het ziekenfonds van de NMBS en de Hulpkas. Tot slot focust het pact op de rol en opdrachten die de ziekenfondsen spelen op het federaal bestuursniveau.

In het pact wordt duidelijk gesteld hoe de verzekeringsinstellingen zich differentiëren van andere actoren in de gezondheidszorg. Het geeft eveneens aan hoe zij zich onderling kunnen en mogen differentiëren en waar hun werking uniform moet zijn en (meer) samenwerking mogelijk en wenselijk is.

In het pact staan een hele reeks actie-verbintenissen en de uitvoering hiervan vereist een permanente intermutualistische coördinatie binnen zowel de bestaande commissies als de ad hoc werkgroepen.

In dit artikel worden de 6 moderniseringsassen besproken, telkens volgens een zelfde opbouw.

- Wat is de uitdaging voor de gezondheidszorg?*
- Welk antwoord biedt het pact hierop?*
- Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?*

1. Informatieverlening aan, hulpverlening en gezondheidscoaching van de leden

De uitdaging: het versnellen van de evolutie van een administratieve en uitbetalingsinstelling naar een model waarin de leden geïnformeerd, begeleid en gecoacht worden om wegwijz te geraken in het speelveld van de gezondheidszorg, zijn actoren, de rechten en verplichtingen van de patiënt, de financiële modaliteiten, enzovoort.

Het antwoord vanuit het pact: de ziekenfondsen moeten op verschillende domeinen activiteiten ontplooiën naar de leden toe als informatieverlener en gezondheidscoach, waaronder:

- De toegankelijkheid van de gezondheidszorg: de problematiek van een moeilijke financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg voor bepaalde groepen analyseren en opvolgen en maatregelen en acties voorstellen om hieraan te verhelpen
- Het informeren van leden
- Het bevorderen en promoten van gezondheidsvaardigheden (health literacy)
- Toezien op de rechten van de leden en het opnemen van rechten
- Geïntegreerde zorg

De verzekeringsinstellingen staan elk afzonderlijk in voor een kwaliteitsvolle informatieverlening, hulpverlening aan en gezondheidscoaching van de leden. Daarnaast zal er versterkt worden ingezet op het realiseren van gemeenschappelijke acties van de verzekeringsinstellingen (VI) inzake informatieverlening en gezondheidscoaching. Jaarlijks zal de minister hiervoor input vragen van onder meer het NIC (Nationaal Intermutualistisch College) omtrent mogelijke gezamenlijke acties. Vanaf 2018 wordt jaarlijks minstens één door de minister gevalideerde gemeenschappelijke nieuwe actie uitgevoerd door de VI's.

Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?

Het domein van informatieverstrekking, begeleiding en gezondheidscoaching van de leden is niet nieuw voor CM. Integendeel, daar zet ze al jaren stevig op in.

Zo bracht CM in 2008 voor de eerste keer de **gezondheidsongelijkheden** bij haar leden in kaart¹. Dit betekende de start van een sensibiliseringscampagne binnen CM over deze ongelijkheden. Er werden enkele proefprojecten opgezet om de

ongelijkheden bij de eigen leden te bestrijden². Langzaam aan werden grote en kleine projecten opgestart of verder uitgebreid in de plaatselijke ziekenfondsen. In 2015 werd de studie naar gezondheidsongelijkheden bij CM-leden geactualiseerd³. Ondertussen is in CM Oostende al enkele jaren een armoedeconsulent aan het werk en sinds kort in CM Leuven ook. CM is ook partner van Decenniumdoelen en werkt samen met andere ziekenfondsen, vakbonden en armoedeverenigingen om de problematiek van armoede in de kijker te houden en voorstellen tot verbetering te formuleren. Hiertoe dient onder andere een jaarlijkse armoedebarmometer, waarin wordt aangetoond wat de evoluties zijn op verschillende domeinen in zake armoedebestrijding en ongelijkheden (gezondheid, werk, inkomen, wonen, opleiding, ...). Ook zijn we als CM voorvechter geweest van de verplichting van de sociaal betalende derde voor personen met een verhoogde tegemoetkoming (VT) bij de huisarts.

Elk jaar organiseert CM een grote nationale actie op de Europese dag van de **patiëntenrechten** op 18 april. De bedoeling is een welbepaald patiëntenrecht uit te leggen en aan de hand van ludieke acties en flyers de kennis van deze rechten te vergroten bij de leden en het belang ervan aan te tonen. Er worden bovendien ook tools aangereikt om gemakkelijker van dit recht gebruik te maken. In 2015 werd het conventioneringsstatuut van de artsen behandeld en in 2016 het recht op een elektronisch patiëntendossier. Dit jaar is dat het recht op informatie voorafgaandelijk aan een behandeling, waaronder de informatie over de financiële gevolgen (de kostprijs)⁴.

In 2015 voerde CM in samenwerking met de UCL een baanbrekend onderzoek uit over **gezondheidsvaardigheden** (health literacy)⁵. Voor de eerste keer werden de gezondheidsvaardigheden in kaart gebracht in België. Vier op tien Belgen scoren minder goed, wat wil zeggen dat ze minder goed in staat zijn om informatie te vinden, correct te interpreteren en te gebruiken om over te gaan tot gezond gedrag. In het najaar van 2016 volgde hierop langs Nederlandstalige kant de campagne 'Foute informatie schaadt de gezondheid'⁶ om mensen op weg te zetten om kritisch(er) om te gaan met gezondheidsinformatie. Gezondheidsmythes vormen de rode draad doorheen de campagne. In het kader van de campagne werden ludieke filmpjes uitgewerkt en een

1 Avalosse H. et al. Sociale ongelijkheden op vlak van gezondheid: vaststellingen op basis van de gegevens van ziekenfondsen. CM-Info 233: 3-14. September 2008.

2 Crommelynck A. et al. Gezondheidsongelijkheid. Resultaten van de actie-onderzoeksprojecten. CM-Info 238: 24-37. December 2009.

3 Avalosse H. et al. De gezondheidsongelijkheid bij leden: stilstaan is achteruit gaan. CM-Info 262: 26-39, december 2015.

4 Zie artikel in dit CM-Info nummer: Actie patiëntenrechten. Het gesprek over de kostprijs aangaan bij een zorgverlener is niet onze gewoonte.

5 Vancorenland S., Avalosse H., Verniest R., Callens M. e.a. De gezondheidsvaardigheden van de Belgen in kaart gebracht. CM-Info 258, december 2014.

laagdrempelige flyer waarmee lezers door middel van zeven vragen kritisch kunnen stilstaan bij gezondheidsinformatie.

De **diensten maatschappelijk werk** zetten stevig in op het toeleiden van hun leden naar rechten. Het CM infopunt chronisch zieken en Point info malades chroniques bieden ondersteuning aan chronisch zieken en hun mantelzorgers om de juiste informatie, hulp en begeleiding te krijgen.

Ook **de adviserend geneesheer en de paramedici** spelen een rol in het begeleiden en coachen van de leden. Sinds 2009 is aan de wettelijke opdrachten van de adviserend geneesheer het infomeren over voordelen toegevoegd. Dit betekent dat de adviserend geneesheer en de paramedici de patiënt informeren en/of begeleiden naar de dienst Maatschappelijk Werk, zodat het lid weet op welke tegemoetkomingen en voordelen hij recht heeft.

De talrijke **preventiecampagnes** die CM op poten heeft gezet in de afgelopen jaren behoren ook tot deze as. Denken we maar aan:

- Je pense aussi à moi: bewustmaking van het belang van een goed mentaal evenwicht in je leven door middel van een website en talrijke regionale acties.
- Kiloetje minder coach: een online tool die mensen op weg helpt naar een gezondere levensstijl met meer beweging, evenwichtiger eten en een gezond gewicht.
- Pluk je geluk: door middel van cursussen, coaching en informatie wordt aandacht besteed aan de geestelijke gezondheid.
- Victor, de gezondheidsapp. Met concrete tips en oefeningen op maat wordt gewerkt aan een gezonde levensstijl. Men kiest zelf de domeinen waarin men aan de slag wil gaan (slaap, voeding, stemming, stress, beweging, alcohol, roken en gewicht).

De lijst is veel langer dan de hierboven opgesomde projecten. Maar ze tonen wel aan dat we als ziekenfonds al massaal inzetten op dit domein. Dit zal in de komende jaren enkel aangehouden blijven en nog versterkt worden.

2. Beleidsondersteuning en goed beheer van de gezondheidszorgverzekering

De uitdaging: deelnemen aan en mee verantwoordelijkheid nemen voor een meer geïntegreerde beleidsvoering inzake gezondheidszorg(verzekering) door:

- het meewerken aan de vaststelling en uitvoering van de gezondheidsdoelstellingen;
- het ter beschikking stellen van gegevens en kennis;
- het opnemen van een actieve en verantwoordelijke rol binnen de organen van de gezondheidszorg(verzekering).

Het antwoord vanuit het pact: bevestiging van de belangrijke rol en verantwoordelijkheid van de VI's inzake de beleidsontwikkeling en het budgetbeheer binnen de gezondheidszorgverzekering.

Deze wordt geconcretiseerd in een aantal doelstellingen:

- Een actieve rol in het beheer van de verplichte verzekering en gezondheidszorg
- Actieve partners in de hervormingen in de federale gezondheidszorg
- Een actieve medewerking aan de vaststelling, uitvoering en opvolging van gezondheidsdoelstellingen
- Samenwerking tussen de verzekeringsinstellingen en overheid met het oog op een slagkrachtig health research system
- Een actieve partner in de datastrategie binnen de federale gezondheidszorg

Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?

Door de grote hoeveelheid aan gegevens waarover we als mutualiteit beschikken, zijn we in staat te participeren aan de strategische ontwikkeling van de verplichte ziekteverzekering.

Een aantal projecten zijn hier al een voorbeeld van.

In 2000 startte CM met haar eerste **totale heupprothese studie**⁷. Deze toonde aan dat de verschillen in zorg tussen ziekenhuizen zeer groot waren. Het ging onder andere over de overleving van de heupprothese op 10 jaar, het percentage bloedtransfusie van de geopereerde patiënten, de mediane verblijfsduur, ... Voor zover er voldoende gegevens beschikbaar waren, werden de resultaten per ziekenhuis en per chirurg vervolgens vertrouwelijk ter beschikking gesteld van de betrokkenen via een interactieve module op internet, dit met het oog op verbetering van de kwaliteit van zorg. In 2009 werd een update van deze studie uitgevoerd^{8, 9, 10}. De verschillen in de praktijken tussen ziekenhuizen bleven een grote uitdaging, maar op een aantal vlakken werd duidelijk vooruitgang geboekt: het percentage bloedtransfusies daalde drastisch, de verblijfsduur werd met ongeveer de helft verkort en de overleving van de prothese op tien jaar steeg. Ook nu werden de individuele resultaten vertrouwelijk ter beschikking gesteld. Maar deze

6 De campagne 'Foute informatie schaadt de gezondheid' werd uitgewerkt i.s.m. Marleen Finoulst en 'Gezondheid & Wetenschap' www.cm.be/gezondheidsinfo.

7 Diels J. (2000) Totale heupprothese. Variatie in medische praktijk en lange termijn resultaat. *CM-themadossier 2*.

keer werden ook verschillende ziekenhuizen bezocht om de individuele resultaten te bespreken en om de ziekenhuizen aan te moedigen een plan uit te werken om hun resultaten te verbeteren of te handhaven. In 2015 volgde de derde heupstudie¹¹ die aantoonde dat er ondanks lichte verbeteringen nog steeds een grote variabiliteit in zorg tussen ziekenhuizen blijft bestaan.

Na grondige reflectie werd besloten om de piste van de anonieme en eerder algemene publicatie daarom te verlaten en over te gaan tot de publicatie van de indicatoren per ziekenhuis, die bij naam genoemd worden¹². De drijfveer hiervoor is om door een 'public disclosure' (het publiek bekend maken van resultaten) een steentje bij te dragen aan de verbetering van de zorgkwaliteit en de veiligheid van patiënten. Als ziekenfonds hebben we een belangrijke rol te spelen in het informeren van onze leden. Zij hebben recht op gegevens waar ze terecht kunnen voor de best mogelijke kwaliteit wanneer ze bijvoorbeeld een operatie voor een totale heupprothese moeten ondergaan.

Ook met **de ziekenhuisbarometer**¹³ wijst CM op de verschillen tussen ziekenhuizen, zij het dan op financieel vlak. Het verschil in deze studie zijn de supplementen die aangerekend worden bij een ziekenhuisopname en die zo voor een aanzienlijk verschil zorgen in de hospitalisatiefactuur tussen de verschillende ziekenhuizen. Ook hier worden de namen van de ziekenhuizen niet geschuwd, zodat patiënten een geïnformeerde keuze kunnen maken.

Enkele jaren geleden deed CM baanbrekend werk op het domein van **transparantie over kwaliteitsindicatoren in ziekenhuizen bij zeldzame kankers**. In juni 2013 publiceerde ze een persbericht over hoeveel CM-leden in elk Vlaams ziekenhuis operatief behandeld waren voor slokdarmkanker in 2012¹⁴. KCE onderzoek had eerder aangetoond dat voor deze delicate operatie bij deze zeldzame kanker een minimum van 20 operaties per jaar de drempel is om kwaliteit van zorg te kunnen garanderen. Het KCE had niet vermeld welke ziekenhuizen deze minimumdrempel haalden, CM deed dit wel. Dit was een absolute primeur! Mensen kregen eindelijk op een transparante

en wetenschappelijk onderbouwde manier inzicht in welke ziekenhuizen hen de beste kwaliteit konden bieden voor een bepaald type van zorg.

De weg lag open voor verder onderzoek, op grotere schaal. In september 2014 publiceerde het IMA (InterMutualistisch Agentschap) een onderzoek over slokdarm- en pancreaskanker¹⁵. Het volume operaties, gelinkt aan slokdarmkanker en pancreaskanker, werd vergeleken tussen verschillende ziekenhuizen. Aangezien het om een IMA onderzoek ging, werden de resultaten bekomen op basis van alle ziekenfondsen samen en niet enkel op basis van CM gegevens. De onderzoeksresultaten toonden aan dat slechts drie ziekenhuizen minstens 20 operaties per jaar uitvoeren. Er werd een pleidooi gehouden voor een betere kwaliteit van zorg bij zeldzame vormen van kanker door het zorgaanbod beter te organiseren en niet langer in elk ziekenhuis elk type van gespecialiseerde zorg aan te bieden. De publicatie van de resultaten heeft zijn effect niet gemist: bepaalde ziekenhuizen hebben beslist om te stoppen met deze operaties gezien hun lage activiteit op dit domein. De kennis werd nog verder verfijnd met een IMA publicatie in mei 2015 over het aantal Whipple-operaties die jaarlijks in elk ziekenhuis uitgevoerd worden (in de periode van 2010 tot en met 2013)¹⁶. Het gaat om een risicovolle operatie die wordt uitgevoerd bij pancreaskanker en ervaring vereist.

Ondertussen had het KCE onderzoek verricht naar operaties bij longkankerchirurgie. De vaststelling was nogmaals dat ervaring en kwaliteit samenhangen. In april 2016 publiceerde het IMA het aantal operaties bij longkankerchirurgie per ziekenhuis (op basis van cijfers uit 2006 - 2014)¹⁷. Ook nu weer werd aan mensen op een transparante wijze inzicht en begeleiding gegeven in de keuze van het ziekenhuis bij longkankerchirurgie. Want zoals de titel van het persbericht duidelijk maakte: deze keuze is van levensbelang!

Het mag duidelijk zijn: de laatste jaren zijn grote sprongen vooruit gemaakt wat betreft transparantie over kwaliteit van zorg. Als ziekenfonds, als CM, hebben we hierin een baanbrekende en betekenisvolle rol gespeeld. De komende

8 Ackaert K., de Béthune X. & Mertens R. (2009) Totale heupprothesen in België: een vervolganalyse. Deel 1. Aantal heupprothesen en de kostprijs van een totale heupprothese. *CM-Info* 236, 24-32.

9 Ackaert K., de Béthune X. & Mertens R. (2009). Totale heupprothesen in België: een vervolganalyse. Deel 2. Variatie in types prothesen en overleving. *CM-Info* 238, 3-18.

10 De Béthune X., Boly J., Van Dooren J., Gillet P. & Ackaert K. (2011) Totale heupprothese in België : gedetailleerde analyse van de praktijken en resultaten inzake totale heupprothese: en wat daarna? *CM-Info* 245, 20-24.

11 Ackaert K., de Béthune X. (2015) *CM-studie totale heupprothese: 24 jaar analyses: Nick krijgt het op zijn heupen*. CM-info 261: 23-36.

12 de Béthune X., Ackaert K. (2015) *CM-studie totale heupprothese: 24 jaar analyses: de volgende stap in een transparante en evenwichtige samenwerking tussen zorgverleners en patiënten en tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen*. CM-info 262: 3-17.

13 van Sloten F., Wantier M. *CM ziekenhuisbarometer 2016*. CM-Info 267. Maart 2017.

14 <https://www.cm.be/actueel/onderzoeken/slokdarmkanker-aantal-ingrepen.jsp>

15 <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2014/nood-aan-concentratie-van-expertise-voor-zeldzame-en-complexe-aandoeningen.jsp>

16 <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2015/pancreaskanker.jsp>

17 <https://www.cm.be/ziekte-en-behandeling/kwaliteit-van-zorg/longkanker.jsp>

jaren zal op dit elan verder gegaan worden. We zullen als ziekenfonds onze rol blijven opnemen om, op basis van de gegevens waarover wij beschikken, inzicht te verschaffen in kwaliteit van zorg en aanbevelingen te formuleren over een meer efficiënte organisatie van zorg.

3. Handhaving en doelmatigheid

De uitdaging: mee verantwoordelijkheid nemen voor een geoptimaliseerd gebruik van de beschikbare en begrensde middelen in de gezondheidszorgverstrekking door:

- een versterkte opname van de rol als handhaver van de correcte uitvoering van de reglementering in de gezondheidszorgverzekering
- binnen een gecoördineerde handhavingstrategie, met moderne en responsabiliserende instrumenten
- en een transparante verantwoording naar de overheid

Het antwoord vanuit het pact: actieve medewerking aan een geïntegreerde en gecoördineerde meerjarenstrategie en aanpak inzake handhaving en doelmatigheid.

Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?

Het NIC (waaronder één vertegenwoordiger van CM) is vertegenwoordigd in de anti-fraudecommissie bij het RIZIV (CAFC) die op strategisch niveau het handhavingsbeleid en het daarbij horend dataverkeer tussen het RIZIV en de VI's wenst te optimaliseren, coördineren en af te stemmen. Men onderscheidt hier dikwijls structurele maatregelen, maatregelen in het kader van fraudebestrijding en maatregelen voor doelmatige zorg. In de nabije toekomst is er tevens een upgrading voorzien van de CAFC naar een "geïntegreerd platform". Een van de belangrijke taken op dit niveau is momenteel het opvolgen van het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016- 2017¹⁸.

In oktober 2015 werd op het niveau van het NIC en in het kader van de fraudebestrijding een **intermutualistische commissie 'data mining & controle'** opgericht waar CM een trekkende rol wenst te spelen. De (facturatie)gegevens die verzameld worden door de ziekenfondsen en het intermutualistisch agentschap (IMA – zij beheren een databank met de facturatiegegevens van alle mutualiteiten) kunnen een cruciale rol spelen in het opsporen van fraude en misbruik door zorgverleners en – gebruikers. In dit kader is het ook essentieel dat alle partners (individuele landsbonden, IMA, Nationaal Intermutualistisch College (NIC) en het RIZIV/Dienst voor Geneeskundige Evaluatie

en Controle (DGEC)) die een rol spelen in dit proces, op een efficiënte manier samenwerken. Het is in deze context dat het samenwerkingsprotocol tussen deze verschillende partners werd opgezet - het zogenaamde circuit fraude VI/IMA-NIC/RIZIV-DGEC - waar iedere speler ten volle zijn eigen rol kan opnemen. In dit circuit speelt de specifiek daartoe opgerichte en hiervoor vermelde commissie data mining en controle ter hoogte van het NIC, een centrale en coördinerende rol op operationeel niveau. Zij fungeert onder andere als aanspreekpunt voor het RIZIV betreffende concrete vragen rond fraude die kunnen worden geëxploreerd met data van het IMA, zij kan zelf het initiatief nemen om specifieke vragen aan het IMA voor te leggen en zij evalueert de resultaten die hieruit voortvloeien. Indien nodig wordt de nodige opvolging voorzien en worden de resultaten gedeeld met het RIZIV. Deze commissie heeft bovendien als taak om de interne controles binnen de individuele VI's op elkaar af te stemmen en om het uitwisselen van de resultaten van deze controles te bevorderen. Bovendien speelt zij ook een belangrijke rol in het verzamelen, beoordelen en opvolgen van fraudesignalen die worden aangeleverd door de VI's. De ziekenfondsen zullen in de toekomst trouwens ook meer inzetten op een systematische verzameling van dergelijke signalen via (een) meldpunt(en). Een belangrijk eerste initiatief met behulp van de facturatiegegevens bij het IMA - dat ook onderdeel uitmaakt van het deel fraudebestrijding van het Actieplan handhaving (Punt 5.10) – dat werd genomen door de Commissie data mining & controle, betreft de outliercontrole in de logopedie.

Een voorbeeld van een concrete structurele maatregel in het kader van fraudebestrijding is het feit dat in de toekomst **elk contact met een zorgverlener zal moeten verlopen via de elektronische identiteitskaart als voorwaarde voor de toepassing van de elektronische facturatie**. Hier hebben we als CM op aangedrongen. Met de derde betaler werden sommige prestaties aangerekend zonder dat er contact met de patiënt was geweest, wat neerkomt op fraude. Indien daarentegen bij elk contact de elektronisch identiteitskaart ingelezen moet worden, is er meer zekerheid dat er effectief een contact is geweest.

Wat de maatregelen voor doelmatige zorg betreft, zal men in de toekomst met gemengde teams IMA/VI-RIZIV werken om onder andere de specifieke items uit te diepen die in dit kader in het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2016- 2017 staan beschreven.

Tot slot speelt ook **de adviserend geneesheer** een rol in het handhavingsbeleid en dit zal het geval blijven in de toekomst. Ze zijn zowel bevoegd voor controle op de arbeidsongeschiktheid als voor controle binnen gezondheidszorg (vb: goedkeuring terugbetaling bepaalde geneesmiddelen, orthodontie).

¹⁸ <http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/planhandhavingARaad18juli2016.pdf>

4. Adviserend geneesheren

De uitdaging: meewerken aan een gemoderniseerde en geprofessionaliseerde rol van de adviserend geneesheren, die toegespitst is op hun echte kerntaken.

Hoewel het pact niet handelt over de sector uitkeringen, kan voor de rol van de adviserend geneesheer het takenpakket moeilijk opgesplitst worden tussen gezondheidszorg en uitkeringen. In de sector van de uitkeringen zijn er veel evoluties. Het aantal arbeidsongeschikten (zowel primair als de invaliden) blijft toenemen. De rol van de adviserend geneesheer ligt niet enkel bij het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid, maar ook bij de begeleiding naar re-integratie van invaliden. Maar het aantal adviserend geneesheren daalt en het aanwerven van nieuwe collega's is niet altijd even gemakkelijk. Om een antwoord te kunnen bieden op al deze evoluties was het noodzakelijk om het takenpakket van de adviserend geneesheren (op vlak van gezondheidszorg en uitkeringen) te herevalueren en te zien hoe dit aangepast kan worden om een goed antwoord te bieden op de huidige tendensen.

Het antwoord vanuit het pact:

- De kerntaken van de adviserend geneesheren scherp stellen en moderniseren:
 - Vanuit het huidige takenpakket de kerntaken formuleren (= welke taken blijven behouden voor de adviserend geneesheren, omdat dit een meerwaarde voor de uitvoering zou zijn)
 - Duidelijk aflijnen wat de taken van de adviserend geneesheren zijn en welke voor de geneesheer-inspecteur (RIZIV)
 - Het formuleren van nieuwe kerntaken (gezien de huidige evoluties), zowel binnen de gezondheidszorg als binnen de sector uitkeringen
 - Per taak uit het takenpakket definiëren of deze taak persoonlijk door de adviserend geneesheer opgenomen moet worden of gedelegeerd kan worden
- Een fundamentele reflectie inzake een geactualiseerd statuut voor de adviserend geneesheer (met een bijzondere aandacht voor het herstellen van de aantrekkelijkheid van het beroep van de adviserend geneesheer)
- Governance van het korps van adviserend geneesheren (= de aansturing van en toezicht op de leden van het korps)

Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?

CM is al enkele jaren bezig met het herbekijken en herinvullen van de taak van de adviserend geneesheer. Verschillende projecten zijn opgestart om hieraan tegemoet te komen.

Het project 'medische meerwaarde' (2008) wou de adviserend geneesheer vooral inzetten voor die taken waar zijn medische kennis vereist is, zoals onder andere re-integratie in het

werkleven. Een aantal taken vereisen geen medische kennis. Zo zijn er een aantal toestemmingen die de adviserend geneesheer moet geven, waar enkel een leeftijds criterium geldt (vb: toestemming terugbetaling orthodontie) en die dus gemakkelijk door iemand anders uitgevoerd kunnen worden. Een voorloper dus van wat nu in het ziekenfondspact beschreven staat.

CM was ook een voortrekker in de **multidisciplinaire samenwerking** voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Het proefproject in Gent in 2012 rond multidisciplinaire samenwerking werd later uitgerold naar alle CM ziekenfondsen. Voortaan staat de adviserend geneesheer niet meer alleen voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Paramedici worden ingeschakeld om een scherp beeld te krijgen van alle personen in het begin van hun arbeidsongeschiktheidsperiode. Zij screenen alle personen die net hun arbeidsongeschiktheid hebben aangegeven. Op basis van de antwoorden die de paramedici ontvangen op enkele vragen die per brief worden opgestuurd, wordt het risico op langdurige arbeidsongeschiktheid ingeschat. In die gevallen wordt de persoon onmiddellijk doorverwezen naar de adviserend geneesheer. De adviserend geneesheer en paramedici bepalen samen wie ze al dan niet moeten zien voor bijkomende informatie. Deze personen worden dan bij de paramedici uitgenodigd om meer informatie te krijgen en samen de brief te overlopen. De paramedici krijgt over het algemeen meer informatie van de persoon dan de adviserend geneesheer. De tussenkomst van de paramedici stopt indien enkel het medisch verhaal overblijft. Vanaf dan worden de personen enkel nog opgevolgd door de adviserend geneesheer.

Het voordeel van paramedici inschakelen is dat ze een andere invalshoek hebben dan de puur medische. De paramedicus focust op het functioneren in het dagelijks leven, op de omgevingsfactoren en geven raad op maat vanuit hun achtergrond. Momenteel zijn dit zowel verpleegkundigen en kinesitherapeuten, als ergotherapeuten, psychologen en sociaal verpleegkundigen.

Er zijn nu ook proefprojecten om paramedici in te schakelen in de fase van de werkhervatting. Daarvoor werken ze in CM Limburg nu met een 'return to work coach'. Op aangeven van de adviserend geneesheer wordt de persoon doorverwezen naar deze coach. Samen met de persoon in arbeidsongeschiktheid wordt bekeken welke stappen nodig zijn om weer aan het werk te gaan. Meestal gaat het om een gesprek met de werkgever om de overgang van arbeidsongeschiktheid naar werk weer mogelijk te maken.

Ook op het niveau van gezondheidsbegeleiding zullen de adviserend geneesheer en paramedici een rol kunnen spelen, in overleg met de zorgverleners. De patiënt helpen om tot een betere kennis van zijn eigen ziekte te komen, hem helpen om zijn behandeling nauwkeurig te volgen en hem helpen om de richtlijnen voor een gezonde levensstijl (voldoende beweging, gezond eten, ...) toe te passen, zijn hier voorbeelden van.

In de komende jaren zal dit een continue uitdaging blijven. De taken van de adviserend geneesheren zullen geëvalueerd en bijgestuurd worden. Dit zal ook een impact hebben op de werking van het ziekenfonds, waarin de adviserend geneesheer is ingebed, hoe langer hoe meer in multidisciplinaire teams.

5. Verplichte aanvullende verzekering

De uitdaging: Moderniseren van de verplichte aanvullende verzekering en uitzuiveren van het huidige aanbod.

Eén van de oorspronkelijke bedoelingen van de aanvullende verzekering was tegemoet te komen aan behoeften op het vlak van gezondheid en welzijn, die nog niet gedekt zijn door de verplichte ziekteverzekering. De aanvullende verzekering had zowel een portaalfunctie als een signaalfunctie. Een portaalfunctie omdat er zowel geëxperimenteerd kon worden met bepaalde tegemoetkomingen als latere lessen getrokken konden worden voor het moment dat deze opgenomen worden in de verplichte ziekteverzekering. Een signaalfunctie om bepaalde onvervulde noden in de kijker te zetten bij de overheid. Men stelt vast dat sommige ziekenfondsen voordelen aanbieden die weinig of geen aantoonbare bijdrage leveren tot de gezondheid. Soms worden deze voordelen gebruikt als concurrentieopbod tussen de verschillende ziekenfondsen. Het pact wil aan deze praktijk een einde maken.

Het antwoord vanuit het pact: de verplichte aanvullende verzekering als complementair aan, coherent met en voorportaal van de verplichte ziekteverzekering

- Het doel is niet om tot volledige uniformiteit tussen de ziekenfondsen te komen. De ziekenfondsen behouden de vrijheid en autonomie om eigen accenten te leggen. De aanvullende verzekering blijft dus zeker een middel voor profilering tussen de VI's.
- De aanvullende verzekering moet weer meer functie van voorportaal worden: innoverende gezondheidsgerichte tussenkomsten.
- Gezondheidsgerichte voordelen mogen niet in tegenspraak zijn met evidence based practice.
- De tussenkomsten gericht op maatschappelijke dienstverlening moeten ofwel gericht zijn op gezondheid ofwel gericht zijn op het verhogen van de draagkracht.
- De tussenkomsten uit de aanvullende verzekering mogen niet in conflict komen met de principes uit de verplichte ziekteverzekering.

Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?

Een intermutualistische werkgroep werkt sinds meerdere maanden aan een toekomstig voorstel van referentiekader en actieplan voor een nieuwe afbakening van de aanvullende verzekering rekening houdend met de principes in het pact.

Hierbij worden een inhoudelijk referentiekader en kwaliteitscriteria bepaald waaraan de voordelen en diensten die de ziekenfondsen als verrichting aanbieden, moeten voldoen.

De werkgroep onderscheidde twee soorten diensten:

- De tussenkomsten van de aanvullende verzekering gericht op gezondheidszorg.
- De tussenkomsten van de aanvullende verzekering gericht op sociale hulpverlening en welzijn en die rechtstreeks gekoppeld zijn aan de gezondheidsdeterminanten.

6. Goed bestuur en transparantie

De uitdaging: aanpassen van de organisatie en werking van de ziekenfondsen en de verantwoordings- en toezichtsmechanismen met het oog op transparantie en goed bestuur.

Het antwoord vanuit het pact:

- Verhogen van de bestuurskracht van de verzekeringsinstellingen.
- Versterken van de samenwerking tussen verzekeringsinstellingen.
- Versterken van de transparantie in het kader van de deelname aan het beheer en het overleg in de verplichte ziekteverzekering (transparantie over alle mandaten van alle actoren om belangenconflicten te vermijden).
- Versterken van de organisatorische transparantie voor de aanvullende verzekering
- Versterken van de financiële transparantie.
- Efficiëntieverhoging door vereenvoudiging en samenwerking op vlak van ICT en gegevensbeheer.

Wat doet CM al of hoe zal ze het pact omzetten in de praktijk?

LCM heeft een deontologische code

De Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM) stelde een deontologische code op met de normen inzake werkorganisatie en professionele gedragingen.

Hier streeft LCM volgende doelstellingen na:

Wij willen vermijden verantwoordelijk te zijn voor de beslissingen van de zorgverleners en medisch-sociale instellingen waarvan de prestaties door de verzekering geneeskundige verzorging worden terugbetaald terwijl wij enerzijds verantwoordelijk zijn voor de financiering van de verzekering geneeskundige verzorging en anderzijds belast zijn met de controle van de uitgaven ervan.

Bovendien willen wij vermijden dat als gevolg van een reeks specifieke situaties belangenconflicten ontstaan en ons

onafhankelijk oordeel in het gedrang komt. De deontologische code bevat een hoofdstuk over de scheiding van interne functies (Hoofdstuk I), een hoofdstuk over professionele transparantie (Hoofdstuk II) en een hoofdstuk over onverenigbaarheden inzake personeel (Hoofdstuk III). Deze drie reeksen richtlijnen en aanbevelingen zijn nodig om belangenconflicten te vermijden.

LCM heeft een Auditdepartement en een Auditcomité

De activiteit interne audit werd door het Instituut van interne auditoren (IIA) gedefinieerd als een onafhankelijke en objectieve activiteit waardoor het management verzekerd is dat de organisatie haar werking beheerst en die hieromtrent adviseert. Zo helpt deze toegevoegde waarde te creëren.

De functie interne audit helpt LCM deze doelstellingen te verwezenlijken door een systematische aanpak en methodiek te hanteren teneinde de efficiëntie van hun intern controlestelsel, risicobeheersing en governance te verbeteren.

De interne auditfunctie werd ingesteld door de Raad van bestuur. De verantwoordelijkheden met betrekking tot deze functie werden bepaald door de Raad van bestuur in het kader van zijn mandaat.

De Raad van bestuur delegeert deze supervisiefunctie aan het Auditcomité.

De directie Interne audit rapporteert functioneel aan het Auditcomité. Van elke interne auditopdracht wordt een schriftelijk verslag gemaakt ter attentie van de geauditeerden en de conclusies worden voorgesteld aan het Auditcomité overeenkomstig het rapporteringsproces van het departement Interne audit.

e-gezondheid

De verzekeringsinstellingen engageerden zich om het plan e-gezondheid dat tijdens de interministeriële conferentie Volksgezondheid werd goedgekeurd, te ondersteunen. Enerzijds zijn zij verantwoordelijk voor de verwezenlijking van talrijke digitaliseringsprojecten (toegang tot patiëntendossiers, afschaffing van "papier" documenten (facturen, attesten) en vervanging ervan door elektronische stromen). Anderzijds werken zij constructief mee aan andere actiepunten in dit plan.

De verzekeringsinstellingen waren pioniers toen zij al heel wat jaren geleden de eerste elektronische uitwisselingen (ziekenhuizen) tot stand brachten.

Inzake Mycarenet¹⁹ is al een zeer snelle stijging van het aantal uitwisselingen merkbaar: van 94 miljoen in 2014/Q1 naar 234 miljoen in 2016/Q1, dus 2,5 keer meer!

7. Een stabiel en responsabiliserend budgettair kader

Er wordt een transparant en stabiel budgettair kader overeengekomen tussen de ziekenfondsen en de regering, dat de ziekenfondsen in staat dient te stellen:

- hun opdrachten naar behoren te blijven vervullen;
- hun dienstverlening verder te optimaliseren;
- mee te werken aan de hervormingsinitiatieven en beleidsvoering binnen de gezondheidszorg;
- terwijl ze tegelijk bijdragen tot de sanering van de overheidsbegroting.

Voor de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering ontvangen de verzekeringsinstellingen administratiekosten. 90% hiervan wordt toegekend als een vast bedrag, 10% hiervan wordt toegekend als variabel deel (op basis van het invullen van bepaalde criteria).

Zowel de berekening van de administratiekosten, als de verdeling over de verschillende ziekenfondsen zal geëvalueerd en aangepast worden.

Het variabel gedeelte van de administratiekosten zal versterkt en verhoogd worden. Op dit moment maakt dit gedeelte 10% van de administratiekosten uit. Dit percentage wordt vanaf 2019 jaarlijks met 2,5% verhoogd over een periode van vier jaar tot 20%. Er zal ook een nieuw proces worden uitgewerkt waarin de processen gedefinieerd worden om de werking van de VI's te beoordelen en het variabel deel toe te kennen. Hiervoor zullen de doelstellingen en actieverbintenissen uit het pact vertaald worden naar criteria die gebruikt worden om de VI's te beoordelen voor het toekennen van het variabel gedeelte. Tegen eind 2019 zal dit nieuwe systeem geëvalueerd worden.

Ook het systeem van de financiële verantwoordelijkheid inzake de uitgaven geneeskundige verzorging zal geëvalueerd worden. Er zal worden onderzocht of er geëvalueerd kan worden van de individuele naar een collectieve responsabilisering, mede om risicoselectie en oneerlijke concurrentie uit te sluiten.

19 MyCareNet is een centraal dienstenplatform waarmee zorgverleners en verzorgingsinstellingen informatie kunnen uitwisselen met de ziekenfondsen op een betrouwbaar beveiligde manier.

8. Besluit

De absolute verdienste van het pact is dat ze de belangrijke rol en opdrachten van de ziekenfondsen bevestigt en versterkt, ook naar de toekomst toe. De rol van het ziekenfonds als informatieverlener en gezondheidscoach komt prominent naar voor. Ook de rol van medebeheerder op gebied van beleid en budget van de gezondheidszorg wordt benadrukt en versterkt. Het pact toont onomstotelijk aan dat de ziekenfondsen een belangrijke speler zijn op het vlak van de gezondheidszorg en dit op verschillende domeinen. Het biedt een antwoord op de vele uitdagingen naar de toekomst toe. De overheid engageert zich voor een stabiel budget voor de verwezenlijking van de opdrachten die het ziekenfonds worden toegekend.

Er is één belangrijke afwezigheid in het pact en dat is de sector arbeidsongeschiktheid. Deze sector vormt nochtans een wezenlijk onderdeel van de taken van het ziekenfonds en is onderhevig aan heel wat belangrijke evoluties. Het pact bevestigt de rol van het ziekenfonds in deze sector niet en het is dus afwachten wat de toekomst op dit vlak brengt.

Het pact biedt geen volstrekte garantie voor voldoende financiële middelen voor de ziekenfondsen voor de uitvoering van hun taken. Er is wel een engagement voor een stabiel budgettair kader, maar een clause is opgenomen voor het geval de overheid niet in staat zou zijn dit budgettair kader te respecteren. Ook dit is belangrijk om verder opgevolgd te worden.

Het pact zit vol boeiende uitdagingen, maar hier staat een strikte timing tegenover. Maar liefst 66 actie-verbintenissen moeten tegen eind 2019 gerealiseerd worden. Met sommige zaken zijn we al (volop) bezig, andere zaken moeten eerst nog geëvalueerd en bestudeerd worden. Veel tijd is hier niet voor voorzien.

Er is geen volledig behoud van de autonomie van de ziekenfondsen. Op verschillende vlakken moet er meer ingezet worden op een samenwerking tussen de ziekenfondsen (op vlak van onderzoek, ICT, fraudebestrijding, ...) en op een uniforme werking. Langs de andere kant is ook opgenomen dat elk ziekenfonds zijn eigenheid mag behouden door individuele initiatieven. De uitdaging zal zijn om een balans te vinden tussen meer samenwerking en uniformiteit enerzijds en behoud van eigenheid anderzijds.

Een andere verdienste is het paal en perk stellen aan het concurrentie-opbod binnen de aanvullende verzekering. Het pact verduidelijkt dat tegemoetkomingen vanuit deze verzekering gericht moeten zijn op gezondheid en welzijn. Het mag geen strijdtoneel (meer) zijn van concurrerend opbod.