

Participatieve evaluatie van de governance in de tak ziekte- en invaliditeitsverzekering

Deelverslag van het onderzoeksproject

‘Opvolging en begeleiding van het secundaire netwerk van sociale zekerheid’

Leuven, België

2008-2009

Steve TROUPIN & Koen VERHOEST

K.U.Leuven - Instituut voor de Overheid



INLEIDING	1
HOOFDSTUK 1 – BEKNOPT PRESENTATIE VAN DE VOORNAAMSTE ACTOREN	4
1. DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN	4
A. <i>De mutualistische organisaties</i>	4
a. Definities.....	4
b. Het bestaan van de mutualistische organisaties	5
c. De opdrachten	6
d. De beheersorganen.....	7
e. De interne controleorganen	8
i. Auditcomité.....	9
ii. Interne controledienst	9
iii. Interne auditdienst.....	10
iv. Recente ontwikkelingen.....	11
f. Goedkeuring van de statuten	11
g. Samenwerkingsakkoorden.....	12
B. <i>De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding</i>	14
a. Gelijkenissen.....	14
b. Verschillen.....	15
2. DE STURENDE OVERHEIDSORGANISATIES.....	16
A. <i>Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering</i>	16
a. Het RIZIV in het algemeen	16
i. Opdrachten	16
ii. Algemeen beheerscomité.....	17
iii. Administrateur-generaal	17
iv. Bestuursovereenkomst.....	17
b. De Dienst Geneeskundige Verzorging	18
i. De algemene raad.....	18
ii. Het verzekeringscomité	18
c. De Dienst Uitkeringen	19
d. De Dienst voor Administratieve Controle.....	19
e. De Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle.....	19
B. <i>De Controledienst voor de Ziekenfondsen en Landsbonden van Ziekenfondsen</i>	20
i. De opdrachten	20
ii. De beheersorganen.....	20
HOOFDSTUK 2 – STURING VAN HET INTERNE BEHEER VAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN	21
1. BEDRIJFSREVISOREN.....	21
2. TOEZICHT VAN DE CONTROLEDIENST.....	23
A. <i>Regels waarvan de naleving gecontroleerd wordt</i>	23

B.	<i>Inputs voor de controles</i>	24
C.	<i>Controleactiviteiten</i>	25
D.	<i>Outputs van de controles</i>	25
E.	<i>Vaststellingen en aanbevelingen</i>	26
HOOFDSTUK 3 – STURING EN OPVOLGING VAN DE UITVOERING DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN VAN HUN OPDRACHTEN		28
1.	FINANCIËLE STURING VAN DE UITVOERING VAN DE VERPLICHTE ZIEKTEVERZEKERING	28
A.	<i>Ex ante</i>	29
a.	Groei­norm en vast­stelling van de globale begrotings­doel­stelling	29
b.	Verdeling van de globale begrotings­doel­stelling in normatieve en werkelijke uitgaven.....	30
c.	Vast­stelling van de normatieve verdeels­leutel	31
d.	Maandelijkse voorschotten	34
B.	<i>Ex nunc: uitvoering en bijsturing van de begroting</i>	34
a.	Uitvoering van de begroting en uitgaven­beheersing.....	34
b.	Begrotings­bij­sturingen.....	36
C.	<i>Ex post</i>	37
a.	Vast­stelling van het inkom­stenaan­deel van elke verzeke­rings­instelling.....	37
b.	Vast­stelling van de finan­ciële ver­ant­woord­elijk­heid van elke verzeke­rings­instelling.....	37
c.	Afsluiting van de rekeningen.....	39
D.	<i>Vast­stellingen en aan­beve­lingen</i>	40
2.	FINANCIËLE STURING VAN DE UITVOERING VAN DE VERPLICHTE INVALIDITEITSVERZEKERING	43
3.	FINANCIËLE STURING VAN DE ADMINISTRATIEKOSTEN VAN DE VERPLICHTE ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING	43
A.	<i>Vast­stelling van het maximale budget</i>	44
B.	<i>Verdeling van het maximale budget onder de landsbonden</i>	45
C.	<i>Verdeling van de maximale budgetten in vast en variabel deel</i>	46
D.	<i>Criteria van beheersprestaties</i>	46
a.	Eerste generatie criteria	47
b.	Tweede generatie criteria.....	49
E.	<i>Evaluatie van de beheersprestaties</i>	51
a.	Uitbesteding aan de revisoren	52
b.	Samenwerking met het RIZIV.....	54
F.	<i>Resultaten van de evaluatie van de beheersprestaties</i>	55
G.	<i>Het behouden van het saldo</i>	56
H.	<i>Vast­stellingen en aan­beve­lingen</i>	56
4.	MEDISCHE EN ADMINISTRATIEVE CONTROLE VAN DE UITVOERING VAN DE VERPLICHTE ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING	60
A.	<i>Voorwoord</i>	60
B.	<i>Medische controle</i>	60

Participatieve analyse van de governance in de tak ziekte- en invaliditeitsverzekering

a.	Primaire controle.....	61
i.	Ziekteverzekering: toelatingen van de adviserend-geneesheer.....	61
ii.	Invaliditeitsverzekering: vaststelling van de primaire arbeidsongeschiktheid door de adviserend-geneesheer en van de invaliditeit door de Geneeskundige Raad van Invaliditeit van de Dienst Uitkeringen van het RIZIV ..	62
b.	Secundaire controle	63
C.	<i>Administratieve controle</i>	63
a.	Primaire controle door de verzekeringsinstelling	64
b.	Primaire en secundaire controle door de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV	64
i.	Primaire controle: administratieve boetes en terugvorderingverplichting.....	64
ii.	Secundaire controle: ontwikkeling van een advies- en auditfunctie.....	66
D.	<i>Vaststellingen</i>	67
a.	Over de door de verzekeringsinstellingen gevoerde primaire controle	67
b.	Over de door de DAC uitgeoefende primaire en secundaire controle.....	68
5.	STURING VAN DE MARKT VAN DE VRIJE EN AANVULLENDE ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERINGEN ..	71
A.	<i>Classificering</i>	71
B.	<i>Erkenning</i>	72
C.	<i>Regulering</i>	72
	HOOFDSTUK 4 – ANALYSE VAN DE MARKTWERKING.....	74
1.	WAARSCHUWING	74
2.	BASISPRINCIPES VOOR DE ORGANISATIE VAN DE MARKT	75
3.	MARKT VAN DE VERPLICHTE VERZEKERING.....	76
A.	<i>Vraag: mogelijke keuzecriteria voor de burger</i>	77
a.	Over het algemeen	77
b.	Eigen aan de ziekteverzekering	78
c.	Eigen aan de invaliditeitsverzekering.....	78
B.	<i>Aanbod</i>	79
a.	In het algemeen.....	79
b.	Eigen aan de ziekteverzekering	79
c.	Eigen aan de invaliditeitsverzekering.....	80
4.	MARKT VAN DE SOLIDAIRE AANVULLENDE PRODUCTEN	81
A.	<i>Toepassingsgebied</i>	81
B.	<i>Vraag</i>	81
C.	<i>Aanbod</i>	81
5.	MARKT VAN DE INDIVIDUELE AANVULLENDE PRODUCTEN.....	82
A.	<i>Toepassingsgebied</i>	82
B.	<i>Vraag</i>	82
C.	<i>Aanbod</i>	82
D.	<i>Vaststellingen en aanbevelingen</i>	83
E.	<i>Concurrentievervalsing?</i>	85

HOOFDSTUK 5 – VASTSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN.....	88
1. ANALYSE VAN DE INGEZETTE COÖRDINATIEMECHANISMEN.....	88
2. MOGELIJKE RISICO'S.....	90
3. MOGELIJKE ANTWOORDEN.....	94
A. <i>Inleiding</i>	94
B. <i>Uitbetalingsinstellingen</i>	95
a. Basisidee.....	95
b. Stappenplan.....	95
i. Scheiding van de verplichte en aanvullende activiteiten.....	96
ii. Primaire controles en informatiebeheer.....	96
iii. Terugkeer naar een integraal terugbetalingsstelsel in de VZIV.....	97
iv. Responsabilisering voor de administratiekosten.....	98
c. Sterktes, zwaktes en kritische succesfactor.....	98
C. <i>Verzekeringsinstellingen</i>	99
a. Basisidee.....	99
b. Drie opties en een voorkeur.....	101
c. Stappenplan.....	101
d. Sterktes, zwaktes en kritische succesfactor.....	103
D. <i>Onderhandelingspartner</i>	103
4. SLOTWOORD: AKKOORD MET EUROPA.....	104
A. <i>Hoofdspoorlijnen van het akkoord</i>	104
B. <i>Resterende vraagstukken</i>	105
a. Hoe de solidaire van de individuele VAV-producten te onderscheiden?.....	105
b. Hoe ervoor te zorgen dat de aanbieders van individuele VAV-producten gelijk aangestuurd worden?.....	106
c. Wat met de andere mogelijke concurrentieverstorende factoren?.....	107
i. Fiscaliteit.....	107
ii. Linken tussen de VZIV en de VAV.....	107
BESLUIT.....	108
REFERENTIES.....	110
BIJLAGE: STURINGSINSTRUMENTEN.....	119
TABEL 1.1 - DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN EN HUN MARKTAANDELEN (BRON: CDZ, 2006 & RIZIV, 2006)	6
TABEL 1.2 – DOELSTELLINGEN INTERNE CONTROLE EN BIJHORENDE TYPES INTERNE AUDIT.....	10
TABEL 3.1 – WEERGEHOUDEN RISICOBEEÏNVLOEDENDE VARIABLEN (BRON: SCHOKKAERT ET AL., 2003:16-17)	32
TABEL 3.2 – MOGELIJKE EN BESTAANDE INSTRUMENTEN VOOR DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN OM DE UITGAVEN IN DE VERPLICHTE ZIEKTENVERZEKERING TE BEHEERSEN.....	42
TABEL 3.3 - VERDELING MAXIMAAL BEDRAG ADMINISTRATIEKOSTEN VOOR 2005 (BRON: CDZ, 2006:29-30 ; ART 195 §1 VZIV-WET).....	46
TABEL 3.4 - INFORMATIEHOUDER VOOR DE EVALUATIE VAN DE BEHEERSPRESTATIES (BRON: CDZ, 2006).....	52
TABEL 3.5 - RESULTAAT VAN DE EVALUATIE VAN DE BEHEERSPRESTATIES VAN DE LANDBONDEN EN VAN DE KGV NMBS HOLDING VOOR HET BOEKJAAR 2005 (BRON: CDZ, 2006).....	55
TABEL 3.6 – TIEN GROEPEN TOEGELATEN VAV-PRODUCTEN (BRON: HANCKÉ ET AL., 2000:68).....	72

TABEL 7 – VAN KORTE- NAAR LANGETERMIJNEN AANBEVELINGEN	94
FIGUUR 1 – INGEZETTE COÖRDINATIEMECHANISMEN	88
FIGUUR 2 – MOGELIJKE RISICO'S VAN HET SYSTEEM VAN GOVERNANCE	91
FIGUUR 3 - SCENARIO 1: UITBETALINGSINSTELLINGEN	95
FIGUUR 4 - SCENARIO 2: VERZEKERINGSINSTELLINGEN	100
FIGUUR 5 - HERVORMING VAN HET SYSTEEM	105

INLEIDING

Dit verslag is een van de outputs van het onderzoeksproject "Opvolging en begeleiding van de secundaire netwerken van sociale zekerheid". Dit project werd uitgevoerd door het Instituut voor de Overheid, op opdracht van de POD Federale Wetenschapsbeleid en in samenwerking met de FOD Sociale Zekerheid.

Het onderzoeksproject streeft drie doelstellingen na. Ten eerste beoogt het de werkelijke sturingsprocessen die onder de actoren plaatsvinden, te beschrijven, aan de hand van een ideaaltypisch analysekader. Ten tweede heeft het project als doel de takken met elkaar te vergelijken, op het vlak van sturing en coördinatie. Ten derde is het de bedoeling vervolmakingsporen voor te stellen, zodat een debat onder de actoren kan plaatsvinden over de governance van hun tak.

Gedurende anderhalf jaar werden deze doelen nagestreefd in vijf casestudies, in chronologische volgorde: de tak ziekte- en invaliditeitsverzekering, de tak jaarlijkse vakantie van de arbeiders, de tak kinderbijlagen van de werknemers, de tak arbeidsongevallen en de regeling van sociale zekerheid der zelfstandigen.

Elke case werd als een sturingsstelsel opgevat, waar elementen in wisselwerking met elkaar staan. De sturingsstelsels werden geëvalueerd op basis van hun geloofwaardigheid ten opzichte van de buitenwereld. De vraag werd gesteld of de risico's die uit de wisselwerking van de sturingsinstrumenten en uit het gedrag van de actoren voortvloeien, door het sturingsstelsel gedekt worden. Dit is wat er bedoeld wordt met de geloofwaardigheid van het sturingsstelsel.

Uit deze opzet werden de onderzoeksmethoden en de formulering van de verschillende deelverslagen afgeleid.

Wat de onderzoeksmethodes betreft, werd er voor de formule van een participatieve analyse gekozen. De volgende stappen werden in elke casestudie gevolgd. Ten eerste werd een analyse van de wetgeving gevoerd. Op basis daarvan werd een sjabloon opgesteld, waar een aantal sturingsinstrumenten geïdentificeerd en formeel beschreven werden. Ten tweede werden de belangrijkste actoren van elke tak geïnterviewd. De interviews hadden drie doelstellingen: (1) leren

hoe de in de wetgeving geïdentificeerde sturingsinstrumenten werkelijk ingezet worden, (2) de percepties van de actoren kennen over de sterktes en de zwaktes van de sturingsinstrumenten, evenals (3) hun visie voor de toekomst. Ten derde werd een voorlopig verslag opgesteld, op basis van de analyse van de wetgeving en de interviews. De actoren worden hierin beschreven en de processen via dewelke ze elkaar aansturen, geanalyseerd. Indien relevant komt de marktwerking aan bod. Er worden vervolmakingsporen voorgesteld. Ten slotte werden de voorlopige verslagen aan de geïnterviewden teruggekoppeld om na te gaan of de feiten die de analyse gronden correct werden weergegeven. Er werd zoveel mogelijk met de opmerkingen van de actoren rekening gehouden om te komen tot de definitieve verslagen.

De doelstellingen van het onderzoek, het opzet van de casestudies en de onderzoeksmethoden hebben de toon van de analyse bepaald. Tijdens de interviews konden de actoren soms elkaars gedrag beoordelen. Dergelijke uitspraken werden opgevat als de uitdrukking van het mogelijke bestaan van bepaalde risico's in het sturingsysteem. Als meerdere actoren van verschillende organisaties dezelfde risico's aanhaalden, werd er in de analyse rekening gehouden met de kans dat bepaalde risico's zich zouden voordoen indien deze niet beheer(s)d werden. Hieruit vloeit voort dat geen enkele uitspraak die doorheen de verslagen terug te vinden is, als een bewijs van het bestaan van bepaalde praktijken moet worden beschouwd. De aanbevelingen werden uitgedrukt in overeenstemming met deze aanpak. Ze werden geformuleerd om de mogelijke risico's te beheersen indien zij zich zouden voordoen.

Doorheen dit verslag werd er getracht een duidelijk onderscheid te maken tussen (1) de feiten, (2) de standpunten van de actoren, (3) de aanbevelingen van het onderzoeksteam, en (4) de reacties van de actoren. Telkens er gebruikt wordt gemaakt van cursieve letters, worden uitspraken uit interviews weergegeven van één of meerdere actoren. Dit betekent echter niet noodzakelijk dat er hierover een consensus bestaat bij de geïnterviewden. De aanbevelingen worden in aparte secties geplaatst en duidelijk vermeld door het onderzoeksteam. Ze worden uitgedrukt in termen van coherente systemen.

De terugkoppelingsfase had aanvankelijk niet als doel de door de actoren uitgedrukte standpunten of de voorgestelde vervolmakingsporen als dusdanig ter discussie stellen. Nochtans werd er zoveel mogelijk geprobeerd met het voorbehoud van de actoren rekening te houden indien dit werd geformuleerd. Indien er sprake was van fundamentele opmerkingen op het onderzoek, werden deze in het verslag opgenomen en zo veel mogelijk vermeld bij de betrokken paragrafen. Voor zover dit mogelijk was, werd er getracht de anonimiteit van de actoren te beschermen.

Dit deelperslag wordt zo gestructureerd. Na de presentatie van de voornaamste actoren wordt er ten eerste ingegaan op de ingezette sturingsinstrumenten waardoor het interne beheer van de organisaties van het secundaire netwerk opgevolgd wordt. Daarna verschuift de aandacht naar de wijze waardoor de uitvoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering aangestuurd en opgevolgd wordt. In het vierde hoofdstuk wordt de aansturing van vrije en aanvullende verzekering geanalyseerd. Het vijfde hoofdstuk overweegt de marktwerking, en maakt de overstap naar de besluiten en aanbevelingen mogelijk.

HOOFDSTUK 1 – BEKNOPT PRESENTATIE VAN DE VOORNAAMSTE ACTOREN

Dit verslag beoogt de sturingsrelaties in de tak ziekte- en invaliditeitsverzekering te analyseren. Voor de verschillende sturingsprocessen en de marktwerking te analyseren, leek het aangewezen om de sturende en de gestuurde actoren –m.a.w. het primaire en het secundaire netwerk– te identificeren.

Ten eerste wordt er gekeken naar de gestuurde actoren, met name de verzekeringsinstellingen. Er zijn vijf verzekeringsinstellingen van mutualistische aard, en twee van publieke aard.

Ten tweede komen de sturende actoren aan bod. Men onderscheidt voornamelijk het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitverzekering (RIZIV), belast met de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, en de Controledienst voor de Ziekenfondsen (CDZ), die de verzekeringsinstellingen controleert, onafhankelijk van de opdrachten die ze aan het uitvoeren zijn. Kenmerkend is de deelneming van de “gestuurde actoren” aan het beleid. Ook wordt deze partnerrol hier formeel geanalyseerd.

Dit hoofdstuk bestaat vooral uit een formele analyse van de regelgeving, behalve voor de samenwerkingsakkoorden die de mutualistische organisaties met vzw’s afsluiten, hun interne controleorganen en hun statuten die, als ze op zich geen sturingsinstrumenten zijn, wel verband houden met de wijze waarop het secundaire netwerk aangestuurd wordt.

1. DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN

A. De mutualistische organisaties

a. Definities

De term “mutualistische organisatie” is een verzamelterm die doorheen het hele verslag gebruikt zal worden om naar dit geheel van organisaties te verwijzen die, samen met de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij van Belgische Spoorwegen Holding (KGV NMBS Holding), het secundaire netwerk van uitvoerende organisaties in de tak ziekte- en invaliditeitsverzekering vormen. Voornamelijk zijn er twee vormen van mutualistische organisatie: het ziekenfonds en de landsbond. Daarnaast zijn er nog de maatschappijen van onderling bijstand.

De ziekenfondsen zijn verenigingen van natuurlijke personen die het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn als streefdoel hebben in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit. Zij oefenen hun activiteiten uit zonder winstoogmerk (art. 2 §1 ziekenfondswet).

De landsbonden zijn verenigingen van ten minste vijf ziekenfondsen die gemachtigd zijn, als verzekeringsinstelling, mee te werken aan de uitvoering van de VZIV-wet (art. 6 §1).

De ziekenfondsen die deel uitmaken van eenzelfde landsbond kunnen bepaalde diensten samen organiseren of groeperen in een maatschappij van onderlinge bijstand (art. 43bis). Dergelijke maatschappijen zijn dus een soort “*joint venture*” van een aantal ziekenfondsen van éénzelfde landsbond om bepaalde producten gezamenlijk aan te bieden.¹ Voor de toepassing van de ziekenfondswet wordt de maatschappij van onderlinge bijstand als een andere mutualistische organisatie beschouwd.

Onder mutualistische organisatie kan men nog die vzw's vermelden die feitelijk deel uitmaken van een van de bovenvermelde vormen van mutualistische organisaties en die door dezelfde mensen beheerd worden. Er wordt daarop in de sectie rond de samenwerkingsakkoorden weergekomen.

Elke mutualistische organisatie beschikt over een eigen en afzonderlijke rechtspersoonlijkheid.

De mutualistische organisaties zijn private organisaties van een bijzondere aard: zij hebben een *sui generis* juridisch statuut en worden met overheidsopdrachten belast, wat het bestaan van enkele publiekrechtelijke maatregelen rechtvaardigt, waaronder bepalingen rond het bestaan, de statuten, de beheers- en controleorganen en de samenwerkingsakkoorden van de mutualistische organisaties.

b. Het bestaan van de mutualistische organisaties

Om te kunnen bestaan, dienen de mutualistische organisaties een voldoende massa te hebben. De niet-naleving van deze voorwaarde brengt van rechtswege de ontbinding van de organisatie met zich mee.

Zo is een landsbond een vereniging van minstens vijf ziekenfondsen (art. 6 §1 ziekenfondswet).

Een ziekenfonds telt minimum vijftien duizend leden (art. 2 §2). Nochtans werden uitzonderingen voorzien (art. 3 K.B. 3 maart 1991). Elke landsbond mag twee ziekenfondsen omvatten die tussen tien en vijftien duizend leden tellen. Bovendien kan een ziekenfonds van minder dan vijftien duizend

¹ Er bestaan andere organisaties die het statuut van maatschappij van onderling bijstand benutten, maar die geen mutualistische organisatie zijn: ze worden niet aangesloten bij een landbond aangesloten en nemen dus niet deel aan de VZIV uit. Er bestaan tien dergelijke maatschappijen van onderling bijstand (CDZ, 2006: 151) in bedrijven (Unilever, GB-INNO-BM, Victoria Regina, Exxon Mobil, O.M.O.B., Nestlé en Danzas) en in de medische sector (Mutuelle médicale Hippocrate, Medical Services en Ziekenfondsen voor hospitalisatiekosten). Dat zijn maatschappijen die al bestonden voor de aankondiging van de ziekenfondswet, die tot bepaalde bedrijven verbonden worden waar ze aanvullende verzekeringsproducten aanbieden onder het juridische statuut van een mutualistische organisatie. Er wordt later in het verslag niet meer ingegaan op deze organisaties, die geen deel uitmaken van de onderzochte problematiek.

leden, die de vertegenwoordiging van de landsbond in heel het territorium mogelijk maakt en/of een bijzondere aard heeft, blijven bestaan indien het meer dan vijf duizend leden telt.

De landsbonden en de ziekenfondsen kunnen onderling fusioneren of ontbonden worden. Deze beslissing wordt door de Algemene Vergadering(en) genomen (art. 44). Er zijn bovendien vormvoorwaarden aan verbonden (art. 45 §2).

Er bestaan vijf landsbonden, tweeënzestig ziekenfondsen en negentien maatschappijen van onderlinge bijstand. De vijf landsbonden zijn de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM), de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen (LNZ), het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (NVSM), de Landsbond van Liberale Mutualiteiten (LLM), de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (MLOZ). De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding (KGV NMBS Holding) vormen samen met de vijf landsbonden de verzekeringsinstellingen of ander uitgedrukt het secundaire netwerk van de tak ziekte- en invaliditeit. De onderstaande tabel toont de verzekeringsinstellingen, hun code en hun respectievelijke marktaandeel in de regelingen van werknemers en zelfstandigen, almede het aantal ziekenfondsen en maatschappijen van onderling bijstand die eronder ressorteren, wat de landsbonden betreft. Er moet opgemerkt worden dat de respectievelijke marktaandelen niet gelijk over de gemeenschappen en gewesten worden verdeeld.

Landsbond	LCM	LNZ	NVSM	LLM	MLOZ	HZIV	KGV NMBS Holding
Codenummer	100	200	300	400	500	600	900
Marktaandeel regeling werknemers	42,37%	3,98%	30%	5,43%	16,14%	0,78%	1,31%
Marktaandeel regeling zelfstandigen	45,88%	5,22%	14,35%	7,48%	25,76%	0,30%	0%
Aantal ziekenfondsen	21	8	16	10	6	/	/
Aantal maatschappijen van onderling bijstand	5	5	3	2	6	/	/

Tabel 1.1 - De verzekeringsinstellingen en hun marktaandelen

(Bron: CDZ, 2006 & RIZIV, 2006)

c. De opdrachten

Schematisch kan men drie opdrachten onderscheiden waarmee de mutualistische organisaties door de overheid belast worden: (1) de uitvoering van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (VZIV), (2) de organisatie van vrije en aanvullende verzekeringsproducten (VAV) en (3) de verdediging van de leden.

De verantwoordelijkheid voor de juiste uitvoering van de VZIV is eerder gecentraliseerd en rust hoofdzakelijk op de landsbond. De ziekenfondsen nemen slechts deel aan de uitvoering ervan met de toelating van de landsbond (art. 7 §1 ziekenfondswet). De VZIV wordt georganiseerd door de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (later in het verslag: VZIV-wet) en al de uitvoeringsbesluiten ervan, wat samen vormt wat later in het verslag de “VZIV-regelgeving” wordt benoemd.

Daarnaast moeten de mutualistische organisaties minstens een VAV-product aanbieden. Deze opdracht wordt eerder gedecentraliseerd en rust hoofdzakelijk op de ziekenfondsen. Als de landsbonden deze producten organiseren, moeten de ziekenfondsen de genomen beslissingen echter naleven (art. 3 en 7). Bovendien moet een bijzonder VAV-product, het voorhuwelijks sparen, absoluut op het niveau van de landsbond georganiseerd worden (art. 7 §4).

Er wordt dus naar een zekere centralisatie op het niveau van de landsbond gestreefd, zeker wat de VZIV betreft. Ook wat de VAV betreft wordt de mogelijkheid daarvoor geopend.

Over het algemeen dienen de mutualistische organisaties hun leden te verdedigen. Deze verdediging neemt verschillende vormen aan. In het RIZIV nemen de landsbonden (eveneens de andere verzekeringsinstellingen) deel aan de concrete uitwerking van de VZIV-regelgeving, samen met de overheid, de zorgverleners en de sociale partners. In de VZIV worden dus de belangen en waarden van de leden hoofdzakelijk via beleidsonderhandelingen verdedigd. In de VAV voorziet de wet de mogelijkheid voor de mutualistische organisaties om in rechte op te treden ter verdediging van hun leden die ingestemd hebben (art 39); de ledenverdediging neemt daar een meer juridische en commerciële vorm aan.

In het kader van hun activiteiten dienen de mutualistische organisaties hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand aan hun leden te verlenen (art. 3 en 7).

d. De beheersorganen

De mutualistische organisaties worden onrechtstreeks door hun leden beheerd, via een algemene vergadering, een raad van bestuur en het leidinggevend personeel.

De algemene vergadering van een ziekenfonds wordt samengesteld uit vertegenwoordigers die door de leden en hun gezin voor een duur van zes jaar uit hun midden verkozen worden (art. 14 §1 ziekenfondswet). De leden van de algemene vergadering van de landsbond worden door de algemene vergaderingen van de aangesloten ziekenfondsen verkozen, in verhouding tot hun respectievelijke grootte (art. 14 §2). De algemene vergaderingen van de mutualistische organisaties zijn bevoegd voor

de statutenwijziging, de verkiezing en afzetting van de bestuurders, de goedkeuring van de begrotingen en jaarrekeningen, de aanstelling van een of meer bedrijfsrevisoren, de samenwerkingsakkoorden, de fusie, de ontbinding en de delegering van bevoegdheden over de aanpassingen van de bijdragen aan de raad van bestuur. Bovendien is de algemene vergadering van een ziekenfonds bevoegd voor de aansluiting bij een landsbond, voor de mutaties naar een andere landsbond en voor de vaststelling van de rechten en plichten van de leden (art. 15).

De raad van bestuur van een mutualistische organisatie wordt samengesteld uit bestuurders die door de algemene vergadering voor een termijn van maximum zes jaar worden verkozen (art. 19). De voorzitter wordt door de bestuurders uit hun midden gekozen (art. 21). De raad van bestuur is bevoegd voor het dagelijks bestuur, voor alles wat niet uitdrukkelijk bij de wet of de statuten aan de algemene vergadering is toevertrouwd, voor alles wat door de algemene vergadering gedelegeerd wordt, voor de vaststelling van de bijdragen, voor het voorleggen ter goedkeuring aan de algemene vergadering van het ontwerp van begroting, van de jaarrekeningen, van het activiteitenverslag, en van de gegevens over de opbrengst van de ledenbijdragen en hun wijze van aanwending, opgesplitst over de verschillende diensten (art. 17 §1, 23 en 24).

Het leidinggevend personeel van het ziekenfonds wordt op eensluidend advies van de landsbond benoemd en is aan de landsbond verantwoording verschuldigd (art. 25), wat een nieuwe indicatie voor centralisatie op het niveau van de landsbond is.

Naast de beheersorganen, worden ook de mutualistische organisaties verplicht –zoals overigens de andere verzekeringsinstellingen– interne controleorganen op te richten, om het juiste verloop van de overheidsopdrachten te garanderen.

e. De interne controleorganen

De verplichte interne controleorganen vormen een samenhangend systeem van drie interne instanties: het auditcomité, de interne controledienst² en de interne auditdienst. Wat volgt is dus *mutatis mutandis* van toepassing op de twee andere verzekeringsinstellingen, de HZIV en de KGV NMBS Holding.

² Het artikel 31 van de ziekenfondswet voorziet dat de landsbonden over een systeem van interne controle moeten beschikken, maar de oprichting van een interne controledienst wordt niet opgelegd. M.a.w. voorziet de wet geen mensen maar een aantal maatregelen, geïntegreerd in de operationele en functionele processen, met het oog op het verzekeren van het juiste verloop van alle activiteiten. In de praktijk wordt deze opdracht door de interne controledienst vervuld.

i. Auditcomité

Het oprichten van een auditcomité is geen wettelijke verplichting. Het is de CDZ die het oprichten ervan heeft opgelegd (O.B. CDZ 06/13/AD-D1).

Het auditcomité is een werkgroep van de Raad van Bestuur van de landsbond (of van het beheerscomité wat de HZIV en de KGV NMBS Holding betreft). Het orgaan wordt samengesteld uit bestuurders en/of directeurs³.

De basisactiviteit van het auditcomité is het risicobeheer. Een risico is een ongewenste gebeurtenis die waarschijnlijk kan plaatsvinden en die een aantal negatieve gevolgen voor de organisatie met zich zou meebrengen, m.a.w. een bedreiging voor de werking van de organisatie. De rol van het auditcomité is, naargelang de door de directie bepaalde strategie, voorrang te geven aan het vermijden van bepaalde risico's. Om de risico's te beheersen, kan men

- de waarschijnlijkheid dat de bedreigingen zich voordoen, doen afnemen;
- de mogelijke gevolgen van de bedreigingen te verminderen;
- het risico overdragen.

In de praktijk lijken de activiteiten van het auditcomité vrij variabel te zijn. Hier wordt het begrip risico strikt opgevat, en het auditcomité focust zich dan voornamelijk op financiën en boekhouding, terwijl het begrip risico daar bredere managementaspecten omvat. Over het algemeen is er een trend om het begrip risico steeds ruimer op te vatten.

Formeel heeft het auditcomité geen beslissingsbevoegdheid, maar functioneel gezien geeft het wel instructies aan de interne controle en aan de interne audit op basis van de risicobeheeractiviteit.

ii. Interne controledienst

Eerder dan een welbepaald orgaan binnen de verzekeringsinstellingen is de interne controle een opdracht waarmee het management belast wordt.

In overeenstemming met de reglementaire bepalingen (art. 1 K.B. 14 juni 2002) vervult de interne controle vier doelstellingen in het kader van het risicobeheer: naleving van de regels (die zowel uit de

³ De raad van bestuur van een landsbond wordt samengesteld uit afgevaardigden van de ziekenfondsen. Om belangenconflicten te vermijden, wordt de effectieve directie van de landsbond blijkbaar meer vertegenwoordigd in het auditcomité dan wat gewoonlijk gebeurt, wat een teken is van centralisatie. Deze opmerking is irrelevant voor de HZIV en de KGV NMBS Holding die welk dan ook geval gecentraliseerde organisaties zijn.

sturende organisaties als uit eigen beheersorganen afkomstig zijn), betrouwbaarheid van de informatie, bescherming van het patrimonium en efficiëntie en effectiviteit.

Deze doelstellingen moeten gestreefd worden in het kader van drie principes dat de CDZ uitgevaardigd heeft in de omzendbrief 06/13/AD-D1: (1) eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur van de landsbond, (2) de raad van bestuur laat zich bijstaan door een auditcomité, en (3) delegatie van toepassingsmodaliteiten aan de effectieve directie van de landsbond.

De interne controle rapporteert aan de interne auditdienst en aan het auditcomité.

iii. Interne auditdienst

De interne auditdienst is een onafhankelijke dienst van de verzekeringsinstelling die functioneel gezien aan het auditcomité en hiërarchisch aan de directie verbonden wordt.

De interne audit *“is een systeem van evaluatie van de goede werking, de doeltreffendheid en de efficiëntie van de interne controle”* (art. 2 K.B. 14 juni 2002). De interne audit controleert dus de werking van de interne controle, meerbepaald de bestaande procedures en de toepassing ervan. Naargelang de doelstellingen van de interne controle, neemt de interne audit andere vormen aan:

Doelstellingen interne controle	Type interne audit
• naleving van de regels	• compliance audit
• betrouwbaarheid van de informatie	• audit van informatiesystemen
• bescherming van het patrimonium	• veiligheidsaudit
• efficiëntie en effectiviteit	• operationele audit

Tabel 1.2 – Doelstellingen interne controle en bijhorende types interne audit

De interne auditdienst volgt een aantal door de CDZ uitgevaardigde principes (O.B. CDZ 06/13/AD-D1):

- het continue en duurzame karakter van de auditdienst;
- onafhankelijkheid van de functie van interne audit;
- onpartijdigheid van de interne auditdienst en de interne auditeurs;
- bekwaamheid van elke interne auditeur en van de interne auditdienst in zijn geheel;
- elke entiteit, elke dienst en elke activiteit valt binnen het onderzoeksveld van de interne auditdienst;

- de interne auditdienst stelt een auditplan op dat jaarlijks wordt geëvalueerd;
- het auditwerk steunt op uitvoerings- en opvolgingsmethodes.

Bovendien steunt de interne auditdienst op de *best practices* en standaarden van *corporate governance*.

De interne auditdienst rapporteert regelmatig aan het auditcomité over de gevoerde activiteiten, de gedane vaststellingen, de aanbevelingen hieromtrent en de implementatie ervan.

iv. Recente ontwikkelingen

De interne controle- en auditdiensten zijn interne controleorganen. De informatie waarover ze beschikken, zijn van bijzonder belang voor de sturende organisaties.

Aan de ene kant tracht de CDZ een proces in gang te zetten waardoor de verslagen van de auditdiensten en/of –comités⁴ aan de CDZ overgemaakt zouden worden, zodat de CDZ over meer informatie beschikt om zijn toezicht uit te oefenen. Gezien de aard van de opdrachten van de CDZ heeft deze informatieoverdracht vooral betrekking op financiën en boekhouding. De CDZ heeft niet geopteerd voor het systematisch opvragen van de auditverslagen (slechts in punctuele gevallen), doch wel van de auditplannen.

Aan de andere kant is er een moderniseringsproces aan de gang binnen de Dienst voor Administratieve Controle (DAC) van het RIZIV. De DAC verrijkt zijn controleopdrachten met procesanalyses, wat de samenwerking met de auditdiensten en –comités vraagt.

Op deze ontwikkelingen wordt er in de volgende secties teruggekomen.

f. Goedkeuring van de statuten

Als autonome private organisaties, moeten de mutualistische organisaties statuten hebben. De publieke aard van hun opdrachten heeft ertoe geleid dat de statuten een aantal inhoudelijke en vormvoorwaarden naleven.

De statuten moeten een aantal verplichte vermeldingen bevatten (art. 9 §2 ziekenfondswet):

⁴ De geïnterviewde actoren spreken alternatief van samenwerking met auditcomité en/of –diensten. Een mogelijke verklaring is dat, naargelang de verzekeringsinstelling, het ene of het andere orgaan de leidende rol voor zich neemt in de *corporate governance* structuur.

- over het algemeen: benaming, doelstelling, landsbond waarbij het ziekenfonds aangesloten wordt;
- activiteiten: georganiseerde diensten, toegekende voordelen en voorwaarden;
- leden: voorwaarden om lid te worden, procedure van toelating, van ontslag en van uitsluiting, de te betalen bijdragen;
- werking van de beheersorganen: voorwaarden om stemgerechtigd te zijn, stemmingsprocedure, de vergoeding aan de bestuurders.

Om de deelname van de leden aan het beheer te bevorderen, in een geest van interne democratie, moeten de statuten door de Algemene Vergadering van de mutualistische organisatie aangenomen worden (art. 10).

De statuten moeten dan door de CDZ goedgekeurd worden (art. 11). De CDZ controleert dat de statuten niet strijdig zijn met wettelijke en reglementaire bepalingen en dat zij het huidige en toekomstige financieel evenwicht van de mutualistische organisaties niet in het gedrang brengen.

De sanctie van de controle is het al dan niet in werking treden van de statuten; de CDZ mag de statuten niet wijzigen.

In de praktijk wordt de goedkeuring zelden geweigerd omdat er een voorafgaand overlegproces is tussen de CDZ en de instelling op basis van een statutenontwerp.

De regeringscommissarissen van de ministers van Financiën en Begroting kunnen beroep oefenen op de regering tegen de beslissing van de CDZ.

g. Samenwerkingsakkoorden

Om effectief te kunnen werken, kunnen de mutualistische organisaties samenwerkingsakkoorden afsluiten (art. 43 §1 ziekenfondswet). De samenwerkingsakkoorden moeten door de Algemene Vergadering goedgekeurd worden (art. 43 §3). In de omzendbrief 01/15/D1 heeft de CDZ de verplichte vorm van deze samenwerkingsakkoorden bepaald.

Om de geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit van de mutualistische organisaties te beschermen, mogen er geen akkoorden zijn die als voorwerp hebben:

- de VAV-producten die tegenmoetkomsten in geld ter gelegenheid van sociale of familiale gebeurtenissen verlenen (art. 1 K.B. 5 november 2002);
- het voorhuwelijks sparen⁵ (art. 1)
- de promotie, de distributie of de verkoop van een verzekeringsproduct, een bankproduct of de bank- en verzekeringsbemiddeling in het algemeen (art. 43ter ziekenfondswet).

In de praktijk hebben samenwerkingsakkoorden die de mutualistische organisaties met vzw's afsluiten twee mogelijke voorwerpen.

Enerzijds zijn er akkoorden die het verlenen van VAV-producten als voorwerp hebben. De mutualistische organisaties richten hiervoor soms vzw's op om subsidies van andere besturen te kunnen ontvangen; de vzw is dan een juridische fictie: ze kan beschouwd worden als een mutualistische organisatie in de werkelijkheid, maar in rechte is ze een vzw met een eigen rechtspersoonlijkheid, gescheiden van deze van de mutualistische organisatie. In andere gevallen kunnen bepaalde diensten door de mutualistische organisatie aan vzw's worden uitbested die helemaal onafhankelijk zijn van de mutualistische organisatie.

Anderzijds worden in al de mutualistische organisaties akkoorden afgesloten met 'eigen' vzw's over het beheer van de onroerende en roerende goederen. De vorige ziekenfondswet van 1894 verbood de ziekenfondsen om onroerende goederen te bezitten en het beheer het patrimonium van de ziekenfondsen werd dan aan zuster-vzw's toevertrouwd. In de wet van 1990 is het noch verboden noch toegelaten. De wet zou kunnen geïnterpreteerd worden in de zin dat wat niet wordt toegelaten, wordt verboden. Vandaar het bestaan van 'patrimoniale vzw's': de vzw's verhuren de gebouwen aan de mutualistische organisaties. Bovendien beheren deze 'patrimoniale vzw's' de deelnamen in het kapitaal van zorginstellingen (ziekenhuizen, rusthuizen en apotheken), in de landsbonden waar dit de traditie is.

⁵ Geen samenwerkingsakkoorden kunnen worden afgesloten voor de eerste twee vermelde diensten omdat de mutualistische organisaties juist als specifiek taak hebben terugbetalingen uit te voeren in het kader van de VZIV. Ze behoren daartoe over de nodige kennis en infrastructuur en hoeven geen partner te hebben.

B. De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de Kas der Geneeskundige Verzorging van de NMBS Holding

Naast de mutualistische organisaties bestaan er twee publieke organisaties die ook deel uitmaken van het secundaire netwerk van de tak ziekte- en invaliditeitsverzekering: de HZIV en de KGV NMBS Holding. In plaats van deze twee organisaties apart te beschrijven, werd er gekozen om de nadruk te leggen op hun gelijkenissen en verschillen in het kader van het onderzoeksonderwerp: de analyse van de gebruikte sturings- en opvolgingsinstrumenten t.a.v. het secundaire netwerk van sociale zekerheid.

a. Gelijkenissen

De HZIV en de KGV NMBS Holding vertonen veel gelijkenissen, vooral op het vlak van hun juridische statuut en opdrachten.

Beide organisaties worden als verzekeringsinstelling beschouwd (art. 2 VZIV-Wet), wat inhoudt dat ze aan de VZIV-regelgeving onderworpen zijn, en dat ze zoals de mutualistische organisaties, de VZIV-regelgeving dienen uit te voeren. Ook nemen ze deel aan de beleidsonderhandelingen binnen het RIZIV, zoals de andere verzekeringsinstellingen. Indien beide organisaties wel als verzekeringsinstellingen worden beschouwd, zijn ze echter geen mutualistische organisatie. Als gevolg hiervan mogen ze geen VAV-producten aanbieden. De leden van deze organisaties kunnen zich evenwel bij een ziekenfonds aansluiten om aanvullende verzekeringsproducten aan te kopen. Omdat ze geen mutualistische organisatie zijn, worden de organisaties in principe niet onderworpen aan de ziekenfondswet. Toch werd de toepassing van de belangrijkste maatregelen ervan (vooral de boekhoudkundige verplichtingen, de maatregelen betreffende de interne controleorganen en de algemene toezichtbevoegdheid van de CDZ) uitgebreid naar deze instellingen (art. 75 ziekenfondswet).

Wat het juridisch statuut betreft, zijn beide publieke instellingen onderworpen aan de wet van 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg (art. 1 Wet 25/04/1963). Beide organisaties worden zo door een beheerscomité beheerd (art. 13 wet 25/04/1963). Dit comité beschikt over alle bevoegdheden welke voor het beheer van de instelling nodig zijn. Het oprichten van technische comités met een adviesbevoegdheid en inspraak van de veldactoren is een wettelijke mogelijkheid (art. 7).

Aan het hoofd van beide organisaties is een administrateur-generaal belast met de uitvoering van de beslissingen van het beheerscomité, met de onderzoeking van alle voorstellen die voor de werking van de instelling nuttig zijn, met de door het beheerscomité overgedragen bevoegdheden en met de vertegenwoordiging van de instelling. Diegene die het dagelijks beheer vervult woont de vergaderingen van het beheerscomité bij (art. 10).

Twee regeringscommissarissen vertegenwoordigen respectievelijk de ministers van Begroting en van Sociale Zaken. Ze beschikken over de mogelijkheid om een opschorsend beroep bij hun voorgedijminister in te dienen. Ze wonen de vergaderingen van het beheerscomité bij (art. 5 en 6 VZIV-Wet).

b. Verschillen

De belangrijkste verschillen bestaan op het vlak van het juridische statuut, van het statuut van de leden van deze organisaties, en van de regeling voor administratiekosten.

De juridische verschillen tussen beide organisaties vloeien voort uit het feit dat de HZIV –zoals het RIZIV– een Openbare Instelling van Sociale Zekerheid (OISZ) is, terwijl de KGV NMBS Holding een van de laatste parastatale D is. Als OISZ heeft de HZIV een bestuursovereenkomst met haar minister afgesloten. Op het vlak van de beheersorganen zijn er ook lichte verschillen. De procedure voor het aanstellen van de leden van de beheerscomités is bijvoorbeeld verschillend, maar leidt tot dezelfde resultaten: de organisaties worden paritair beheerd (art. 3bis wet 25/04/1963). Bovendien heeft het beheerscomité van de KGV NMBS Holding formeel een adviesbevoegdheid gekregen. In tegenstelling tot de HZIV (art. 14-15). Het statuut van de personen belast met het dagelijks beheer is ook verschillend: in de HZIV zijn deze mandaathouders (art. 9), in de KGV NMBS Holding niet.

Het verschil op het vlak van de leden is dat de personeelsleden van de NMBS automatisch worden aangesloten tot de KGV NMBS Holding, terwijl de andere burgers voor de HZIV of een ziekenfonds kunnen kiezen.

Op het vlak van de administratiekosten, zijn de regelingen verschillend. De HZIV, in tegenstelling tot de KGV NMBS Holding, wordt immers vrijgesteld van het responsabiliseringsstelsel voor administratiekosten: de HZIV ontvangt beheerkredieten om haar opdracht uit te voeren (art. 195 §1 VZIV-wet).

2. DE STURENDE OVERHEIDSORGANISATIES

Het secundaire netwerk van de tak ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt voornamelijk door twee verzelfstandigde overheidsorganisaties aangestuurd: het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de Controledienst voor de Ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen (CDZ). Het RIZIV focust zich op de VZIV, terwijl de CDZ de verzekeringsinstellingen aanstuurt, welke dan ook de activiteiten die deze aan het uitvoeren zijn.

A. Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Het RIZIV kan als een huis met verschillende kamers uitgebeeld worden. Naast de algemene ondersteunende diensten, telt men vier diensten: de Dienst Geneeskundige Verzorging (DGV), de Dienst Uitkeringen (DU), de Dienst voor Administratieve controle (DAC) en de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC). Het RIZIV in het algemeen en elke dienst in het bijzonder worden belast met specifieke opdrachten, in toepassing van de VZIV-Wet. Ze worden telkens door aparte beheersorganen beheerd, waarin het secundaire netwerk vertegenwoordigd wordt.

a. Het RIZIV in het algemeen

i. Opdrachten

Het RIZIV in het algemeen wordt met drie opdrachten belast: regulering, financiering en controle van de uitvoering van de VZIV. Daarentegen heeft het RIZIV geen opdracht gekregen wat de VAV-producten betreft.

De regulerende functie van het RIZIV wordt in samenwerking met de onderhandelingspartners van de tak (verzekeringsinstellingen, zorgverleners en vertegenwoordigingorganisaties van werkgevers en werknemers) uitgeoefend. In de ziekteverzekering bepaalt het RIZIV de regels i.v.m. de terugbetaling van de prestaties en geneesmiddelen en de tarieven ervan. In de invaliditeitsverzekering bepaalt het RIZIV de voorwaarden om de verschillende uitkeringen te ontvangen en de hoogte van de uitkeringsbedragen.

Op het vlak van financiën ontvangt het RIZIV de middelen van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ) en verdeelt het overgrote merendeel ervan onder de verzekeringsinstellingen. Het resterende deel van de middelen betreft de rusthuizen, de uitvoering van de sociale afspraken en bepaalde elementen van het revalidatiebeleid. Slechts dit deel wordt door het RIZIV rechtstreeks betaald, zonder tussenkomst van de verzekeringsinstellingen. Wat de ziekteverzekering betreft gaat het

over een bedrag van 29 miljard euro in 2008. Het RIZIV stelt bovendien de jaarrekeningen van de tak op.

De derde opdracht van het RIZIV is de controle op de verzekeringsinstellingen van de strikte en correcte toepassing van de VZIV (Hancké et al., 2000:137).

Het RIZIV voert deze opdrachten via verschillende diensten uit, onder het beheer van een algemeen beheerscomité, onder de leiding van een administrateur-generaal, en onder de voorwaarden van de bestuursovereenkomst die afgesloten wordt met de voogdijminister.

ii. Algemeen beheerscomité

Het algemeen beheerscomité is samengesteld uit vertegenwoordigers van de werkgevers, werknemers- en zelfstandigenorganisaties en van de verzekeringsinstellingen. Daarnaast zijn er twee regeringcommissarissen (de ene vertegenwoordigt de minister van Sociale Zaken, de andere de minister van Begroting) en een afgevaardigde van de voogdijminister voor de zelfstandigen die een raadgevende stem heeft (art. 11 VZIV-wet).

Het algemeen beheerscomité is bevoegd voor personeelszaken, financiën (begroting, boekhouding en rekeningen van het RIZIV enerzijds en verdeling van de middelen onder de verzekeringsinstellingen anderzijds), rechtsvorderingen en adviezen aan de minister (art. 12).

iii. Administrateur-generaal

De administrateur-generaal leidt het RIZIV. Hij voert de beslissingen van het beheerscomité uit, verstrekt aan dit comité alle inlichtingen en legt er alle voorstellen voor die voor de werking van de instelling nuttig zijn. De administrateur-generaal woont ook de vergaderingen van het beheerscomité bij, leidt het personeel, oefent de door het beheerscomité overgedragen bevoegdheden uit en vertegenwoordigt de instelling (art. 10 wet 25 april 1963).

De administrateur-generaal wordt door een adjunct administrateur-generaal bijgestaan.

De administrateur-generaal is de houder van een mandaat.

iv. Bestuursovereenkomst

Het RIZIV beschikt over een zekere graad van beheersautonomie, omkaderd door een met de voogdijminister afgesloten bestuursovereenkomst op middellange termijn (3 jaar).

De bestuursovereenkomst heeft als doel de OISZ te responsabiliseren met het oog op het behalen van bepaalde beleidsdoelstellingen. In ruil voor ruimere beheersautonomie worden de OISZ voor het behalen van bepaalde beleids- en vooral beheersdoelstellingen verantwoordelijk gesteld.

De bestuursovereenkomst bepaalt de regels en voorwaarden waaronder een OISZ haar opdrachten vervult: de taken, de gekwantificeerde doelstellingen m.b.t. deze taken, de gedragsregels t.a.v. het publiek, de prestatie-meetsystemen, de toegekende kredieten en/of de berekeningswijze ervan en de prikkels tot het behalen van de doelstellingen (art. 5 K.B. 03 april 1997).

De bestuursovereenkomst heeft een hybride status: het is geen contract noch een handeling van een administratieve overheid (art. 5 §3-4).

De bestuursovereenkomst wordt gekoppeld aan jaarlijkse bestuursplannen en boordtabellen die de operationalisering van de doelstellingen en de meting ervan moeten verwezenlijken. De administrateur-generaal en de instelling worden afgerekend op de verwezenlijking door hem en de instelling van de bestuursovereenkomst en van de bestuursplannen.

b. De Dienst Geneeskundige Verzorging

De DGV is belast met de concrete uitwerking van de verplichte ziekteverzekering. De DGV wordt beheerd door twee organen die verschillende bevoegdheden hebben: de algemene raad en het verzekeringscomité. Deze beheersorganen overkoepelen allerlei akkoorden- en overeenkomstencommissies, technische adviesorganen en begrotingscontroleorganen, waar de verschillende partners in vertegenwoordigd worden.

i. De algemene raad

De algemene raad is vooral bevoegd voor de financiële aansturing van de verplichte ziekteverzekering. Zo keurt de raad de begroting goed, houdt deze toezicht op het financiële evenwicht van de verzekering en sluit het de rekeningen van de verzekering af.

De algemene raad is voor drie vierden samengesteld uit vertegenwoordigers van de werkgevers, werknemers, zelfstandigen en regeringscommissarissen. De verzekeringsinstellingen bezetten de resterende zetels.

ii. Het verzekeringscomité

Het verzekeringscomité vervult taken van een meer voorbereidende aard voor de algemene raad. Het comité stelt voorstellen van begroting en van wijzigingen van de nomenclatuur op en het keurt de akkoorden en overeenkomsten over tarieven in de VZIV goed.

De zetels worden verdeeld op gelijke wijze onder de verzekeringsinstellingen en de zorgverleners. De vertegenwoordigers van de werkgevers, zelfstandigen en werknemers hebben slechts een raadplegende stem.

c. De Dienst Uitkeringen

De DU wordt door een beheerscomité beheerd dat de uitkeringsverzekering uitwerkt. Zo verleent het adviezen, stelt het de begroting vast, sluit het de rekeningen af en reguleert het de invaliditeitsverzekering.

Het beheerscomité van de DU is samengesteld uit vertegenwoordigers van de werkgevers, de werknemers en de verzekeringsinstellingen.

d. De Dienst voor Administratieve Controle

De DAC bestaat uit een comité, samengesteld uit vertegenwoordigers van de werkgevers en zelfstandigen, van de werknemers en van de verzekeringsinstellingen, belast met het opstellen van verslagen over de door de controleurs vastgestelde fouten in de uitvoering van de VZIV-regelgeving.

De beslissingen waardoor de verzekeringsinstellingen gesanctioneerd worden, worden in hun afwezigheid genomen.

e. De Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle

Het comité van de DGEC voert de geneeskundige controle op de uitvoering van de VZIV uit. Het verleent informatie aan de zorgverleners om inbreuken op de wet te voorkomen. Bovendien evalueert het de terugbetaalde verstrekkingen om overbodige en onnodig dure verstrekkingen op te sporen. In de sector spreekt men van “ICE” om de drie opdrachtenluiken van de DGEC aan te wijzen: Informatie – Controle – Evaluatie.

Het comité bestaat uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen –de adviserend-geneesheren– van de Orde der geneesheren, van de Orde der apothekers en van de zorgverleners.

B. De Controledienst voor de Ziekenfondsen en Landsbonden van Ziekenfondsen

i. De opdrachten

De CDZ is een parastatale type C, die hoofdzakelijk drie opdrachten heeft.

Ten eerste voert de CDZ de administratieve controle van de toepassing van de ziekenfondswet door de verzekeringsinstellingen, welke ook de activiteiten die ze uitvoeren.

Ten tweede voert de CDZ de financiële en boekhoudkundige controle van de verzekeringsinstellingen.

Ten derde heeft de CDZ een beleidsvoorbereidende functie: de organisatie verleent advies aan de minister en werkt regulering uit het domein waarvoor deze bevoegd is.

Daarenboven heeft de CDZ nog twee aanvullende opdrachten. Enerzijds staat het in voor de klachtenbehandeling. Anderzijds evalueert het CDZ de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen in de VZIV met het oog op het toekennen van het variabele deel van de administratiekosten.

ii. De beheersorganen

De CDZ wordt door een raad, een technisch comité en een administrateur-generaal beheerd.

De raad van de CDZ is samengesteld uit een voorzitter en zes leden: twee ambtenaren van het RIZIV, een ambtenaar vanuit de Commissie voor het Bank- Financie- en Assurantiewijzen (CBFA), en drie experts (art. 51 ziekenfondswet). De raad is bevoegd voor de strategische beslissingen van de overheidsorganisatie, voor personeelszaken, voor begroting, boekhouding en jaarrekeningen, voor het opstellen van het jaarverslag, en voor alles wat nodig is om de doelstellingen van de organisatie te bereiken (art. 2 K.B 6 juni 1991).

Het technische comité brengt advies over alle kwesties die samenhangen met de uitvoering van de ziekenfondswet, op verzoek van de minister, van de raad of op eigen initiatief (art. 54 ziekenfondswet). Het comité is samengesteld uit een voorzitter, een vertegenwoordiger van elke verzekeringsinstelling, de administrateur-generaal van het RIZIV en twee ambtenaren van het RIZIV en/of van de FOD Sociale Zekerheid (art. 55). Het technische comité is een overlegorgaan, terwijl de raad de beslissingsorgaan is.

De administrateur-generaal, ten slotte, voert het dagelijkse beheer en de boekhouding van de instelling (art. 8 K.B. 6 juni 1991).

In tegenstelling tot het RIZIV sluit de CDZ geen bestuursovereenkomst met de minister af.

HOOFDSTUK 2 – STURING VAN HET INTERNE BEHEER VAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN

In dit hoofdstuk wordt er gekeken naar de wijze waarop toezicht wordt uitgeoefend op bepaalde aspecten van het interne beheer van de verzekeringsinstellingen. Men onderscheidt twee instrumenten: de controle van de bedrijfsrevisoren, van financiële aard, en het toezicht van de CDZ op de naleving door de verzekeringsinstellingen van de ziekenfondswet, die van een meer administratieve aard is.

In het volgende hoofdstuk gaat de aandacht naar de wijze waarop de verzekeringsinstellingen aangestuurd worden in de uitvoering van hun overheidsopdrachten.

1. BEDRIJFSREVISOREN

Wat de bedrijfsrevisor betreft moet een onderscheid gemaakt worden tussen de algemene rol van de bedrijfsrevisor als commissaris aan de rekeningen en de specifieke opdrachten die de CDZ aan hem heeft uitbesteed in het kader van de regeling der administratiekosten. Op die tweede rol van de bedrijfsrevisoren wordt er later teruggekomen. Hier wordt er slechts ingegaan op de algemene rol van de bedrijfsrevisor als commissaris aan de rekeningen. Hiermee waarborgt de bedrijfsrevisor de buitenwereld dat de rekeningen betrouwbaar zijn.

De bedrijfsrevisoren worden door het Instituut voor Bedrijfsrevisoren (IBR) erkend. Om hun beroep bij een verzekeringsinstelling te kunnen uitoefenen moeten de bedrijfsrevisoren een bijkomend examen afleggen voor een gemengde commissie IBR-CDZ. Het doel is dat ze de eigenaardigheden van de mutualistische organisaties en van de tak ziekte en invaliditeit beheersen. Hun kennis van de VZIV-wet en van de specifieke verplichtingen van de verzekeringsinstellingen inzake boekhouding, administratie en verplichte statistische gegevens wordt zo getoetst (Hancké et al., 2000:144). De bedrijfsrevisoren die voor het examen slagen, maken deel uit van de lijst van de door de CDZ erkende bedrijfsrevisoren. Deze lijst telt tot nu toe 27 erkende bedrijfsrevisoren. (CDZ, 2006:149)

De Algemene Vergaderingen van de landsbond en van de ziekenfondsen (het beheerscomité wat de HZIV en de KGV NMBS Holding betreft) stellen een bedrijfsrevisor aan uit de lijst van de CDZ (art. 32 ziekenfondswet). De bedrijfsrevisoren oefenen hun boekhoudkundige controle uit op de VZIV in de landsbonden en ziekenfondsen, in de HZIV en in de KGV NMBS, en op de VAV in de ziekenfondsen, landsbonden, maatschappijen van onderlinge bijstand, en eventueel in de mutualistische vzw's. In de praktijk wordt er echter gestreefd naar een eenheid van controle zodat de bedrijfsrevisor zicht heeft op beide clusters van activiteiten van het mutualistische stelsel; een college van bedrijfsrevisoren wordt dan vaak opgericht op het niveau van de (grote) landsbonden.

Drie soorten regels leiden het werk van de bedrijfsrevisoren. Ten eerste zijn er de algemene controlenormen van het IBR. Ten tweede zijn er concrete aanbevelingen voor de sector die door de CDZ in de omzendbrief 95/GG/1 uitgevaardigd zijn. Bovendien steunt de bedrijfsrevisor zich op de werkzaamheden van het auditcomité.

Hoe dit in de praktijk gebeurt, lijkt van landsbond tot landsbond te verschillen. Controleopdrachten worden bijvoorbeeld door de risicoanalyse van het auditcomité afgebakend, of er vindt slechts af en toe overleg plaats.

De bedrijfsrevisor controleert (1) of de boekhouding en de jaarrekeningen nauwkeurig en volledig zijn, (2) het aangepaste karakter en de werking van de administratieve en boekhoudkundige organisatie (vooral m.b.t. systeemaspecten zoals de stromen en de processen en op informatiesystemen, d.w.z. informatica en bewijsstukken (Hancké et al., 2000:147-148)) en van de interne controle, en (3) het al dan niet naleven van de bepalingen betreffende de reservefondsen worden door de bedrijfsrevisor gecontroleerd (art. 34 §1 ziekenfondswet). Bovendien staat hij de CDZ bij tijdens de uitvoering van de financiële controle (Hancké et al., 2000:149): elk probleem moet onmiddellijk ter kennis van de CDZ worden gebracht. Om deze opdrachten uit te voeren en slechts hiervoor, beschikt de revisor over de ruimste bevoegdheden (art. 34 §2): hij heeft het recht tot inzage (ter plaatse en ten allen tijde) van alle documenten. Hij kan bovendien alle mogelijke toelichtingen vragen en controleren, en, in de mutualistische organisaties waar hij dit mandaat heeft gekregen, kan hij ook over alle informatie over de partnerorganisaties (de “mutualistische vzw’s”) beschikken.

Een dubbele rapportage van de activiteiten van de bedrijfsrevisor wordt voorzien: aan de beheersorganen (aan de Algemene Vergadering van de landsbonden en ziekenfondsen, aan het beheerscomité van de HZIV en de KGV NMBS) van de verzekeringsinstelling (art. 35) en aan de CDZ (art. 57). De inhoud van de twee verslagen is vergelijkbaar: het betreft de resultaten van de gevoerde controles en dus de conformiteit van de rekeningen aan de werkelijke financiële toestand van de verzekeringsinstelling, de al dan niet naleving van de financiële en boekhoudkundige wettelijke bepalingen en de gebruikte methodologie. Het verschil lijkt vooral in de vorm te liggen: het verslag aan de CDZ is nauwkeuriger en technischer dan het verslag aan de bestuursorganen. Het verslag aan het bestuursorgaan wordt bij de jaarrekeningen gevoegd en beide documenten moeten goedgekeurd worden. Het wordt aan de CDZ toegestuurd. (art. 36) De CDZ oefent dan zijn algemene toezichtbevoegdheid uit onder andere op basis van deze verslagen.

2. TOEZICHT VAN DE CONTROLEDIENST

Naast een adviserende en regulerende functie, controleert de CDZ de naleving door de verzekeringsinstellingen⁶ van de ziekenfondswet, de uitvoeringsbesluiten ervan en de eigen omzendbrieven. De CDZ controleert meerbepaald de interne werking van de beheersorganen van de landsbonden en ziekenfondsen, de staat van de financiën van de verzekeringsinstellingen en de concurrentieregels. Dit gebeurt in twee stappen: controle van documenten en controle ter plaatse. Deze twee controlevormen leiden tot verslagen, aanbevelingen, sancties en regulering. De CDZ beschikt bovendien over een waaier van sancties om de wet te doen naleven.

A. Regels waarvan de naleving gecontroleerd wordt

De financiële controle bestaat in het toezien op de naleving door de verzekeringsinstellingen van een aantal basisregels. Ten eerste moeten de verzekeringsinstellingen een ondernemingsboekhouding voeren (art. 29 §1 ziekenfondswet) met afzonderlijke rekeningsstelsels voor de VZIV en voor de VAV⁷ (art. 29 §3). De boekhouding van de VZIV wordt door de VZIV-Wet geregeld, en de ziekenfondswet kent de controlebevoegdheid daarover aan de CDZ toe. De ziekenfondswet regelt de boekhouding van de VAV: bijzondere reservefondsen moeten worden aangelegd om de betaling van de tegemoetkomingen te waarborgen en de levensvatbaarheid van de dienst en van de organisatie te verzekeren. Wat de boekhouding betreft heeft de CDZ bovendien een aantal richtlijnen uitgevaardigd. Ze bestaan uit een handleiding en aanbevelingen enerzijds en uit specifieke solvabiliteitsregels voor bepaalde producten anderzijds.

Vervolgens controleert de CDZ de naleving van een aantal concurrentieregels. Het principe is dat concurrentie mogelijk en wenselijk is, maar dat deze moet worden beperkt om in geen geval een hindernis te zijn tot de verwezenlijking van de gezondheidsdoelstelling en van de gelijkheid van de burgers. Zo wordt reclame toegelaten, maar worden vergelijkende reclame, bedrieglijke reclame, reclame over nog niet goedgekeurde diensten, reclame van een dienst onder een andere naam dan in de statuten en reclame die beperkende voorwaarden m.b.t. een dienst vermeldt, verboden (art. 43quater). Bovendien is het verboden “*voordelen toe te kennen die van aard zijn aan te zetten tot individuele mutaties*” (art. 43quinquies): er mag geen behandelingsverschil zijn tussen een oude en een nieuw lid⁸.

⁶ De wet is ook van toepassing op de HZIV en de KGV NMBS Holding, rekening houdend met het feit dat ze geen VAV aanbieden en dat hun beheersorganen door andere wetteksten geregeld wordt.

⁷ Het KB van 21 oktober 2002 heeft een aantal regels van de boekhouding van de ondernemingen aan de specificiteiten van de sector aangepast.

⁸ Bvb. is het verboden om een jaar gratis hospitalisatieverzekering aan nieuwe leden te geven.

Het verbod om via de statuten leden met hoge risicoprofielen uit te sluiten is ook een fundamentele concurrentieregel, maar dat wordt vooral via de goedkeuring van de statuten nagekeken.

Tenslotte houdt de CDZ toezicht op de democratische werking van de beheersorganen van de landsbonden en ziekenfondsen (de interne werking van de bestuursorganen van de HZIV en de KGV NMBS behoort respectievelijk tot de wetgeving op de OISZ en op de parastatalen). De samenstelling van de Algemene Vergadering, de verkiezing van de leden van de Raad van Bestuur, de aanstelling van het leidinggevend personeel van de landsbonden en ziekenfondsen en de naleving van bevoegdheidsverdeling tussen deze organen en actoren wordt door de CDZ gecontroleerd om het democratische karakter van de landsbonden en ziekenfondsen te verzekeren: de mutualistische organisaties mogen geen winstoogmerk hebben, moeten door hun leden worden beheerd en het bevorderen van de gezondheid van hun leden als doel hebben. Ook de aanstelling en de werking van de auditdiensten en van de bedrijfsrevisoren wordt in dit kader gecontroleerd.

B. Inputs voor de controles

De CDZ beschikt over een aantal informatiestromen om zijn controleopdrachten uit te voeren, die overgedragen worden door het RIZIV, de mutualistische organisaties en de bedrijfsrevisor. Het RIZIV draagt financiële informatie omtrent de VZIV over aan de CDZ. De statuten en de samenwerkingsakkoorden van de landsbonden en ziekenfondsen dienen eveneens als basis voor de uit te voeren controle. Bovendien is er een geïnformateerde overdracht van financiële en statistische gegevens van de verzekeringsinstellingen naar de CDZ⁹ (Hancké et al., 2000:137). De CDZ beschikt daarnaast over het jaarverslag en eventueel de gerichte rapportages van de bedrijfsrevisor.

Sinds kort tracht de CDZ een proces op gang te brengen waarbij er overleg en informatieoverdracht zou plaatsvinden tussen de auditcomités (en/of –diensten) van de verzekeringsinstellingen en de CDZ. Op dat vlak bestaan er historisch twee perspectieven.¹⁰ In het eerste perspectief staat het principe van “verzekering” centraal. Hierin worden alle documenten van het auditcomité aan het controleorgaan overgedragen. Dit zou het standpunt van de CDZ in het begin van de jaren negentig geweest zijn: elk document is welkom. De verzekeringsinstellingen zouden deze

⁹ Twee programma's werden door de CDZ ontwikkeld waardoor de mutualistische organisaties gegevens kunnen overdragen naar de CDZ toe. Het ETAC programma betreft de overdracht van de bijdragetabellen voor de diensten van de VAV, terwijl het EGUS programma betrekking heeft op de overdracht van de jaarrekeningen en andere statistieken van de VZIV en de VAV. Het systeem voert na de inbreng van gegevens allerlei rekenkundige en logische controles uit.

¹⁰ In feite is er één en niet twee inspiratiebronnen voor de CDZ: de CBFA. Maar de CBFA is ontstaan uit de fusie van twee controleorganen, het controleorgaan voor bank en financiën enerzijds en voor verzekering anderzijds. Beiden hanteerden andere opvattingen over de samenwerking met de auditcomités. Daarom zijn er twee inspiratiebronnen.

benadering echter geweigerd hebben om hun autonomie te houden en om de effectiviteit van de audit niet in gevaar te brengen. Zij vreesden immers dat de auditcomités zelfcensuur zouden plegen om administratieve sancties te vermijden en dat hun ziekenfondsen geen vertrouwen meer zouden hebben t.a.v. de auditdiensten. Men heeft daarom een perspectief gekozen waarin het principe “bank” centraal staat. Hier worden slechts de belangrijkste documenten aan de CDZ overgedragen en wordt vooral de samenwerking tussen het auditcomité en het controleorgaan gezocht. Het is onduidelijk hoe ver dit proces staat. Auditverslagen zouden wel overgedragen worden, maar dit lijkt nog op vooral informele en vrijwillige basis te gebeuren.

C. Controleactiviteiten

De controle van de CDZ is van administratieve aard. Er wordt gekeken of de regelgeving al dan niet nageleefd werd. Als bijvoorbeeld blijkt dat een handeling van een ziekenfonds de toekomstige financiële gezondheid in het gevaar zal brengen, maar dat de regelgeving nageleefd wordt, kan de CDZ slechts gebruik maken van zijn adviesbevoegdheid aan de verzekeringsinstelling of aan de minister om dit aan te kaarten. De mutualistische organisaties zijn immers vrije, onafhankelijke organisaties die hun beslissingen nemen in alle verantwoordelijkheid, voor zover ze wetmatig handelen.

De controleactiviteiten bestaan dus uit de analyse van de beschikbare documenten en uit de toetsing ervan aan de regelgeving. Als blijkt dat er onregelmatigheden zijn gebeurd, kan de CDZ bijkomende informatie aan de betrokken organisatie of door inspecteurs ter plaatse opvragen. Daarvoor beschikt de CDZ over tien financieel-inspecteurs, twee financiële inspecteurs-directeurs en een inspecteur-directeur-generaal.

De controleactiviteiten leiden tot bepaalde outputs.

D. Outputs van de controles

De financiële controle leidt tot het opstellen van een verslag waar de financiële toestand van de verzekeringsinstellingen naast elkaar wordt geplaatst en aan al de verzekeringsinstellingen gecommuniceerd (Hancké et al., 2000:138). Toch vormt het geen benchmarking op zich.

Voor al de controlevormen (financiën, interne werking en concurrentie) kan de CDZ met de verzekeringsinstelling overleggen en/of hen een administratieve sanctie opleggen. Er is een waaier aan administratieve sancties (art. 60 ziekenfondswet):

- administratieve boetes: voor een aantal gevallen voorziet de wet de hoogte van de geldboete. (tussen 25 en 12 500 euro (art. 60bis)). In de andere gevallen kan de CDZ zelf een geldboete van 100 tot 500 euro opleggen;
- in geval van inbreuk op de bepalingen betreffende de statuten, de financiën, de interne controle en audit en de bedrijfsrevisoren, kan de CDZ een termijn aan de landsbond toekennen om de toestand te regulariseren. Tijdens deze termijn oefent de landsbond de bevoegdheden van de beheersorganen van de ziekenfondsen uit. Als na afloop van de termijn de regularisatie niet uitgevoerd is, wordt een dwangsom aan de landsbond opgelegd tot aan de regularisatie. (art. 60, 2°; 60ter).

De CDZ kan bovendien:

- de erkenning van de betrokken dienst van de VAV intrekken;
- een bijzonder commissaris benoemen. In dit geval moet elke beslissing van de landsbond/ziekenfonds door hem goedgekeurd worden;
- de overtredingen in het Belgisch Staatsblad of andere media bekendmaken (art. 62). Dit is een krachtig drukmiddel;
- de rechtswege ontbinding van de mutualistische organisatie verklaren.

De dossiers die niet onder de bevoegdheid van de CDZ vallen worden naar de juiste instantie verzonden, voor zover dit de door de wet voorziene discretieplicht (art. 59) niet overtreedt, wat enkel beperkte mogelijkheden aanbiedt.

Over het algemeen kunnen de controleactiviteiten teruggekoppeld worden tot de regulerende functie van de CDZ: adviezen aan de minister kunnen uitgebracht worden en/of nieuwe omzendbrieven kunnen uitgevaardigd worden.

E. Vaststellingen en aanbevelingen

Terwijl de samenwerkingsakkoorden van de mutualistische organisaties met vzw's een input voor de controle van de CDZ zijn, worden de vzw's hier niet rechtstreeks¹¹ gecontroleerd. Nochtans

¹¹ De mutualistische vzw's worden door de bedrijfsrevisoren en de bestuurs- en controleorganen van de mutualistische organisaties gecontroleerd. De CDZ krijgt toegang tot deze documenten, voor zover zij deze inlichtingen nodig achten om de

bestaan er vzw's die feitelijk deel uitmaken van mutualistische organisaties, zoals de 'patrimoniale vzw's' die het patrimonium van de mutualistische organisatie beheert of de 'vzw's juridische fictie' die opgericht zijn om subsidies van andere besturen te mogen ontvangen.

In de sector vindt er een debat plaats over de opportuniteit van het uitbreiden van de controlebevoegdheid van de CDZ tot de vzw's. Het achterliggende argument is dat eenzelfde VAV-product anders opgevolgd wordt naargelang het intern of in het kader van een vzw georganiseerd wordt. Het organiseren van een dienst in het kader van een vzw eerder dan intern zou dan een middel kunnen zijn om aan de controles van de CDZ te ontsnappen. De verzekeringsinstellingen hebben geen bezwaar tegen dit principe, maar er bestaat geen consensus over de uitvoering daarvan. Nochtans zijn drie vaststellingen hier van belang.

Ten eerste, als men op dit punt wenst in te grijpen, moet er rekening gehouden worden met het onderscheid tussen de feitelijke "mutualistische vzw's" (de vzw's "juridische fictie" en de "patrimoniale vzw's") en de "onafhankelijke vzw's" die dienstverleningcontracten sluiten onder andere met mutualistische organisaties. Deze laatste vorm van vzw zou aan de sturingsstructuur van de tak moeten ontsnappen omdat het geen mutualistische organisatie is maar gewoon een partnerorganisatie. *Deze opmerking is afkomstig van het onderzoeksteam en drukt geen consensus onder de verzekeringsinstellingen uit.*

Ten tweede, ook als de CDZ geen controlebevoegdheid heeft m.b.t. de "mutualistische vzw's", houden de interne controle- en auditsystemen en de bedrijfsrevisoren van de landsbonden wel toezicht. Om de controle op de mutualistische vzw's te versterken, kan er ook nagedacht worden over het oprichten en versterken van de banden tussen de CDZ en de interne auditororganen, eerder dan nieuwe sturingsvormen op te richten. De CDZ zou bijvoorbeeld een soort 'audit op audit' kunnen uitvoeren wat de mutualistische vzw's betreft. *Deze opmerking is afkomstig van het onderzoeksteam en drukt geen consensus onder de CDZ en de verzekeringsinstellingen noch onder de verzekeringsinstellingen onderling uit.*

Ten derde zou het systeem zeker aan transparantie winnen als al de onroerende en roerende goederen door de landsbonden en ziekenfondsen bezet zouden worden.

financiële toestand van het ziekenfonds of van de landsbond te controleren. De CDZ kan derhalve over een aantal gegevens beschikken betreffende de mutualistische vzw's. Maar formeel heeft de CDZ geen controlebevoegdheid t.o.v. deze organisaties.

HOOFDSTUK 3 – STURING EN OPVOLGING VAN DE UITVOERING DOOR DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN VAN HUN OPDRACHTEN

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de ingezette instrumenten waarmee de uitvoering van de overheidsopdrachten door de verzekeringsinstellingen aangestuurd en opgevolgd wordt.

Ten eerste wordt er ingegaan op de financiële instrumenten in de VZIV: de financieringsstelsels voor de ziekte- (1) en de invaliditeitsverzekering (2) en voor de administratiekosten (3) worden hier procesmatig geanalyseerd.

Daarna worden de instrumenten voor medische en administratieve controle (4) grondig nagekeken.

Tot slot wordt de aansturing van de VAV-producten van de mutualistische organisaties geanalyseerd (5).

1. FINANCIËLE STURING VAN DE UITVOERING VAN DE VERPLICHTE

ZIEKTEVERZEKERING

Allereerst moet er herhaald worden dat deze sectie slechts een van de twee verplichte verzekeringen betreft, met name de verplichte ziekteverzekering. Noch de verplichte invaliditeitsverzekering noch de aanvullende verzekeringsproducten worden aan dit financiële systeem onderworpen.

Tot 1995 werden al de uitgaven die de verzekeringsinstellingen deden in het kader van de ziekteverzekering terugbetaald. Theoretisch bestond er wel een financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen maar die werd nooit toegepast. In de praktijk werd de begroting gewoon aangepast aan de uitgaven (Schokkaert et al., 2003:10).

Om de stijgende kosten van de ziekteverzekering onder controle te houden, werd vanaf 1995 een systeem van financiële verantwoordelijkheid voor de uitgaven in de verplichte ziekteverzekering voorzichtig ingevoerd (Schokkaert et al., 2003:10).

Het nieuwe responsabiliseringssysteem bestaat uit twee luiken. Ex ante hangt een deel van de inkomsten van de verzekeringsinstellingen af van de toepassing van een ‘normatieve verdeelsleutel’. Deze houdt rekening met het risicoprofiel van de leden. Ex post worden de verzekeringsinstellingen financieel verantwoordelijk gesteld voor een deel van het saldo van de verplichte ziekteverzekering.

Hierna analyseren we dit ganse proces in een tijdsperspectief. Voor het boekjaar wordt de globale begrotingsdoelstelling vastgesteld. De wegingsparameter en de normatieve verdeelsleutel, die de vaststelling van het inkomstenaandeel van elke verzekeringsinstelling mogelijk zullen maken, worden eveneens ex ante aangenomen. Tijdens het boekjaar wordt de begroting uitgevoerd en eventueel bijgestuurd. Na het boekjaar (ex post) worden het inkomstenaandeel en de financiële verantwoordelijkheid van elke verzekeringsinstelling vastgesteld en de rekeningen afgesloten

A. Ex ante

a. Groei­norm en vaststelling van de globale begrotingsdoelstelling

Het opstelproces van de globale begrotingsdoelstelling voor de ziekteverzekering is van incrementele aard. Vier fasen zijn te onderscheiden. Ten eerste worden financiële noden geschat via allerlei overeenkomsten- en akkoordencommissies en de verschillende technische comités van de DGV van het RIZIV. Ten tweede stelt het Verzekeringscomité van de DGV een ontwerp van globale begroting op. Hierop volgt er een politieke onderhandeling tussen de Commissie voor Budgettaire Controle van de DGV van het RIZIV en de minister. Ten slotte wordt de globale begrotingsdoelstelling door de Algemene Raad van de DGV van het RIZIV aangenomen (Corens, 2007:41).¹²

Hoewel de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigd worden in alle organen die mee beslissen over de begroting, lijkt de regering een bepalende rol in het proces aan te nemen. De begroting volgt immers de ‘groei­norm’ voor de uitgaven in de ziekteverzekering die in het regeerakkoord verankerd werd. Bovendien wordt de globale begrotingsdoelstelling in de Algemene Raad slechts met een tweederde meerderheid aangenomen, en moet de regering hiermee instemmen. In de praktijk past men gewoon de groei­norm toe op de uitgaven van het jaar voordien. De groei­norm is vastgesteld door rekening te houden met de voorziene evolutie van de uitgaven die voortvloeien uit de tarievenaanpassingen en met de eventuele nieuwe maatregelen die de regering van plan is aan te nemen tijdens de legislatuur.

Eens de globale begrotingsdoelstelling wordt aangenomen, wordt deze in normatieve en werkelijke uitgaven verdeeld.

¹² Het verzekeringscomité splitst dan de globale begroting in deelbegrotingen. Op deze basis onderhandelen de verzekeringsinstellingen en de zorgverstrekkers de tariefaanpassingen in de overeenkomsten- en akkoordencommissies van de dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV.

b. Verdeling van de globale begrotingsdoelstelling in normatieve en werkelijke uitgaven

De globale begrotingsdoelstelling wordt kunstmatig in twee verdeeld, op basis van een wegingsparameter. Het eerste deel van de begroting is het “normatief budget”. Het tweede deel is het “budget werkelijke uitgaven”.

Voor 1995 was de wegingsparameter gelijk aan nul: de globale begrotingsdoelstelling werd systematisch aangepast aan de uitgaven die de verzekeringsinstellingen deden. Dit gaf samen met andere factoren aanleiding tot zware tekorten. Tussen 1995 en 1997 bedroeg de wegingparameter 10%. Vanaf 1998 tot 2000 is deze tot 20% gestegen. Sinds 2001 bedraagt de wegingsparameter 30% (art. 196 §1 VZIV-Wet). De Koning kan deze wegingsparameter naar 40% doen stijgen na een overlegproces met de beheersorganen van het RIZIV en van de CDZ, tijdens hetwelk de verzekeringsinstellingen geraadpleegd worden (art. 196 §5)¹³.

Er bestaat geen consensus tussen de actoren om de hoogte van de wegingsparameter te doen stijgen.

- *Contra: als (ceteris paribus) de verzekeringsinstellingen meer dan nu op basis van hun risicoportefeuille zullen gefinancierd worden, zou dit een beperking van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg kunnen betekenen, omdat de bijdrage bestemd tot het dekken van de tekorten te hoog zou zijn voor bepaalde bevolkingsgroepen.*
- *Pro: sinds 2008 is de normatieve verdeelsleutel rijker geworden (zie infra). Als de verzekeringsinstellingen erin slagen hun uitgaven te beheersen, zou een verhoging van het gewicht van de normatieve financiering niet als gevolg hebben dat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg beperkt wordt.*

De globale begrotingsdoelstelling wordt dus in twee budgetten verdeeld op basis van een wegingsparameter die nu 30% bedraagt. Het “normatieve budget” bedraagt 30% van de globale begrotingsdoelstelling. Het zal in functie van de toepassing van de normatieve verdeelsleutel onder de verzekeringsinstellingen verdeeld worden. Het budget “werkelijke uitgaven” bedraagt 70% van de globale begrotingsdoelstelling. Het zal onder de verzekeringsinstellingen verdeeld worden in functie van het percentage van de uitgaven die elke verzekeringsinstelling het jaar voordien gedaan heeft.

¹³ De meeste actoren is geen vragende partij om de hoogte van de wegingparameter in de toekomst te doen stijgen: als (ceteris paribus) de verzekeringsinstellingen meer dan nu op basis van hun risicoportefeuille gefinancierd werden, zou het een beperking van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg betekenen.

Het inkomstenaandeel van elke verzekeringsinstelling hangt dus voor 70% af van de werkelijke uitgaven van het jaar voordien¹⁴, en voor 30% van de toepassing van de normatieve verdeelsleutel.

c. Vaststelling van de normatieve verdeelsleutel

Naar het voorbeeld van privéverzekeraars die hun premies bepalen in functie van het risicoprofiel van hun klanten, staat de normatieve verdeelsleutel voor de financiering van de verzekeringsinstellingen in functie van het risicoprofiel van hun leden. Concreet gaat het om een algebraïsche formule die het verdelen van het normatieve budget onder de verzekeringsinstellingen mogelijk maakt.

De normatieve verdeelsleutel wordt per K.B. bepaald, op basis van het voorstel van de Algemene Raad van de DGV van het RIZIV. Daarvoor baseert de Algemene Raad zich op het voorstel van een aantal door hem aangewezen universitaire experts¹⁵ en op het advies van het Verzekeringscomité (art 196 §2 VZIV-wet). Men merkt op dat de verzekeringsinstellingen in beide organen worden vertegenwoordigd.

Het doel is het opstellen van correlaties tussen bepaalde individuele eigenaardigheden en bepaalde gezondheidskosten. Om dit doel te bereiken werden drie opeenvolgende K.B.'s tot vaststelling van de normatieve verdeelsleutel uitgevaardigd. Tot aan 2002 werd er met gegevens gewerkt die geaggregeerd werden op het niveau van de ziekenfondsen (Schokkaert et al., 2003:16). Omdat er geen individuele gegevens waren, garandeerde deze werkwijze geen grote objectiviteit van de schattingen. Vanaf 2002 wordt er gebruik gemaakt van individuele gegevens per lid, en men werkt met een grotere steekproef (ongeveer 300 000 waarnemingen). Dit laat toe om een meer kwaliteitsvolle normatieve verdeelsleutel te krijgen.

Allereerst wordt de globale begrotingsdoelstelling (en niet het normatieve budget) per doelgroep opgesplitst naargelang het aandeel van die groepen in de werkelijke uitgaven van het jaar voordien. Vijf doelgroepen en bijhorende budgetten worden zo geïdentificeerd. Twee in de algemene regeling en drie in de regeling zelfstandigen. De normatieve verdeelsleutel dient tot het verdelen van deze "doelgroepenbudgetten" onder de verzekeringsinstellingen en bevat twee delen.

¹⁴ Op de vraag "hangt het budget werkelijke uitgaven af van de uitgaven van het huidige jaar of van deze van het jaar voordien?" werden tijdens de interviews tegensprekelijke antwoorden gegeven. Hier sluiten wij ons aan tot een ambtelijke hoofdspeler van de tak.

¹⁵ De universitaire experts zijn het Centrum voor Economische Studiën van de K.U.Leuven, onder de leiding van Prof. Dr. Erik Schokkaert, en de DULBEA van de U.L.B., onder de leiding van Prof. Dr. Paul Kestens.

In het eerste deel van de normatieve verdeelsleutel worden de vijf “doelgroepenbudgetten” onder de verzekeringsinstellingen verdeeld volgens het percentage van de betrokken doelgroep bij elke verzekeringsinstelling.

Het tweede deel van de formule bevat de correctie voor de verschillende risicobeïnvloedende variabelen. Nadat al de mogelijke beïnvloedende variabelen door de universitaire ploeg geïdentificeerd zijn, vindt er een politieke beslissing plaats: er wordt een onderscheid gemaakt tussen de variabelen waarvoor de verzekeringsinstellingen al dan niet gecompenseerd zullen worden¹⁶ (Schokkaert et al., 2003:17). De universitaire ploeg houdt vervolgens rekening met de hierna opgesomde variabelen. Aan elke van deze variabelen wordt een coëfficiënt verbonden. Toegepast op het ledenbestand van de verzekeringsinstellingen, zorgen ze voor de gedeeltelijke aanpassing van de financiering van de verzekeringsinstelling op hun risicoportefeuille.

	Algemeen stelsel	Stelsel der zelfstandigen
Beroepsbevolking	geslacht, leeftijd, werkloosheid, ambtenaren, sterftecijfer, invaliditeit, bevolkingsdensiteit en huisvestingskwaliteit	aantal personen ten laste, inkomsten, sterftecijfer, bevolkingsdensiteit, huisvestingskwaliteit
Invaliden	aantal ten laste personen, sterftecijfer	Leeftijd en inkomsten
Gepensioneerden	aantal ten laste personen, sterftecijfer, huisvestingskwaliteit	leeftijd, aantal personen ten laste, bevolkingsdensiteit
Weduwen en wezen	leeftijd en sterftecijfer	Leeftijd en sterftecijfer

Tabel 3.1 – Weergehouden risicobeïnvloedende variabelen

(Bron: Schokkaert et al., 2003:16-17)

Alle risicobeïnvloedende variabelen waarvoor de verzekeringsinstellingen geen financiële compensatie krijgen hebben betrekking tot de aanbodzijde, d.i. de geografische concentratie van de zorgverleners. Het is ruim aanvaard dat de vraag naar ‘gezondheid’ door het aanbod geïnduceerd wordt. Het aanbod slaat op de geografische nabijheid van zorgverleners (artsen, ziekenhuizen, apotheken,...). Vandaar de vraag om geografische gegevens al dan niet in de normatieve verdeelsleutel te integreren. Dit vraagstuk komt herhaaldelijk in het debat terug. Twee standpunten zijn te onderscheiden.

Aan de ene kant wordt er ervan uitgegaan dat een financieel verdeelsysteem met alle variabelen rekening moet houden die de uitgaven kunnen beïnvloeden. Enerzijds om als een indicator, een te

¹⁶ Al de variabelen worden gemeten, maar de verzekeringsinstellingen worden niet voor al de variabelen gecompenseerd.

bereiken financiële doelstelling te fungeren. Anderzijds om te vermijden dat bepaalde doelgroepen meer welkom zijn dan anderen bij de verzekeringsinstellingen. De prikkel daartoe zou bijvoorbeeld liggen in het feit dat een verzekeringsinstelling evenveel geld voor een Brusselaar als voor een Vlaming ontvangt (als men slechts naar de normatieve verdeelsleutel kijkt) terwijl de kosten verschillend zijn, onder andere omdat de concentratie van zorgverleners hoger is in Brussel. Degenen die dit argument naar voren brengen pleiten derhalve voor de integratie van geografische variabelen in de normatieve verdeelsleutel.

Aan de andere kant wordt er van uitgegaan dat de normatieve verdeelsleutel slechts die variabelen moet inhouden waarop de verzekeringsinstellingen kunnen inspelen. De verzekeringsinstellingen kunnen tot op een zekere hoogte invloed uitoefenen op de vraag van hun leden. De vraaggerelateerde variabelen moeten dan in de normatieve verdeelsleutel geïntegreerd worden. De verzekeringsinstellingen bepalen daarentegen de geografische vestiging van de zorgverleners niet. De aanbodgerelateerde variabelen moeten daarom ook geen rol spelen in de verdeling van de middelen onder de verzekeringsinstellingen. Nochtans luidt het dat een verantwoordelijke verzekeringsinstelling daarop zou moeten ingrijpen (bvb. door haar leden te informeren om niet naar ziekenhuizen te gaan waar men overproductie organiseert tegen te hoge prijzen, door leden aan te moedigen om altijd eerst langs de huisarts te gaan, etc.).

Het gaat uiteraard over een politieke (niet-) beslissing die te relateren is aan het ruimere politieke debat rond de financiële transfers van het Noorden naar het Zuiden van het land. Op het eerste gezicht lijkt het logisch om geografische gegevens in de normatieve verdeelsleutel op te nemen, naar het voorbeeld van de verzekeringssector waar de premie een weerspiegeling is van alle risico's. Maar deze integratie zou erop neerkomen dat de uitgavenverschillen tussen de gewesten officieel becijferd worden. Dit laat de deur open voor een responsabilisering van de verzekeringsinstellingen, maar ook van de Gewesten voor de hoogte van de uitgaven in de gezondheidszorg. Mocht de normatieve verdeelsleutel alle mogelijke uitgavenbeïnvloedende variabelen inhouden, dan zou het technisch mogelijk zijn de gewesten objectief te financieren en verantwoordelijk te stellen voor de eventuele tekorten, om de principes van nationale solidariteit en gewestelijke verantwoordelijkheid te verzoenen (Schokkaert et al., 2007).

Het lijkt erop dat de posities van de politieke actoren in dit debat meer te maken hebben met de responsabilisering van de gewesten dan van de verzekeringsinstellingen. Het zou wenselijk zijn om de twee debatten van elkaar af te scheiden. De normatieve verdeelsleutel heeft vooreerst te maken met de rol van de verzekeringsinstellingen in de uitgavenbeheersing.

d. Maandelijksse voorschotten

Om het inkomstenaandeel van elke verzekeringsinstelling te bepalen zijn gegevens nodig: de globale begrotingsdoelstelling, de wegingsparameter, de uitgaven van het jaar voordien, de normatieve verdeelsleutel en de ledenverdeling van het huidige boekjaar.

De globale begrotingsdoelstelling, de wegingsparameter, en de normatieve verdeelsleutel zijn vóór de aanvang van het boekjaar vastgesteld. Maar de gegevens over de uitgaven van het jaar voordien en over de ledenverdeling tijdens het huidige boekjaar kunnen niet vóór het begrotingsjaar vastgesteld worden.

Daarom is het praktisch onmogelijk om het inkomstenaandeel van elke verzekeringsinstelling voor het boekjaar vast te stellen. De begroting moet eerst uitgevoerd worden, pas daarna kan men weten wie welk inkomstenaandeel moest krijgen.

In de praktijk worden de mogelijke inkomstenaandelen van de verzekeringsinstellingen maand na maand geraamd op basis van de beschikbare gegevens (globale begrotingsdoelstelling en norm- en werkelijke uitgaven van het jaar voordien). Het RIZIV schiet dan de verzekeringsinstellingen voor onder de regeling van de voorlopige twaalfden.

B. Ex nunc: uitvoering en bijsturing van de begroting

“Met het financieel verantwoordelijk stellen van de ziekenfondsen wordt er [...] uitgegaan van de verwachting dat de ziekenfondsen een reële invloed hebben op de uitgaven” (Hancké et al., 2000:34). Hoewel dit wel het idee achter de prospectieve financiering van de verzekeringsinstellingen is, belemmeren een aantal basisprincipes van de Belgische ziekteverzekering dat de verzekeringsinstellingen, door de begroting uit te voeren, een tastbare invloed op de uitgaven uitoefenen.

Gezien de autonomie van de verzekeringsinstellingen beperkt is om individueel efficiëntiewinsten te behalen, wordt de begroting tijdens het boekjaar bijgestuurd en aan de evolutie van de uitgaven aangepast.

a. Uitvoering van de begroting en uitgavenbeheersing

In de privéverzekeringssector variëren de premies naargelang de risico's, en de verzekeraars zijn vrij om de kosten proberen in te perken. In de sociale zekerheid worden de verzekeringsinstellingen

deels naargelang de risico's gefinancierd en ze kunnen slechts gedeeltelijk de hoogte van de uitgaven beïnvloeden.

Tot nu toe zijn er twee middelen voor een individuele verzekeringsinstelling om invloed uit te oefenen op de uitgaven.

Aan de ene kant kunnen ze hun leden sensibiliseren over de meest efficiënte levenshoudingen: verantwoord gebruik van de correcte geneesmiddelen, een generalist raadplegen vooraleer naar een specialist te gaan, gezond leven, enzovoort. Als de verzekeringsinstellingen €2,69 per lid per jaar aan sensibilisering uitgeven, ontvangen ze zelf heel het bedrag dat aan dit criterium in de regeling der administratiekosten wordt toegekend. De effecten van deze uitgaven op het saldo van de ziekteverzekering is echter onzeker.

Aan de andere kant kunnen de adviserend-geneesheren ook een rol spelen door hun voorafgaande visum aan bepaalde uitgaven te geven.

De rol van de adviserend-geneesheren zou ruimer zijn dan het geven van visa. In de praktijk zouden ze ook een belangrijke rol spelen in het sensibiliseren van de leden.

Ook collectief kunnen de verzekeringsinstellingen de uitgaven beïnvloeden, via hun medebeslissingsmacht in de beheersorganen van het RIZIV. Er rust een gedeelde collectieve verantwoordelijkheid op de verzekeringsinstellingen om het ziekteverzekeringssysteem zuinig, efficiënt en effectief te organiseren.

Maar er zijn ook belangrijke beperkingen die belemmeren dat de verzekeringsinstellingen een tastbare invloed op de uitgaven uitoefenen.

Ten eerste hebben alle burgers recht op dezelfde voordelen ongeacht tot welke verzekeringsinstelling ze behoren: de verzekeringsprestaties worden op het nationale niveau onderhandeld tussen de zorgverleners, de verzekeringsinstellingen, de sociale partners en de regering. De verzekeringsinstellingen voeren gewoon uit, en de DAC van het RIZIV houdt toezicht op de gelijke behandeling van de burger door de verzekeringsinstellingen.

Ten tweede geldt de keuzevrijheid van de patiënt: hij richt zich naar de zorgverlener van zijn keuze. De verzekeringsinstellingen kunnen deze keuzevrijheid niet beperken tot slechts die zorgverleners die als kostbewust bekend staan.

Ten derde is er het principe van de therapeutische vrijheid en de medische geheimhouding van de zorgverleners: de zorgverlener beoordeelt op basis van zijn vaardigheden welke behandeling de patiënt nodig heeft. De medische geheimhouding belemmert dat zijn beslissingen geëvalueerd worden.

Tijdens het boekjaar voeren de verzekeringsinstellingen de begroting uit op twee wijzen (Corens, 2007:70).

In de terugbetalingsregeling richten de patiënten zich naar de zorgverlener van hun keuze en betalen ze eerst zelf de verstrekte zorgen. Op basis van de getuigschriften voor versterkte hulp die ze indienen, worden ze (gedeeltelijk) door hun verzekeringsinstelling terugbetaald. Het resterende deel (het zogenaamde remgeld) komt te hunnen laste of eventueel ten laste van hun aanvullende ziekteverzekering.

In de derdebetaleregeling ontvangen de verzekeringsinstellingen de factuur rechtstreeks van de zorgverlener of van de apotheker en betalen ze deze volgens de door de nomenclatuur vastgestelde tarieven. Het remgeld komt ten laste van het lid of van zijn aanvullende ziekteverzekering.

b. Begrotingsbijsturingen

Omdat de manoeuvreerruimte van de verzekeringsinstellingen bijzonder gering is, wordt er niet gewaarborgd dat de uitgaven binnen het budget blijven. In theorie zouden de verzekeringsinstellingen gezamenlijk het verschil moeten dragen.

In de praktijk wordt de uitvoering van de begroting door de commissie voor begrotingscontrole van de DGV van het RIZIV strikt gecontroleerd (Corens, 2007:41). Indien nodig wordt de globale begrotingsdoelstelling min of meer aan de werkelijke uitgaven aangepast. Deze bijsturingen brengen met zich mee dat het inkomstenaandeel van de verzekeringsinstellingen evolueert omdat de globale begrotingsdoelstelling automatisch over het budget “werkelijke uitgaven” enerzijds en het “normatieve budget” anderzijds verdeeld wordt.

In de werkelijkheid kent dus elke verzekeringsinstelling slecht achteraf hoeveel haar inkomstenaandeel bedroeg. Op het moment van de afsluiting van de rekeningen worden het inkomstenaandeel en het saldo van elke verzekeringsinstelling vastgesteld.

C. Ex post

a. Vaststelling van het inkomstenaandeel van elke verzekeringsinstelling

In theorie worden de verzekeringsinstellingen prospectief gefinancierd op basis van hun werkelijke uitgaven en van hun risicoportefeuille. In de praktijk worden de inkomstenaandelen van de verzekeringsinstellingen slechts na het boekjaar vastgesteld. Dit omwille van twee redenen.

Ten eerste moet men weten hoeveel de begroting uiteindelijk bedraagt. Dit kan slechts na het boekjaar.

Ten tweede moet er rekening gehouden worden met de ledentransfers tijdens het jaar om het ledenbestand en de genormeerde uitgaven van de verzekeringsinstellingen te kunnen vaststellen.

Daarenboven is het K.B. tot vaststelling van de normatieve verdeelsleutel vanaf het jaar 2002 uitgevaardigd met drie jaar uitstel: zo kon de begroting 2002 slechts in 2005 bepaald worden (Rekenhof, 2007:486).

Eens het inkomstenaandeel van elke verzekeringsinstelling is vastgesteld, is het mogelijk de financiële verantwoordelijkheid van elke verzekeringsinstelling te bepalen.

b. Vaststelling van de financiële verantwoordelijkheid van elke verzekeringsinstelling

Als de verzekeringsinstellingen gecompenseerd worden voor de verschillen in hun risicoportefeuille, moeten ze ervoor zorgen dat de uitgaven binnen de norm blijven. Hiervoor moeten ze financieel verantwoordelijk gesteld worden, anders is het zinloos om de inkomsten te laten afwijken in functie van de risicoprofielen. Toch zijn er uitzonderingen op het principe van de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen.

Het saldo van een verzekeringsinstelling in de verplichte ziekteverzekering is het verschil tussen haar inkomstenaandeel en de gedane uitgaven. Toch worden bepaalde uitgaven uitgesloten voor het bepalen van het saldo: het gaat om de door de Algemene Raad van de DGV van het RIZIV aangewezen uitgaven die veroorzaakt zijn door ernstige of uitzonderlijke onvoorziene uitgaven (art. 197 §3 VZIV-wet), en de uitgaven die rechtstreeks door het RIZIV worden verricht (art. 197 §3bis).

Op voorwaarde dat de globale begrotingsdoelstelling met meer dan 2% wordt overschreden¹⁷, wordt het zelf te dekken deel van het verlies beperkt tot 2% van het inkomstenaandeel van elke verzekeringsinstelling (art. 197 §4).

Slechts een deel van het saldo komt in aanmerking voor het bepalen van de individuele financiële verantwoordelijkheid van elke verzekeringsinstelling. Dit deel bedraagt (art. 198 §2, 2^{de} lid en 199 §3) 15% voor de jaren 1995, 1996 en 1997, 20% voor de jaren 1998, 1999 en 2000 en 25% voor de jaren vanaf 2001. De evolutie van deze percentages gaat samen met de evolutie van de wegingsparameter.

Een verzekeringsinstelling die een boekjaar met overschot afsluit, verwerft 25% van dit overschot. (art. 198 §2, 1^{ste} lid). Dit deel wordt gestort in een bijzonder reservefonds (art. 199 §1, 1^{ste} lid), dat als een soort “buffer” doorheen de tijd fungeert. Het fonds bedraagt 4,46 euro¹⁸ per aangeslotene¹⁹ (art. 199 §3) en wordt gefinancierd door het gestorte deel van de overschotten²⁰, door de bijdragen van de aangeslotenen²¹ en door storting uit eigen middelen (art. 199 §2, 1^{ste} lid). Als het saldo van de verzekeringsinstelling negatief is, wordt 25% van het verlies gedekt door beroep te doen op het fonds of op bijkomende bijdragen van de aangeslotenen (art. 198 §3).

Wat de principes van globaal en afzonderlijk beheer van de sociale zekerheid betreft, is het lot van het resterende deel van het saldo (75%) echter onduidelijk.

Als het saldo negatief is, lijkt het principe van afzonderlijk beheer te gelden: het resterende deel (75%) van het verlies telt voor de verdeling van het budget “werkelijke uitgaven” onder de verzekeringsinstellingen. Er is een collectieve verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen (art. 198 §3), op voorwaarde dat de globale begrotingsdoelstelling constant blijft. Maar de globale begrotingsdoelstelling wordt in de praktijk bijgestuurd waardoor het resterende deel van het verlies in feite door het globaal beheer gedekt wordt.

Als het saldo positief is, lijkt het principe van globaal beheer te gelden (de VZIV-wet zegt hier niets over).

¹⁷ Als de begrotingsdoelstelling met minder dan 2% wordt overschreden, kan de verzekeringsinstelling een mali moeten dekken dat groter is dan 2% van haar inkomstenaandeel.

¹⁸ Men onderscheidt verschillende fondsen: het boniereservefonds waarin boni terechtkomen in afwachting van toekomstige tekorten, en het bijdragereservefonds dat minstens 4,46 euros per titularis dient te bevatten en dat als buffer fungeert.

¹⁹ Het beheer van dit fonds wordt door de CDZ gestuurd.

²⁰ Sinds 1997 worden de financiële interesten afkomstig uit de bijdragen van de gerechtigden bij de administratiekosten gevoegd. (art. 199 §3, 3^{de} lid)

²¹ De DAC van het RIZIV is belast met het toezicht op de inning van deze bijdrage (art. 199 §2, 6^{de} lid)

Voor de boekjaren 2007 en 2008 zou de tak echter het recht verkregen hebben om een deel van de eventuele overschotten uit het globale beheer te reserveren, om in de toekomst aan de vergrijzing van de bevolking via de VZIV tegemoet te komen. Maar in geen enkel geval zullen deze overschotten gebruikt kunnen worden om eventuele tekorten te financieren.

Er kan verondersteld worden dat de bijsturing van de globale begrotingsdoelstelling en het lot van het resterende deel van het saldo elementen zijn van bredere beleidsonderhandelingen binnen de tak en de sociale zekerheid in het algemeen.

c. Afsluiting van de rekeningen

In het 163^{ste} boek van het Rekenhof, wordt er ingegaan op de laattijdige goedkeuring en voorlegging van de rekeningen van het RIZIV. Er is een vertraging van ruim drie jaar (Rekenhof, 2007:487).

De normatieve verdeelsleutel is een van de redenen die deze vertraging verklaart (zie hoger). Zo zijn de inkomsten van de verzekeringsinstellingen voor het boekjaar 2004 slechts begin 2008 vastgesteld. Men kan natuurlijk de rekeningen niet afsluiten als men de inkomsten niet kent. Ook andere elementen kunnen deze toestand verklaren.

Ten eerste beschikken de burgers over twee jaar om de getuigschriften voor versterkte hulp bij hun ziekenfonds in te dienen. Omdat de uitgaven moeten worden gerekend op het boekjaar tijdens hetwelk deze werden gedaan, moet er twee jaar lang gewacht worden vooraleer de rekeningen te kunnen afsluiten.

Ten tweede is er het probleem van de ten onrechte betaalde prestaties die nog niet teruggevorderd zijn en waarvoor een procedure aan de gang is om ze ten laste van het systeem te laten vallen.

Ten vierde moet de bedrijfsrevisor, nadat al de gegevens gekend zijn, de rekeningen certificeren. Het Rekenhof verwijt hen de laattijdige uitvoering van hun controletaken (Rekenhof, 2007:495).

Ten slotte moeten, nadat alle verzekeringsinstellingen hun rekeningen hebben afgesloten, deze op het niveau van het RIZIV geconsolideerd worden.

Al deze elementen kunnen de vertragingen verklaren. Er wordt evenwel gewerkt aan een versnelling van de procedure. Twee sporen worden gehanteerd. Enerzijds kan men de rekeningen blijven afsluiten op de prestatiedatum. In dit kader kan men de termijn om de getuigschriften voor versterkte hulp in te dienen, verkorten. Er wordt nagedacht over het verminderen van deze termijn naar een jaar i.p.v. twee jaar. Anderzijds kan men ook de rekeningen afsluiten op de boekhouddatum. In dit geval hoeft men de termijnen niet verkorten om de getuigschriften in te dienen. Het voorstel van het Rekenhof dat werd aangenomen (werken met voorlopige gegevens die later marginaal bijgewerkt worden) mengt beide benaderingen (Rekenhof, 2007:493).

D. Vaststellingen en aanbevelingen

Door dit responsabiliseringstelsel voor de uitgaven in de verplichte ziekteverzekering te analyseren, valt op hoe de theoretische en empirische bevindingen van elkaar afwijken.

In theorie is het budget van de verplichte ziekteverzekering een sturingsinstrument. De globale begrotingsdoelstelling is om een beperkt budget te hanteren waarbinnen de verzekeringsinstellingen zich moeten redden. Vóór het boekjaar kent elke verzekeringsinstelling hoeveel haar inkomstenaandeel bedraagt. In de uitvoering van de begroting worden ze geprikkeld om hun inkomstenaandeel niet over te schrijden, en ze krijgen daarvoor de nodige autonomie. Het positieve of negatieve saldo van de verzekering wordt immers door de verzekeringsinstellingen gedragen, op een gezamenlijke (75%) en individuele (25%) wijze.

De empirische bevindingen trekken de sturende aard van het budget in twijfel. Ten eerste wordt de globale begrotingsdoelstelling voortdurend bijgestuurd opdat de begroting zou tegemoetkomen aan de werkelijke uitgaven van de verzekering. Dit heeft als effect dat het inkomstenaandeel van elke verzekeringsinstelling in de loop van het boekjaar evolueert. Het inkomstenaandeel kan derhalve niet als een indicator of een te bereiken financiële doelstelling fungeren. In de praktijk ontvangen de verzekeringsinstellingen maandelijkse voorschotten op basis van de beschikbare gegevens over de evolutie van de uitgaven, en rekening houdend met de normatieve verdeelsleutel. Ten tweede zijn de verzekeringsinstellingen niet echt in staat om hun uitgaven onder controle te houden en zo binnen de marges van hun inkomstenaandeel te blijven. Dat verklaart uiteraard dat de begrotingsdoelstelling en de inkomstenaandelen van de verzekeringsinstellingen regelmatig bijgestuurd worden. Ten derde dragen de verzekeringsinstellingen slechts 25% van het verbeterde verschil tussen hun inkomstenaandeel en hun werkelijke uitgaven. De resterende 75% van dit verschil wordt terugbetaald in geval van tekort. Een overschot wordt aan het globale beheer van de sociale zekerheid terugbetaald, en wordt daar, sinds kort, in een aparte reserve gehouden, die specifiek bestemd is voor de toekomstige noden van de tak ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Het stelsel lijkt zo het aangekondigde doel, met name de “responsabilisering” van de verzekeringsinstellingen, niet echt te halen. Het merendeel van de uitgaven wordt immers in de praktijk terugbetaald en de verzekeringsinstellingen kunnen hun uitgaven slechts beperkt onder controle houden. In feite zijn beide elementen (de terugbetaling enerzijds en het onvermogen in te grijpen op de uitgaven anderzijds) met elkaar verbonden.

Uit interviews blijkt dat het vanaf het begin de bedoeling is geweest om een hybride systeem te hebben, dat ligt tussen responsabilisering en terugbetaling. Binnen een terugbetalingsstelsel heeft men een zekere mate van responsabilisering willen invoeren die in verhouding stond met de impact die de ziekenfondsen kunnen uitoefenen en met de instrumenten waarover ze beschikken om de uitgaven te beheersen.

Daarop voerde België een bezuinigingsbeleid uit om tegemoet te komen aan de criteria van Maastricht met het oog op het invoeren van de euro. Men vond dat de ziekenfondsen voor een stuk ook aan de budgettaire inspanningen moesten bijdragen. Men heeft de verzekeringsinstellingen voor een deel van de tekorten verantwoordelijk gesteld, maar dat ging niet gepaard met een verzelfstandiging van de verzekeringsinstellingen. Het komt er eigenlijk op neer dat een deel van de financiële last van de overheid wordt overgedragen naar de verzekeringsinstellingen.

Volgens het inzicht van het onderzoeksteam kan het hybride karakter van het financieringssysteem toch verstoringen veroorzaken. Een terugbetalingsstelsel heeft voornamelijk als doel de gelijke behandeling van de burgers. Door de verzekeringsinstellingen prospectief te financieren voert men onvermijdelijk het risico in het systeem in dat men deze bevolkingsgroepen probeert te rekruteren die door de normatieve verdeelsleutel worden overgefinancierd. Het responsabiliseringsstelsel verstoort dus theoretisch het terugbetalingsstelsel. Aan de andere kant beoogt het invoeren van responsabiliseringsmechanismen het behalen van efficiëntiewinsten. De principes van een terugbetalingsstelsel belemmeren dat dit doel bereikt kan worden. Het terugbetalingsstelsel verstoort het responsabiliseringsstelsel. Beide elementen lijken elkaar met andere woorden tegen te werken.

In ons inzicht moeten deze tegenwerkende krachten tot een acceptabel niveau gereduceerd worden om een meer samenhangend systeem te verwezenlijken. A priori bestaan er twee zuivere financieringsstelsels: de integrale terugbetaling en de werkelijke responsabilisering. Beide stelsels

onderscheiden zich vooral van elkaar door de mogelijkheid om de uitgaven al dan niet te beheersen. Als dit niet mogelijk of wenselijk is, zou een integrale terugbetaling de voorkeur moeten krijgen. Als men responsabiliseert door een prospectieve financiering in te voeren en de instelling het saldo te laten dragen, lijkt het logisch dat het vermogen om de uitgaven te beheersen ook toegekend wordt.

Daarvoor is het noodzakelijk dat de verzekeringsinstellingen een grotere individuele invloed krijgen op de vraagzijde en/of op de aanbodzijde. Naast informatieverbreiding en overtuiging, kan men drie soorten instrumenten onderscheiden: controle en sanctie op de burgers en op de zorgverleners, het werken met contracten met klanten en/of leveranciers, en tarievenaanpassingen. Deze laatste twee vormen lijken onbespreekbaar te zijn in de Belgische context. Het enige punt waarop onderhandelingsruimte bestaat, is de organisatie van de controles van de uitvoering van de VZIV. Deze bevoegdheid werd tot nu toe verdeeld tussen het primaire en het secundaire netwerk, maar er bestaat ruimte ter vervolmaking. Daarop wordt later ingegaan.

Mogelijke instrumenten	Vraagzijde	Aanbodzijde
Informatie	✓	✓
Controle	(✓)	(✓)
Contracten	✗	✗
Tarievenaanpassingen	✗	✗

Tabel 3.2 – Mogelijke en bestaande instrumenten voor de verzekeringsinstellingen om de uitgaven in de verplichte ziektenverzekering te beheersen

De kwestie van het al dan niet responsabiliseren van de verzekeringsinstellingen is veel ruimer dan een zuiver begrotingstechnisch vraagstuk. Het gaat over een fundamenteel debat omtrent de organisatie van de tak en over de taakverdeling tussen de actoren. Idealiter zou de responsabilisering voor de uitgaven samen met de andere elementen van het systeem geregeld moeten worden.

Reactie van twee grote verzekeringsinstellingen

- Bij ene verzekeringsinstelling benadrukt men dat risicoselectie onaanvaardbaar is, en dat er sancties bestaan voor de verzekeringsinstellingen die dit zouden doen. Zou dit het geval zijn, dan zou de wetgever moeten ingrijpen. In het verlengde, acht men dat een uitbreiding van het responsabiliseringsstelsel niet opportuun zou zijn.
- Bij een andere verzekeringsinstelling benadrukt men dat het huidige financieringsstelsel wel een bijdrage levert tot de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen en de efficiëntie van de tak. De landsbond is toch van mening dat meer instrumenten beschikbaar zouden

moeten zijn om de uitgaven beter te beheersen. Omdat in elk geval een deel van de financiële last van de VZIV naar de verzekeringsinstellingen door de overheid wordt overgedragen, zouden de verzekeringsinstellingen ook meer autonomie moeten krijgen om hun uitgaven te beheersen.

2. FINANCIËLE STURING VAN DE UITVOERING VAN DE VERPLICHTE INVALIDITEITSVERZEKERING

Het financieringsstelsel van de invaliditeitsverzekering is redelijk eenvoudig: al de uitgaven dat de verzekeringsinstellingen doen, worden integraal terugbetaald.

Dit stelsel is geen sturingsinstrument op zich, omdat het geen bijzonder gedrag voorschrijft. Als dit stelsel een prikkel toch inhield, zou het in de richting zijn van een druk om uit te geven, gezien de rol dat de adviserend-geneesheer in de vaststelling van de primaire arbeidsongeschiktheid invult en de concurrentie dat de verzekeringsinstellingen ook op dat vlak met elkaar voeren.

De invoering van meer responsabilisering in dit stelsel lijkt niet op de agenda te zijn. In ons inzicht zou toch een debat kunnen plaatshebben over de harmonisering, tenminste op het financiële vlak, van de twee invaliditeitsregelingen.

3. FINANCIËLE STURING VAN DE ADMINISTRATIEKOSTEN VAN DE VERPLICHTE ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

De administratiekosten zijn de uitgaven die voortvloeien uit de toepassing van de wet betreffende de VZIV en die geen verzekeringsprestaties, geen ten onrechte betaalde prestaties en geen boetes zijn (art. 194 VZIV-wet).²² Men verstaat onder administratiekosten m.a.w. het geheel aan kosten die de verzekeringsinstellingen hebben om hun verplichtingen inzake de VZIV te kunnen uitvoeren (Hancké et al., 2000:65).

Op het vlak van administratiekosten onderscheidt men de regeling van de HZIV van de regeling van de andere verzekeringsinstellingen. Als OISZ ontvangt de HZIV een beheersbegroting ter dekking van haar administratiekosten (art. 11 OISZ-K.B.). Het K.B. dat de beheersbegrotingen van de OISZ (en dus van de HZIV) regelt, is in tegenspraak met de VZIV-Wet: uit het K.B. blijken de

²² Ze worden geheven op de verzekeringsinkomsten en verdeeld onder de sectoren (geneeskundige verzorging en uitkeringen) en de regelingen (algemeen en zelfstandigen). (195 §1, 1°)

beheersbegrotingen limitatief te zijn, terwijl de VZIV-Wet stelt dat de HZIV de tegenwaarde van haar werkelijke administratiekosten ontvangt (art. 195 §1).

Bepaalde actoren achten het behandelingsverschil tussen de HZIV, die vrijgesteld wordt van het responsabiliseringsstelsel, en de andere verzekeringsinstellingen, die wel aan dit stelsel onderworpen worden, niet gerechtvaardigd. Als de responsabilisering van de HZIV niet wenselijk of mogelijk is, zou men de maatregel moeten inlassen dat de andere verzekeringsinstellingen minstens dezelfde voordelen krijgen als de HZIV, op het vlak van begrotingsverhogingen en kwalificatie van de administratiekosten, luidt het.

Het toekenningsproces van de administratiekosten aan de zes andere verzekeringsinstellingen gebeurt anders. Ten eerste wordt een maximaal budget vastgesteld. Ten tweede wordt dit maximale budget onder de verzekeringsinstellingen verdeeld. Vervolgens worden de maximale budgetten in een vast en variabel deel verdeeld. De zes verzekeringsinstellingen ontvangen het vaste deel automatisch, terwijl het toekennen van het variabele deel afhangt van de resultaten van de evaluatie van bepaalde criteria van beheersprestaties. Tenslotte worden de verzekeringsinstellingen financieel verantwoordelijk gesteld voor het saldo. Hierna wordt het ganse proces geanalyseerd.

A. Vaststelling van het maximale budget

Voor de vijf landsbonden samen, enerzijds, en voor de KGV NMBS Holding, anderzijds, stelt de VZIV-wet maximale budgetten voor administratiekosten vast tot aan het boekjaar 2007, alsook een procedure om deze budgetten vanaf het boekjaar 2008 aan te passen.

De twee maximale budgetten worden door de ministerraad per K.B. vastgesteld op basis van drie criteria: de evolutie van het gemiddeld dagloon²³, de evolutie van de uitgaven in de VZIV²⁴ en de eventuele nieuwe wettelijke opdrachten van de verzekeringsinstellingen (art. 195 §1, 1° VZIV-Wet).

Bovendien wordt het maximale budget voor administratiekosten van de vijf landsbonden vanaf 2008 met een forfaitair bedrag van 11.410.000 euro vermeerderd, om de kosten te dekken die voortvloeien uit de integratie van de verzekering "kleine risico's" voor zelfstandigen in de VZIV.

In de praktijk wijzigen de programmawetten van eind december regelmatig de regeling van de maximale budgetten voor administratiekosten.

²³ in de sector van krediet en verzekeringen en van de overheid over de laatste drie jaren

²⁴ 2/3 van dit criterium wordt aan de helft van de groeinorm van de ziekteverzekering gerelateerd, 1/3 volgt het aantal vergoede dagen in de invaliditeitsverzekering.

Voor het boekjaar 2005, het laatste jaar waarvoor heel het proces afgelopen werd, bedroeg het maximale budget voor administratiekosten 832.359.000 euro voor de landsbonden en 14.329.000 euro voor de KGV NMBS Holding (art. 195 §1, 2^o, 3^{de} lid VZIV-Wet). Het maximale budget voor al de landsbonden wordt dan onder hen verdeeld.

B. Verdeling van het maximale budget onder de landsbonden

Het maximale budget voor de landsbonden wordt onderling verdeeld op basis van een degressief percentage bij toenemend theoretische ledental (art. 195 §1, 2^o, 6^{de} lid). Er zijn dus twee elementen waarop de verdeling is gegrond.

De basis voor de verdeling is het theoretische ledental van elke verzekeringsinstelling. Het theoretische ledental is niet gelijk aan het aantal aangeslotenen of gerechtigden en houdt rekening met het feit dat de administratiekosten met de risico's verschillen. Het theoretische ledental is gelijk aan de som van drie groepen (art. 2 K.B. 14 februari 2002):

- de eerste groep bestaat uit het aantal aangeslotenen;
- de tweede groep bestaat uit het aantal gehandicapten, niet beschermde personen en leden van kloostergemeenschap
- de derde groep wordt verkregen na vermenigvuldiging van het aantal weduwen, invaliden, gepensioneerden en werkloze door een correctiecoëfficiënt

Er wordt een correctiemechanisme voorzien voor aangeslotenen die meer administratiekosten vereisen. Het is moeilijk te weten of deze financiering de inkomsten en de uitgaven doet overeenkomen wat de administratiekosten van de verschillende doelgroepen betreft. Men kan zich de vraag stellen waarom er twee afzonderlijke systemen bestaan om de financiering van de verzekeringsinstellingen te verbinden aan de financiële lasten die ze dragen: de normatieve verdeelsleutel voor de prestaties van de VZIV en de bovenvermelde sleutel voor de administratiekosten die ermee gepaard gaan.

Daarnaast wordt een correctiemechanisme voorzien om met de schaalbesparingen rekening te houden: een aangeslotene brengt meer op als administratiekosten in een kleine landsbond dan in een grote.

C. Verdeling van de maximale budgetten in vast en variabel deel

Eens de maximale budgetten voor administratiekosten van elke van de zes verzekeringsinstellingen vastgesteld, worden die budgetten in een vast en variabel deel verdeeld.

Sinds 2004 bedraagt het vaste deel 90% van het maximale budget. De landsbonden en de KGV NMBS Holding ontvangen automatisch dit vaste deel.

Het toewijzen van de overblijvende 10% (art. 195 §1, 2°, 7^{de} lid) hangt af van de resultaten van een door de CDZ gevoerde evaluatie van de wijze waarop ze hun wettelijke opdrachten uitvoeren (art. 195 §1, 2°, 6^{de} lid).

De onderstaande tabel toont de verdeling van het maximale bedrag aan in de zes betrokken verzekeringsinstellingen enerzijds en een vast en variabel deel anderzijds:

€	100	200	300	400	500	900
Max. budget	349.847.212,00	38.138.569,20	250.760.523,60	58.570.691,00	135.041.984,20	14.329.000,00
Vast deel	314.862.490,80	34.324.712,28	225.684.471,24	52.713.621,90	121.537.785,78	12.896.100,00
Variabel deel	34.984.721,20	3.813.856,92	25.076.052,36	5.857.069,10	13.504.198,42	1.432.900,00

Tabel 3.3 - Verdeling maximaal bedrag administratiekosten voor 2005

(Bron: CDZ, 2006:29-30 ; art 195 §1 VZIV-Wet)

In 2005 hing de toekenning van een totaal bedrag van 84.668.798 euro af van de resultaten van een evaluatie van bepaalde criteria voor beheersprestaties in 2004. Hierna analyseren we de criteria die de evaluatie gronden, het evaluatieproces en de resultaten van de evaluatie in 2005.

D. Criteria van beheersprestaties

De evaluatie betreft de beheersprestaties (art. 1 K.B. 28 augustus 2002) in de VZIV. Tien criteria worden gehanteerd (art. 2) en gewogen (art. 3). Ze worden dan door de CDZ verder gespecificeerd en in subcriteria onderverdeeld en gewogen (CDZ, 2006:27-41).

Twee generaties criteria zijn te onderscheiden. De eerste generatie dateert van 1993 en bevat zes criteria. In 2002 worden 4 nieuwe criteria toegevoegd (K.B. 28/08/2002). Telkens worden de huidige inhoud en weging van de criteria vermeld.

a. Eerste generatie criteria

- Informatieoverdracht: 5%

Dit criterium bevat twee subcriteria.

Eenzijds dienen de landsbonden en de KGV NMBS Holding de door de VZIV-Wet voorziene administratieve, boekhoudkundige, financiële en statistische documenten aan het RIZIV over te maken (85%). De naleving van de termijnen (40%) en de kwaliteit van de documenten (60%) worden hier beoordeeld.

De overblijvende 15% van dit criterium betreft het overmaken van de nodige gegevens om de normatieve verdeelsleutel te kunnen opstellen aan de universitaire experts (zie supra). Op dat vlak worden de landsbonden en de KGV NMBS Holding opnieuw op de naleving van de termijnen (40%) en op de kwaliteit van de gegevens (60%) beoordeeld. Noch dit subcriterium noch de normatieve verdeelsleutel bestonden in 1993; dit subcriterium werd in 2002 aan de criterialijst toegevoegd.

- Adviserend-geneesheren: 5%

Dit criterium heeft voor drie vierden betrekking op de correcte uitvoering van de taken die werden toevertrouwd aan de adviserend-geneesheren d.m.v. de wettelijke en reglementaire bepalingen en de richtlijnen uitgewerkt door het comité van de DGEC van het RIZIV.

De resterende 25% betreft het tijdige (40%) overmaken van de nodige gegevens aan de DGEC van het RIZIV, alsmede de kwaliteit (60%) van deze gegevens.

- Nauwkeurigheid in het beheer van de inkomsten van de verplichte verzekering: 10%

Dit criterium heeft als doel de verzekeringsinstellingen ertoe te prikkelen de prestaties in de VZIV zo vlug mogelijk uit te betalen. In afwezigheid van een dergelijke prikkel zou het interessant kunnen zijn de betalingen te vetragen, om kapitaalopbrengsten te genereren.

Daarom werd dit criterium aangenomen: de liquiditeitscoëfficiënt van de landsbonden en van de KGV NMBS Holding, die de verhouding tussen het gemiddeld dagelijks bedrag aan beschikbare middelen bij de verzekeringsinstelling en haar financiële uitgaven drukt (Hancké et al., 2000:48) moet gelijk aan of lager zijn dan 0,40%. Bovendien houdt de evaluatie van de liquiditeitscoëfficiënt rekening met de schulden en vorderingen van de rekening 'administratiekosten' ten opzichte van de VAV, en met de eventuele geïnde intresten.

De geïnterviewde verzekeringsinstellingen erkennen unaniem het belang van dit criterium als indicator van goed bestuur in de VZIV en als een versterkend element van hun legitimiteit t.o.v. de buitenwereld: de verzekeringsinstellingen ontvangen overheidsgelden om sociale zekerheidsprestaties uit te betalen en niet om interesten te verdienen, hoewel de gelden die op de zichtrekeningen en in de reserves staan wel interesten opbrengen.

- Betaling in chronologische volgorde van de facturen in de derdebetalersregeling: 5%

De derdebetalersregeling is die regeling waar de zorgverstreker rechtstreeks door de verzekeringsinstelling wordt betaald zonder dat de leden de bedragen moeten voorschieten.

Er wordt beoordeeld hoe de ingestelde procedures de betaling in chronologische volgorde garanderen via:

- het inschrijven van de facturen in het factuurboek ‘derdebetalersregeling’ in chronologische volgorde van de ontvangstdata;
- het vastleggen en de naleving van de uiterste betaaldata;
- de chronologie van de betalingen;
- de eventuele toekenning van voorschotten en de opvolging van de schuld.

- Sensibilisering van de leden: 5%

Dit criterium beoogt de inspanningen te evalueren van de landsbonden en van de KGV NMBS Holding om hun leden op te voeden. Dit kan de uitgaven in de VZIV beperken. De landsbonden en de KGV NMBS Holding hebben dus een dubbel belang bij ledenopvoeding: het beïnvloedt het saldo van de verplichte verzekering en de inkomsten voor administratiekosten²⁵.

Men onderscheidt hierbij de preventieve gezondheidsopvoeding en het aanmoedigen tot het gebruik van minder dure geneeskundige verzorgingsformules. Deze inspanningen mogen in geen geval afbreuk doen aan de kwaliteit van de versterkte verzorging.

De gebruikte indicator om de inspanningen tot opvoeding van de leden te beoordelen is de financiële input: een gemiddelde uitgave van 2,69 euro (in 2005) per lid resulteert in het toekennen van 100% van het bedrag toegekend aan dit criterium. De concrete effecten van dit

²⁵ De HZIV, hoewel ze vrijgesteld wordt van de evaluatie van de beheersprestaties, wordt toch geprikkeld tot gezondheidsopvoeding: ze wordt ook financieel verantwoordelijk gesteld voor een deel van het saldo van de VZIV.

sensibiliseringsbeleid zijn terug te vinden in het saldo van de verplichte verzekering, dat de verzekeringsinstellingen gedeeltelijk zelf dragen.

- Werking van het systeem van interne controle en interne audit voor de verplichte verzekering: 25%

Vóór de ontwikkeling van het huidige systeem van interne controle en audit in de verzekeringsinstellingen, verwees dit criterium naar een 'interne administratieve en boekhoudkundige controledienst' die toezicht moest uitoefenen op de bepalingen m.b.t. financiën, boekhouding en administratie. Sindsdien is die dienst gegroeid naar de structuur van corporate governance auditcomité - interne controle - auditdienst. Het criterium is dienovereenkomstig aangepast. Het wordt in twee subcriteria onderverdeeld.

Aan de ene kant wordt er gepeild naar de naleving van de verschillende bepalingen en reglementen betreffende de werking van het systeem van interne controle en interne audit (45%).

Aan de andere kant wordt de werking van het systeem van interne controle en interne audit voor de verplichte verzekering geëvalueerd (55%), op basis van de volgende indicatoren:

- eerbieding van de bijzondere terugbetalingsmodaliteiten voor de prestaties;
- de terugvordering bij onverschuldigde betaling;
- de kwaliteit van de controle voor de correcte terugbetaling van de prestaties en voor de afrekening van deze prestaties met het RIZIV;
- de kwaliteit van de controle op de realiteit en de conformiteit van de minimale klinische gegevens;
- de door de DAC van het RIZIV vastgestelde aanwezigheid van fouten in de toekenning van de uitkeringen, waarover het comité van de DU van het RIZIV beslist heeft dan men afziet van de terugvordering van de onverschuldigde bedragen.

b. Tweede generatie criteria

Onder de impuls van toenmalige minister van Sociale Zaken worden in 2002 een aantal hervormingen geïmplementeerd. Ten eerste wordt de eerste generatie bestuursovereenkomsten tussen de OISZ en de betrokken voogdijen afgesloten. Ten tweede wordt de maximumfactuur ingevoerd, die het remgeld voor de patiënt moet beperken. Ten slotte wordt het Kenniscentrum voor Gezondheidszorg, een wetenschappelijk adviesorgaan voor de gezondheid, opgericht (art. 262-266

programmawet van 24 december 2002). Intussen is ook werk gemaakt van de responsabilisering voor de uitgaven in de VZIV. In de aanloop naar de federale verkiezingen is de snelle implementering van deze maatregelen, waarvoor de samenwerking van de verzekeringsinstellingen nodig is, meer dan wenselijk. De invoering van vier bijkomende criteria voor de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen vindt plaats in deze context. Een financieel belang wordt aan de verzekeringsinstellingen gegeven om tot deze beleidsdoelstellingen bij te dragen.

- Bestuursovereenkomst van het RIZIV: 15%

De landsbonden en de KGV NMBS Holding worden geprikkeld om tot de verwezenlijking van de bestuursovereenkomst van het RIZIV bij te dragen²⁶. Er zijn twee subcriteria.

Eenzijds (75%) wordt de mededeling aan het RIZIV van de gegevens die nodig zijn om de doelstellingen van de bestuursovereenkomst te bereiken, geëvalueerd op de kwaliteit ervan (60%) en op de naleving van de voorziene termijnen (40%).

Anderzijds (25%) worden de landsbonden en de KGV NMBS Holding geëvalueerd op de tijdige en correcte uitvoering van de opdrachten die voortvloeien uit de bestuursovereenkomst of uit de toepassing ervan.

- Terugbetaling: 10%

Twee subcriteria zijn te onderscheiden.

In het kader van de maximumfactuur enerzijds (75%) worden de behandelingstermijnen van de dossiers (40%) en de nauwkeurigheid bij het beheer van deze dossiers (60%) geëvalueerd.

Anderzijds (25%) wordt de snelheid geëvalueerd waarmee er wordt voldaan aan de andere terugbetalingsverplichtingen zoals voorzien in de VZIV-wet.

- Kwaliteit van de participatie aan de gevraagde beleidsvoorbereidende onderzoeken: 5%

De subcriteria betreffen de naleving van de termijnen (20%), de kwaliteit van de verstrekte gegevens (50%) en de actieve deelname aan studies (30%). De bedoelde onderzoeken worden voornamelijk door het Kenniscentrum voor gezondheidszorg en door het RIZIV uitgevoerd.

²⁶ De HZIV, als OISZ, beschikt over haar eigen bestuursovereenkomst met de minister.

- Naleving van de termijnen inzake de toewijzing van de geboekte prestaties: 15%

In het kader van de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen voor de uitgaven in de verplichte verzekering is het van belang dat de prestaties onder de juiste periodes geboekt worden, zoniet komen er artificiële fluctuaties in de boekgehouden uitgaven van de verzekeringsinstellingen, wat dan weer invloed uitoefent op de inkomstenaandelen van de verzekeringsinstellingen. Om de responsabilisering voor de uitgaven theoretisch mogelijk te maken, moest dit criterium ingevoerd worden.

In de verplichte ziekteverzekering moeten de prestaties aan een bepaalde boekhoudingsmaand toegewezen worden. Voor de verplichte uitkeringsverzekering, betreft het een kwartaalperiode.

E. Evaluatie van de beheersprestaties

De VZIV-wet stelt dat de CDZ de evaluatie van de beheersprestaties voert (art. 195 §1, 6^{de} lid). Maar in de praktijk beschikt de CDZ meestal niet over de nodige informatie. Onderstaande tabel toont voor elk criterium aan wie over de nodige informatie beschikt om de evaluatie te kunnen voeren.

Officiële nummering	Gewicht	Criterium	Informatiehouder(s)
1	15%	Samenwerking aan de bestuursovereenkomst van het RIZIV	RIZIV
2	10%	Maximumfactuur en andere terugbetalingen	RIZIV
3	5%	Informatieoverdracht	RIZIV
4	5%	Participatie aan beleidsvoorbereidende onderzoeken	Kenniscentrum gezondheidszorg, RIZIV
5	25%	Interne controle en interne audit in de VZIV	Bedrijfsrevisoren, CDZ, RIZIV & FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
6	5%	Chronologische betaling in de derdebetalersregeling	Bedrijfsrevisoren
7	15%	Juiste toewijzing van de prestaties in de boekhouding	Bedrijfsrevisoren
8	10%	Liquiditeitscoëfficiënt	CDZ
9	5%	Adviserend-geneesheren	RIZIV
10	5%	Opvoeding van de leden	CDZ

Tabel 3.4 - Informatiehouder voor de evaluatie van de beheersprestaties

(Bron: CDZ, 2006)

Uit deze tabel kan men in grote lijnen drie typegevallen onderscheiden naargelang de informatiehouder. Voor twee criteria, de criteria 8 ‘Liquiditeitscoëfficiënt’ en 10 ‘Opvoeding van de leden’, neemt de CDZ een centrale rol in. In het kader van zijn controleopdracht op het interne beheer en op de financiën van de verzekeringsinstelling is de CDZ immers in het bezit van een aantal documenten die in staat stellen deze criteria te beoordelen. De evaluatie bestaat hier uit een gewone berekening. Voor de twee criteria bepaalt de CDZ zelf het percentage van de liquiditeitscoëfficiënt en de financiële input voor gezondheidsopvoeding, en het voert zelf de evaluatie uit.

Voor de criteria 5, 6 en 7 heeft de CDZ zijn evaluatieopdracht aan de bedrijfsrevisoren²⁷ uitbesteed. De CDZ stuurt dan de bedrijfsrevisoren aan door richtlijnen en handleidingen uit te vaardigen. Het zorgt bovendien voor de uniformiteit van de evaluatie.

Voor de criteria 1, 2, 3, 4 en 9 moet de CDZ met het RIZIV²⁸ samenwerken om de nodige informatie te verkrijgen, en zo de evaluatie te kunnen uitvoeren. In dergelijke gevallen voert het RIZIV feitelijk zelf de evaluatie, terwijl de CDZ de afzonderlijke evaluaties verzamelt en objectiveert.

Hieronder wordt er dieper ingegaan op de twee laatste elementen.

a. Uitbesteding aan de revisoren

De bedrijfsrevisoren voeren de evaluatie van bepaalde beheersprestaties van de landsbonden en van de KGV NMBS Holding uit, in opdracht van de CDZ.

De richtlijnen 03/02/D1, 03/03/D1 en 06/16/D1 van de CDZ omkaderen de opdrachten van de bedrijfsrevisoren. Voor de criteria 5 en 6 dienen de revisoren een aantal vragen te beantwoorden met ‘ja’, ‘nee’ of ‘gedeeltelijk’. Voor het criterium 5 kan bovendien kwalitatieve informatie worden toegevoegd. Voor het criterium 7 worden bedragen gevraagd. De bedrijfsrevisoren voeren de evaluatie op basis van een door de CDZ opgestelde handleiding.

De geïnterviewde actoren erkennen allen het professionalisme van de revisoren. Toch wijzen ze op twee potentiële problemen van deze bijkomende hoedanigheid van de revisor.

²⁷ Het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu spelen daarin een secundaire rol.

²⁸ De door de Kenniscentrum voor gezondheidszorg verstrekte informatie is ook belangrijk voor criterium 4.

Enerzijds bestaan er potentiële belangenconflicten tussen de hoedanigheden van de bedrijfsrevisor als commissaris aan de rekeningen enerzijds en als inspecteur van de CDZ anderzijds. Drie argumenten worden gehanteerd. Het eerste argument is dat de revisor weet hoeveel een slechte evaluatie kost voor zijn alledaagse werkgever. Dit zou de objectiviteit van de evaluatie kunnen verzwakken. Het tweede argument ligt in het verzwakken van het vertrouwen van de afdelingen t.o.v. de revisor. Het is immers niet ondenkbaar dat de revisor gebruik maakt van de informatie waartoe hij toegang heeft gekregen in zijn hoedanigheid van commissaris aan de rekeningen om de beheersprestaties te evalueren. Het derde argument betreft de relaties revisor-auditcomité. Hoewel ze hun opdrachten van commissaris aan de rekeningen overal op een onafhankelijke wijze uitvoeren, worden de revisoren soms nauwer verbonden aan het auditcomité dat hen, op basis van een risicoanalyse, aanbevelingen kan geven over de te verrichten controletaken. Het auditcomité komt daarenboven ook tussen in het benoemen en ontslagen van de revisoren. Tegelijkertijd controleert de revisor de werking van zijn ‘controleorgaan’ in zijn hoedanigheid van inspecteur van de CDZ in het kader van criterium 5. De relaties tussen de verschillende actoren zijn dus soms gecompliceerd en tegenstrijdig.

Anderzijds zijn er potentiële problemen die aan cultuur gerelateerd zijn. Enerzijds zou de uniformiteit van de evaluatie niet gewaarborgd kunnen worden omdat de revisoren, die van landsbond tot landsbond verschillen, een andere werkwijze en/of –cultuur hebben. Anderzijds zou er een spanning bestaan tussen het begrip ‘materialiteit’ van de bedrijfsrevisorencultuur en de ‘zwart-witte’-taal van administratieve overheden: in hun rapporten over de criteria 5 en 6 zouden de revisoren ‘gedeeltelijk’ moeten antwoorden zelf als de afwijking niet significant is.

Deze problemen zijn theoretisch: nergens werd de kwaliteit van het werk van de revisoren in vraag gesteld tijdens de interviews. Toch is er een **gevoel van onbehagen t.o.v. deze Januskijkende revisoren**. Het zou raadzaam zijn de rollen van commissaris aan de rekeningen en overheidsinspecteur duidelijker te scheiden. Zo zou de CDZ misschien deze opdracht zelf kunnen uitvoeren of deze aan andere revisoren of actoren dan de revisoren van de verzekeringsinstelling kunnen toevertrouwen.

Reactie van de CDZ

- De verslagen van de revisoren over de criteria 5, 6 en 7 worden met elkaar vergeleken, wat kan uitmonden in wijzigingen van de beoordeling van de revisoren

- Voorstellen om het belang (en gedeeltelijke afschaffing) van de revisorale verslagen voor de evaluatie van het criterium 7 te verminderen worden binnen de raad van de CDZ besproken. Immers ontwikkelt de CDZ nieuwe eigen informatiestromen (elektronische overdracht van boekhoudkundige gegevens, overdracht van auditplannen en –verslagen) die de organisatie moeten toelaten zelf de evaluatie te voeren in de toekomst.

b. Samenwerking met het RIZIV

Voor vier andere criteria moet de CDZ met het RIZIV samenwerken om de evaluatie uit te voeren, omdat de CDZ geen toegang heeft tot de nodige informatie.

In de praktijk lijkt het dat de CDZ algemene methodologische richtlijnen (bvb. met het oog op het opstellen van relevante steekproven) voor de evaluatie uitwerkt, en dat het RIZIV op basis daarvan de evaluatie zelf doet. De evaluaties worden dan aan de CDZ overgedragen, die deze verfijnt en zorgt voor de gelijke behandeling van de landsbonden en de KGV NMBS Holding.

Als er een gebrek aan informatie is om de evaluatie van een (sub)criterium te voeren, wordt het gewicht van het betrokken (sub)criterium aan de andere (sub)criteria toegekend (art. 5 K.B. 22 augustus 2002). Als er geen informatie is voor de evaluatie van een (sub)criterium, wordt het maximaal van het toe te kennen bedrag toegekend. Vanaf het boekjaar 2007 brengt zowel het gebrek als de afwezigheid van de informatie nodig om de evaluatie te verrichten hetzelfde gevolg: het gewicht van het betrokken (sub)criterium wordt aan de andere (sub)criteria toegekend (art. 5 K.B. 22 augustus 2002).

Deze samenwerking zou volgens het merendeel van de geïnterviewde actoren niet zo vlot te verlopen (een geïnterviewde van een verzekeringsinstelling heeft het over een “heel stroeve procedure”). Aan de ene kant zou de door het RIZIV verstrekte informatie niet altijd helemaal overeenkomen met wat de CDZ verwachtte. Aan de andere kant zou de interpretatie van de instructies van de CDZ door het RIZIV niet echt vanzelfsprekend zijn. Voor sommige actoren zouden de relaties tussen de CDZ en het RIZIV verbeterd kunnen worden als er een gedeelde visie was over sturing tussen beide organisaties. Andere actoren ontkennen dit en stellen dat er echter altijd een "perfecte" samenwerking geweest zijn tussen de vertegenwoordigers van het RIZIV en de bestuurders van de CDZ in de raad en het technisch comité van de CDZ.

Bovendien wijzen een aantal geïnterviewden op een ander probleem: de informatie die aan de basis ligt voor de evaluatie van de beheersprestaties werd al gebruikt om administratieve sancties op

te leggen. In dergelijke gevallen worden de verzekeringsinstellingen meerdere keren gestraft voor eenzelfde fout. Dit lijkt voor frustratie zorgen bij de verzekeringsinstellingen.

De gerapporteerde moeilijke samenwerking tussen het RIZIV en de CDZ zou kunnen resulteren in een informatieasymmetrie ten voordele van de verzekeringsinstellingen: voor een te sturen organisatie staan er twee sturende organisaties die moeilijk informatie met elkaar delen.

Het is aanbevolen een werkproces uit te tekenen om deze mogelijke informatieasymmetrie weer in evenwicht te brengen. Daarvoor moeten het RIZIV en de CDZ met elkaar overleggen. Het overleg kan informeel en op het aangekaarte werkpunt gericht zijn, of een meer permanente, structurele en omvattende vorm aannemen.

Het lijkt ook aangewezen om dit in de bestuursovereenkomst van het RIZIV op te nemen, waarbij het RIZIV zich dan engageert om over dit probleem na te denken en een inspanningsverbintenis aangaat tot vlottere samenwerking met de CDZ.

F. Resultaten van de evaluatie van de beheersprestaties

Het resultaat van het evaluatieproces wordt in het jaarverslag van de CDZ gepubliceerd. De onderstaande tabel is de samenvatting ervan voor het boekjaar 2005:

Criterium	Gewicht	100	200	300	400	500	900	Gemiddelde
1	15,38 %	99,39 %	98,63 %	98,89 %	98,01 %	98,38 %	99,82 %	98,96 %
2	7,68 %	98,75 %	98,82 %	99,95 %	98,48 %	98,17 %	99,95 %	99,02 %
3	10,26 %	98,18 %	97,69 %	98,97 %	96,24 %	94,96 %	99,66 %	97,77 %
4	10,26 %	99,86 %	99,98 %	99,92 %	99,95 %	99,93 %	100 %	99,90 %
5	15,38 %	99,96 %	100 %	99,88 %	99,55 %	99,23 %	99,14 %	99,78 %
6	5,13 %	100 %	100 %	100 %	100 %	98,73 %	100 %	99,79 %
7	10,26 %	98,75 %	99,81 %	98,68 %	99,35 %	99,04 %	100 %	98,89 %
8	10,26 %	99,60 %	99,77 %	99,86 %	99,67 %	99,93 %	99,78 %	99,75 %
9	10,26 %	94,19 %	99,71 %	99,54 %	99,92 %	99,71 %	98,20 %	97,37 %
10	5,13 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Gemiddelde		98,84 %	99,39 %	99,50 %	99,01 %	98,77 %	99,59 %	99,07 %
Rangschikking		5	3	2	4	6	1	

Tabel 3.5 - Resultaat van de evaluatie van de beheersprestaties van de landsbonden en van de KGV NMBS Holding voor het boekjaar 2005 (Bron: CDZ, 2006)

Eigenlijk zijn er twee resultaten.

Eenzijds zijn er de financiële resultaten: op basis van de verkregen percentages worden de bijhorende bedragen aan de landsbonden en aan de KGV NMBS Holding toegekend. Het valt onmiddellijk op hoe uitstekend de scores zijn.

Anderzijds gebeurt er *benchmarking*: de landsbonden en de KGV NMBS Holding worden onderling gerangschikt. Dit zou belangrijk zijn, zowel t.o.v. de personeelsleden als prikkel tot verbetering als t.o.v. de buitenwereld als een marketinginstrument²⁹, hoewel andere actoren hiervan betwisten omdat de scores nooit veel van elkaar afwijken..

G. Het behouden van het saldo

Het responsabiliseringsstelsel voor administratiekosten heeft twee luiken. Ex ante hangt een deel van de inkomsten af van de evaluatie van de beheersprestaties. Ex post behouden de verzekeringsinstellingen heel het saldo van de administratiekosten.

Het saldo wordt gestort in of gepompt uit (Hancké et al., 2000:78-79) de rekening ‘bestuursdienst’, ook “administratief centrum” genoemd. Die rekening is bestemd voor de gemeenschappelijke en resterende bestuurskosten van de VAV-producten.

Dit is een uitzondering (Hancké et al., 2000:78) aan de regel van de boekhoudkundige scheiding van de VZIV en van de VAV (art. 29 §3 ziekenfondswet). .

H. Vaststellingen en aanbevelingen

Eigenlijk bevat het stelsel voor de administratiekosten in de VZIV twee luiken. Ex ante wordt de financiering aan criteria, aan een evaluatie en aan resultaten gekoppeld. Ex post worden de verzekeringsinstellingen voor het saldo verantwoordelijk gesteld. Per luik worden hierna een aantal empirische bevindingen en aanbevelingen geformuleerd.

Wat het ex ante luik betreft, stellen de actoren vast dat het stelsel het behalen van bepaalde beheersprestaties prikkelt. Eigenlijk zijn er twee prikkels: het toekennen van het variabele deel, en de rangschikking.

²⁹ Toch hebben de verzekeringsinstellingen blijkbaar afgesproken dat het gebruik van deze rangschikking als marketinginstrument beperkt moet blijven.

De criteria betreffen de beheersprestaties en zijn relatief eenvoudig. Ze worden gericht op activiteiten (bijvoorbeeld de naleving van termijnen en documentenoverdracht), of op financiële inputs (bijvoorbeeld uitgegeven sommen voor het sensibiliseren van de leden). Toch wordt er weinig op de outputs of op de beleidseffecten ingegaan, hoewel een aantal activiteiten (chronologische betalingen, liquiditeitscoëfficiënt) ertoe bijdragen dat beleidseffecten verwezenlijkt worden.

In het algemeen wordt het stelsel door de actoren als eerder zwaar, procedureel en bijzonder duur gepercipieerd.

Bovendien zijn de resultaten van de evaluaties zo uitstekend dat vele actoren zich vragen stellen over de verhouding tussen de effecten van het stelsel en de kosten ervan.

De volgende aanbevelingen kunnen vervolgens geformuleerd worden. Het gaat om twee alternatieve scenario's die hieronder verder worden uitgelegd.

Men kan ten eerste dezelfde criteriasoorten blijven nastreven en proberen om het evaluatieproces te verbeteren. Of men kiest ervoor het evaluatieproces te behouden en dit eventueel op meer ambitieuze criteria voort te bouwen. In elk geval lijkt het aangewezen dat de principes van financiële sanctionering en van benchmarking behouden moeten worden. Deze lijken immers bij te dragen aan het behouden van bepaalde prestaties behalen. Ook lijkt het door de actoren –zowel sturende als gestuurde– goed gepercipieerd te zijn.

Het eerste scenario gaat ervan uit dat dezelfde criteria nagestreefd worden. Men ziet drie sporen om het stelsel te verbeteren.

Ten eerste kan men het bestaande evaluatiestelsel verbeteren door het minder versnipperd te organiseren. Enerzijds zou de rol van de CDZ in de evaluatie van de criteria 5, 6 en 7 versterkt kunnen worden. Anderzijds zou de samenwerking RIZIV-CDZ meer georganiseerd kunnen worden, doordat het RIZIV zich in de volgende bestuursovereenkomst bijvoorbeeld engageert tot een vlottere samenwerking met de CDZ. Maar overleg is uiteraard niet eenzijdig.

Ten tweede kan men meer overleg in het stelsel invoeren. Zoals het HZIV zouden de andere verzekeringsinstellingen ook een bestuursovereenkomst kunnen afsluiten waarin de huidige criteria opgenomen zouden worden en aan financiële sancties gekoppeld. Een aantal landsbonden hebben geen principiële bezwaar tegen deze werkwijze die de wederzijdse autonomie verantwoordelijkheid van de actoren respecteert, maar meer dan de werkwijze is het uiteraard de inhoud die telt. Gezien de partnerrol dat de verzekeringsinstellingen in het RIZIV spelen, kan men zich inderdaad afvragen of

een gezamenlijk afspraak tussen gelijkwaardige partijen tot geen betere resultaten zou leiden. Dit huidige systeem gaat immers ervan uit dat er boven- en ondergeschikte actoren in de tak zijn, wat in de praktijk niet altijd het geval lijkt te zijn.

Ten derde kan men ook meer hiërarchische oplossingen invoeren. Voor de criteria die documentenoverdracht beogen, zou de integratie van de databanken van de verzekeringsinstellingen, van het RIZIV, van de CDZ, van de KCE en van de FOD Volksgezondheid verder ontwikkeld kunnen worden. De vele criteria die tot documentenoverdracht betrekking hebben zouden daardoor overbodig worden. Er is tot nu toe een paradox in het feit dat de verzekeringsinstellingen uitstekend scoren terwijl niet al de actoren zich tevreden uiten over de informatie-uitwisseling van het secundaire naar het primaire netwerk. Naast de vraag van de technische en financiële haalbaarheid van een dergelijk project, blijft er toch een fundamentele vraag waar geen technologie een antwoord op gaat geven: welke gegevens heeft het RIZIV uiteindelijk nodig om de opdrachten correct uit te voeren en onder welke vorm? Het geheel van informatie dat in het systeem bestaat overschrijdt in elk geval het behandelingsvermogen van de sturingsorganisaties. De vraag van de proportionaliteit moet gesteld worden i.v.m. informatieoverdracht.

In het tweede scenario dat uitgaat van een uitbreiding van de criterialijst tot meer beleidsmatige criteria, zou het evaluatieproces ook betrekking hebben op de effecten van de handelingen van de verzekeringsinstellingen. Men denkt dan aan het toevoegen van criteria zoals de klanttevredenheid, de kwaliteit van de uitgevoerde primaire controles, of zelfs de mate waarin de aanvullende producten tot de doelstelling van de gezondheid van de bevolking bijdragen. Deze meer beleidsmatige criteria zouden, samen met de beheersmatige criteria, in een internationaal erkend kwaliteitsmodel zoals EFQM of BSC verankerd kunnen worden. De CDZ zou dan de verzekeringsinstellingen rangschikken op basis van deze modellen. Dit tweede scenario, dat meer omvangrijk is, zou een debat vereisen over de beleidsdoelstellingen die de verzekeringsinstellingen nastreven.

Misschien ligt de kern van het probleem hier: behalve documenten over te maken en regels na te leven kan men niet zeggen dat dit systeem een eenduidige visie inhoudt over wat men van een verzekeringsinstelling verwacht in de uitvoering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Ex post werkt de verantwoordelijkheid voor heel het saldo van de administratiekosten als een prikkel tot zuinigheid. Twee vaststellingen zijn van belang.

Ten eerste kan er vastgesteld worden dat de winsten van administratiekosten in de VZIV de gezamenlijke beheerskosten van de VAV- producten meefinancieren. Deze winsten zorgen onrechtstreeks voor een betere concurrentiële positie in de markt van de aanvullende verzekering. Zo worden de verzekeringsinstellingen geprikkeld om het meest gunstige mogelijke saldo te boeken.

Om binnen een gesloten budget het beste saldo te hebben, kunnen de verzekeringsinstellingen uiteraard hun ruime beheersautonomie gebruiken om zo efficiëntiewinsten te boeken. Een tweede mogelijkheid gaat ervan uit dat men te weinig rekening houdt met de risicoverspreiding om de maximale budgetten voor administratiekosten onder de verzekeringsinstellingen te verdelen. Volgens bepaalde geïnterviewden brengen bepaalde risico's interessantere winstmarges als administratiekosten op. Het aantrekken van die risico's zou dan een tweede middel zijn om een beter saldo als administratiekosten te boeken. Een beter saldo zorgt voor een betere concurrentiële positie op de aanvullende verzekeringsmarkt, waardoor risico's gerekruteerd kunnen worden.

Op basis van deze vaststellingen kunnen twee aanbevelingen naar voren gebracht worden. Om de kans te verkleinen dat de verzekeringsinstellingen de risico's gaan aantrekken, zou de verdeling van de maximale budgetten voor administratiekosten volgens de risico's verfijnd moeten worden, bijvoorbeeld door de normatieve verdeelsleutel ook daar toe te passen. Het doel is dat de financiering zoveel mogelijk met de kosten overeenkomt.

De transfers van de winsten naar de aanvullende verzekeringen vormen op zich geen probleem. Toch zou er ervoor gezorgd moeten worden dat deze winsten tot de doelstelling van de gezondheid van de bevolking bijdragen, dat ze de concurrentie met de privéverzekeraars niet vervalsen en dat ze niet gebruikt worden om goedkopere aanvullende producten aan de groep van de interessante risico's aan te bieden, ten einde ze te rekruteren. Deze beschouwingen roepen tot een striktere regulering van de markt van de VAV-producten.

Opnieuw merkt men op dat al de hier behandelde materies met elkaar verbonden zijn. Daarvoor zal het in het sluihoofdstuk worden getracht om tot een zekere coherentie van de aanbevelingen onderling te komen.

4. MEDISCHE EN ADMINISTRATIEVE CONTROLE VAN DE UITVOERING VAN DE VERPLICHTE ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

A. Voorwoord

De VZIV wordt strikt gereguleerd door de VZIV-Wet, de uitvoeringsbesluiten ervan, en alle richtlijnen en akkoorden van de verschillende beheersorganen van het RIZIV. Al deze regels vormen de VZIV-regelgeving. De te grote omvang van deze regelgeving belemmert een gedetailleerde analyse ervan in dit verslag. Er wordt slechts ingegaan op de ingestelde mechanismen om de toepassing van de regelgeving te controleren, wat de relaties tussen het primaire en het secundaire netwerk van de tak betreft.

Schematisch onderscheidt men de controle op de inhoud en op de vorm. Inhoudelijk worden de verzekeringsprestaties slechts toegekend aan diegenen die ziek en/of invalide zijn. In algemene termen wordt de vaststelling van deze toestanden aan een medische beslissing onderworpen. Deze controlewijze wordt later “medische controle” genoemd. Daarnaast is er een controle op de vorm: de naleving van de regels en procedures. Deze wordt “administratieve controle” genoemd.

Voor elke controlevorm kan men twee controleniveaus onderscheiden. De primaire controle is de controle van individuele dossiers. Deze valt met de gewone uitvoering samen. De secundaire controle is de controle van de primaire controle en bestaat uit de analyse van de wijze waarop de primaire controle uitgevoerd wordt. Logischerwijs gebeurt de primaire controle a priori en de secundaire controle a posteriori.

Hierna wordt er ingegaan op de primaire en secundaire niveaus van de medische controle enerzijds, en op de primaire en secundaire niveaus van de administratieve controle anderzijds.

B. Medische controle

De primaire medische controle rust hoofdzakelijk op de behandelende of voorschrijvende geneesheer, die buiten het onderzoeksonderwerp valt. De verzekeringsinstellingen nemen eveneens deel aan de primaire controle via hun adviserend-geneesheer. In de ziekteverzekering dient de adviserend-geneesheer immers bepaalde prestaties toe te laten. In de uitkeringsverzekering stelt hij de toestand van primaire arbeidsongeschiktheid vast, terwijl de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) van de DU van het RIZIV zich over de toestand van invaliditeit uitspreekt.

De secundaire medische controle (de controle op de medische beslissingen van alle geneesheren, adviserend of niet) is een verdeelde bevoegdheid tussen de DGEC van het RIZIV, de Orde van

Geneesheren en het Intermutualistisch Agentschap³⁰ (IMA). Het gezag van deze organen is verschillend.

a. Primaire controle

In deze sectie wordt slechts gekeken naar de rol die de verzekeringsinstellingen in de primaire medische controle vervullen, via hun adviserend-geneesheren. De regeling van de voorschrijvende of behandelende geneesheren valt immers buiten het onderzoeksonderwerp.

De rol van de adviserend-geneesheer is verschillend in de ziekteverzekering en in de invaliditeitsverzekering.

i. *Ziekteverzekering: toelatingen van de adviserend-geneesheer*

In de ziekteverzekering geeft de adviserend-geneesheer zijn toelating voor de belangrijkste, de duurste en de meest gewantrouwde verstrekkingen (Van Langendonck et al., 2006:427). Naargelang de hoogte van de uitgaven neemt de rol van de adviserend-geneesheer toe, wat in de zin van een conditionering van het recht op medische verzorging gaat (Van Langendonck et al., 2006:427-8).

Voor bepaalde prestaties is een eenmalige toelating van de adviserend-geneesheer nodig: (1) verstrekking van bloed en bloedderivaten, moedermelk, dieetvoeding, parentale voeding en medische hulpmiddelen; (2) tandprothesen en orthodontie en (3) kinesitherapie en fysiotherapie van vijf zittingen of meer.

Voor ziekenhuisopnamen neemt de rol van de adviserend-geneesheer aan belang toe: de toelating moet herhaald worden en er is een bijkomend criterium. De ziekenhuisopname wordt immers slechts vergoed “*wanneer het niet mogelijk is op ambulante wijze een diagnose te stellen, een therapie toe te passen of een besmettelijke zieke daadwerkelijk af te zonderen*” (Van Langendonck et al., 2006:428). Het ziekenhuis moet binnen twee dagen na de opname een verwittiging sturen naar het ziekenfonds. Dan moet de adviserend-geneesheer binnen de twee dagen de duur van de toegelaten ziekenhuisverpleging bepalen. Na elke periode van vijftien dagen moet dit proces herhaald worden.

Voor patiënten opgenomen in rust- en verzorgingstehuizen of in psychiatrische verzorgingstehuizen is de rol van de adviserend-geneesheer nog belangrijker. Ook na de opname moet

³⁰ De rol van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) moet in deze context herhaald worden. Datamining en evaluatie van medische praktijken gebeurt niet enkel op het niveau van de verzekeringsinstellingen maar ook op het niveau van het IMA, waar de effecten op lange termijn van bepaalde maatregelen en medische handelingen worden gemeten. Op basis daarvan worden richtlijnen uitgevaardigd om te kunnen debatteren.

hij nagaan of de betrokkene aan de voorwaarden voldoet om van dergelijke voorziening te genieten. Hij kan daartoe ook medische onderzoeken doorvoeren. Deze activiteit staat onder toezicht van een speciaal daartoe opgericht Nationaal College van adviserend-geneesheren (Van Langendonck et al., 2006:428).

ii. Invaliditeitsverzekering: vaststelling van de primaire arbeidsongeschiktheid door de adviserend-geneesheer en van de invaliditeit door de Geneeskundige Raad van Invaliditeit van de Dienst Uitkeringen van het RIZIV

In de invaliditeitsverzekering onderscheidt men de regeling ‘primaire arbeidsongeschiktheid’ en de regeling ‘invaliditeit’.

De primaire arbeidsongeschiktheid is de eerste periode van arbeidsongeschiktheid. Deze duurt ten hoogste een jaar. De werknemer die zijn toestand van arbeidsongeschiktheid wil laten vaststellen, dient een medisch getuigschrift naar de adviserend-geneesheer van zijn ziekenfonds te verzenden binnen een variërende termijn naargelang zijn juridische toestand. Worden de termijnen niet nageleefd, dan kan een financiële sanctie opgelegd worden (Van Langendonck et al., 2006:518). Uiterlijk drie dagen erna beslist de adviserend-geneesheer van het ziekenfonds over de erkenning van de arbeidsongeschiktheid en bepaalt hij de duur ervan. Hij kan ook het einde van de arbeidsongeschiktheid vaststellen (Van Langendonck et al., 2006:519)³¹. De primaire arbeidsongeschiktheid bedraagt 60% van het gederfde loon. Voor de samenwonenden wordt de uitkering verminderd tot 55% vanaf de eenendertigste dag van arbeidsongeschiktheid (Van Langendonck et al., 2006:525).

Na een jaar “primaire arbeidsongeschiktheid” wordt de toestand “invaliditeit” door de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) van de DU van het RIZIV erkend op basis van een verslag van de adviserend-geneesheer. De GRI heeft deze opdracht aan de DGEC uitbesteed. De verzekeringsinstelling wordt daarop de schuldenaar van de invaliditeitsuitkeringen (Van Langendonck et al., 2006:521-2). De invaliditeitsuitkering bedraagt 65% van het gederfde loon voor de gezinshoofden, 53% voor de alleenstaanden en 40% voor de samenwonenden.

³¹ Bij aanwezigheid van een erkende dienst voor geneeskundige controle, vervangt hij de adviserend-geneesheer van het ziekenfonds. De erkende diensten zijn dan bevoegd zowel voor de erkenning van arbeidsongeschiktheid als voor de ziekteverzekering, namens één of meerdere werkgevers. Er bestaan slechts weinig erkende diensten (Van Langendonck et al., 2006:521)

b. Secundaire controle

Zoals voor elke geneesheer worden de beslissingen van de adviserend-geneesheren gecontroleerd. Het is een secundaire controle, omdat er wordt gekeken naar de wijze waarop ze hun wettelijke controleopdrachten uitvoeren. Naast hun werkgevers (de verzekeringsinstellingen) worden de adviserend-geneesheren door twee onafhankelijke organisaties gecontroleerd: de DGEC van het RIZIV en de Orde der Geneesheren.

De DGEC is belast met een informatie-, controle- en evaluatieopdracht (ICE) van de zorgverleners in het algemeen, en met de secundaire controle van de adviserend-geneesheren in het bijzonder. Het gaat hier over een toegekende en geen uitbestede opdracht. In het algemeen evalueert de DGEC de beroepspraktijken van een groep zorgverleners door het gebruik van de geneeskundige verstrekkingen te onderzoeken. Bovendien controleert hij of de verstrekkingen die door de zorgverleners zijn verricht en de geneesmiddelenvoorschriften correct worden uitgevoerd en overeenstemmen met de regels van de VZIV-regelgeving (RIZIV, 2007:18). Met betrekking tot de adviserend-geneesheren in het bijzonder, heeft het RIZIV met de onderhandelingspartners afgesproken om hun controletaken in de primaire arbeidsongeschiktheid beter te controleren. Dit met het oog op de uniformiteit van de praktijken over de verzekeringsinstellingen heen (art. 27 b.o. RIZIV). De toegang tot betrouwbare data wordt als kritische succesfactor vermeld.

De geneesheren worden daarnaast door de Orde van Geneesheren gecontroleerd. De Orde van Geneesheren is de beroepsvereniging van alle geneesheren in België. De vereniging werd opgericht in 1938 en had als doelstelling het aantal misbruiken in het medisch beroep, zoals *"het overdreven aantal medische verrichtingen, vooral op vlak van bioklinische analyses"* tegen te gaan. Volgens de Belgische wet moet een dokter lid zijn van de Orde om het beroep van geneesheer te mogen uitoefenen (www.wikipedia.org).

C. Administratieve controle

De bevoegdheid over de primaire administratieve controle wordt verdeeld onder de DAC van het RIZIV en de verzekeringsinstellingen die, door verantwoordelijk te zijn voor de goede uitvoering van de VZIV-regelgeving (art. 7 §1 ziekenfondswet), noodzakelijk primaire controleactiviteiten uitvoeren.

De secundaire administratieve controle is minder systematisch georganiseerd. De DAC ontwikkelt een advies- en auditfunctie en elementen van secundaire controle zijn ook terug te vinden in het responsabiliseringsstelsel voor administratiekosten.

a. Primaire controle door de verzekeringsinstelling

De verzekeringsinstellingen zijn verantwoordelijk voor de goede uitvoering van de VZIV (art. 7 §1 ziekenfondswet). Ze ontvangen getuigschriften van verstrekte hulp, ze beheren hun ledenbestand, en ze betalen de prestaties terug. Ze moeten ervoor zorgen dat iedereen krijgt waar hij recht op heeft. Dit vereist controleactiviteiten. Als blijkt dat er een fout werd gemaakt, dan vraagt de verzekeringsinstelling spontaan aan de zorgverlener of aan de gerechtigde om de ten onrechte betaalde bedragen terug te betalen.

Behalve de maatregelen betreffende de interne controle en audit die betrekking hebben op alle activiteiten van een verzekeringsinstelling, wordt de primaire controle op de VZIV die de verzekeringsinstellingen uitvoeren niet echt door de regelgeving georganiseerd. Het is meer een logisch gevolg van hun uitvoeringsopdracht. De controle op de toepassing van de VZIV wordt formeel aan het RIZIV toevertrouwd.

b. Primaire en secundaire controle door de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV

In de schoot van het RIZIV is er een Dienst voor Administratieve Controle (DAC) belast met de administratieve controle op de prestaties van de VZIV en van de moederschapsverzekering en op de inachtneming van de bepalingen van de VZIV-regelgeving (art. 159 VZIV-Wet). Deze controleopdracht neemt twee vormen aan: primaire en secundaire controle.

Op eigen beweging of op verzoek voert de DAC de controles op individuele dossiers uit. Deze activiteit wordt door de VZIV-Wet omkaderd.

In de loop van de tweede bestuursovereenkomst met de voogdijminister, heeft het RIZIV zich ertoe verplicht om een advies- en auditopdracht binnen de DAC te ontwikkelen (art. 24 b.o. RIZIV). Dit lijkt op een soort secundaire controle.

In het dagelijks werk van de DAC zijn de primaire en secundaire controletaken met elkaar gemengd.

i. *Primaire controle: administratieve boetes en terugvorderingverplichting*

Om de uitvoering van de VZIV-regelgeving te controleren, beschikt de DAC over sociale inspecteurs en controleurs (art. 162). De verzekeringsinstellingen, werkgevers, verzorgingsinstellingen, de tarifieringsdiensten en de rechthebbenden zijn ertoe gehouden de inspecteurs en controleurs alle inlichtingen te verstrekken (art. 163). Wat de verzekeringsinstellingen

betreft, leiden deze controleactiviteiten tot twee mogelijke sancties: administratieve boetes en de verplichting om de ten onrechte betaalde prestaties terug te vorderen.

Er bestaan twintig overtredingen waarvoor de leidende ambtenaar een administratieve geldboete aan de verzekeringsinstelling kan opleggen. De geldboetes bedragen tussen 25 en 125 euro per individueel dossier (art. 318 VZIV-K.B.). De overtredingen kunnen in vijf clusters gerangschikt worden: (1) niet-overmaken van de gegevens nodig om de controle uit te voeren, (2) niet-naleving van de regels betreffende het opmaken, overmaken en behouden van de bewijsstukken en allerlei documenten, (3) niet-naleving van de regels betreffende het terugvorderen van de ten onrechte betaalde prestaties, (4) valse of te late boekhoudkundige inschrijvingen en (5) slecht gerechtigdenbeheer.

De DAC gaat na of het recht op tussenkomst correct werd vastgesteld door de verzekeringsinstelling, wat kan leiden tot de verplichting voor de verzekeringsinstelling om de ten onrechte betaalde prestaties terug te vorderen (art. 164 VZIV-Wet). Tenzij deze prestaties lager zijn dan € 12,50 voor de prestaties van geneeskundige verzorging of € 25 voor uitkeringen (art. 326 §4 K.B. 3 juli 1996), moeten ze door de verzekeringsinstelling teruggevorderd worden (art. 164 VZIV-Wet). In principe moet dit binnen een verjaringstermijn van twee jaar (art. 326 §§ 1-3 K.B. 3 juli 1996) gebeuren, maar deze termijnen worden vaak verlengd, in toepassing van het artikel 326 §2. De terug te vorderen bedragen worden op een bijzondere rekening geboekt (art. 164, 4^{de} lid, VZIV-Wet). Drie maanden na het aflopen van de termijnen, worden de ten onrechte betaalde prestaties die nog niet teruggevorderd zijn, als administratiekosten geboekt (art. 327 §1 K.B. 3 juli 1996), d.w.z. dat ze ten laste vallen van de verzekeringsinstelling. Op aanvraag van de verzekeringsinstelling kan de leidende ambtenaar van de DAC deze bedragen toch ten laste van het globaal beheer laten vallen (1) indien de onverschuldige betaling niet voortvloeit uit een fout, een vergissing of een nalatigheid van de verzekeringsinstelling, (2) indien de verzekeringsinstelling alle middelen heeft aangewend om de terugbetaling te vorderen³² en (3) indien de aanvraag betrekking heeft op een bedrag van minstens 300 euro (art. 327 §2). *Deze voorwaarden blijken cumulatief te zijn: als een ziekenfonds geen fout heeft gepleegd maar het toch mogelijk was meer te doen om de prestaties terug te vorderen, dan wordt de verzekeringsinstelling gestraft. De eindbeslissing wordt door de leidende ambtenaar van het RIZIV genomen.*

M.a.w. dragen de verzekeringsinstellingen al de kosten verbonden aan een terugvordering maar nooit de opbrengsten ervan die aan het RIZIV terugbetaald worden (in dit geval krijgen de

³² Er wordt aan deze voorwaarde voldaan indien de terugvordering als onzeker wordt beschouwd of indien de kosten verbonden aan de uitvoering van de definitieve rechtelijke beslissing het terug te vorderen bedrag overschrijden

verzekeringsinstellingen wel een toelage als administratiekosten). De verzekeringsinstellingen hebben alle belangen bij om preventief te handelen om het betalen van ten onrechte betaalde prestaties te vermijden. Maar natuurlijk is het niet uit te sluiten dat de verzekeringsinstelling bewust niet op zoek gaat naar de ten onrechte betaalde prestaties, zodat er geen kost wordt gedragen om terug te vorderen.

ii. Secundaire controle: ontwikkeling van een advies- en auditfunctie

De belangrijkste doelstelling van de DAC is de uniforme toepassing van de VZIV-wetgeving over de verzekeringsinstellingen heen. Om aan deze doelstelling tegemoet te komen, hebben inspecteurs lange tijd individuele dossiers gecontroleerd. Ten gevolge van de bestuursovereenkomst 2006-2008 van het RIZIV, is een moderniseringsproces aan de gang bij de DAC. Het idee hierachter is om fouten te vermijden eerder dan deze gewoon vast te stellen. Het moderniseringsproces verloopt volgens twee assen (art. 24 b.o. RIZIV), langs de input- en outputzijde.

Aan de inputzijde wordt er gewerkt aan “*de verfijning van een methodologie van controles die ervoor zorgt dat een algemene analyse van de processen kan worden gemaakt en dat de oorsprong van de vastgestelde fouten kan worden opgespoord*”. Omdat het onmogelijk is alles te controleren, gebeurt er een risicoanalyse³³ om de te controleren materies te selecteren. Op basis van de risicoanalyse worden drie reeksen van twee thema’s³⁴ (telkens één in de ziekteverzekering en één voor deze prestaties: primaire arbeidongeschiktheid, invaliditeit en de verschillende types van ouderschapsverlof) per jaar gekozen. De geselecteerde thema’s vormen het onderwerp van de controles ter plaatste die systematisch in alle verzekeringsinstellingen uitgevoerd worden. Met het oog op de uniforme toepassing van de VZIV-regelgeving, wordt zo per materie een radiografie opgesteld van de praktijken over al de verzekeringsinstellingen heen, zowel op het vlak van de theoretische werkprocessen als op het vlak van de concrete aanwending ervan in individuele dossiers. Er wordt getracht verder te gaan dan gewoon fouten vast te stellen en de oorzaken door te lichten. Zo ontwikkelt de DAC een advies- en auditfunctie bij de verzekeringsinstellingen.

Aan de outputzijde wordt getracht fouten te vermijden, door terug te koppelen naar de instellingen (DGV, DU, CDZ, verzekeringsinstelling) die mee verantwoordelijk zijn voor de oorzaken ervan. De thematische controles resulteren in verslagen. Deze verslagen worden aan het comité van de DAC, waar de verzekeringsinstellingen zetelen, voorgesteld. Zo krijgen de verzekeringsinstellingen feedback

³³ De risico’s worden geanalyseerd op basis van

- een analyse van de beschikbare gegevens: elektronische stromen en allerlei documenten
- het al dan niet recente karakter van de materies
- de complexiteitsgraad van de materies

³⁴ Er zijn altijd thematische controles geweest. Maar voor 2006 waren deze controles minder gericht en minder diepgaand.

over de vastgestelde fouten en over de geïdentificeerde oorzaken. Als de oorzaken bij hun werkprocessen liggen, krijgen ze aanbevelingen om vooruit te gaan. Deze advies- en auditrol lijkt goed gepercipieerd te zijn door de actoren. Soms kunnen de oorzaken van de fouten in de regulering liggen. In dergelijke gevallen wordt er geprobeerd om het verslag terug te koppelen naar de beheersorganen (DGV, DU) die daarvoor bevoegd zijn.

D. Vaststellingen

De gedane vaststellingen over de verschillende controleniveaus, -focussen en -actoren worden hierna samengevoegd.

a. Over de door de verzekeringsinstellingen gevoerde primaire controle

Uit empirisch onderzoek blijkt dat het praktisch onmogelijk is voor de adviserend-geneesheren om alle individuele dossiers a priori te controleren: de toelatingen worden automatisch gegeven en de dossiers worden slechts achteraf gecontroleerd, op een geaggregeerd niveau, met behulp van datamining. Het zou zelfs steeds moeilijker worden voor de mutualistische organisaties om adviserend-geneesheren te rekruteren. Ondanks de hoge loonniveaus, zou de te bureaucratische inhoud van de job de kandidaten afschrikken: hun geneeskundige vaardigheden zouden te weinig gewaardeerd worden.

Op een meer algemeen niveau wordt zowel de kwaliteit als de kwantiteit van de door de verzekeringsinstellingen uitgevoerde primaire controles, soms in vraag gesteld. Gezien de grote autonomie waarmee de verzekeringsinstellingen hun controles uitvoeren, worden deze er soms van verdacht andere doeleinden na te streven dan de strikte uitvoering van de VZIV-regelgeving. In dergelijke discussies wordt er altijd gewezen op de deelname die bepaalde mutualistische organisaties hebben in zorginstellingen, alsmede op de contracten die de landsbonden afsluiten met zorgverleners en -instellingen met het oog op het aanbieden van facultatieve VAV-producten. Deze zouden het gepercipieerde “grotere begripsvermogen” in de uitvoering van de primaire controles verklaren. Ook de onderhandelingen over tarieven tussen de verzekeringsinstellingen en de verschillende zorgverleners zouden een versturende rol spelen in de uitvoering van de primaire medische controle.

Deze standpunten zijn tijdens de interviews naar voren gekomen en komen neer op het in vraag stellen van de onafhankelijkheid van de adviserend-geneesheren t.o.v. hun werkgevers.

Reactie van twee grote verzekeringsinstellingen

- Binnen een grote verzekeringsinstelling geldt de onafhankelijkheid van de adviserend-geneesheren geldt als een formeel basisprincipe. Nochtans zou het statuut en de taakin-vulling van de adviserend-geneesheer fundamenteel kunnen worden herbekeken, en de wettelijke initiatieven die dienaangaande werden genomen en die in uitvoering zijn, moeten ten volle gesteund worden.
 - Een andere verzekeringsinstelling wil duidelijk afstand nemen van de bovenvermelde percepties betreffende de onafhankelijkheid van de adviserend-geneesheer. Ten eerste omdat er niet rekening wordt gehouden met een aantal feiten zoals hun statuut, hun concrete werkomstandigheden en al de andere maatregelen die hun onafhankelijkheid garanderen. Ten tweede omdat de DGEC nooit aanwijzingen heeft gevonden dat de adviserend-geneesheer werkelijk niet onafhankelijk werkt. Ten derde omdat men niet automatisch van de aanwezigheid van bepaalde landsbonden in de medico-sociale sector kan afleiden, dat de onafhankelijkheid van de adviserend-geneesheer onder druk staat.³⁵
-

b. Over de door de DAC uitgeoefende primaire en secundaire controle

Tijdens de interviews werden een aantal standpunten uitgedrukt over de wijze waarop de DAC zijn opdrachten vervult. Het betreft de primaire controle, de secundaire controle, en de spanning tussen beide controleniveaus.

In de primaire controle zorgen de opgelegde sancties waarschijnlijk voor frustraties. Het gepercipieerde probleem ligt niet bij de administratieve geldboetes, die redelijk blijven, maar wel bij de terugvordering en op de gevolgen ervan. De frustraties ontstaan voornamelijk door de cumulatie van sancties. Voor een ten onrechte betaalde prestatie, wordt een administratieve geldboete opgelegd en de verzekeringsinstelling wordt verplicht alle middelen in te zetten om de sommen terug te vorderen, welke de kosten hiervoor dan ook kunnen zijn. Als er niet teruggevorderd wordt, komt de kost ten laste van de administratiekosten. De uitzonderingen zouden strikt geïnterpreteerd worden³⁶.

³⁵ Het onderzoeksteam benadrukt dat de vaststellingen die doorheen het verslag te vinden zijn, niet als het bewijs van bestaande praktijken kan worden beschouwd. Het gaat eerder om mogelijke risico's van het sturingsstelsel die door sleutelactoren van de tak tijdens interviews werden aangehaald. Het onderzoeksteam houdt dergelijke risico's in het verslag weer op voorwaarde dat ze door minstens twee actoren van verschillende organisaties naar voren worden gebracht. Het herrinert dat dergelijke vaststellingen als doelstelling hebben dat een debat onder de actoren kan ontstaan over bepaalde aspecten van het systeem van governance.

³⁶ "Alle argumenten gelden om deze sommen niet ten laste van het systeem te laten vallen", aldus een geïnterviewde

In het kader van criterium 5 van het variabele deel administratiekosten, worden deze gegevens door de DAC aan de CDZ overgemaakt. De CDZ legt dan een vierde sanctie op: het aftrekken van inkomsten bij de administratiekosten. Die laatste sanctie is de zwaarste en de meest frustrerende, zeggen de veldactoren, hoewel ze zich moeilijk kunnen beklagen over een te strikt responsabiliseringssysteem voor administratiekosten. Informatie zou blindelings door de DAC aan de CDZ overgemaakt worden: individuele fouten worden geacht representatief te zijn voor het verkeerd functioneren van de organisatie.

Bovendien betreft een verzekeringsinstelling het gebrek aan overleg vóór het opstellen van het controleverslag. Er zou volgens de geïnterviewde een intermediaire stap moeten zijn tussen de controles en het voorstellen van het verslag aan het comité van de DAC. Aan de verzekeringsinstellingen zou een termijn toegekend moeten worden om het verslagontwerp te becommentariëren en om zich te rechtvaardigen. De DAC lijkt daarmee rekening te houden en is een oplossing aan het zoeken

Met de ontwikkeling van een secundaire controle, in de vorm van een advies- en auditfunctie, lijkt een nieuwe wind te waaien op de DAC. De verzekeringsinstellingen zijn over het algemeen tevreden met deze modernisering: ze lijken vragende partij om een externe kijk te hebben op hun handelingen, en zo autonoom mogelijk te blijven in de uitvoering van de primaire controle. Het gaat hier over een veranderingsproces dat nog in de implementatiefase is. Het is dus niet abnormaal dat afwijkingen blijven bestaan tussen de ‘as is’- en de ‘to be’-situatie.

Een punt dat blijkbaar versterkt zou kunnen worden is de terugkoppeling van de verslagen van de DAC naar de andere beheersorganen van het RIZIV. Toen de maximumfactuur (beperking van het remgeld) geïmplementeerd werd, vond hierover een thematische controle plaats. Het systeem was nieuw en ingewikkeld, en de terugkoppeling verliep vlot. Voor andere thematische controles lijkt dit minder het geval te zijn. Het verslag verschijnt en de actoren hebben de indruk dat het proces met het opleggen van sancties stopt

De actoren leggen ook de nadruk op de spanning tussen beide opdrachten van de DAC.

Aan de ene kant zou de DAC zijn auditrol goed vervullen. Er zou een goede controlemethodologie zijn die tot concrete aanbevelingen en vooruitgang leidt, en die in het kader van een vertrouwensrelatie plaatsvindt. Aan de andere kant zouden administratieve sancties systematisch opgelegd worden, wat een afbreuk aan deze vertrouwensrelatie betekent. Er zou een spanningsveld

bestaan binnen de DAC tussen de adviserende rol en de sanctionerende rol, ook op het vlak van personeelscultuur.

Meer fundamenteel legt een verzekeringsinstelling de nadruk op de taakverdeling tussen het RIZIV en de verzekeringsinstellingen. De primaire controle zou bij de verzekeringsinstelling rusten. In de VZIV ligt de toegevoegde waarde van een ziekenfonds op de dienstverlening. Ervoor zorgen dat iedereen in orde is, maakt deel uit van de dienstverlening en rust dus bij de ziekenfondsen. De primaire controle hierop zou dan ook niet bij de DAC moeten rusten. De DAC zou zich eerder moeten concentreren op de controle “en cascade”: kijken of de primaire controle georganiseerd is, hoe deze verloopt, en of deze wel toegepast wordt. De DAC zou dan evolueren naar een certificerend orgaan voor de mechanismen van interne controle en audit in de VZIV.

Reactie van de DAC

De instelling maakt een voorbehoud m.b.t. het onderscheid dat het onderzoeksteam maakt tussen primaire en secundaire controle.

Eenzijds merkt men op dat beide controlevormen in de praktijk met elkaar gemengd zijn. Voor de thematische controles bvb., die deel uitmaken van de secundaire controleopdracht, begint de DAC inderdaad door een onderzoek naar de ingezette interne controlemaatregelen. Daarna wordt er in individuele gevallen gekeken of de maatregelen wel toegepast worden (primaire controle). Opmerkingen worden eventueel geformuleerd en een termijn wordt toegekend om de toestand te verbeteren. Geen sanctie wordt in deze termijn genomen, zodat er een vertrouwensrelatie kan ontstaan (secundaire controle). Als geen vooruitgang wordt geboekt, wordt de verzekeringsinstelling uiteindelijk gestraft (primaire controle). Het gaat dus meer om een globale controleaanpak, waar individuele controles worden gebruikt om na te gaan of de procedures wel nageleefd worden.

Anderzijds, en in het vervolg van wat er voorafgaat, acht de DAC het voorstel gevaarlijk om de primaire en secundaire controles van elkaar te scheiden. De controles komen vaak tot het besluit dat de toepassing door de ziekenfondsen van de interne controlemaatregelen uitgaande van de landsbonden vrij variabel is, wat tot belangrijke ten onrechte betalingen kan leiden. De DAC acht dus niet raadzaam om de primaire controles exclusief aan de verzekeringsinstellingen toe te kennen. Het zou moeilijker worden om te weten wat er concreet bij de ziekenfondsen gebeurt, en het zou de meerwaarde van de DAC voor het systeem t.o.v. de CDZ en de bedrijfsrevisoren aantasten.

5. STURING VAN DE MARKT VAN DE VRIJE EN AANVULLENDE ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERINGEN

De HZIV en de KGV NMBS Holding voeren slechts de VZIV uit; zij mogen geen VAV-product aanbieden. De ziekenfondsen daarentegen, moeten minstens een aanvullend verzekeringsproduct aanbieden om erkend te worden (art. 3 ziekenfondswet). De organisatie van dit product kan evenwel uitbesteed worden aan

- De landsbond: het product is dan uniform voor alle aangesloten ziekenfondsen;
- Een maatschappij van onderlinge bijstand: dit is een vereniging van ziekenfondsen van eenzelfde landsbond met het oog op het organiseren van bepaalde VAV-diensten voor de aangesloten leden. Deze maatschappijen vallen onder de controlebevoegdheid van de CDZ;
- Een vzw: het ziekenfonds, de landsbond en/of de maatschappij van onderlinge bijstand kunnen een contract met een vzw afsluiten voor het afleveren van het VAV-product aan de aangeslotene leden. Alleen het samenwerkingsakkoord en de boekhoudkundige inschrijvingen die daaruit voortvloeien worden door de CDZ gecontroleerd. In tegenstelling tot de andere organisatievormen, kunnen deze vzw's subsidies ontvangen van andere besturen.

In de praktijk worden deze organisatievormen met elkaar gecombineerd.

Om deze producten op de markt te brengen, moeten ze nochtans door de CDZ erkend en geclassificeerd worden.

A. Classificering

Door de grote verscheidenheid van de VAV-producten heeft de CDZ ze per doel en aard geordend. En zijn tien groepen toegelaten VAV-producten:

Nummer	Groepen
0.	Medische en paramedische verzorging
1.	Arbeidsongeschiktheid
2.	Intra-murale verzorging (verblijf in ziekenhuis of andere zorginstelling)
3.	Thuiszorg
4.	Vervoer en verplaatsingskosten
5.	Eenmalige uitkeringen
6.	Diverse uitkeringen en tegenmoetkomsten
7.	Welzijn

8.	Voorlichting
9.	Werking en waarborgen

Tabel 3.6 – Tien groepen toegelaten VAV-producten (Bron: Hancké et al., 2000:68)

Binnen de groepen wordt een codenummer toegekend. Per (sub)groep van producten maakt deze classificatie het opstellen door de CDZ van bepaalde maatregelen voor elk product mogelijk. Om de erkenning te bekomen, moet er aan deze regels voldaan worden. Deze bepalingen, die tot de financiële gezondheid van de mutualistische organisatie beogen bij te dragen, betreffen (Hancké et al., 2000:68):

- De vorming van afzonderlijke reservefondsen
- Het vereiste minimum aantal leden
- De eventuele financiële waarborg van de landsbond
- De modeltabel die in de statuten opgenomen moet worden

B. Erkenning

De statuten van de landsbonden en ziekenfondsen³⁷ vermelden de georganiseerde diensten, de voordelen die hierbij worden toegekend en de voorwaarden waaronder zij worden verleend (art. 9§1). De statuten moeten door de CDZ goedgekeurd worden (art. 11§1). De goedkeuring van de statutaire bepalingen betreffende een nieuwe dienst, houdt de erkenning van die dienst in (art. 26 §1).

Als de te erkennen dienst in een van de tien groepen geclassificeerd kan worden en wanneer er aan de specifieke bepalingen wordt voldaan, worden de statutaire bepalingen goedgekeurd en de dienst erkend. Om dezelfde redenen kan de erkenning van de dienst³⁸ ingetrokken worden (art. 26§2). De intrekking van de dienst brengt de ontbinding ervan met zich mee.

C. Regulering

Eens het VAV-product erkend, mag de mutualistische organisatie het verkopen en er reclame rond maken.

³⁷ Er is geen bepaling in de ziekenfondswet betreffende het statuut van de maatschappijen van onderlinge bijstand. Het lijkt wel dat ze *mutatis mutandis* als een ziekenfonds moeten worden beschouwd.

³⁸ Uit de wet lijkt het dat de erkenning van de dienst is die ingetrokken wordt. De statuten kunnen slechts goedgekeurd en niet afgekeurd worden. De statutaire bepalingen betreffende de niet meer erkende dienst blijven blijkbaar bestaan zonder nog van toepassing te zijn. In de praktijk is het gebruikelijk dat de mutualistische organisaties een voorstel tot wijziging van de statuten indienen als de erkenning van een dienst ingetrokken wordt.

De CDZ blijft bevoegd voor het behandelen van klachten. Het valt onder de algemene controlebevoegdheid van de organisatie. Vergelijkende of bedrieglijke reclame wordt verboden (art. 43quater §2). Het is ook verboden om voordelen toe te kennen die aanzetten tot individuele mutaties (art. 43quinquies W90).

De markt en de concurrentie zorgen, ten slotte, voor het evenwicht tussen vraag en aanbod. Dit vormt het voorwerp van het volgende hoofdstuk.

HOOFDSTUK 4 – ANALYSE VAN DE MARKTWERKING

1. WAARSCHUWING

In dit hoofdstuk heeft de analyse betrekking tot de wijze waarop een aantal feitelijke kenmerken van de tak het gedrag van de organisaties van het secundaire netwerk zou kunnen beïnvloeden, of hun doelstelling was hun marktaandeel te vergroten.

In de vorige hoofdstukken werd een verschillende aanpak gehanteerd. De bedoeling was om de werkelijke sturingsrelaties tussen de actoren zo trouw mogelijk te beschrijven, en om de risico's ervan te belichten, zo als ze door veldactoren worden ervaren.

Hier is de benadering meer theoretisch: welke strategie zou de verzekeringsinstelling kunnen aannemen die voornamelijk gemotiveerd wordt door het vergroten van haar marktaandeel?

Deze benadering heeft een aantal bezwaren doen oprichten.

De benadering van dit hoofdstuk gaat ervan uit van het postulaat van de economische actor die door zijn eigen belang gemotiveerd wordt.

Dit postulaat, evenals al de veronderstellingen die hieruit voortvloeien, worden verworpen door het merendeel van de mutualistische organisaties. Deze weigeren om als economische actoren te worden beschouwd die de voorrang geven aan hun eigen belang. Ze brengen naar voren de mutualistische waarden van solidariteit, onderlinge bijstand, de constante zorg die ze hebben voor het algemeen belang, de verwerping van strategieën van marktsegmentatie, en het wettelijke en morele gebod dat aan hun handelingen ten grondslag ligt. Ze willen duidelijk afstand nemen van de hier uitgedrukte bezorgdheden en weigeren de impliciete opvatting van hun rol in de maatschappij die in dit hoofdstuk stilzwijgend wordt aangenomen.

Andere organisaties verwerpen niet systematisch het postulaat dat hier aangenomen wordt. Ze erkennen het bestaan van een zekere competitie tussen de verzekeringsinstellingen die, hoewel beperkt en vriendelijk, toch steviger zou zijn geworden deze laatste jaren. Als het hier om de '*worst-case scenario*' gaat, zouden er nochtans een aantal leemtes in het systeem zijn, waarin organisaties zouden zich kunnen storten, moesten ze niet door de bovenvermelde mutualistische waarden en verantwoordelijke leiders bestuurd worden.

Deze twee reacties die het onderzoeksteam gekregen heeft, nodigen het uit om dit hoofdstuk in het verslag bij te houden, door doch een aantal beperkingen ervan te vermelden.

Zo moet er benadrukt worden dat de mutualistische waarden tegenover een opportunistisch economisch gedrag van de verzekeringsinstellingen staan. Het gaat dus hier om de '*worst case scenario*', die onwaarschijnlijk zuiver in de werkelijkheid te observeren is.

Geen enkele vermelding in dit hoofdstuk kan derhalve beschouwd worden als het bewijs van bestaande praktijken. Het gaat om een analyse van een aantal risico's die door het bestaan van een keuzevrijheid van de burgers en van een zekere autonomie van de verzekeringsinstellingen veroorzaakt worden. Deze risico's vloeien uit een logische analyse voort, die minstens door twee verschillende actoren van de tak werden aangehaald.

2. BASISPRINCIPES VOOR DE ORGANISATIE VAN DE MARKT

In dit hoofdstuk wordt de werking van de marktkrachten geanalyseerd. Daarvoor wordt er hier ingegaan op de basiskenmerken die aan de markt vorm geven.

De presentatie van de markt van de verzekeringsinstellingen stelt een probleem: er zijn twee productensoorten en drie marktsegmenten die met elkaar verbonden worden omwille van de regel van de enige aansluiting, die elk onderscheid verward maakt: een burger kan zich aansluiten bij slechts een verzekeringsinstelling. Er is een uitzondering op deze regel: de leden van de HZIV en van de KGV NMBS Holding kunnen zich bij een ziekenfonds aansluiten, maar dit enkel voor de VAV-producten. Het gevolg daarvan is dat de mate waarin de burger met het onderscheid tussen de verschillende producten en segmenten rekening houdt, moeilijk in te schatten is.

Aan de aanbodzijde onderscheidt men twee producten: de VZIV en de VAV. De VZIV is in principe een uniform product, waaraan door de onderhandelingen binnen het RIZIV vorm gegeven wordt. Binnen de VAV-producten onderscheidt men de solidaire van de individuele producten, wat ons drie marktsegmenten doet identificeren: de VZIV en de twee VAV-productensoorten. Deze worden hieronder verder uitgelegd.

Solidaire aanvullende producten, aan de ene kant, zijn bundels van allerlei diensten die gedurende het hele leven van een individu nuttig kunnen zijn: tegelijkertijd komen deze producten tussen voor

jeugdbewegingen, voor bevallingen of voor een verblijf in een rusthuis bijvoorbeeld, welk dan ook de werkelijke noden van de potentiële klanten. Het principe van solidariteit ligt ten grondslag aan deze producten: de doelstelling is om de zwaarste financiële lasten te doen verwateren in een zo groot mogelijk aantal leden, eerder dan te focussen op specifieke doelgroepen. Deze producten worden vaak gezien als een soort “wachtkamer” van de VZIV. Hierdoor worden er bepaalde gezondheidsnoden beantwoord dankzij het private initiatief, in afwachting van een integratie in de VZIV. Op dit segment concurreren de ziekenfondsen van de verschillende landsbonden met elkaar.

Aan de andere kant zijn er de individuele aanvullende producten. Deze bestaan uit een welbepaalde dienst en richten zich tot welbepaalde doelgroepen. De markt wordt zo gesegmenteerd en de concurrentie is intenser, tussen de landsbonden en ziekenfondsen onderling, enerzijds, maar ook tussen de landsbonden/ziekenfondsen en de private verzekeraars, anderzijds.

Het bestaan van een markt veronderstelt gewoonlijk een winstdoelstelling bij de aanbieders. Dit moet voor het evenwicht van vraag en aanbod zorgen. In deze markt hebben de verzekeringsinstellingen evenwel geen winsttoegmerk (art. 2 §1 ziekenfondswet). In economische termen kan er verondersteld worden dat de doelstelling van de mutualistische aanbieders is om te naar het grootste marktaandeel te streven. In principaalagente termen zou men spreken van een maximalisatie van het “*bureaucratische slack*”.

Voor alle duidelijkheid worden de drie marktsegmenten hierna apart voorgesteld, hoewel ze in praktijk met elkaar verbonden zijn, gezien de regel van de enige aansluiting. Telkens worden de factoren onderzocht die de vraag theoretisch kunnen beïnvloeden. Het gaat m.a.w. om de mogelijke keuzecriteria voor de burger, en de wijze waarop de verzekeringsinstellingen aan deze vraag kunnen voldoen. De mogelijke linken met de andere marktsegmenten worden telkens vermeld.

Er moet benadrukt worden dat deze analyse geen beschuldiging voor bepaalde praktijken inhoudt. Er wordt slechts gekeken naar de impliciete prikkels die het ganse systeem in een marktcontext inhoudt.

3. MARKT VAN DE VERPLICHTE VERZEKERING

De VZIV vormt een marktsegment maar bestaat eigenlijk uit twee verzekeringsproducten: de ziekte- en de invaliditeitsverzekering. Bepaalde variabelen die invloed uitoefenen op de vraag en op

het aanbod zijn algemeen voor beide producten van de VZIV, terwijl andere variabelen eigen aan de ziekte- of aan de invaliditeitsverzekering zijn.

A. Vraag: mogelijke keuzecriteria voor de burger

a. Over het algemeen

Over het algemeen concurreren de verzekeringsinstellingen in het VZIV-segment op de waarden die ze naar voren brengen en op de dienstverlening.

De voorlopers van de huidige ziekenfondsen ontstonden in een context van hevige verzuiling van de samenleving. Zoals bijna alle organisaties die in de samenleving bestonden, waren ze levensbeschouwelijk gekleurd. Het lidmaatschap tot zo'n levensbeschouwelijke stroming werd bepaald door de traditie, de familie, de sociale klasse, en bleef stabiel doorheen het leven van de mensen. Diegenen die neutraal wilden blijven, konden terecht bij de publieke hulpkas. Sindsdien heeft de maatschappij een proces van ontzuiling ondergaan. De vluchtigheid van de identiteit van individuen laat de concurrentie ook op andere factoren spelen. Toch blijven de verzekeringsinstellingen zich onderscheiden van elkaar door de waarden die ze naar voren brengen.

Die waarden zijn van belang omdat de verzekeringsinstellingen, samen met hun onderhandelingspartners, de VZIV-wet binnen de beheersorganen van het RIZIV uitwerken (art. 8 ziekenfondsenwet). Hoe meer leden een verzekeringsinstelling heeft, hoe groter zijn invloed op de beslissingen is.

De mate waarin de waarden van de verzekeringsinstellingen een keuzecriterium voor de burger vormen, is moeilijk in te schatten. De traditie lijkt vooralsnog een niet te verwaarlozen rol te blijven spelen.

De verzekeringsinstellingen concurreren ook met elkaar op vlak van andere factoren, bijvoorbeeld de dienstverlening.

Dienstverlening is een verzamelterm voor de toegankelijkheid, de nabijheid, de klantvriendelijkheid, de openingsuren, de zitting, de internettoepassingen, enz... namelijk alles wat door de burgers belangrijk wordt geacht – bijdragen uitgezonderd.

Over het algemeen kan er verondersteld worden dat de door de verzekeringsinstellingen verdedigde waarden enerzijds en de gepercipieerde kwaliteit van de dienstverlening anderzijds criteria voor de burger kunnen zijn om een verzekeringsinstelling voor de VZIV te kiezen.

Naast algemene keuzecriteria kan men specifieke criteria voor de ziekte- enerzijds en voor de invaliditeitsverzekering anderzijds onderscheiden.

b. Eigen aan de ziekteverzekering

Als gevolg van de responsabilisering voor de uitgaven in de ziekteverzekering, dragen de verzekeringsinstellingen zelf een deel van hun saldo in de ziekteverzekering. Omdat de verzekeringsinstellingen geen winstoogmerk hebben, wordt het zelf te dekken deel van het saldo niet door 'aandeelhouders' gedragen maar wel door de aangeslotenen, via de bijdragen bestemd voor het bijzonder reservefonds (zie supra).

Men kan veronderstellen dat de hoogte van deze bijdragen een rol speelt voor de burger bij de keuze van de verzekeringsinstelling. Deze rol lijkt echter beperkt omdat het zelf te dekken deel van het saldo hoogstens 25% bedraagt. Bovendien zorgt het bijzonder reservefonds voor een zekere stabiliteit van de bijdragen doorheen de tijd door te fungeren als buffer. De hoogte van deze bijdrage kan eventueel meer bepalend zijn voor de lagere inkomens. De aanvullende bijdrage wordt immers niet aan de inkomsten gerelateerd, in tegenstelling tot het vroegere systeem waar alle uitgaven onrechtstreeks via sociale bijdragen (proportioneel) en belastingen (vooral progressief en proportioneel) gedekt werden.

c. Eigen aan de invaliditeitsverzekering

De adviserend-geneesheren stellen de primaire arbeidsongeschiktheid vast. De strengheid waarmee de adviserend-geneesheren deze opdracht uitvoeren, kan ook een keuzecriterium zijn voor bepaalde burgers.

Omdat de uitkeringen hoger zijn in de toestand “primaire arbeidsongeschiktheid” dan in de toestand “invaliditeit”, kan het voor een samenwonende interessant zijn om, aan het einde van de periode “primaire arbeidsongeschiktheid”, gedurende een tijd te worden erkend als arbeidsgeschikt om dan zo aan een nieuwe periode van “primaire arbeidsongeschiktheid” te beginnen, i.p.v. zich als “invalide” te laten erkennen (Van Langendonck et al., 2006:526).

Het feit dat steeds meer aandoeningen van psychische aard zijn, vraagt bovendien ook meer begripsvermogen namens de adviserend-geneesheren.

De sympathie van de adviserend-geneesheer kan dus een keuzecriterium zijn voor bepaalde burgers.

In de volgende sectie wordt de vraag gesteld van de middelen die de verzekeringsinstellingen kunnen inzetten om aan de factoren tegemoet te komen die de vraag beïnvloeden.

B. Aanbod

a. In het algemeen

In het algemeen werden twee keuzecriteria in de VZIV geïdentificeerd, zijnde de waarden en de dienstverlening.

Om een concrete inhoud te geven aan de waarden die ze verdedigen, gebruiken de verzekeringsinstellingen hun onderhandelingsmacht binnen de organen van het RIZIV. Hun respectievelijk marktaandeel laten hen toe om de uitwerking van de VZIV-regelgeving te verkleuren. Waarden worden in beleidskeuzes vertaald, rekening houdend met het feit dat andere partijen mee onderhandelen.

De kwaliteitszorg in de dienstverlening valt onder het interne beheer van de verzekeringsinstellingen. De verzekeringsinstellingen, en vooral de mutualistische organisaties, beschikken hiervoor over een zekere mate van beheersautonomie. Deze moet hen in staat stellen hun dienstverlening te organiseren in de zin die voor de burgers past. Omdat perceptie belangrijk is, speelt ook marketing een rol.

b. Eigen aan de ziekteverzekering

Om de bijzondere bijdragen te verminderen, moet het saldo van de ziekteverzekering zo gunstig mogelijk zijn. Daarvoor zijn er twee belangrijke mogelijkheden: efficiëntiewinsten boeken en/of de risico's selecteren.

Aan de ene kant kan de verzekeringsinstelling de uitgaven in de ziekteverzekering proberen te beperken. Tot nu toe zijn er twee middelen voor een verzekeringsinstelling om de uitgaven te beïnvloeden.

Enerzijds kunnen ze hun leden sensibiliseren m.b.t. de meest efficiënte houdingen: verantwoord gebruik van de juiste geneesmiddelen, een generalist voor een specialist raadplegen, gezond leven,... De effecten van dergelijke campagnes blijven echter onzeker. Anderzijds kunnen de adviserend-geneesheren ook een rol spelen door hun voorafgaande visum aan bepaalde uitgaven te geven. Hoewel

ze theoretisch hun opdrachten in volle onafhankelijkheid t.a.v. hun werkgevers (de verzekeringsinstellingen) uitvoeren, is het volgens een aantal geïnterviewden niet ondenkbaar dat in de praktijk het beslissingspatroon van de adviserend-geneesheren wordt beïnvloedt, hier in de zin van uitgavenbeheersing.

De tweede mogelijkheid om de bijzondere bijdragen te doen afnemen, is door de zwaktes van de normatieve verdeelsleutel te exploiteren. Omdat het onmogelijk is alle factoren die een invloed kunnen hebben op de uitgaven van de ziekteverzekering op te lijsten en omdat bepaalde factoren (de concentratie van geneesheren bvb.) niet in de normatieve verdeelsleutel opgenomen werden, zijn er onvermijdelijk bepaalde doelgroepen waarvoor de verzekeringsinstelling te veel of te weinig gefinancierd wordt. Eens de interessante risico's gekend, is het eventueel mogelijk deze via zeer gerichte nicheproducten in de VAV te rekruteren, gezien de regel van de enige aansluiting.

De keuze voor een van deze twee mogelijkheden of voor een mix ervan zal afhangen van de respectievelijke kosten van efficiëntieverbetering en van het aantrekken van de betere risico's, en van de mate waarin de mutualistische waarden al dan niet de voorrang krijgen op het vergroten van het marktaandeel.

Tot nu toe blijft de responsabilisering van de verzekeringsinstelling voor het financiële evenwicht in de ziekteverzekering relatief beperkt, waardoor de problematiek de voorkeursrekrutering van bepaalde doelgroepen tot nu toe anekdotisch in de praktijk lijkt te blijven. Als men de verzekeringsinstellingen verder wil responsabiliseren, zouden de thema's van de kwaliteit van de normatieve verdeelsleutel en van de linken tussen de verplichte en aanvullende verzekering zeker aan belang winnen. Op het vlak van de principes zijn deze thema's derhalve niet te verwaarlozen zelfs als de verschijnsel in de praktijk beperkt is.

c. Eigen aan de invaliditeitsverzekering

Om die burgers te rekruteren die geïnteresseerd zijn in sympathiekere adviserend-geneesheren, moet hun onafhankelijkheid t.a.v. hun werkgevers in de praktijk beperkt worden. De marktcontext lijkt druk uitoefenen op de onafhankelijkheid van de adviserend-geneesheren, in tegenovergestelde richtingen naargelang de marktsegmenten: hogere strengheidsgehalte in de ziekteverzekering (om de bijzondere bijdragen op een beperkt niveau te houden), mindere strengheidsgehalte in de invaliditeitsverzekering.

4. MARKT VAN DE SOLIDAIRE AANVULLENDE PRODUCTEN

A. Toepassingsgebied

Men merkt op dat dit marktsegment enkel de mutualistische organisaties betreft. De HZIV en de KGV NMBS Holding bieden geen aanvullende product aan. Hun klanten kunnen zich bij een ziekenfonds aansluiten om VAV-producten aan te kopen. De private verzekeraars bieden deze minder rendabele producten niet aan. Dit lijkt uiteindelijk het beste criterium om de individuele van de solidaire VAV-producten te onderscheiden.

B. Vraag

Meer dan waarschijnlijk is het de verhouding tussen het product en de prijs op basis waarvan de burger beslist het product al dan niet aan te kopen. Toch kunnen de persoonlijke kenmerken van de burger, zoals zijn waarden of zijn leeftijd zijn beoordeling beïnvloeden.

Iemand die het principe van solidariteit hoog acht, kan het product aankopen zelfs indien hij daarin niet echt geïnteresseerd is. Iemand die meer individualistisch ingesteld is, zal een product slechts aankopen als hij er een direct belang bij heeft.

De leeftijd beïnvloedt ook de beoordeling van het product. Als de eventuele prestaties van het verzekeringsproduct te ver liggen, of als de risico's om prestaties te ontvangen te zwak zijn, kan het product als minder interessant worden beoordeeld.

C. Aanbod

Om de beste verhouding product/prijs te hebben, kan de verzekeringsinstelling op het product, op de prijs ervan, of op de verhouding product/prijs ingrijpen.

Om een goed product te ontwerpen, zijn kennis en marketingvaardigheden nodig.

Om de beste prijzen te hebben, moet het draagvlak voor het solidaire product zo groot mogelijk zijn. De mutualistische organisatie moet zoveel mogelijk leden rekruteren via een van de drie marktsegmenten. Bovendien moet het deel van de leden die het solidaire aanvullende product aankopen, zo hoog mogelijk zijn. Een middel daarvoor is de solidaire producten verplicht voor alle leden te maken. Dit kan dan weer de meer individualistische personen afschrikken.

Uiteindelijk moet er de beste verhouding product/prijs zijn om leden te rekruteren via de solidaire aanvullende producten. Dat vereist het uitoefenen van invloed op de leveranciers, de zorgverleners en

-instellingen. Men ziet twee mogelijke middelen daarvoor. Aan de ene kant kan de mutualistische organisatie aandeelhouder van een zorginstelling worden via haar “patrimoniale vzw’s” om een zekere invloed op haar leverancier te hebben. Aan de andere kant kan de mutualistische organisatie gebruik maken van haar rol in de VZIV om effecten te sorteren in de VAV. Bijvoorbeeld kan men de data verzameld door de VZIV³⁹ analyseren om de meeste geschikte zorgverleners voor het VAV-product te detecteren, ten einde met hen selectief te contracteren.

5. MARKT VAN DE INDIVIDUELE AANVULLENDE PRODUCTEN

A. Toepassingsgebied

Op dit marktsegment concurreren niet alleen de mutualistische organisaties onderling. Ook de private verzekeraars bieden dergelijke producten aan. Daarentegen nemen noch de HZIV noch de KGV NMBS Holding deel aan dit segment

B. Vraag

De vraag voor individuele aanvullende producten wordt uitsluitend door economische beschouwingen bepaald. Zo wordt de vraag voor deze producten bepaald door de prijs en de verhouding product/prijs enerzijds, en de mate waarin deze producten met de onmiddellijke verwachtingen van de burgers overeenkomen, anderzijds.

C. Aanbod

Om aan de vraag tegemoet te komen, bieden de spelers (mutualistische organisaties en private verzekeraars) nicheproducten aan die gekenmerkt worden door een minder grote omvang en door een beperktere doelgroep. Omdat deze producten bijna op maat zijn, kunnen de meeste dure verstrekkingen niet zo verzekerd worden. Anders zou het voordeel van de verzekering op de besparing verdwijnen. De meeste dure prestaties, voor de chronische zieken bvb., worden derhalve in de solidaire producten geïntegreerd. De nicheproducten betreffen vooral diegenen die men de goede risico's noemt. De goede risico's zijn weinig ziek zodat deze producten voor een relatief klein draagvlak georganiseerd kunnen worden. Een typisch voorbeeld is Hospitalia, de

³⁹ Een mutualistische organisatie mag de individuele gegevens niet aanwenden voor andere doeleinden dan de uitvoering van de VZIV. Nochtans produceren de onderzoeksdiensten van de mutualistische organisaties geanonimiseerde analyses die wel gebruikt mogen worden.

hospitalisatieverzekering van de MLOZ. Als een hospitalisatieverzekering deel uitmaakt van een groter pakket van product, dan moet dit pakket als een solidaire VAV-product beschouwd worden.

Om op de prijs en op de verhouding product/prijs in te grijpen, kunnen dezelfde middelen als voor de solidaire aanvullende producten worden gebruikt: marketingvaardigheden, rekruteren van leden en het verkrijgen van de grootst mogelijke onderhandelingsmacht t.o.v. de leveranciers.

Er is bovendien een vierde middel om de best mogelijke prijzen te hebben: het verkrijgen van het best mogelijk saldo van administratiekosten. Het batige saldo van de administratiekosten wordt door de verzekeringsinstellingen behouden en gestort in of gepompt uit (Hancké et al., 2000:78-79) de rekening “bestuursdienst”, die voor de gemeenschappelijke en resterende bestuurskosten van de VAV-producten is bestemd. Onrechtstreeks is er derhalve een link tussen het saldo van de administratiekosten en de ledenbijdrage voor de VAV-producten⁴⁰: hoe hoger het saldo, hoe lager de ledenbijdragen. Om het best saldo van administratiekosten te hebben, zijn er twee mogelijkheden. De eerste mogelijkheid is efficiëntiewinsten na te streven. De mutualistische organisaties zijn daarvoor autonoom genoeg. De andere mogelijkheid is de zwaktes van het financieringsstelsel te exploiteren. Het maximaal budget voor administratiekosten wordt onder de verzekeringsinstellingen verdeeld rekening houdend met bepaalde risico's. Toch lijkt er uit interviews dat de goede risico's interessante winstmarges op het vlak van administratiekosten opbrengen. Omdat zij minder ziek of invalide zijn, omdat ze hoger opgeleid zijn, omdat zij hun transacties eerder elektronisch dan ter plaatse doen, kosten ze minder als administratiekosten dan wat ze opbrengen. Deze goede risico's kunnen via de facultatieve nicheproducten gerekruteerd worden. Eens gerekruteerd, brengen ze interessante winstmarges op de administratiekosten, wat opnieuw onrechtstreeks invloed uitoefent op de ledenbijdragen voor de VAV-producten, enz... M.a.w. kan er een zelfversterkend effect zijn tussen het rekruteren van goede risico's door middel van individuele aanvullende producten en de financiële aantrekkelijkheid van de individuele aanvullende producten voor de goede risico's, dankzij de regel van de enige aansluiting.

D. Vaststellingen en aanbevelingen

De geïnterviewde actoren stellen vast dat de concurrentie tussen de landsbonden steeds heviger wordt. Een meerderheid ervan betreurt deze evolutie: ze bekritisieren een aantal producten en

⁴⁰ De bestuurskosten van de VAV-producten worden door de klanten gedragen. Als het saldo van de administratiekosten van de VZIV een deel van de bestuurskosten van de VAV-producten kan dekken, zal het deel van de bijdragen voor de VAV-producten bestemd tot de gemeenschappelijke bestuurskosten lager zijn. Ongetwijfeld kan geconcludeerd worden dat er een onrechtstreekse link is tussen het saldo van de administratiekosten en de ledenbijdragen voor de VAV-producten.

praktijken van hun concurrenten en stellen vast dat de CDZ, die de concurrentie moet bewaken en reguleren, met beperkingen wordt geconfronteerd. Wat de concurrentie betreft, zouden er leemtes in de wetgeving zijn op twee vlakken: de concurrentieregels op zich en de voorziene sancties.

Aan de ene kant is alles wat niet verboden is, toegelaten. Inventieve landsbonden zouden gebruik maken van de tekortkomingen in de wet om nieuwe leden te rekruteren. Een aantal voorbeelden ervan werden gegeven. Vooral op het vlak van reclame en mutatiepremies.

Op het vlak van reclame blijft er bijvoorbeeld ruimte voor denigrerende reclame, terwijl vergelijkende en bedrieglijke reclame verboden wordt, zo stelt een geïnterviewde actor. Bovendien geldt het verbod van vergelijkende reclame slechts voor het Belgische territorium. Er bestond een Nederlandse website verbonden aan een landsbond waar de VAV-producten met elkaar vergeleken werden en waar op basis daarvan 'onafhankelijke' adviezen verleend werden aan de klanten.

Op het vlak van mutatiepremies zouden er ook betwistbare zaken plaats vinden. Bepaalde werkgevers zouden de opportuniteit hebben gekregen om een groepsverzekering aan hun personeelsleden aan te bieden aan voordelige prijzen, op voorwaarde dat alle personeelsleden van ziekenfonds veranderden⁴¹. Nooit werd het bewijs aangevoerd dat mutatiepremies echt betaald werden, wat tot voorzichtigheid maant.

Aan de andere kant zou er een probleem zijn met de sanctie. Deze zouden te zwak en voorspelbaar zijn. In hun kosten-batenanalyse zouden de landsbonden rekening houden met de boetes. In een aantal gevallen zou het dan interessanter blijven de wet te overtreden, de boetes te betalen en nieuwe leden te rekruteren, eerder dan de wet na te leven. De sancties zijn met andere woorden in bepaalde gevallen geen voldoende prikkel opdat de wet en de geest ervan nageleefd worden.

De kritieken wijzen steeds op dezelfde spelers. Buiten deze actoren lijkt er een relatieve consensus te bestaan rond het aan striktere banden leggen van de concurrentie. Daarvoor moet de ziekenfondswet gewijzigd worden. De meest voor de hand liggende oplossing is de wetgeving te versterken, door meer overtredingen en zwaardere sancties te voorzien. Toch kan de wetgever niet alles voorzien in een context van steeds scherpere concurrentie. Het uitvaardigen van meer algemene principes en bijhorende sanctieclassen en het toekennen van een grotere reguleringsvermogen aan de CDZ is een andere mogelijke denkpijpe om zo de constante aanpassing van de marktregulering aan de marktomstandigheden makkelijker te maken.

⁴¹ Eenzelfde verhaal werd ook gegeven betreffende een OCMW.

E. Concurrentievervalsing?

Het is niet enkel de concurrentie tussen de mutualistische organisaties onderling die problemen stelt.

Op verzoek van Assuralia, de beroepsvereniging voor verzekeringsondernemingen, heeft de Europese Commissie in december 2006 de Belgische staat immers aangemaand zich te rechtvaardigen over het feit dat de ziekenfondsen aanvullende verzekeringsproducten aanbieden zonder onderworpen te zijn aan de Europese richtlijnen daaromtrent. In tegenstelling tot de privéverzekeraars die met hen concurreren (IP/06/1781). De bedoelde richtlijnen leggen immers verplichtingen op aan de privéverzekeraars op het vlak van solvabiliteit, toezicht en financiering. Deze zouden, naargelang de commissie, ook van toepassing moeten zijn op de ziekenfondsen. Dit echter enkel wanneer ze aanvullende verzekeringsproducten aanbieden want de verzekeringen bevat in wettelijke stelsels van sociale zekerheid worden uitgesloten van het toepassingsgebied van de richtlijnen (art. 2, 1, d), 73/239/CEE). Dit verschil in behandeling tussen de ziekenfondsen en de privéverzekeraars zou resulteren in verschillende niveaus van bescherming van de klanten en in concurrentieverstoring (IP/06/1781). De klacht concentreert zich vooral op bepaalde producten hospitalisatieverzekering⁴² die individueel van aard zijn.

Het is niet de eerste keer dat de verzekeringssector spreekt van concurrentievervalsing. Sinds de invoering ervan in 1990 wordt de ziekenfondswet immers regelmatig door de verzekeringssector aangevallen. In 1992 bvb. werd bij het Arbitragehof (Arbitragehof, 92/023) een klacht ingediend door Europ Assistance, de Beroepsvereniging van Belgische en Buitenlandse Verzekeringsondernemingen en de Algemene Pharmaceutische Bond: de landsbonden en ziekenfondsen zouden concurrentie kunnen voeren met verzekeringsondernemingen, zonder onderworpen te zijn aan dezelfde verplichtingen. Ze werden beschuldigd van concurrentievervalsing: vooral (1) de mogelijke linken tussen de activiteiten in de VZIV en in de VAV (de mutualistische organisaties kunnen de VAV-producten verplicht maken en ze beschikken over een grotere onderhandelingsmarge met de leveranciers) en het behandelingsverschil op het (2) technische (verschillende verplichtingen qua solvabiliteitsmarge en waarborgfonds) en (3) fiscale vlak (de mutualistische organisaties betalen de verzekeringstaks en de ondernemingsbelasting niet) waren het mikpunt van kritieken.

Het Arbitragehof antwoordde dat de landsbonden en ziekenfondsen het bevorderen van de gezondheid als streefdoel hebben en dat ze daarvoor overheidsopdrachten hebben gekregen. De gelijkheid van de Belgen en het principe van niet-discriminatie sluiten niet uit dat er

⁴² En toen ook nog op de verzekering voor de kleine risico's voor zelfstandigen die nu verplicht is geworden

behandelingsverschillen zijn, voor zover ze gerechtvaardigd worden door de beoogde doelstellingen en dat er evenredigheid bestaat tussen de doelstellingen en de ingezette middelen. Het Hof besliste dat de landsbonden en ziekenfondsen, voor zover ze zich aan de doelstelling van gezondheid en aan de principes van voorzorg, solidariteit en onderlinge bijstand houden, verzekeringsproducten kunnen aanbieden onder een andere regeling dan de verzekeringsondernemingen.

Telkens bevestigde het Arbitragehof zijn rechtspraak (Arbitragehof, 1992/024, 1994/041, 1999/070): de gezondheidsdoelstelling rechtvaardigt het behandelingsverschil. Impliciet wordt er door het Arbitragehof erkend dat de individuele VAV-producten voor elke klant gelijkwaardig zijn, welk dan ook het juridische statuut van de aanbieder.

Men merkt op dat de Europese Commissie (tot nu toe) slechts een van de drie argumentencategorieën waarover het Arbitragehof zich heeft uitgesproken weerhoudt: de behandelingsverschillen op het technische vlak. *“De Commissie stelt echter geenszins de opzet van het Belgische socialezekerheidsstelsel of het recht van particuliere ziekenfondsen om een aanvullende ziektekostenverzekering aan te bieden in vraag”* (IP/06/1781). De Commissie ziet m.a.w. de regel van de enige aansluiting en de mogelijkheid van *“cross-subsidiation”* die daaruit voortvloeit niet als een concurrentieverstorende factor. En er wordt niet op het fiscale statuut ingegaan.

Het doorsturen van de ingebrekestelling vormde eigenlijk de eerste stap van de procedure. Daarna werd er getracht een politiek compromis op te stellen. Overeenkomstig artikel 226 van het verdrag van de Europese Gemeenschappen heeft de Commissie de procedure voortgezet door een “met redenen omkleed advies” aan België op 6 mei 2008 over te maken. Het is de laatste stap voordat het dossier aan het Europese Hof van Justitie overgemaakt wordt. De Commissie eist dat België de ziekenfondswet wijzigt zodat de bedoelde richtlijnen ook toegepast worden op de ziekenfondsen wanneer deze aanvullende verzekeringsproducten aanbieden.

In de huidige staat van het ziekenfondsstelsel lijkt het waarschijnlijk dat de Belgische staat door het Hof schuldig verklaard zal worden. België heeft er alle belang bij om te anticiperen en de ziekenfondswet te wijzigen vóór het einde van het proces. Gezien de economische aard van de individuele VAV-producten, lijkt het onvermijdelijk dat de mutualistische organisaties deze producten onder dezelfde voorwaarden als de verzekeringssector zullen moeten aanbieden. De vraag is echter het statuut van de solidaire aanvullende producten in een hervormde institutionele landschap. Op het eerste gezicht ziet men twee alternatieven.

De meest voor de hand liggende oplossing is de scheiding van de verplichte en aanvullende verzekeringen van de mutualistische organisaties. Aan de ene kant zouden de ziekenfondsen de VZIV uitvoeren, onder het toezicht van het RIZIV. Aan de andere kant zou een mutualistische verzekeringsonderneming de VAV-producten aanbieden, onder het toezicht van de CBFA. De huidige landsbonden zouden dan overkoepelende holdings worden van de ziekenfondsen en van de verzekeringsmaatschappijen. De CDZ zou toezicht uitoefenen op deze holdings, met een bijzondere aandacht op de verdeling van de gemeenschappelijke kosten.

Een alternatieve oplossing kan toch bedacht worden. De verzekeringen ingebed in sociale zekerheidsstelsels vallen immers buiten het toepassingsgebied van de Europese richtlijnen. Door de organisatie van de ziekte- en invaliditeitverzekeringen aan te passen, zou het mogelijk zijn dat de solidaire aanvullende producten als verzekeringen van sociale zekerheid worden beschouwd. De mutualistische organisaties zouden dan solidaire verzekeringsproducten (VZIV en solidaire VAV) aanbieden, terwijl de markt van de individuele VAV-producten aan de privésector achtergelaten wordt.

Uiteraard kunnen beide alternatieven met elkaar gecombineerd worden. Men zou kunnen bedenken dat de ziekenfondsen de VZIV en de solidaire VAV onder het toezicht van het RIZIV aanbieden, en dat mutualistische verzekeringsondernemingen individuele VAV-producten onder het toezicht van de CBFA aanbieden.

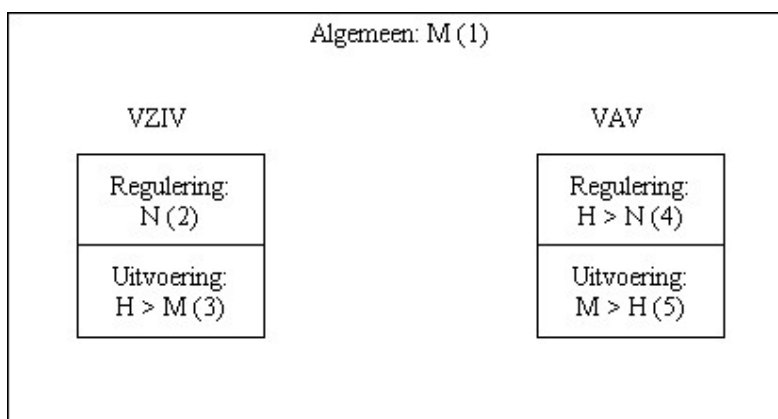
Deze beschouwingen zijn niet los te maken van de bestudeerde problematiek. Integendeel. Dwars door dit onderzoek naar de governance van de tak ziekte- en invaliditeitsverzekering zijn de linken tussen de verschillende activiteiten herhaaldelijk aan bod gekomen. De Europese Commissie kijkt naar dezelfde situatie met de beperktere bril van concurrentiebewaker maar komt ook aan om het in vraag stellen van de omstandigheden onder dewelke de mutualistische organisaties hun activiteiten doorvoeren. De governance van de sector, de concurrentie en de activiteiten die de mutualistische organisaties uitvoeren zijn wel in verband.

In het sluit hoofdstuk wordt er getracht tot een zekere systematisering te komen, om haalbare vervolmakingsporen voor de toekomst naar voren te brengen.

HOOFDSTUK 5 – VASTSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN

1. ANALYSE VAN DE INGEZETTE COÖRDINATIEMECHANISMEN

Uit empirisch onderzoek blijkt dat de tak ziekte- en invaliditeit een hybride governancestelsel heeft. Onderstaand schema geeft de ingezette coördinatiemechanismen. Men onderscheidt twee subsystemen, het ene voor de VZIV en het andere voor de VAV, allebei ingebed in een ruimere marktcontext. Binnen elk subsysteem wordt een onderscheid gemaakt tussen twee niveaus van coördinatie: regulering en uitvoering. Hierna worden de verschillende punten becommentarieerd, door gebruik te maken van de nummering die op het schema staan.



Figuur 1 – Ingezette coördinatiemechanismen

1. Over het algemeen bevindt men zich in een concurrentieel systeem. De burger kiest vrij voor het ziekenfonds waarbij hij zich wil aansluiten. De ziekenfondsen concurreren met elkaar op verschillende variabelen, over het algemeen op de waarden die ze naar voren brengen en op de kwaliteit van de dienstverlening, maar factoren die eigen zijn aan de VZIV of aan de VAV spelen ook een rol. De concurrentie wordt door de CDZ bewaakt.

2. De VZIV wordt door het RIZIV gereguleerd. Intern wordt het RIZIV gekenmerkt door het groot aantal beheersorganen waar de belanghebbenden van de tak samen beslissingen nemen over het te voeren beleid op het vlak van de VZIV. De organisatie van de regulerende functie kan derhalve als netwerkgericht bestempeld worden: actoren die voor het behalen van een hoger doel wederzijds afhankelijk zijn, trachten eigen waarden, doelstellingen en belangen te verwezenlijken in politieke arena's.

3. De uitvoering van de VZIV wordt op een hybride wijze gecoördineerd. Zowel hiërarchische als marktgerichte sturingsinstrumenten zijn immers in het systeem terug te vinden. Voorbeelden van hiërarchische instrumenten zijn: de doelstelling van gelijke behandeling van de burgers, het belang van de regels, de primaire controle van individuele dossiers door de DAC van het RIZIV, de financiering van de verzekeringsinstellingen naargelang de werkelijke uitgaven, enzovoort.

Binnen dit hiërarchisch systeem zijn marktgerichte elementen ingevoerd: in de ziekteverzekering financiert men de verzekeringsinstellingen prospectief (naargelang de risico's) en de verzekeringsinstellingen dragen een zekere individuele verantwoordelijkheid voor het saldo van de ziekteverzekering. Bovendien merkt men een evolutie op in de organisatie van de controles. Aan de ene kant ontwikkelen de gestuurde organisaties structuren van corporate governance (interne controle, auditcomité en interne audit) en voeren ze zelf de primaire controletaken t.o.v. de burgers en de zorgverleners uit. Aan de andere kant worden steeds meer secundaire controlemechanismen (ontwikkeling van een advies- en auditfunctie door de DAC, evaluatie van de beheersprestaties) door de sturende organisaties ingevoerd. Deze evolutie kadert in principaal-agent theorieën waar sturing meer op afstand of op metaniveau gebeurt, waar de autonomie van de actoren en praktische beperkingen belemmeren dat elke beslissing van de gestuurde actoren gecontroleerd wordt en waar er gebruikt wordt gemaakt van sturingsmechanismen gebaseerd op risico-overdracht en competitie.

Toch blijven de hiërarchische mechanismen in ons inzicht de voorrang hebben op de marktgerichte mechanismen. Zo wordt de responsabilisering voor de uitgaven in de ziekteverzekering in een terugbetalingsstelsel ingebed: de financiering van de verzekeringsinstellingen gebeurt grotendeels op basis van de historische uitgaven en slechts voor een deel op een prospectieve wijze, de verantwoordelijkheid voor het saldo blijft beperkt, en het toekennen van een gedeeltelijke verantwoordelijkheid ging niet gepaard met een overdracht van de overeenkomstige autonomie. Voorts heeft de ontwikkeling door het RIZIV van secundaire controlevormen geen verdwijning van de primaire controlevormen met zich meegebracht.

4. De aanvullende verzekeringsactiviteiten van de mutualistische organisaties worden door de CDZ gereguleerd. In vergelijking met het RIZIV wordt deze reguleringsopdracht hiërarchischer georganiseerd. De CDZ wordt immers door een raad beheerd die onafhankelijk is t.o.v. de verzekeringsinstellingen. Deze worden wel in het technisch comité van de CDZ vertegenwoordigd, maar formeel heeft dit comité alleen maar een adviesbevoegdheid. De regulering binnen de CDZ gebeurt derhalve op een meer hiërarchische wijze dan bij het RIZIV.

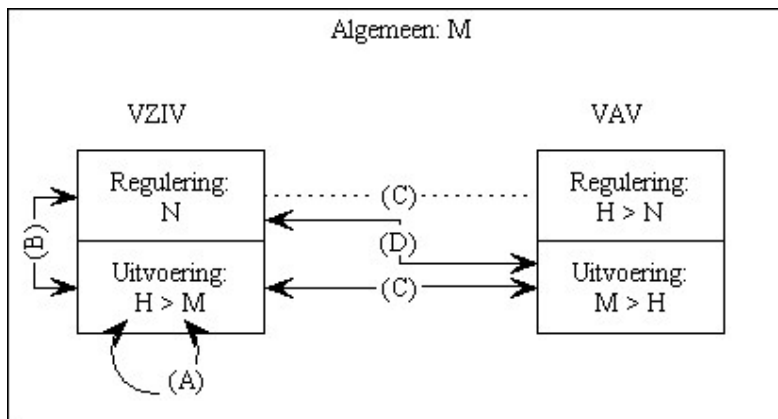
5. De coördinatie van de aanbidding van aanvullende verzekeringsproducten gebeurt voornamelijk door de markt en het evenwicht van vraag en aanbod. De mutualistische organisaties concurreren met elkaar om hun klanten de beste verhouding prijs/kwaliteit aan te bieden. De CDZ speelt daarin de rol van marktregulator, door per klasse producten technische voorwaarden uit te vaardigen. Meer dan de rol van de CDZ blijken de marktkrachten het gedrag van de actoren bepalen.

Men bevindt zich dus in een hybride coördinatiesysteem. Men kan immers hiërarchische, markt- en netwerkgerichte vormen van sturing in het systeem terugvinden. Het hybride karakter van het systeem houdt echter bepaalde risico's in termen van governance in. Deze risico's vormen het voorwerp van de volgende sectie.

2. MOGELIJKE RISICO'S

Deze sectie overweegt de mogelijke risico's die het systeem van governance inhoudt. Het gaat over een poging om de percepties van de geïnterviewde actoren over deze risico's in het aangehaalde theoretische kader te interpreteren. De term risico wordt met opzet gebruikt. Het is immers helemaal niet de bedoeling om het bestaan van bepaalde praktijken aan te brengen. De hier aangehaalde risico's werden minstens door twee geïnterviewde actoren naar voren gebracht.

De vermelde risico's zijn te relateren aan het hybride karakter van het systeem van governance. De subelementen ervan staan in wisselwerking met elkaar, en spanningsvelden kunnen zich derhalve voordoen. De spanningsvelden worden door pijlen grafisch weergegeven. Daarna worden deze spanningsvelden becommentarieerd, door gebruik te maken van de letters die op het schema staan.



Figuur 2 – Mogelijke risico's van het systeem van governance

A. Bij de uitvoering van de VZIV is er in ons inzicht een spanning tussen de hiërarchische en marktgerichte sturingsinstrumenten, en dit op minstens twee luiken.

Enerzijds lijkt er een spanning te zijn tussen de hiërarchische en marktgerichte instrumenten in het financieringssysteem voor de ziekteverzekering. In een terugbetalingsysteem kon de invoering van prospectieve financiering en van de verantwoordelijkheid voor het saldo moeilijk in efficiëntiewinsten resulteren. Door de VZIV-regelgeving uit te voeren, dienen de verzekeringsinstellingen iedereen (burgers en zorgverleners) gelijk te behandelen, en is er een beperkte concurrentie. Omgekeerd heeft het invoeren van de responsabilisering het risico met zich meegebracht dat de verzekeringsinstellingen de zwaktes van de normatieve verdeelsleutel exploiteren om bepaalde risico's bij voorkeur te rekruteren. Dat zou een afbreuk vormen aan het principe van de gelijkheid. Het invoeren van de responsabilisering kan weinig tastbare effecten voorleggen omwille van het principe van gelijkheid maar houdt toch het risico in dat men van dit principe afwijkt. Het lijkt ons dus dat er een spanning kan zijn tussen de twee types sturingsinstrumenten.

Deze spanning kan ook opgemerkt worden in de taakverdeling tussen de actoren wat de controles betreft. In een marktperspectief zou de geresponsabiliseerde verzekeringsinstelling de primaire controles zelf mogen uitvoeren omdat zij er financieel belang bij heeft dat de controles effectief zijn. Dit gebeurt voor een stuk zo. De DAC heeft derhalve secundaire controlevormen ontwikkeld. Het feit dat het merendeel van de uitgaven in de ziekteverzekering worden terugbetaald, vormt voor de verzekeringsinstellingen echter geen voldoende prikkel om de primaire controles zo goed mogelijk uit te voeren. Dus blijft ook de DAC primaire controles doen.

Reactie van twee grote verzekeringsinstellingen:

- Een verzekeringsinstelling acht eenzijdig en onvolledig de analyse in termen van hiërarchie en markt. Als responsabilisering inderdaad in eerste instantie tot een situatie kan leiden waarin niet alle verzekerden volledig gelijk worden behandeld, is de ongelijkheid slechts marginaal in het huidige beperkte systeem van responsabilisering. Bovendien wordt de afwezigheid van absolute gelijkheid door een zekere keuzevrijheid gecompenseerd.
 - Voor een andere verzekeringsinstelling zijn effectieve primaire controles een topprioriteit. De ziekenfondsen zijn verantwoordelijke organisaties die hun opdrachten zo goed als mogelijk uitvoeren. De landsbond is van mening dat de ziekenfondsen die in primaire controles investeren daarvoor aangemoedigd en beloond zouden moeten worden.
-

B. De verzekeringsinstellingen spelen een rol, zowel in de regulering als in de uitvoering van de VZIV. Aan de ene kant worden ze in de beheersorganen van het RIZIV als onderhandelingspartners beschouwd: samen met de sociale partners, de regering en de vertegenwoordigers van de zorgverleners bepalen ze mee het uit te voeren beleid. Aan de andere kant worden ze geacht, in het kader van hiërarchische of principaalagente relaties, de VZIV strikt uit te voeren. Er bestaat in ons inzicht een risico dat het tweevoudige statuut van de ‘verzekeringsinstellingen’ de dagelijkse werking van het goverancesysteem bemoeilijkt.

Zo is het moeilijk in te zien hoe eenzelfde organisatie kan worden beschouwd tegelijkertijd als een gelijke partner in de onderhandelingen en als ondergeschikte uitvoerder van de VZIV, zonder dat er spanningen zijn tussen deze hoedanigheden, bvb. in de evaluatie van de beheersprestaties.

Een ander voorbeeld is de houding van de DAC tegenover de verzekeringsinstellingen. Aan de ene kant verleent de DAC adviezen aan het management van de verzekeringsinstellingen in het kader van een vertrouwensrelatie (N). Aan de andere kant worden financiële sancties opgelegd (H).

Het beschouwen van actoren, nu eens als gelijkaardige partners en dan weer als ondergeschikte uitvoerders, houdt het risico in dat de actoren op deze ambivalentie inspelen om hun eigen belangen na te streven, eventueel tegen het algemeen belang.

C. Dit punt verwijst naar de linkers die al dan niet bestaan tussen de twee opdrachtenblokken van de mutualistische organisaties en van de sturende organisaties, namelijk de VZIV en de VAV.

Op het niveau van het secundaire netwerk zijn beide activiteiten met elkaar verbonden dankzij de regel van de enige aansluiting. Deze regel brengt het risico met zich mee dat men gebruikt maakt van

de ene activiteit om effecten te sorteren in de andere activiteit. Aan de ene kant is het mogelijk om via individuele VAV-producten die risico's aan te trekken waarvoor de verzekeringsinstellingen overgefinancierd worden in de ziekteverzekering of in de administratiekosten. Het aantrekken van goede risico's kan met andere woorden resulteren in winsten op de VZIV en op de administratiekosten die ertoe bijdragen de concurrentiële positie van de mutualistische organisatie te verbeteren. Aan de andere kant kunnen de verzekeringsinstellingen van hun bevoegdheden in de VZIV gebruik maken om hun concurrentiële positie in de aanvullende verzekeringsmarkt te versterken. In de VZIV verzamelen de mutualistische organisaties interessante gegevens over de zorgverleners en over de patiënten. Door deze gegevens te analyseren, kunnen de mutualistische organisaties conclusies afleiden over de efficiëntie (bv. aantal dagen voor een prestatie) en de effectiviteit (graad van recidive) van zorgverleners, om dan met hen selectief te contracteren voor het verlenen van prestaties in de VAV. Bovendien bestaat er volgens bepaalde geïnterviewden het risico dat de zorgverleners verschillend door de verzekeringsinstellingen behandeld worden in het kader van de primaire controles afhankelijk van het feit of zij al dan niet commerciële partners in de VAV zijn

Deze link tussen de VZIV en de VAV op het niveau van het secundaire netwerk is des te hinderlijker omdat die niet op het niveau van het primaire netwerk bestaat. Als de strategie van de verzekeringsinstellingen zowel de VZIV als de VAV omvat, is dat niet het geval voor het RIZIV noch voor de CDZ. Hieruit resulteert een informatieasymmetrie ten voordele van het secundaire netwerk.

D. Dit punt verwijst naar ambiguïteit van de relaties tussen de mutualistische organisaties en de zorgverleners.

In het RIZIV zetelen de verzekeringsinstellingen in twee soorten organen. In de beheersorganen van de DGV en DU onderhandelen ze samen met de zorgverleners over het te voeren beleid, als vertegenwoordigers van de leden. In het comité van de DGEC controleren ze de activiteiten van de zorgverleners. In de VZIV nemen de verzekeringsinstellingen respectievelijk de rol van tegenpartij en medecontroleur t.o.v. de zorgverleners aan.

In de VAV zijn de relaties louter commercieel. De zorgverleners zijn aanbieders; de mutualistische organisaties bevinden zich aan de vraagzijde.

Men kan zich de vraag stellen of er geen risico is dat er geen overlapping plaats vindt tussen de actoren en de rollen die zij aannemen in deze twee relatiesoorten. Een geïnterviewde stelde zich bijvoorbeeld de vraag of de belangen van de leden van de verzekeringsinstellingen tegenover de zorgverleners niet beter verdedigd zouden worden als deze zorgverleners niet tegelijkertijd commerciële partners waren.

3. MOGELIJKE ANTWOORDEN

A. Inleiding

Als men ervan uitgaat dat het hybride karakter van het sturingsysteem bepaalde risico's met zich meebrengt, kunnen de mogelijke antwoorden daarop alleen maar gaan in de zin van het verminderen van dit hybride karakter of, anders gezegd, in de zin van het versterken van de samenhang van het systeem. Hierna wordt er derhalve geprobeerd modellen naar voren te brengen die een zekere interne coherentie hebben.

Daarvoor moet er zeker rekening gehouden worden met het Europese kader. In de toekomst zullen de mutualistische organisaties voor de aanbidding van (op zijn minst) de individuele VAV-producten aan dezelfde sturingsstructuur onderworpen zijn als de verzekeringsondernemingen.

Hierna worden twee scenario's voor de toekomst van de tak naar voren gebracht. In het eerste scenario krijgen de verzekeringsinstellingen de rol van uitbetalingsinstellingen. In het tweede scenario wordt de rol van verzekeringsinstellingen aan het secundaire netwerk toegekend. Een derde scenario, uitgaande van netwerkgerichte vormen van sturing, waar de actoren als gelijkwaardig worden beschouwd, kan ook uitgedacht worden, hoewel een dergelijke scenario hier niet uitgewerkt wordt.

In ons inzicht zijn er immers linken tussen de verschillende thema's die doorheen het verslag geanalyseerd zijn: de debatten rond de opdrachten, het financieringssysteem van de verzekeringen en de organisatie van de controles zijn te relateren aan bredere opvattingen over de rol van het secundaire netwerk in de tak ziekte- en invaliditeitsverzekering. Onderstaand worden deze linken aangegeven:

Opvattingen over de rol van de verzekeringsinstellingen	Uitbetalingsinstellingen	Verzekeringsinstellingen
Sturings- en coördinatiemechanismen	Hiërarchie	Markt
Voorrangopdracht	Uitvoering van de VZIV	Aanbidding van ziekteverzekeringen
Financieringssysteem	Terugbetalingsysteem	Responsabiliseringsysteem
Niveau waarop het secundaire netwerk gecontroleerd wordt	Primair	Secundair

Tabel 7 – Van korte- naar langetermijnen aanbevelingen

Hierna worden beide scenario's verder becommentarieerd. Het gaat om ideaaltypische scenario's voor de toekomst, niet om een weergave van de realiteit. De doelstelling van deze voorstelling van

twee extreme visies voor de toekomst van de tak is een debat onder de actoren te voeren, zodat ze samen een haalbare tussenweg kunnen opbouwen.

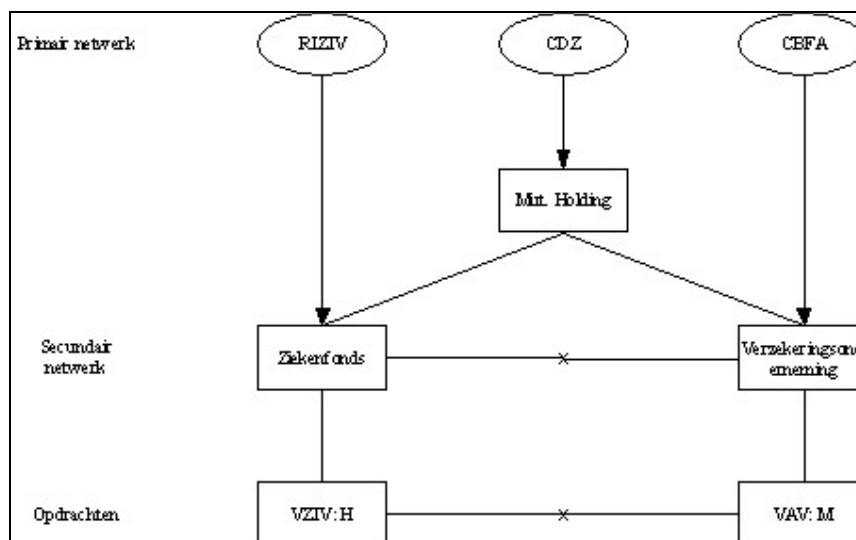
B. Uitbetalingsinstellingen

a. Basisidee

Het basisidee achter dit scenario is dat de verzekeringsinstellingen instaan voor het uitvoeren van de VZIV en dat de doelstelling van de governancestructuur de gelijkheid van iedereen (burgers en zorgverleners) is, welke dan ook de verzekeringsinstelling waartoe men zich aansluit. De verzekeringsinstellingen worden eigenlijk als uitbetalingsinstellingen beschouwd. Hierna bediscussiëren we een stappenplan om dit scenario te verwezenlijken, de sterktes en de zwaktes ervan, alsook de kritische succesfactoren.

b. Stappenplan

Het hervormingstraject zou erin bestaan de risico's die het huidige governancestelsel inhoudt t.o.v. de doelstelling van de gelijkheid, te verwijderen of deze tenminste te beheersen. Er zijn drie voornaamste risico's t.a.v. het principe van de gelijkheid: de linkjes tussen de VZIV en de VAV, de primaire controletaken van de ziekenfondsen en het financiële systeem in de VZIV. Het responsabiliseringssysteem voor de administratiekosten zou dienovereenkomstig aangepast worden.



Figuur 3 - Scenario 1: uitbetalingsinstellingen

i. Scheiding van de verplichte en aanvullende activiteiten

De meeste risico's voor de gelijkheid vloeien uit de linken tussen de VZIV en de VAV voort.

Een eerste stap zou dus de juridische scheiding van de activiteiten van de mutualistische organisaties zijn. De ziekenfondsen zouden de VZIV uitvoeren. Daarnaast zouden eventueel mutualistische verzekeringsondernemingen opgericht worden. Ze zouden de aanvullende verzekeringsactiviteiten van de ziekenfondsen en van de maatschappijen van onderlinge bijstand overnemen. De landsbonden zouden in mutualistische holdings omgezet worden. Deze holdings zouden de eigenaars zijn van de twee entiteiten. De CDZ zou dan met de financiële controle op de holding belast worden. De CBFA zou de mutualistische verzekeringmaatschappij zoals andere verzekeringsondernemingen controleren. Het RIZIV zou de ziekenfondsen controleren op de wijze waarop deze de VZIV uitvoeren.

Ten tweede zou de regel van de enige aansluiting afgeschaft worden. De burger zou om de prestaties van de VZIV te benutten een ziekenfonds (of de HZIV) kiezen, op basis van de waarden die hij verdedigt en op basis van de gepercipieerde kwaliteit van de dienstverlening. Indien hij een aanvullende ziekteverzekering wil aankopen, dan zal hij zich tot de verzekeringsonderneming van zijn keuze (al dan niet van mutualistische aard) kunnen richten.

Ten derde zou er een financiële scheiding moeten komen. Deze problematiek omvat twee aspecten: de gemeenschappelijke kosten en de winsten als administratiekosten. De scheiding zou minstens op het vlak van de gemeenschappelijke kosten versterkt worden. Het is immers moeilijk te rechtvaardigen dat het globaal beheer van de sociale zekerheid een deel van de beheerskosten van de mutualistische verzekeringsonderneming onrechtstreeks draagt. Een kostanalytisch boekhoudsysteem en een strikte financiële controle dienen er voor te zorgen dat de mutualistische verzekeringsinstelling zelf het juiste aandeel van de gemeenschappelijke beheerskosten draagt. Het tweede aspect zijn de transfers van winsten als administratiekosten in de VZIV naar de rekening beheerskosten van de VAV. Op voorwaarde dat de financiering van de administratiekosten van de ziekenfondsen op een billijke manier gebeurt, zou het niet onlogisch zijn dat de best beheerde ziekenfondsen beloond worden door een deel van hun winsten als administratiekosten naar de verzekeringsonderneming te mogen overdragen. Dergelijke transfers zouden echter als concurrentieverstorend voor de verzekeringsmarkt beschouwd kunnen worden.

ii. Primaire controles en informatiebeheer

De ziekenfondsen voeren primaire controletaken in de VZIV. Om de gelijkheid van iedereen te waarborgen, is het van belang dat deze controles objectief worden gevoerd. Men onderscheidt enerzijds de administratieve controle, en anderzijds de medische controle. Deze aspecten worden verbonden met de problematiek van het informatiebeheer en van de responsabilisering voor administratiekosten.

Wat de administratieve controles betreft heeft het grootste risico voor de gelijkheid betrekking op de controles van de zorgverleners. Het governance-systeem zou moeten waarborgen dat alle zorgverleners, al dan niet commerciële partners van de mutualistische verzekeringsonderneming, gelijk gecontroleerd worden. Er zijn hiervoor drie stappen. Een eerste is bonding: de uitbetalingsinstellingen moeten weten wat van hen precies verwacht wordt. In de tweede plaats is er de monitoring. Er moet nagegaan worden of de regels nageleefd zijn in individuele dossiers. Daarvoor moet de DAC van het RIZIV primaire controles blijven uitvoeren. Omdat het onmogelijk en niet relevant is om alles te controleren, moet de professionalisering van de primaire controles op basis van een risicoanalyse voortgezet worden. Een noodzakelijke voorwaarde voor effectieve controles is dat de DAC kennis heeft van alle dossiers die door de ziekenfondsen worden behandeld. Ofwel moet de DAC toegang krijgen tot de databanken van de ziekenfondsen, ofwel moet er een geïntegreerde databank zijn. De derde stap is risico-overdracht: de ziekenfondsen moeten (positief of negatief) gestraft worden voor de kwaliteit, de kwantiteit, en de effectiviteit van de gevoerde primaire administratieve controles, in het kader van de responsabilisering voor administratiekosten.

Ook de medische controle moet zo objectief mogelijk uitgevoerd worden: het gedrag van de adviserend-geneesheren zou gelijk moeten zijn, wie dan ook hun werkgevers en klanten zijn. T.o.v. de werkgevers, moet de onafhankelijkheid van de adviserend-geneesheren versterkt worden. Een lopend hervormingsproject gaat reeds in die zin. T.o.v. de klant moet er naar een uniformiteit van de praktijken gestreefd worden. Een mogelijk spoor is de versterking van het collegiale karakter van het korps van de adviserend-geneesheren: deze kunnen hierbij verantwoordelijk zijn t.a.v. hun beroepsgroep.

iii. Terugkeer naar een integraal terugbetalingsstelsel in de VZIV

In een hiërarchischere context zou het responsabiliseringssysteem voor de uitgaven in de VZIV niet meer gerechtvaardigd zijn. Het houdt immers het risico in dat bepaalde doelgroepen prioritair worden gerekruteerd. .

Nochtans zou het responsabiliseringssysteem voor de administratiekosten rekening houden met de inspanningen van de ziekenfondsen om de uitgaven te beheersen.

iv. Responsabilisering voor de administratiekosten

Het responsabiliseringsstelsel voor administratiekosten zou in overeenstemming gebracht moeten worden met de bovenvermelde hervormingen.

Ex ante zouden de uitbetalingsinstellingen op basis van hun werklast en op basis van hun beheersprestaties gefinancierd worden. De werklastfinanciering zou zo objectief mogelijk moeten zijn. Wat de financiering op basis van de prestaties betreft, kan men zich een systeem met vier luiken inbeelden.

In het administratieve luik zou men peilen naar de naleving van de wetgeving (met het oog op de gelijkheid) en naar de kwaliteit van de dienstverlening. De snelheid waarmee de dossiers behandeld worden, het foutenpercentage in de administratieve controle, en de preventie van de ten onrechte betaalde prestaties zouden mogelijke criteria zijn.

In het financiële luik zou men peilen naar de juiste verdeling van de gemeenschappelijke kosten tussen de ziekenfonds en de verzekeringsonderneming, naar de snelheid en correctheid waarmee er wordt terugbetaald of gerecupereerd, en naar de liquiditeitscoëfficiënt.

In het informatieluik zou er gepeild worden naar de kwaliteit en de tijdigheid van de informatieoverdracht van de ziekenfondsen naar het RIZIV.

Tenslotte zouden de inspanningen van de ziekenfondsen om de kosten te beheersen (door het sensibiliseren van de leden) ook in acht genomen worden in de financiering van de administratiekosten.

c. Sterktes, zwaktes en kritische succesfactor

De sterkte van dit vernieuwde stelsel is de striktere gelijkheid in rechte van de burgers in de VZIV. Er zouden geen prikkels meer bestaan tot het aantrekken van de betere risico's en de controles zouden meer objectief uitgevoerd worden. Een tweede sterkte is dat de basis voor een eerlijke concurrentie in de aanvullende verzekeringsmarkt gedekt zou zijn, wat theoretisch tot een juistere middelentoewijzing bijdraagt.

De belangrijkste zwakte van dit scenario is de beperkte efficiëntie van de VZIV. Hiërarchische sturingsvormen vertonen immers geen natuurlijke neiging tot zuinigheid, efficiëntie en effectiviteit, hoewel een goed doordacht responsabiliseringsstelsel voor de administratiekosten een rol daarin kan spelen.

Gekoppeld aan deze zwakte is de financiële leefbaarheid van de VZIV op lange termijn een ander vraagteken. De geplande toename van de gezondheidsuitgaven ten gevolge van de vergrijzing van de bevolking zou er *ceteris paribus* toe leiden dat de relatieve omvang van de VZIV t.o.v. de VAV progressief afneemt, zoals dit nu reeds het geval is. Als een hiërarchischere organisatie van de VZIV meer gelijkheid in rechte betekent, is dit dus geen gelijkheid in feiten. De lagere inkomens zouden zich immers met de steeds geringere omvang van de VZIV (in relatieve termen) moeten tevreden stellen, terwijl de hogere inkomens zich een goede gezondheidsdekking via de VAV zouden kunnen veroorloven.

Een voorspelbaar gevolg van dit scenario is een progressieve centralisering van de uitbetalingsopdracht. Onder druk van de nieuwe informatie- en communicatietechnologieën is het immers waarschijnlijk dat het postverkeer en de terugbetalingen (de huidige *corebusiness* van de verzekeringsinstellingen in de uitvoering van de VZIV) steeds meer elektronisch zullen gebeuren. De zware investeringen en de gestandaardiseerde werkprocessen die deze tendens vereist, zouden bijna onvermijdelijk tot centralisatie leiden.

In een dergelijk scenario zou het vinden van duurzame financieringsbronnen voor de VZIV de kritische succesfactor zijn voor de toekomst van de tak en de sociale zekerheid in het algemeen. Het verzekeren van de toekomst van de tak zal sowieso pijnlijke offers eisen. Het zorgen voor het efficiënt handelen van de ziekenfondsen in een steeds hiërarchischer wordende sturingscontext is ook een niet te verwaarlozen uitdaging.

C. Verzekeringsinstellingen

a. Basisidee

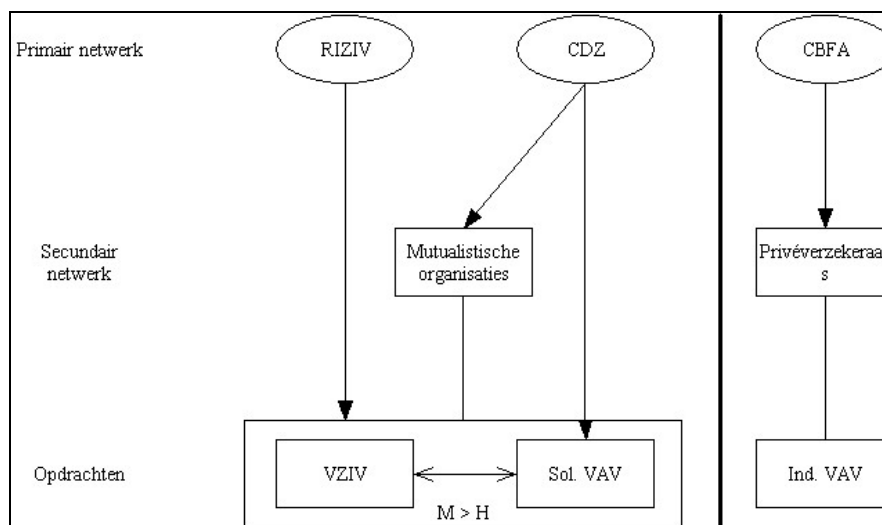
De zwaktes van het eerste scenario (financiering van de VZIV op lange termijn) leiden ons ertoe om een tweede scenario te overwegen.

Het uitgangspunt van dit tweede scenario is dat de VAV-producten geen homogene categorie vormen: er zijn de solidaire en de individuele aanvullende producten. De solidaire aanvullende producten dragen, ten eerste, bij tot de gezondheidsdoelstelling: ze organiseren de solidariteit door de verzekeringsprestaties zowel voor de behoevende als voor de minder behoevende leden te bundelen, ze vullen de zwaktes van de VZIV in, en in afwachting van de overheidsfinanciering van nieuwe gezondheidstechnieken en –noden fungeren deze producten als een soort “wachtkamer” van de VZIV. Ten tweede stelt men vast dat enkel de individuele aanvullende producten het mikpunt van de klachten van de privéverzekeraars zijn geweest: dit marktsegment is het meest rendabele voor de privéverzekeraars en is het middel waardoor de interessantere risico's gerekruteerd kunnen worden om

effecten te sorteren in de VZIV. Het lijkt weinig waarschijnlijk dat de privéverzekeraars ooit een klacht zullen indienen omdat ze geen solidaire aanvullende producten mogen aanbieden voor de chronische zieken en andere behoevende burgers.

Vandaar dit tweede mogelijke scenario: de mutualistische organisaties zouden verplicht worden om bepaalde aanvullende verzekeringsproducten –die als het uitvloeisel van de VZIV worden beschouwd– in een solidaire vorm aan te bieden, en deze voor alle leden verplicht te maken. Indien de burger geen aanvullende verzekeringsproduct wil aankopen, dan kan hij zich toch bij de HZIV aansluiten. Het marktsegment van de individuele aanvullende producten zou dan helemaal aan de privéverzekeraars gelaten worden, tenzij deze producten (zoals hospitalisatieverzekering bijvoorbeeld) in een solidaire vorm aangeboden worden. De mutualistische organisaties die toch individuele aanvullende verzekeringsproducten zouden willen aanbieden, kunnen daarop een aparte verzekeringsonderneming oprichten.

Het idee achter dit tweede ideaaltypische scenario is niet meer de juridische en werkelijke scheiding van de VZIV en de VAV, maar wel de aanvaarding van de linken tussen beide activiteiten (VZIV en solidaire VAV), en de organisatie, de regulering en de bewaking ervan. Zo zou niet enkel tot de marktaandeelen van de verzekeringsinstellingen maar vooral tot de gezondheid van de bevolking bij worden gedragen. Dit scenario gaat dus uit van een herdefiniëring van de aanvullende producten die de mutualistische organisaties mogen en moeten aanbieden en van de fusie van de marktsegmenten VZIV en solidaire VAV zodat de concurrentie onder de verzekeringsinstellingen ten voordele van de burgers speelt.



Figuur 4 - Scenario 2: verzekeringsinstellingen

b. Drie opties en een voorkeur

Dit idee stelt de vraag naar de rol van de verzekeringsinstellingen in de verplichte verzekeringen niet. Er zijn hiervoor drie mogelijke scenario's.

Ten eerste kan men uiteraard dit fundamentele debat vermijden. Samen met de schrapping van de individuele verzekeringsproducten uit de catalogus van de mutualistische organisaties, zouden hierdoor al een aantal prikkels tot risicoselectie en mogelijke belangenconflicten verdwijnen. Het is geen slechte optie.

Ten tweede kan men de verzekeringsinstellingen in een zuivere uitbetalingsopdracht opsluiten. In dit geval zijn de implicaties *mutatis mutandis* vergelijkbaar met het eerste scenario: het streven naar de gelijkheid van de burgers in rechte vereist een vermindering van de beheersautonomie van de verzekeringsinstellingen en dat het RIZIV zelf de primaire controle doet. Het maakt het behoud van de responsabilisering voor de uitgaven in de VZIV niet echt relevant. Dit spoor brengt weinig toegevoegde waarde met zich mee: naast een hiërarchische VZIV zou er een even hiërarchische solidaire VAV moeten zijn, die verplicht is voor iedereen.

Ten derde kan men de mutualistische verzekeringsinstellingen onderbrengen onder het statuut van de echte verzekeringsinstellingen. Het idee is de concurrentie tussen de verzekeringsinstellingen zo te organiseren dat de doelincongruentie met de overheid gereduceerd wordt, m.a.w. dat ze efficiënt handelen. Hierna wordt er gekeken naar het stappenplan voor dit deelscenario, naar de sterktes en de zwaktes ervan en naar de kritische succesfactoren.

c. Stappenplan

Dit scenario vereist het aannemen van een aantal maatregelen, op het financieel vlak en op het vlak van regulering.

Op het financiële vlak vereist dit scenario ten eerste een grotere responsabilisering van de verzekeringsinstellingen in de VZIV. Ex ante zouden de verzekeringsinstellingen integraal gefinancierd worden naargelang hun risico's in de VZIV (ziekte- en invaliditeit). Daarvoor moet de normatieve verdeelsleutel met alle mogelijke variabelen rekening houden. Ex post zouden de verzekeringsinstellingen helemaal verantwoordelijk gesteld worden voor het saldo van de VZIV, dat expliciet naar de solidaire aanvullende producten overgedragen wordt: het maken van winst zou de aanbidding van een betere verhouding prijs/product mogelijk maken, terwijl een tekort de

concurrentiële positie van de verzekeringsinstelling zou aantasten. Omdat de burgers van verzekeringsinstelling zouden veranderen, onder andere voor die producten, zouden de verzekeringsinstellingen door de markt geprikkeld worden om hun uitgaven in de VZIV en het beheer ervan onder controle te houden.

Ten tweede wordt de financiële leefbaarheid van de geresponsabiliseerde verzekeringsinstellingen een cruciale topic. De rol van de CDZ op het vlak van reservefondsen zou versterkt moeten worden.

Ten derde zouden de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen door de burgers gefinancierd worden. Ze zouden een globale premie betalen die de beheerskosten van de VZIV en van de solidaire VAV en de eventuele tekorten in beide verzekeringen dekt.

Daarnaast zou het systeem gereguleerd moeten worden.

Ten eerste moet men definiëren wat een solidair VAV-product is, wat de criteria daarvoor zijn en welke prestaties al dan niet onder die vorm mogen of moeten georganiseerd worden. Er moet een gemeenschappelijke basis zijn om een te grote segmentatie van de markt te vermijden, waar de ene landsbond zich bijvoorbeeld uitsluitend tot de jongeren richt terwijl de andere de meer behoevende leden tracht te rekruteren. De concurrentie moet in tegendeel gebeuren op het geheel van prestaties, omdat het een solidair product is. Ook zouden bepaalde prestaties, die geen rechtstreeks verband met de gezondheid hebben, verboden moeten worden.

Ten tweede moet het niveau van autonomie van de verzekeringsinstellingen bepaald worden. Deze dienen over meer middelen dan nu te beschikken om een reële invloed te kunnen uitoefenen op de uitgaven in de VZIV. Het is aangeraden dat deze beslissing in het RIZIV genomen wordt, samen met de belanghebbenden. Zo zou men de verzekeringsinstellingen bijvoorbeeld kunnen toelaten ook in de VZIV te werken met bevoorrechte leveranciers. Een andere, misschien meer haalbare optie is om i.p.v. jaarlijkse tarieven in overleg met de zorgverleners vast te stellen, samen een minimum en een maximum te bepalen waarbinnen de verzekeringsinstellingen zich zouden kunnen positioneren. Een landsbond zou in dit geval bijvoorbeeld een stuk meer terugbetalen voor tandartsprestaties terwijl de andere zich meer op prothesen focust.

Ten derde moeten de voorwaarden voor een effectieve concurrentie gecreëerd worden. Langs de vraagzijde moeten de burgers in staat zijn het aanbod van elke verzekeringsinstelling te vergelijken op basis waarvan dan een rationele keuze gemaakt kan worden. De CDZ zou daarin een rol kunnen spelen. Langs de aanbodzijde is het van belang dat de landsbonden geen kartel vormen, en dat ze echt met elkaar concurreren. Daarnaast zouden de marktbarrières verzwakt moeten worden, zodat nieuwe spelers op de markt kunnen komen.

Tenslotte moeten maatregelen genomen worden om te vermijden dat de verzekeringsinstellingen de risico's gaan selecteren.

d. Sterktes, zwaktes en kritische succesfactor

De sterkte van dit deelscenario is de potentiële financiële leefbaarheid op lange termijn van het nationale gezondheidssysteem.

De zwakte is dat er afbreuk wordt gedaan aan het principe van gelijkheid in rechte. Als men het systeem bouwt op de pluraliteit aan organisaties en op de concurrentie die tussen hen speelt om aan de hand hiervan de efficiëntie van het systeem te verhogen, dan brengt dat uiteraard met zich mee dat de burgers verschillend behandeld zullen worden in de verplichte verzekeringen, meerbepaald naargelang de verzekeringsinstelling waartoe ze behoren. Het gaat met andere woorden over een tradeoff.

De kritische succesfactoren voor een dergelijk deelscenario zijn het organiseren van het evenwicht van de krachten, en het vermijden dat bepaalde doelgroepen prioritair gerekruteerd worden. De marktaandeelen van de verzekeringsinstellingen zouden in evenwicht moeten worden gebracht, zodat een eerlijke concurrentie onder de verzekeringsinstellingen kan gebeuren enerzijds, en zodat de verzekeringsinstellingen en de zorgverleners op gelijke voet staan. Indien dit niet gebeurt, komt men in een situatie terecht waar noch gelijkheid tussen de burgers, noch efficiëntie wordt behaald. Risicoselectie moet ook absoluut vermeden worden. Het afschaffen van de individuele VAV-producten is een goede stap, maar er moet ook voor gezorgd worden dat de normatieve sleutel zo dicht mogelijk bij de werkelijkheid ligt om prikkels tot risicoselectie weg te nemen.

D. Onderhandelingspartner

Naast hun rol van uitvoerders spelen de verzekeringsinstellingen ook een belangrijke rol in de regulering. Dit gebeurt in de organen van het RIZIV.

Het behouden van deze rol is meer compatibel met het tweede scenario dan met het eerste. Het zou problematisch zijn dat de uitbetalingsinstellingen de regelen mee bepalen die ze moeten uitvoeren.

Daarentegen wordt de regulerende functie belangrijker dan nu in het scenario van verzekeringsinstellingen. Het kader waarin de concurrentie kan gebeuren, moet dan bepaald worden op gelijke voet met de overheid en de zorgverleners.

4. SLOTWOORD: AKKOORD MET EUROPA

In het vorige hoofdstuk werd er ingegaan op de oneerlijke concurrentie op de markt van de aanvullende gezondheidsverzekering tussen de mutualistische organisaties en de privéverzekeraars. Wij waren van oordeel dat er krachtige argumenten zijn om het systeem te hervormen en suggereerden twee pistes: een eerste waar de VZIV en de VAV van elkaar gescheiden zouden worden, en een tweede waar de individuele VAV van de andere activiteiten gescheiden zou zijn. Deze twee pistes zijn congruent met de twee mogelijke scenario's die hierboven, vanuit een bestuurskundig oogpunt, naar voren werden gebracht.

Er werd ons gemeld dat een principeakkoord werd gesloten tussen de Europese Commissie en de actoren van de tak. Dit principeakkoord moet nog door de ministerraad goedgekeurd worden en in de ziekenfondsenwetgeving vertaald worden. Het akkoord zou op 1 januari 2012 in werking treden.

Hierna wordt de inhoud van dit akkoord beschreven en becommentarieerd.

A. Hoofdspoorlijnen van het akkoord

Het akkoord wordt op een premisse gegrond en is een compromis tussen twee principes.

De premisse van het akkoord is dat niet alle VAV-producten gelijk zijn: er zijn solidaire en individuele VAV-producten.

Het eerste principe van het akkoord is dat de mutualistische organisaties dezelfde producten mogen blijven aanbieden: VZIV, solidaire VAV en individuele VAV.

De VZIV wordt door de ziekenfondsen uitgevoerd, onder de verantwoordelijkheid van de landsbond. Het RIZIV reguleert de VZIV en oefent toezicht op de uitvoering ervan.

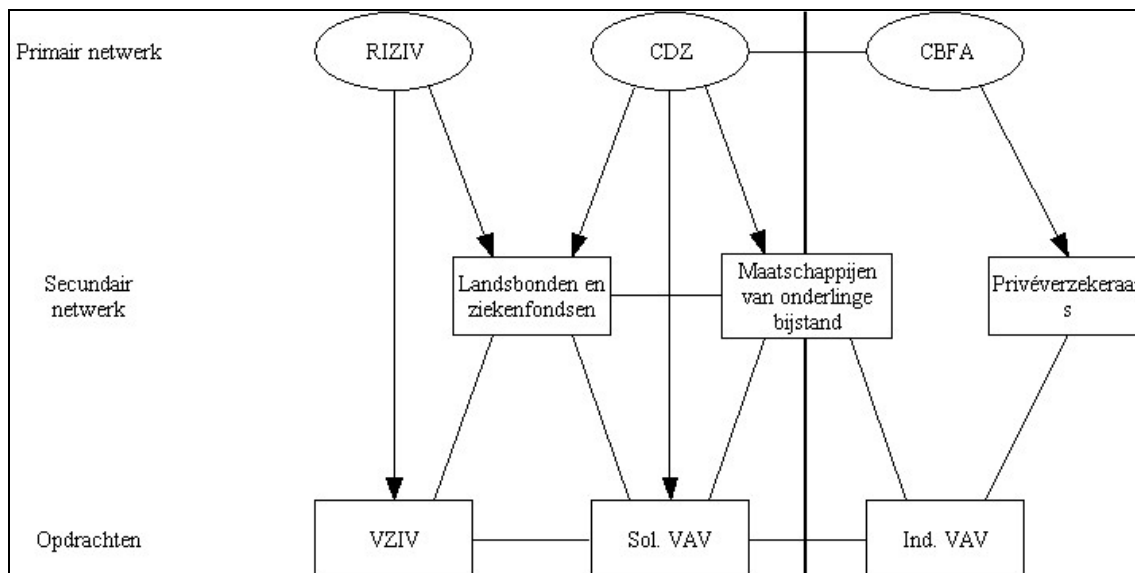
Een solidaire VAV moet door de ziekenfondsen aangeboden worden. De ziekenfondsen mogen deze taak aan een maatschappij van onderlinge bijstand (m.o.b.) of aan de landsbond uitbesteden.

Individuele VAV mogen aangeboden worden, maar alleen door de m.o.b.'s.

De CDZ reguleert de VAV-producten, van solidaire en individuele aard. Bovendien blijft de CDZ toezicht uitoefenen op de mutualistische organisaties (landsbond, m.o.b. en ziekenfondsen),

meerbepaald op de concurrentie, boekhouding en financiële gezondheid, en werking van de beheersorganen.

Het tweede principe is dat de individuele producten aan de regelgeving van de verzekeringssector worden onderworpen. De CDZ oefent dezelfde controletaken op de individuele VAV-producten van de m.o.b., als de CBFA deze voert op de privéverzekeraars. Het gaat hierbij om de controle van de naleving van de Europese richtlijnen en Belgische wetgeving over de verzekeringssector.



Figuur 5 - Hervorming van het systeem

Dit akkoord werpt een aantal vragen op, die hieronder besproken worden.

B. Resterende vraagstukken

a. Hoe de solidaire van de individuele VAV-producten te onderscheiden?

Men zal moeten definiëren wat een solidair en wat een individueel VAV-product is. Een bron verwijst daarvoor naar de huidige ziekenfondswet: als solidaire VAV-producten zijn deze producten te beschouwen die *'het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn als streefdoel hebben in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit'* (art. 2 ziekenfondswet). Men merkt op dat alle

bestaande VAV-producten (individuele of solidaire) geacht worden aan deze principes en doelstellingen te voldoen, gezien het een criterium is om de erkenning te benutten.

Het is door het meetbaar maken van deze criteria dat men de scheidslijn tussen solidaire en individuele producten echt kan trekken. In ons inzicht zou het criterium van economische rendabiliteit een maatstaf kunnen zijn om de solidaire van de individuele VAV-producten te onderscheiden: individuele VAV-producten zijn deze producten waarvoor voldoende winstperspectieven gelden opdat ook privéverzekeraars actief op dit marktsegment zouden zijn.

Het gebruik van dit economische criterium geeft uiteraard een ruime interpretatie aan het begrip individuele VAV-producten en vermindert derhalve de markt van de solidaire VAV-producten. Deze laatste zijn allerlei verzekeringsprestaties die gebundeld worden zodat de meest rendabele ervan (o.a. hospitalisatieverzekering) de minder rendabele (chronische ziekten) financieren. Hieruit volgt dat eenzelfde verzekeringsprestatie (bvb. een hospitalisatieverzekering) als een individueel of als een solidair VAV-product kan worden beschouwd naargelang deze prestatie alleenstaand of in combinatie met minder rendabele producten aangeboden wordt.

De flexibiliteit van de begrippen ‘individueel’ en ‘solidair’ laat dus toe dat die VAV-producten met een toegevoegde waarde voor de maatschappij aan de marktkrachten ontsnappen wat de mindere goede risico’s betreft. Deze flexibiliteit zou toch niet ertoe leiden dat tussenkomsten (bvb. voor cholesterolverlaagde boter of veilige auto’s) als solidaire gezondheidsprestaties worden beschouwd.

b. Hoe ervoor te zorgen dat de aanbieders van individuele VAV-producten gelijk aangestuurd worden?

Deze tweede vraag verwijst naar de nieuwe bevoegdheden van de CDZ.

De CDZ zal hetzelfde werk t.a.v. de m.o.b. moeten doen dat de CBFA reeds t.a.v. de verzekeringsondernemingen doet. In de Europese context is het van belang dat elke speler gelijk behandeld wordt, welke dan ook de bevoegde overheidsorganisatie. Zo wordt het overleg tussen CBFA en de CDZ een belangrijke topic. Men kan zich de vraag stellen naar de redenen waarom deze bevoegdheid over de individuele VAV-producten van de m.o.b. niet aan de CBFA werd toevertrouwd.

Deze evolutie zal bovendien belangrijke gevolgen hebben voor de interne werking van de CDZ. De CDZ zal nieuwe competenties moeten aanwerven. Het is waarschijnlijk dat de cultuur van de organisatie hiermee evolueert en dat de CDZ meer op afstand geplaatst wordt van de mutualistische sector en dichter bij de verzekeringssector zal aanleunen. Het gaat over een veranderingsproces van lange adem waarvan de resultaten niet op voorhand verzekerd zijn.

Een ander gevolg van deze evolutie is dat de CDZ een grotere speler wordt t.o.v. het RIZIV.

c. Wat met de andere mogelijke concurrentieverstorende factoren?

Toen het argument van concurrentievervalsing voor het eerst werd aangehaald bij het Arbitragehof (Grondwettelijk Hof, 92/023), was er sprake van drie concurrentieverstorende factoren. De technische factor lijkt geregeld te zijn: de individuele VAV-producten van de m.o.b. worden aan dezelfde technische eisen (bvb. de hoogte van de reservefondsen) onderworpen als deze van de verzekeraars. Maar wat met de twee andere factoren die toen werden aangehaald? Het gaat om de fiscaliteit en de linken tussen de VZIV en de VAV.

i. *Fiscaliteit*

De m.o.b. genieten een gunstigere fiscale behandeling dan de verzekeringsondernemingen. Kan de concurrentie op een eerlijke wijze gebeuren als niet alle spelers gelijk belast worden? Daarover is nog geen afspraak met Europa.

Naast politieke problemen zijn er ook praktische problemen: ziekenfondsen van eenzelfde landsbond verenigen zich met het oog op schaalvoordelen in m.o.b. om samen VAV-producten, van individuele of solidaire aard, aan te bieden. Het zou praktisch moeilijk zijn de m.o.b.'s op twee wijzen te belasten, met name op de ene wijze voor de solidaire VAV-producten en op een andere voor de individuele VAV-producten. Uiteraard is het mogelijk dat de solidaire aanvullende producten niet meer door de m.o.b. aangeboden worden en dat de m.o.b. alleen maar individuele VAV-producten aanbieden onder het fiscaal statuut van een verzekeraar. De meeste solidaire VAV-producten zijn echter economisch leefbaar op voorwaarde dat ze op een hoger niveau dan het ziekenfonds worden georganiseerd.

ii. *Linken tussen de VZIV en de VAV*

Tenslotte merkt men op dat de linken tussen de VZIV en de VAV tot nu toe niet als een concurrentieverstorende factor door Europa worden beschouwd. De regel van de enige aansluiting wordt niet in vraag gesteld: de individuele VAV-producten van een m.o.b. kunnen alleen maar door de leden van de ziekenfondsen van dezelfde landsbond aangekocht worden.

BESLUIT

Deze participatieve analyse van de governance van de tak ziekte- en invaliditeitsverzekering had twee doelen.

Het eerste doel was om de sturingsrelaties in de tak te analyseren. Om aan dit doel tegemoet te komen werden de actoren, hun bevoegdheden en intern beheer formeel beschreven, en een aantal sturingsinstrumenten werden geïdentificeerd. Deze werden in vier clusters gerangschikt. Ten eerste zijn er sturingsinstrumenten die betrekking hebben tot het interne beheer van de verzekeringsinstellingen. Ten tweede beogen andere instrumenten de verzekeringsinstellingen aan te sturen in de uitvoering van de VZIV. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de financiële sturing in de verplichte ziekteverzekering, de financiële sturing in de verplichte invaliditeitsverzekering, de financiële sturing via de administratiekosten en de medische en administratieve controle. Ten derde worden sturingsinstrumenten ingezet om de markt van de VAV te reguleren. Ten slotte lijkt er dat de markt de actoren ook voor een stuk aanstuurt.

Het tweede doel was om een debat onder de actoren te voeren over de toekomstige sturing van de tak. Daarvoor werden de percepties van de actoren over de werking van de verschillende sturingsinstrumenten geanalyseerd en weergegeven. Anderzijds werden twee ideaaltypische scenario's voor de toekomst van de tak voorgesteld. De bedoeling was dat de actoren concrete compromissen kunnen toetsen aan twee ideaaltypische scenario's. Het akkoord dat afgesloten is met Europa is een dergelijk compromis.

Uit deze analyse vloeit er voort dat het geheel van geïdentificeerde problematieken aan elkaar verbonden worden. Ze kunnen gelinkt worden aan drie uitdagingen waarmee de actoren van de tak geconfronteerd worden, en die gevolgen hebben voor de ingezette sturingsinstrumenten.

De eerste uitdaging is: hoe de financiële leefbaarheid van de tak op lange termijn garanderen zonder de gelijkheid van de burgers in gevaar brengen? De debatten onder de actoren die in dit verslag weergegeven worden over de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen in de verplichte ziekteverzekering, over de taakverdeling tussen het primaire en het secundaire netwerk op het vlak van primaire controles, en over de organisatie van de markt van de VAV-producten, zijn nauw verbonden aan deze uitdaging.

Een tweede uitdaging heeft betrekking tot de wijze waardoor de verzekeringsinstellingen best geprikkeld kunnen worden tot kwaliteitsvolle prestaties in de uitvoering van de VZIV. Gelinkt aan

deze problematiek zijn de discussies over het responsabiliseringsysteem voor administratiekosten, over het informatiebeheer in de tak, en over de samenwerking tussen de sturende organisaties.

Ten slotte worden de actoren met een derde uitdaging geconfronteerd: hoe de markt van de VAV-producten best te organiseren zodat een meerwaarde voor de bevolking wordt gecreërd en dat de risico's die uit de marktwerking voortvloeien, gedekt worden? Deze uitdaging verwijst naar de voorgestelde analyse van de marktwerking, waarin er ingegaan werd op het onderscheid tussen individuele en solidaire VAV-producten, op de regel van de enige aansluiting, en op het al dan niet verplichte karakter van de solidaire VAV-producten.

REFERENTIES

Europa

Eerste Richtlijn 73/239/EEG van de Raad van 24 juli 1973 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en de uitoefening daarvan, *PB*, L 228, 16/08/1973, pp. 3-19.

Richtlijn 92/49/EEG van de Raad van 18 juni 1992 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en houdende wijziging van de Richtlijnen 73/239/EEG en 88/357/EEG (derde richtlijn schadeverzekering), *PB*, L 228, 11/08/1992 pp. 1–23.

Mededeling IP/06/1781 van de Europese Commissie van 13 december 2006, “La Commission examine la loi belge à propos de l’assurance maladie complémentaire proposée par les caisses de maladie privées”, 2 p.

Mededeling IP/08/691 van de Europese Commissie van 6 mei 2008, “Marché intérieur: la Commission demande à la Belgique de modifier la loi sur les assurances maladie complémentaires offertes par les caisses de maladie privées », 2 p.

Wetten

Wet van 27 juni 1921 betreffende de verenigingen zonder winstoogmerk, de internationale verenigingen zonder winstoogmerk en de stichtingen, *Belgisch Staatsblad*, 01/07/1921.

Besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders, *Belgisch Staatsblad*, 30/12/1944.

Wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg, *Belgisch Staatsblad*, 25/07/1963.

Wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, *Belgisch Staatsblad*, 01/11/1963.

Wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, Belgisch Staatsblad, 29/07/1975.

Wet van 29 juni 1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers, Belgisch Staatsblad, 02/07/1981.

Wet van 9 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Belgisch Staatsblad, 28/09/1990.

Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, Belgisch Staatsblad, 27/08/1994.

Wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde, Belgisch Staatsblad, 06/09/1984.

Wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, Belgisch Staatsblad, 01/08/1996.

Koninklijke Besluiten

Koninklijk Besluit van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§2 en 3, artikel 14 §3, en artikel 19, derde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen, Belgisch Staatsblad, 05/04/1991.

Koninklijk Besluit van 6 juni 1991 houdende inrichting, werking en statuut van het personeel van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Belgisch Staatsblad, 22/06/1991.

Koninklijk Besluit van 21 december 1992 tot uitvoering van artikel 50, §2, eerste lid van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Belgisch Staatsblad, 31/12/1992.

Koninklijk Besluit van 10 juni 1996 tot vastlegging van de normatieve verdeelsleutel ter opsplitsing van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging onder de verzekeringsinstellingen voor de jaren 1995, 1996 en 1997? Belgisch Staatsblad, 03/08/1996.

Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, Belgisch Staatsblad, 31/07/1996.

Koninklijk Besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid, met toepassing van artikel 47 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, Belgisch Staatsblad, 30/04/1997.

Koninklijk Besluit van 22 januari 1998 tot vastlegging van de normatieve verdeelsleutel ter opsplitsing van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging onder de verzekeringsinstellingen voor het jaar 1998, Belgisch Staatsblad, 12/02/1998.

Koninklijk Besluit van 11 maart 1998 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 10 juni 1996 tot vastlegging van de normatieve verdeelsleutel ter opsplitsing van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging onder de verzekeringsinstellingen voor de jaren 1995, 1996 en 1997, Belgisch Staatsblad, 10/04/1998.

Koninklijk Besluit van 29 oktober 2001 houdende vaststelling van de toekenningsvoorwaarden en de wijze van verdeling van de rijkstoelagen voor de dienst voor geneeskundige verzorging georganiseerd door de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Belgisch Staatsblad, 10/11/2001.

Koninklijk besluit van 4 februari 2002 tot vaststelling van de verdelingswijze van de administratiekosten onder de landsbonden, Belgisch Staatsblad, 22/02/2002.

Koninklijk Besluit van 14 juni 2002 tot uitvoering van artikel 31, tweede lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Belgisch Staatsblad, 26/06/2002.

Koninklijk Besluit van 2 augustus 2002 tot uitvoering van artikel 43, §4, tweede lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Belgisch Staatsblad, 10/09/2002.

Koninklijk Besluit van 28 augustus 2002 betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten, Belgisch Staatsblad, 14/09/2002.

Koninklijk Besluit van 21 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 28, §1, tweede lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Belgisch Staatsblad, 20/11/2002.

Koninklijk Besluit van 21 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 29, §§1 en 5, van de wet van 9 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Belgisch Staatsblad, 20/11/2002.

Koninklijk Besluit van 13 november 2002 tot uitvoering van artikel 29, §4 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Belgisch Staatsblad, 04/12/2002.

Koninklijk Besluit van 19 februari 2003 tot uitvoering van artikel 28, §4, eerste lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Belgisch Staatsblad, 02/04/2003.

Koninklijk Besluit van 17 februari 2005 tot vaststelling van de normatieve verdeelsleutel met het oog op de verdeling van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging onder de verzekeringsinstellingen vanaf het jaar 2002, Belgisch Staatsblad, 14/02/2005.

Koninklijk Besluit van 21 december 2005 tot vaststelling, voor het jaar 2006, van het verdrag, de verdeelsleutel en het promille, bedoeld in artikel 1, eerste lid, 1° en 2°, van het koninklijk besluit van 21 december 1992 tot uitvoering van artikel 50, § 2, eerste lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Belgisch Staatsblad, 18/01/2006.

Ministerieel besluit van 16 november 2005 tot vaststelling, voor het jaar 2004, van de parameters per ziekenfonds, ter verdeling van de rijkstoelagen voor de dienst voor geneeskundige verzorging ingericht door de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen voor de zelfstandigen en de leden van de kloostergemeenschappen die vrijwillig zijn toegetreden tot deze dienst voor de andere geneeskundige verstrekkingen dan die voorzien bij de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging welke op hen van toepassing zijn, Belgisch Staatsblad, 28/11/2005.

Parlementaire documenten

Wetsvoorstel van 3 maart 2003 betreffende de aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging, Belgische Kamer der Volksvertegenwoordigers, DOC 50 2339/001, 21 p.

Sénat de Belgique, “Demande d’explication de Mme Annemie Van de Casteele au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur “la loi sur les mutualités”, Annales, n° 3-1072, 10/11/2005, 3 p.

Richtlijnen

Richtlijn 98/08 van 10 augustus 1998 van de Controledienst van ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen tot toepassing van artikel 43ter van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen

Richtlijn 06/13/AC-D1 van 20 oktober 2006 van de Controledienst van ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen “Principes waaraan het systeem van interne controle en van interne audit moet beantwoorden” tot toepassing van artikel 31, 3de lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen.

Rechtspraak

Arrest n°23/92 van 2 april 1992 van het Arbitragehof.

Arrest n°24/92 van 2 april 1992 van het Arbitragehof.

Arrest n°70/99 van 17 juni 1999 van het Arbitragehof.

Arrest C-206/98 van 18 mei 2000 van het Europese Hof van Justitie

Arrest n°102/2001 van 13 juli 2001 van het Arbitragehof.

Bestuursovereenkomsten

Contrat d'Administration 2006-2008 entre l'Etat et l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), 129 p.

Deuxième Contrat d'Administration 2006-20087 entre l'Etat belge et la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité, 111 p.

Literatuur

Arcq, E., Blaise, P., "Histoire politique de la sécurité sociale en Belgique"., *Revue belge de sécurité sociale*, 1998: 3, pp. 479-714.

Anon, "De ziekenfondsen willen spaarpot van 300 miljoen", *De Tijd*, 25/09/2007, p. 11.

Berghman, J., Meerbergen, E., Vanroelen, C., *Aanvullende sociale voorzieningen in de tweede en derde pijler*, Onderzoeksverslag van het centrum voor sociologisch onderzoek, Onderzoeksdomein Sociaal beleid, 2005, 21, 171 p.

Byl, R., "De onzin van de verplichte vrijheid", *Trends*, 15/12/2005, www.mloz.be.

Corens, D., "Belgium. Health System Review", *Health Systems in Transition*, 2007, 9(2), European Observatory on Health Systems and Policies, 171 p.

Commission européenne, *Les mutuelles dans une Europe élargie*, document de consultation, Direction générale des Entreprises, 03/10/2003, 27 p.

Cutler, D.M., "Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The dynamics of International Medical-Care Reform", *Journal of Economic Literature*, 2002, 40, pp. 881-906.

Evrard, M., Scutnaire, P., "The "Control" of Public Social Security Institutions in Belgium", *OECD Journal on Budgeting*, 2006, 5(3), pp. 57.

FOD Sociale Zekerheid, *Beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België*, 2004, 564 p.

Feltesse, P., "Les mutualités en Belgique. Entre un système public pur d'assurance maladie et un système privé d'économie sociale"., *Annals of public and cooperative economics* , 1992, 63(4), pp. 661-682.

Füss, H., Leën, W.. *Rapport sur la réforme de la sécurité sociale présenté à Monsieur le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale*. 1951, 323 p..

Hancké, P., Vermeeren, P. H., *De ziekenfondsen in België: Activiteiten - Toezicht*, Mys & Breesch, Gent, 2000, 187 p.

Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2007*, 2007, 48 p.

Mossialos, E., Thomson, S., *Voluntary Health Insurance in the European Union*, Report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, 27/02/2002, 183 p.

Nonneman, W., Vandoorslaer, E., "The role of the sickness funds in the Belgian health-care market", *Social Science & Medecine*, 1994, 39(10), pp.1483-1495.

Office de contrôle des mutualités. *Rapport annuel 2005*, 156 p.

Office de contrôle des mutualités. *Rapport annuel 2006*, 176 p.

Oris, M., "Social security. The origins of the Belgian system"., *Revue belge de Philosophie et d'Histoire*, 1997, 75(2), pp. 534-538.

Palm, W., Lewalle, H., "La protection maladie volontaire dans l'Union Européenne. Quelle logique d'action? Entre le marché et la solidarité? Quelle régulation à travers les directives assurances?", *Revue belge de sécurité sociale* ,2001, 4, pp. 1-29.

Rekenhof, *162e boek*, 2006, 564 p.

Rekenhof. *163e boek*, 2007, 744 p.

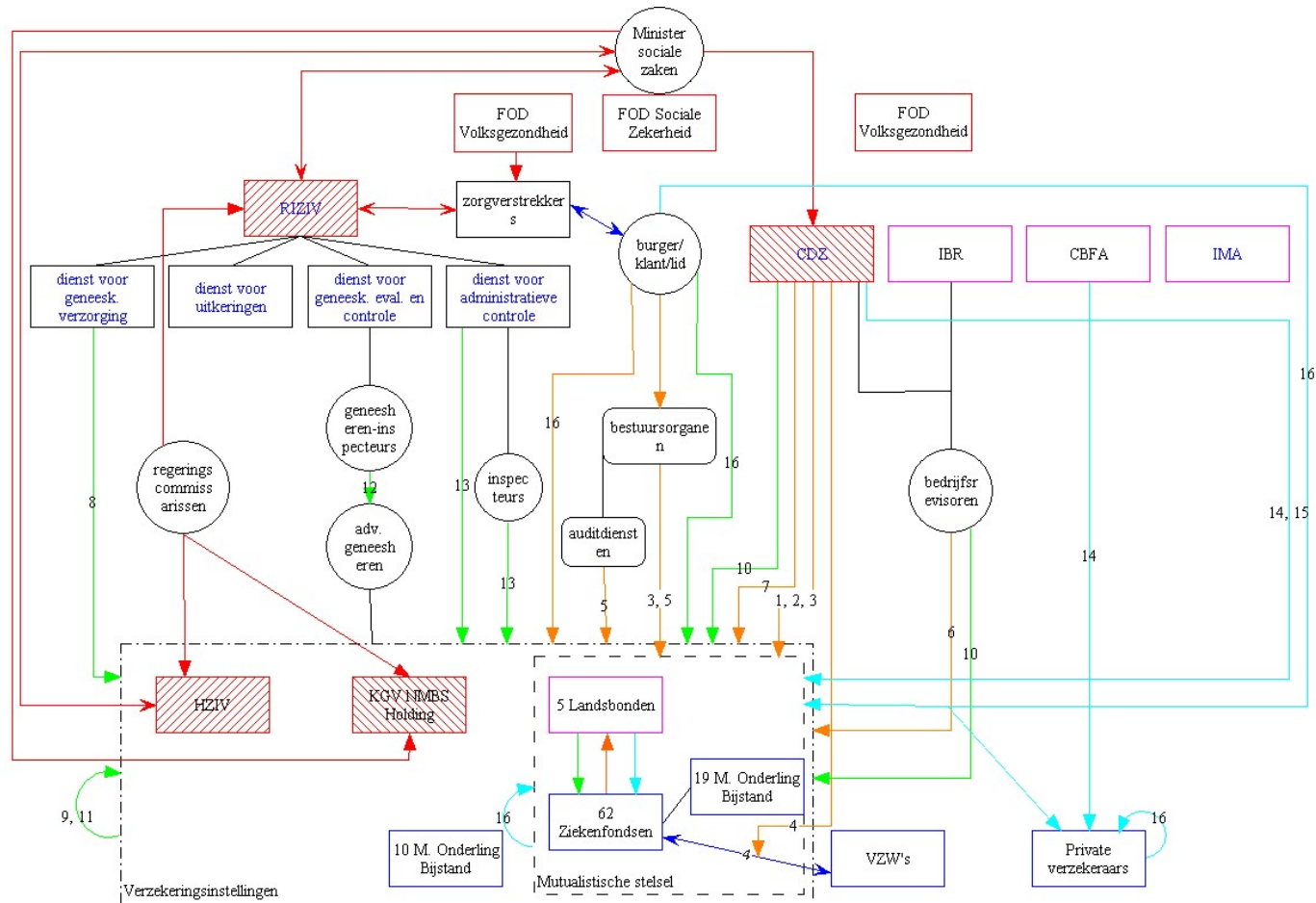
Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, *Jaarverslag 2006*, 128 p.

- Schokkaert, E., Van de Voorde, C., "Belgium: risk adjustment and financial responsibility in a centralised system", *Health policy*, 2003, 65, pp. 5-19.
- Schokkaert, E., Van de Voorde, C., "Risk selection and the specification of the conventional risk adjustment formula", *Journal of Health Economics*, 2004, 23, pp. 1237-1259.
- Schokkaert, E., Van de Voorde, C., "Health care reform in Belgium"., *Health Economics*, 2005, 14, pp. 25-39.
- Schokkaert, E., Van de Voorde, C., *Defederalisering van de Belgische Gezondheidszorg?*, Leuvense economische standpunten K.U.L., 2007, 119, 21 p.
- Service d'évaluation et de contrôle médicaux, Le SECM. Missions et procédures. Brochure d'information à l'intention des dispensateurs de soins, Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, 11/2007, www.riziv.be, 35 p.
- Stevens, Y., Van Rompaey, L., Huber, V., Van Buggenhout, B., "Issues in complementary health insurance in Belgium", *International Social Security Review*, 1998, 51(4), pp. 71-91.
- Tegenbos, G., "Oorlog onder ziekenfondsen", *De Standaard*, 28/09/2005, www.mloz.be.
- Vandenbroucke, F., *Nieuwe uitdagingen en verantwoordelijkheden voor ziekenfondsen in de gezondheidszorg*, toespraak naar aanleiding van het 10-jarig bestaan van de Controledienst voor Ziekenfondsen, www.franckvandenbroucke.be, 7 p.
- Van de Ven, W.P.M.M., Beck, K., Buchner, F., Chernickovsky, D., Gardiol, L., Holly, A., et al., "Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries", *Health policy*, 2003, 65(1), pp. 75-98.
- Van de Ven, W.P.M.M., Beck, K., Van de Voorde, C., Wasem, J., Zmora, I., "Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later"., *Health policy*, 2007, 83(2-3), pp. 162-79.
- Van Langendonck, J., Put J., *Handboek socialezekerheidsrecht*, 7de ed, Intersentia, Antwerpen, 2006, 920 p.
- Vansteenkiste, S., Devetzi, S., Goyens, F., *Private Partners in Social Insurance*. authors, Association for Social Security Comparison, 2007, 207 p.

Vanthemse, G., "Fifty years of Social Security in Belgium ... and then what?", *Revue Belge de Philosophie et d'Histoire*, 1998, 76(4), p. 1162-1163.

Zweifel, P., Breyer, F., *Health Economics*, Oxford University Press, 1997, 382 p.

BIJLAGE: STURINGSINSTRUMENTEN



K.U.Leuven – Instituut voor de Overheid – Public Management Institute

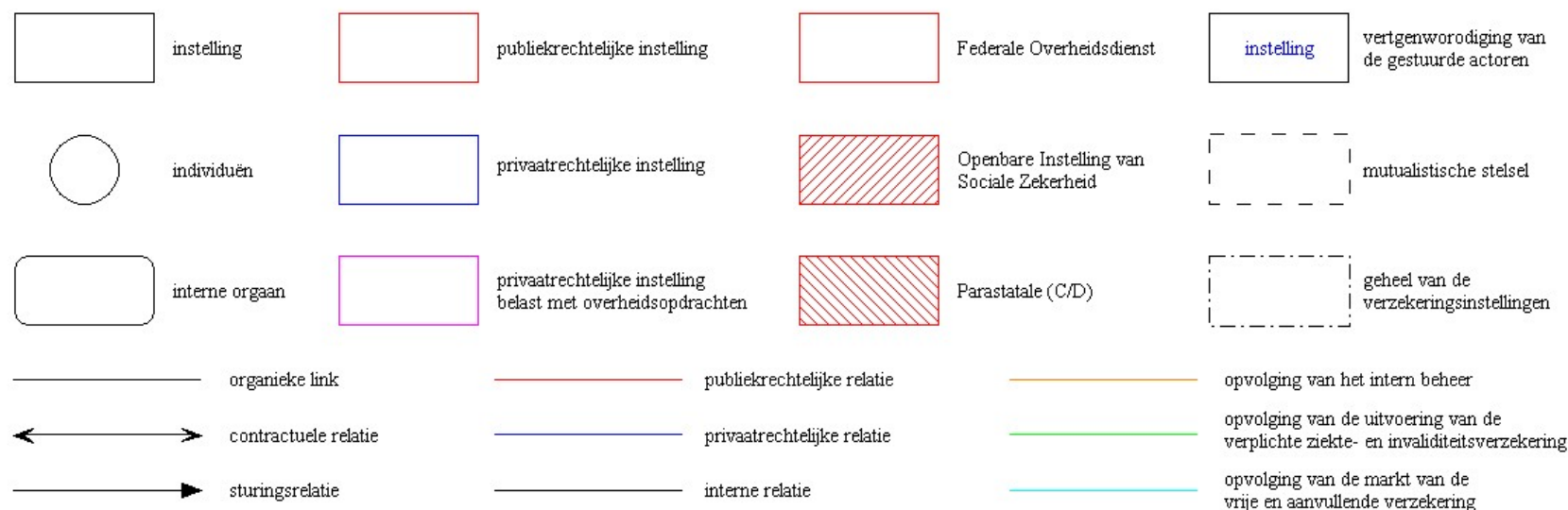
Parkstraat 45 bus 3609 - B-3000 Leuven - Belgium

Tel: 0032 16 32 32 70 - Fax: 0032 16 32 32 67

io@soc.kuleuven.be - www.instituutvoordeoverheid.be - www.publicmanagementinstitute.be

Participatieve analyse van de governance in de tak ziekte- en invaliditeitsverzekering

BIJSCHRIFT



PLAN EN NUMMERING

- | | | |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Opvolging van het interne beheer <ol style="list-style-type: none"> 1.1. landsbonden/ziekenfondsen-specifiek <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. aantalvoorwaarde (1) 1.1.2. fusie en ontbinding (2) 1.1.3. statuten (3) 1.1.4. samenwerkingsakkoorden (4) 1.2. verzekeringsinstellingen <ol style="list-style-type: none"> 1.2.1. interne controle en audit (5) 1.2.2. bedrijfsrevisoren (6) 1.2.3. toezicht van de CDZ (7) | <ol style="list-style-type: none"> 2. Opvolging van de uitvoering van de verplichte verzekering <ol style="list-style-type: none"> 2.1. financiële opvolging <ol style="list-style-type: none"> 2.1.1. ziekteverzekering <ol style="list-style-type: none"> 2.1.1.1. ex ante: normatieve verdeelsleutel (8) 2.1.1.2. ex post: verantwoordelijkheid voor de resultaten (9) 2.1.2. uitkeringen: geen responsabilisering 2.1.3. administratiekosten <ol style="list-style-type: none"> 2.1.3.1. ex ante: evaluatie van de beheersprestaties (10) 2.1.3.2. ex post: behouden van het saldo (11) 2.2. administratief toezicht <ol style="list-style-type: none"> 2.2.1. ex ante: geneesheren-inspecteurs en adviserende geneesheren (12) 2.2.2. ex post: dienst voor administratieve controle (13) | <ol style="list-style-type: none"> 3. Opvolging van de vrije en aanvullende verzekering <ol style="list-style-type: none"> 3.1. classificatie en regulering (14) 3.2. erkenning (15) 4. Marktwerking (16) |
|---|--|--|