

# RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963  
Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel

## Dienst Geneeskundige Verzorging

### ALGEMENE RAAD

Nota ARGV 2020/036

Brussel, 7 juli 2020

**BETREFT** : Actieplan voor de collectieve financiële verantwoordelijkheid – Voorstel van de verzekeringsinstellingen

#### **INHOUD** :

Naar aanleiding van de nota van de ARGV 2020/014 betreffende de optimalisering van het financiële beheer van de gezondheidszorgen door een concrete inhaaltiming voor te stellen voor de RIZIV-rekeningen en een herziening van het systeem van financiële verantwoordelijkheid werd aan de CIN gevraagd om het idee van de overgang van een individuele financiële verantwoordelijkheid naar een collectieve of algemene financiële verantwoordelijkheid uit te leggen en te motiveren.

Het NIC is voorstander van de invoering van collectieve financiële verantwoordelijkheid om diverse redenen die deze nota in detail behandelt.

**BUDGETTAIRE WEERSLAG** : Nihil

**ADMINISTRATIEVE WEERSLAG** : Nihil

**PROCEDURE** : Wettelijke basis :

Artikel 18 van de wijzigingsclausule bij de 5e bestuursovereenkomst

**OPDRACHT VAN DE ALGEMENE RAAD:**

De Algemene Raad wordt verzocht deze nota goed te keuren.

**TREFWOORDEN** :

Financiële verantwoordelijkheid

# Actieplan voor de collectieve financiële verantwoordelijkheid – Voorstel van de verzekeringsinstellingen

## Inleiding en samenvatting:

Naar aanleiding van de nota van de ARGV 2020/014 betreffende de optimalisering van het financiële beheer van de gezondheidszorgen door een concrete inhaaltiming voor te stellen voor de RIZIV-rekeningen en een herziening van het systeem van financiële verantwoordelijkheid werd aan de CIN gevraagd om het idee van de overgang van een individuele financiële verantwoordelijkheid naar een collectieve of algemene financiële verantwoordelijkheid uit te leggen en te motiveren.

Het idee om over te gaan van een financiële verantwoordelijkheid op het niveau van elke VI naar een collectieve financiële verantwoordelijkheid werd onder de volgende bewoordingen opgenomen als actiepunt 66 van het "Toekomstpact met de verzekeringsinstellingen":

*« Het Rekenhof zal in de eerste helft van 2017 een rapport ter beschikking stellen dat het systeem van financiële verantwoordelijkheid evalueert. [...] Daarbij zal worden onderzocht hoe en onder welke voorwaarden geëvolueerd kan worden van de individuele responsabilisering naar een collectieve responsabilisering, mede om risicoselectie en oneerlijke concurrentie uit te sluiten. Belangrijk is verder dat de verzekeringsinstellingen de beschikking krijgen over voldoende collectieve instrumenten voor uitgavenbeheersing»*

*Het Rekenhof besluit in hun rapport van 2017 over de collectieve financiële verantwoordelijkheid "dat voorstel is een beleidskeuze waarover het Rekenhof zich niet uitspreekt<sup>1</sup>. "*

Het NIC is voorstander van de invoering van collectieve financiële verantwoordelijkheid om diverse redenen die deze nota in detail behandelt:

1. Nadat de financiële verantwoordelijkheid was ingevoerd, werden de ziekenfondsen ook geresponsabiliseerd voor het beheer van hun administratiekosten met het VARAK -systeem (variabele administratiekosten) want op termijn zal 20% van hun administratiekosten aan efficiëntieparameters gekoppeld zijn<sup>2</sup>. VARAK vermindert de nood aan *individuele* financiële verantwoordelijkheid van de VI .
2. Het Rekenhof is *“van oordeel dat niet kan worden aangetoond dat de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen een effectief instrument is om de uitgavenevolutive in de ziekteverzekering te beheersen»* want *« de ziekenfondsen kunnen de uitgavenevolutive maar in beperkte mate aansturen<sup>3</sup> »*. De VI financieel responsabiliseren heeft immers enkel zin als zij hun uitgaven kunnen controleren. De instrumenten voor uitgavenbeheer ontbreken

---

<sup>1</sup> Rapport van 28 juni 2017, "Financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen" (rapport in uitvoering van de beslissing van de Kamer van Volksvertegenwoordigers van 22 oktober 2015) p. 50-51

<sup>2</sup> Vanaf 2019 wordt het variabel deel dat nu 10% bedraagt, jaarlijks met 2,5% verhoogd gedurende een periode van 4 jaar om op 20% uit te komen.

<sup>3</sup> Rapport van 28 juni 2017, "Financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen" (rapport in uitvoering van de beslissing van de Kamer van Volksvertegenwoordigers van 22 oktober 2015) p. 50-51

momenteel en wij weten dat de meeste van die instrumenten beter zouden functioneren met collectieve financiële verantwoordelijkheid dan met een individuele.

3. Individuele financiële verantwoordelijkheid moet rekening houden met het risicoprofiel van de leden want de uitgaven kunnen bijvoorbeeld variëren volgens leeftijd en zorgbehoevendheid. Als garantie voor een onderlinge verdeling van het budget tussen de ziekenfondsen volgens de risico's werd een complexe formule gemaakt die regelmatig moet worden bijgewerkt en veel achterstand bij de afsluiting van de rekeningen veroorzaakt. De voorspellingskracht van de normformule blijft beperkt. Met een collectieve verantwoordelijkheid stelt het probleem van de risicoselectie zich niet meer en de nadelen van deze normatieve verdeelsleutel verdwijnen. Het systeem wordt hiermee dus aanzienlijk vereenvoudigd.

Het systeem van collectieve financiële verantwoordelijkheid lijkt dus zowel eenvoudiger als efficiënter en respecteert de basisprincipes van de individuele financiële verantwoordelijkheid. Ook blijkt dat het individueel of collectief karakter van de financiële verantwoordelijkheid van de VI niet los van een ruimere denkoefening over de financiële verantwoordelijkheid als geheel kan worden gezien waarmee aan de VI de nodige instrumenten voor een beheersing van hun uitgaven kunnen worden gegeven.

Het NIC vraagt aan de Algemene Raad:

1. **Een beginselakkoord om naar een collectieve verantwoordelijkheid te gaan.** Sinds 2015 zijn heel wat bevoegdheden aan de deelstaten overgedragen. Hiervoor dient het huidige model van individuele financiële verantwoordelijkheid wettelijk volledig te worden herwerkt. Daarom, stellen wij de invoering van dit nieuwe model van collectieve financiële verantwoordelijkheid voor vanaf de afsluiting van de rekeningen van het jaar 2015 (definitieve afsluiting).
2. **Een engagement tot de oprichting van een Werkgroep bij het RIZIV met zorgverleners, ziekenfondsen en vertegenwoordigers van de administratie om de instrumenten te analyseren** waarmee de ziekenfondsen de uitgaven beter kunnen controleren. Twee principes dienen hierbij gewaarborgd te zijn: overleg met de zorgverleners en samenwerking bij de acties van de administraties in dit domein voor meer informatiedeling, taakverdeling en wederzijdse versterking van elkaars acties.
3. Een engagement om gelijktijdig vooruit te gaan bij deze twee punten (zelfs met een verschillende timing) want het ene kan niet zonder het andere.

Deze nota behandelt in eerst instantie de algemene principes van de financiële verantwoordelijkheid (sectie 1). Ze analyseert eveneens op welke manier een collectieve financiële verantwoordelijkheid beter zou kunnen beantwoorden aan de basisdoelstellingen van de financiële verantwoordelijkheid (sectie 2). Vervolgens worden een reeks voorbeelden van instrumenten met een mogelijke invloed op de uitgavenevoluitie voorgesteld (sectie 3). Ten slotte behandelen we de financiële architectuur van een dergelijk mechanisme (sectie 4).

## 1. Algemene principes

Collectieve financiële verantwoordelijkheid beoogt het behoud van de principes van de individuele financiële responsabilisering van de VI met de percentages daarvoor. De VI zouden in dat systeem echter wel collectief verantwoordelijk zijn.

De collectieve financiële verantwoordelijkheid van verzekeringsinstellingen zou een systeem moeten worden waarin alle verzekeringsinstellingen collectief instaan voor een percentage van de budgettaire overschrijdingen of collectief zorgen voor inkomsten voor een surpluspercentage van de jaarlijkse begroting. De overschrijdingen of overschotten zijn het resultaat van een verschil tussen een vastgelegde begrotingsdoelstelling voor jaar T en de reëel gepresteerde / geboekte uitgaven datzelfde jaar. De begrotingsdoelstellingen en de gepresteerde / geboekte uitgaven hebben enkel betrekking op die begrotingselementen (geneeskundige verzorging) die de facturatiecircuits van de verzekeringsinstellingen doorlopen en waarop de ziekenfondsen een impact kunnen hebben. In dat model hebben alle VI in een bepaald jaar tegelijkertijd een boni of mali .

De overschrijdingen die de VI dragen of het overschot dat zij ontvangen, wordt vervolgens geplafonneerd op **25% van het totaal boni of mali**. De totale overschrijding die de VI ten laste nemen, mag niet meer dan **2% van de totale begrotingsdoelstelling bedragen**. De overschotten mogen daarentegen wel meer dan 2% van de totale begrotingsdoelstelling bedragen. Als bij een mali aan de leden een bijdrage voor de financiële verantwoordelijkheid dient te worden gevraagd, zal die bijdrage noodzakelijkerwijze in alle VI dezelfde zijn en eventueel worden gemoduleerd volgens het sociale statuut.

## 2. Sterke en zwakke punten van het model van collectieve financiële verantwoordelijkheid ten overstaan van de initiële doelstellingen van de financiële verantwoordelijkheid

### Doelstelling 1 – op verantwoorde wijze de uitgaven beheren

Bij de invoering van het systeem was de eerste beoogde doelstelling door de overheid om een beter beheer van de gezondheidszorguitgaven te garanderen door de ziekenfondsen te verplichten om efficiënter te werken. Nochtans "*op basis van zijn onderzoek is het Rekenhof van oordeel dat niet kan worden aangetoond dat de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen een effectief instrument is om de uitgavenevolutive in de ziekteverzekering te beheersen. Dat oordeel is gebaseerd op de volgende vaststellingen. De ziekenfondsen kunnen de uitgavenevolutive maar in beperkte mate aansturen. Ruim een derde van de globale begrotingsdoelstelling valt immers buiten het collectieve overleg tussen de ziekenfondsen en de zorgverleners, terwijl juist dat overleg een belangrijk collectief instrument van uitgavenbeheersing is. De ziekenfondsen beschikken bovendien niet over de nodige instrumenten om de uitgavenevolutive daadwerkelijk aan te sturen. Tot slot ontbreekt ook een richtinggevend financieel en budgettair kader op basis waarvan initiatieven kunnen worden genomen voor een structurele uitgavenbeheersing op langere termijn*".

Een aantal beheertools zouden beter werken in een systeem van collectieve financiële verantwoordelijkheid dan in een systeem van individuele financiële verantwoordelijkheid. Acties, die worden ondernomen door een bepaald ziekenfonds, zoals bijvoorbeeld infocampagnes ten behoeve

van de zorgverleners, hebben gevolgen voor de leden van alle ziekenfondsen. De ziekenfondsen kunnen als deelnemers aan de collectieve onderhandelingen binnen het RIZIV ook druk zetten op de uitgavenbeheersing, maar ook hier blijven de gevolgen niet beperkt tot enkel hun eigen leden. Het lijkt dus opportuun om samen te werken en dit gebeurt trouwens al vaak in het Intermutualistisch Agentschap (IMA)<sup>4</sup>. Bovendien vereist een goede financiële verantwoordelijkheid goede indicatoren, kostenanalyses en kwaliteitsanalyses. Voor kleinere nationale bonden is het veel moeilijker om deze doelstellingen te realiseren. De sector zou eveneens collectief veel sterker zijn om eventuele akkoorden af te sluiten met zorgverleners/zorginstellingen dan wanneer telkens afzonderlijk wordt onderhandeld.

#### Doelstelling 2 - de selectie van risico's vermijden

De tweede doelstelling die door het mechanisme van de financiële aansprakelijkheid wordt nagestreefd is het voorkomen van de selectie van de risico's. Een individuele financiële verantwoordelijkheid vereist dat het normatieve budget rekening houdt met het risicoprofiel van de leden, gezien de uitgaven voor jonge leden in goede gezondheid lager liggen dan bij oudere leden en chronisch zieken. Om een verdeling van het budget te waarborgen tussen ziekenfondsen die rekening houden met de risicorealiteit werd dus een complexe formule opgesteld. Dit verdeelsysteem tussen ziekenfondsen op basis van deze normatieve sleutel moet regelmatig worden bijgewerkt in functie van de evolutie van de geneeskunde en de zorgbehoeften. Deze update-inspanning is complex en langdurig en heeft een updateachterstand voor gevolg, waardoor het langer duurt vooraleer rekeningen kunnen worden afgesloten. In een systeem van collectieve financiële verantwoordelijkheid stelt het probleem van risicoselectie zich niet langer. De impact van mali is dan immers bij elke VI gelijk en elk lid betaalt in dat geval dezelfde bijdrage (eventueel gemoduleerd volgens het sociaal statuut). De VI hebben dus geen belang meer bij selectie van hun populatie. Tegelijkertijd verdwijnen ook de nadelen van de normatieve verdeelsleutel: deze hoeft niet meer geactualiseerd te worden wat veel kosten en werk bij het RIZIV en de VI bespaart.

#### Doelstelling 3 - de ziekenfondsen individueel aanzetten tot een beter beheer

Bij de invoering van de financiële verantwoordelijkheid was de derde beoogde doelstelling door de overheid om incentives te voorzien voor de ziekenfondsen met de bedoeling om hen *individueel* aan te zetten tot een beter beheer. Sinds de instelling van het systeem van financiële verantwoordelijkheid werden de ziekenfondsen eveneens geresponsabiliseerd met betrekking tot het beheer van hun administratiekosten (VARAK-systeem: variabele administratiekosten) door de toekenning van een deel van de administratiekosten te koppelen aan efficiëntieparameters. Dit variabel deel wordt progressief verhoogd tot 20 % van het totaal, daarnaast zetten de gebruikte criteria of parameters de ziekenfondsen aan om hun werking te optimaliseren op basis van 7 sleutelprocessen die de weergave zijn van dit globale functioneren. De VI worden dus wel al individueel geresponsabiliseerd via het VARAK-systeem maar nog niet voor gezondheidszorg.

**Conclusie :** uit bovengenoemde argumenten blijkt dat dat collectieve financiële verantwoordelijkheid eenvoudiger en efficiënter is en de basisbeginselen van de individuele financiële verantwoordelijkheid in acht neemt. De voorwaarde is echter dat gestart wordt met nadenken over instrumenten voor

---

<sup>4</sup> Dat de 7 verzekeringsinstellingen omvat en waar het RIZIV en het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg – KCE in de Raad van bestuur vertegenwoordigd zijn.

uitgavenbeheersing. **Het NIC vraagt een beginselakkoord om naar collectieve verantwoordelijkheid te gaan en te beginnen nadenken over instrumenten waarmee de ziekenfondsen de uitgaven meer kunnen controleren.**

### 3. Welke instrumenten?

In haar rapport van 28 juni 2017 concludeert het Rekenhof<sup>5</sup> het op de volgende manier: *'[...] Het instrumentarium van de ziekenfondsen om buiten de akkoorden en overeenkomsten de uitgaven zelf te beïnvloeden – zowel individueel als gezamenlijk – kampt dan weer met allerlei problemen. Bijkomende initiatieven voor uitgavenbeheersing worden al gestimuleerd via de vergoeding van het variabele deel van hun administratiekosten, situeren zich in een breder tijdspectief dan de jaarlijks schommelende groeimarge, of hebben een effect dat in het kader van de individuele toewijzing van boni en mali onmogelijk tot een bepaald ziekenfonds kan worden herleid. Bovendien slagen de ziekenfondsen er zonder flankerend overheidsbeleid niet in essentiële controles op de toekenning van prestaties gezamenlijk te organiseren. De ziekenfondsen beschikken dus niet over het nodige instrumentarium om de uitgavenevoluitie aan te sturen in de richting van de globale begrotingsdoelstelling. Overigens zijn ze zelfs niet eens betrokken bij de opmaak en uitvoering van een aantal partiële begrotingsdoelstellingen die nochtans samen instaan voor meer dan een derde van de uitgaven en waar zich in het verleden de meeste budgetoverschrijdingen situeerden. [n.v.d.r. : BFM, farmaceutische producten, sociale akkoorden] die aan de meeste budgetoverschrijdingen in het verleden ten oorsprong lagen.'*

Om het effect van de belangrijke vaststellingen van het Rekenhof te verzachten, zouden verschillende instrumenten kunnen worden ingevoerd in het kader van de collectieve financiële verantwoordelijkheid. **Deze instrumenten moeten afgesproken worden in overleg met de zorgverleners en de administratie.** Daarom vraagt het NIC **de oprichting van een werkgroep met de verschillende betrokkenen.** Samenwerking en elkaars acties versterken met de administratie is hierbij essentieel .

Wij detailleren hieronder bijvoorbeeld een reeks instrumenten die zouden kunnen worden ingevoerd maar wij herinneren aan de noodzaak om ze in de werkgroep te bespreken. De voorgestelde instrumenten kunnen worden gerangschikt volgens een schaal (van zeer licht naar zeer sterk). Het NIC is voorstander van een gradueel gebruik met eerst sensibilisering en een beperking van het gebruik van financiële correcties. Merk op dat deze instrumenten zouden moeten worden aangepast volgens het type zorgverlener (individuele zorgverlener of instelling) of het doelpubliek (leden, voorgedij-overheid).

#### **Wij onderscheiden hoofdzakelijk 4 categorieën mogelijke instrumenten:**

**1) Correctiehefbomen inzake informatie:** Instrument voor meer transparantie in het domein van de gezondheidszorg en de informatie aan onze leden. Aanzetten tot verandering van de praktijken zonder noodzakelijkerwijze de zorgverleners of de patiënten te sanctioneren.

#### **Voorbeelden :**

---

<sup>5</sup> Ibid, pp. 27-28

- De VI wettelijke instrumenten geven waarmee zij hun gegevensbestanden soepel(er) kunnen koppelen aan de andere gegevensbestanden die zowel federaal (minimum klinische gegevens – MKG, fiscus, Healthdata.be, Kankerregister (BCR)) als regionaal (Vaccinet, Kind & Gezin, ONE, Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP), Studiecetrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE), Zorgkassen ...) bestaan zodat zij de (potentiële) massa's beheersinformatie waarover zij beschikken, effectief kunnen benutten.
- Teneinde concreet zicht te hebben op de opmaak van het BMF (goed voor ongeveer 22 % van de uitgaven van de verzekeringsinstellingen in 2019) moet in het bijzonder de mogelijkheid bestaan tot organisatie, via het formulier 727, van een overdracht, in eerste instantie bij het verlaten van het ziekenhuis, van de ICD-10 van de belangrijkste en secundaire pathologieën die de oorzaak waren van het verblijf. In een latere fase zouden deze ICD-10 dan worden doorgestuurd vóór het ontslag uit het ziekenhuis waardoor een (deels forfaitaire) pathologiefinanciering mogelijk wordt.
- Levering van transparantere gegevens aan de VI. Voorbeeld: verplichte vermelding van de erelonen en supplementen op het e-attest en beschikbaar stellen van de modaliteiten en voorwaarden van de contracten artikel 111 – 112 tussen de farmaceutische bedrijven en de minister van sociale zaken voor de VI.
- Opmaak van geconsolideerde profielen van zorgverleners via onze gegevens, CIN data mining en de leden. Om het gebrek aan transparantie betreffende de uitgevoerde prestaties in het kader van de derdebetalersregeling te beperken, zou bijvoorbeeld een overzicht van de gezondheidsuitgaven automatisch om de drie maanden naar elk lid kunnen worden verstuurd. Op deze manier kan het lid zijn gegevens controleren, ons op de hoogte brengen van een eventueel probleem en medebeheerder worden van zijn gezondheid.
- Invoering van een intermutualistische procedure inzake kwaliteit en validering van de klinische registraties in eigen beheer (registratie in ICD-10 van arbeidsongeschiktheid / invaliditeit door de adviserend artsen).
- Instelling van een intermutualistische procedure voor de opvolging van de kwaliteit en de geldigheid van de klinische registratie in eigen beheer (registraties in ICD-10 van de arbeidsongeschiktheid/invaliditeit door de adviserende geneesheren).
- Vertrekkende van de beschikbare gegevens : monitoring / feedback aan zorgverleners /peers/instellingen met ontmoeting met een intermutualistisch team van adviserend artsen
- Feedback aan de leden / voogdij-overheden over de geografische verschillen inzake medische praktijken (informatiecampagnes) tot zelfs feedback op naam. Deze nominatieve feedback per zorgverlener **vereist de opheffing van de wettelijke bescherming** die zorgverleners als natuurlijke persoon vandaag genieten in het kader van de wetgeving op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer voor (door de zorgverleners bepaalde, gevalideerde) doeleinden inzake volksgezondheid, toegankelijkheid en overconsumptie/fraude.
- Gebruik van nationaal geproduceerde informatie op lokaal niveau via de provinciale intermutualistische colleges en de plaatselijke adviserend artsen om met de plaatselijke zorgverleners de bespreking over de vastgestelde problemen inzake kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg aan te vatten.

**2) Correctiehefbomen van administratieve aard:** In dit geval zouden administratieve correcties kunnen worden toegepast bij niet-naleving van bepaalde regels of « afwijkend » gedrag.

Voorbeelden :

- Strengere monitoring van de facturatie tijdens een bepaalde periode
- Verplichte authenticatie van de patiënt bij elk contact (eID of ander mechanisme voor elektronische identificatie)
- Vervanging van bepaalde a priori controles die de adviserend artsen doen, door een kennisgevingsprocedure die een controle a posteriori mogelijk maakt. Met deze nieuwe procedure komt expertisetijd vrij om profielen met afwijkende praktijken nader te analyseren door bij een vermoeden van atypische praktijken de a posteriori controles van prestaties/voorschriften te versterken of opnieuw in te stellen tijdens een bepaalde periode. Hiervoor zou de juridische verjaringstermijn algemeen verlengd moeten worden.
- Monitoring van de "outliers" / feedback aan zorgverleners en instellingen en overleg met een intermutualistisch team samengesteld door adviserende geneesheren en met gedeeltelijke of volledige intrekking van de derdebetalersregeling.

**3) Correctiehefbomen van financiële aard :** het gebruik van onderstaande tools zou kunnen leiden tot correcties met een financiële impact voor de zorgverlener of voor de zorgverlener en de leden.

Voorbeelden:

Invoering van een reeks instrumenten om de logistieke financiering van de zorgpraktijk te kunnen onderwerpen aan inhoudelijke criteria :

- Monitoring van de « outliers » / Feedback aan de zorgverleners / instellingen samen met een ontmoeting met een intermutualistisch team van adviserend artsen en intrekking van de accreditering als aan bepaalde criteria niet voldaan is.
- De accreditering aan objectieve criteria inzake gezondheid en kwaliteit koppelen.
- Invoering van administratieve procedures in overleg met de sector voor een omkering van de bewijslast, terugvordering en financiële sancties automatisch ten laste van de zorgverlener (progressief volgens het volume geattesteerde prestaties de jongste 3 jaar) als kan worden gesteld dat door deze praktijk geen efficiënte, degelijke zorg kan worden gegarandeerd gezien het aantal geattesteerde prestaties tijdens een observatieperiode (dag, week, maand, trimester ...). Deze vaststelling wordt gedaan op basis van kwaliteitsindicatoren die vooraf in overleg met de vertegenwoordigers van de betrokken sector zijn ontwikkeld, uitgewerkt en gevalideerd.
- Herinvoering van de oude 150%-regel in de ZIV-wet om de zorgverleners collectief te responsabiliseren en fraude en overconsumptie te bestrijden. Deze regel is destijds nooit toegepast en werd geschrapt. Bij fraude moet de zorgverlener 150% van het gewraakte bedrag terugbetalen (100% terugvordering + 25% terugvordering voor de ZIV + 25% terugvordering voor de VI ).

In het kader van de akkoorden en overeenkomsten :



- Uitbreiding van het onderhandelingsveld van de overeenkomsten-/akkoordencommissies: onderhandelen over tarieven maar ook over volumes en kwaliteit, meer bepaald de gezondheidsdoelstellingen voor de sector
- Activering van het correctiemechanisme waarin de overeenkomsten-/akkoordencommissies ingeval van overschrijding voorzien (lineaire besparingsmaatregelen /eventueel selectieve besparingen )
- Invoering van een efficiënte regelgeving ter bestrijding van fraude en overconsumptie in samenwerking met de zorgverleners

**4) Innovatieve instrumenten voor een betere organisatie van de zorg:** Kunnen innoveren vertrekkend van de middelen afkomstig van de collectieve boni door een betere organisatie van de gezondheidszorgen door pilootprojecten te financieren zoals de geïntegreerde zorg of in monitoringtools voor de sectoren. Op deze manier zouden de ziekenfondsen de boni kunnen investeren buiten de klassieke "sectoren van de ziekteverzekering. Indien bijvoorbeeld een bonus wordt gerealiseerd in de sector van de klinische biologie of de medische beeldvorming zouden de ziekenfondsen opnieuw kunnen investeren in tandgeneeskunde of in preventie of nieuwe beleidsregels uitproberen zoals de terugbetaling van de telegeneeskunde of psychologische bijstand. Dit zal een bijkomende stimulans zijn om boni te genereren en zal de innovatie ten goede komen. Merk op dat deze boni geen recurrente budgetten zijn en dus enkel voor de financiering van eenmalige initiatieven mogen dienen.

#### 4. De financiële middelen van de collectieve financiële verantwoordelijkheid

De VI hebben voor de financiële responsabilisering 3 verschillende reserves die in de rekeningen van de Verplichte Verzekering en de Aanvullende Verzekering staan:

1. Verplichte Verzekering
  - a. Reserve uit Boni (rekening 1390): aangelegd met het aandeel van de VI in de positieve resultaten Geneeskundige verzorging (25%) (A)
  - b. Reserve Bijdragen VPV (rekening 1391): aangelegd met ledenbijdragen om het aandeel van de VI in het mali Geneeskundige verzorging (25%) te dekken na uitputting van bovenstaande reserve. De Reserve Bijdragen VPV moet steeds minimum 4,46 EUR per gerechtigde bevatten. (B)
2. Reserve Bijdragen in de Aanvullende Verzekering: aangelegd met ledenbijdragen om minstens de Reserve Bijdragen VPV « 1391 » aan te zuiveren en het aandeel in het mali Geneeskundige verzorging te dekken (C).

Voor de aanwending van de reserves bij de collectieve financiële verantwoordelijkheid stelt het NIC volgende principes voor (zie afbeelding hieronder):

1. Enkel de Reserve uit Boni (rekening 1390) kan als een Collectieve Reserve worden aangewend. De Reserve Bijdragen VPV (rekening 1391) (B) en de Reserve Bijdragen in de Aanvullende Verzekering (C) blijven altijd in elke VI.
2. Bij collectivisering van de Reserve uit Boni Geneeskundige verzorging zullen de ledenbijdragen van vorige jaren meegerekend worden om het mali te dekken. De tegenwaarde van deze bijdragen blijft bij de respectievelijke VI als een Individuele Reserve op een nieuwe balansrekening staan. De Reserve uit Boni (A) wordt dus in 2 opgesplitst:
  - o De « Individuele Reserve Boni » of « aanzuiveringen van het verleden » die zijn aangelegd met de bijdragen die de leden in de loop der jaren gestort hebben om de opeenvolgende mali aan te zuiveren. Dit blijft in elke VI. (D)
  - o De rest wordt dan een « Collectieve Reserve Boni » (A-D);
3. De reserves die met ledenbijdragen zijn aangelegd voor de financiële verantwoordelijkheid in zowel de Verplichte Verzekering (Rekening 1391) (B) als de Aanvullende Verzekering (C), blijven bestemd voor de verantwoordelijkheid bij de toekomstige mali Geneeskundige verzorging

		VI100	VI200	VI300	VI400	VI500	VI600	VI900	Totaal	
<b>UNIEKE REGELING VPV 31/12/2013</b>										
1390 - Uit boni	A	285.003.468,92	32.427.369,39	187.147.185,96	42.106.961,86	63.643.137,18	14.561.841,01	9.542.033,61	634.431.997,93	Blijft deels bij VI
13910 - Uit bijdragen	B	40.493.620,32	3.448.808,66	14.299.856,43	1.896.648,51	10.250.229,20	1.146.495,19	363.075,22	71.898.733,53	Blijft bij VI
13911 - Uit eigen middelen van de V.I.										
13919 - Uit financiële resultaten (-) (+)										
<b>VERPLICHTE VERZEKERING 2013</b>	<b>A+B</b>	<b>325.497.089,24</b>	<b>35.876.178,05</b>	<b>201.447.042,39</b>	<b>44.003.610,37</b>	<b>73.893.366,38</b>	<b>15.708.336,20</b>	<b>9.905.108,83</b>	<b>706.330.731,46</b>	
Aantal gerechtigden op 31.12.2013		3.129.848,00	335.430,00	2.050.769,00	414.125,00	1.346.754,00	56.401,00	77.039,00	7.410.366,00	
Minimum per gerechtigde		4,46	4,46	4,46	4,46	4,46	4,46	4,46	4,46	
		13.959.122,08	1.496.017,80	9.146.429,74	1.846.997,50	6.006.522,84	251.548,46	343.593,94	33.050.232,36	
<b>AAHVULLENDE VERZEKERING 2015</b>	<b>C</b>	<b>17.433.787,69</b>	<b>7.326.481,83</b>	<b>65.644.642,63</b>	<b>9.361.519,24</b>	<b>52.916.108,90</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>152.682.540,29</b>	Blijft bij VI
<b>Aanzuivering Mali uit ledenbijdragen</b>	<b>D</b>	<b>64.630.022,08</b>	<b>5.818.771,26</b>	<b>59.256.000,02</b>	<b>15.837.016,04</b>	<b>25.408.390,29</b>	<b>3.010,42</b>	<b>9.993.203,71</b>	<b>180.946.413,81</b>	
<b>Inbreng COLLECTIEVE Reserve Boni (1390)</b>	<b>A - D</b>	<b>220.373.446,84</b>	<b>26.608.598,13</b>	<b>127.891.185,94</b>	<b>26.269.945,83</b>	<b>38.234.746,89</b>	<b>14.558.830,59</b>		<b>453.936.754,22</b>	
								<b>(451.170,10)</b>	<b>453.485.584,12</b>	Collectieve Reserve
Inbreng Collectieve Reserve per Lid		70,41	79,33	62,36	63,43	28,39	258,13	(5,86)	61,20	Collectieve Reserve
<b>Behouden INDIVIDUELE Reserve Boni (1390)</b>	<b>D</b>	<b>64.630.022,08</b>	<b>5.818.771,26</b>	<b>59.256.000,02</b>	<b>15.837.016,04</b>	<b>25.408.390,29</b>	<b>3.010,42</b>	<b>9.993.203,71</b>	<b>180.946.413,81</b>	Blijft bij VI
Reserve Bijdragen VPV (1391)	B	40.493.620,32	3.448.808,66	14.299.856,43	1.896.648,51	10.250.229,20	1.146.495,19	363.075,22	71.898.733,53	Blijft bij VI
Reserve Responsabilisering in VPV	D + B	105.123.642,40	9.267.579,92	73.555.856,45	17.733.664,55	35.658.619,49	1.149.505,61	10.356.278,93	252.845.147,34	Blijft bij VI
Reserve Bijdragen in de Aanvullende Verzekering	C	17.433.787,69	7.326.481,83	65.644.642,63	9.361.519,24	52.916.108,90	-	-	152.682.540,29	Blijft bij VI
<b>Totale Reserve VI voor Responsabilisering</b>	<b>D + B + C</b>	<b>122.557.430,09</b>	<b>16.594.061,75</b>	<b>139.200.499,08</b>	<b>27.095.183,79</b>	<b>88.574.728,39</b>	<b>1.149.505,61</b>	<b>10.356.278,93</b>	<b>405.527.687,63</b>	Blijft bij VI
Per Lid		39,16	49,47	67,88	65,43	65,77	20,38	134,43	54,72	Blijft bij VI

Tot slot stelt het NIC voor de berekening van het collectief resultaat en de dekking van de potentiële mali volgende principes voor:

1. Behoud van het plafond van 2% voor het resultaat Geneeskundige verzorging
2. Behoud van de begrenzing van de verantwoordelijkheid tot 25% van het resultaat Geneeskundige Verzorging
3. Inachtneming van volgende principes voor de dekking van het mali Geneeskundige verzorging bij collectieve verantwoordelijkheid

- Eerst de resultaten van de Financiële Verantwoordelijkheid voor het betrokken jaar aanzuiveren met de Collectieve Reserve Boni (A-D); een Boni gaat eveneens naar die collectieve reserve;
- Als deze collectieve reserve niet volstaat om het resultaat van de financiële verantwoordelijkheid aan te zuiveren dan wordt het resterende mali verdeeld onder de VI volgens hun aantal gerechtigden;<sup>6</sup>
- Het resterende mali wordt dan gedragen door de aanzuiveringsbedragen uit het verleden (Individuele Reserve Boni – D)
- Als die niet volstaan, dan komt de Reserve Bijdragen VPV (B, Rekening 1391) tussen;
- en in laatste instantie de Reserve Bijdragen in de Aanvullende Verzekering (C) ;
- Na tussenkomst vanuit de reserves wordt nagegaan of de Reserve Bijdragen VPV (B, rekening 1391) bij elke VI het vereiste minimum van 4,46 euro per gerechtigde bevat
- Zo ja dan is geen bijkomende aanvulling meer nodig.
- Zo nee dan wordt berekend welk individueel aanvullend bedrag nodig is om hiermee te bepalen welk bedrag aan aanvullende bijdrage elke VI aan zijn gerechtigden zal moeten vragen;
  - wetende dat elke VI vooraf zijn Individuele Reserve Boni en Reserve Bijdragen in de Aanvullende Verzekering kan gebruiken om het vereiste wettelijke minimum te bereiken. In dat geval zal het bedrag van de aanvullende bijdrage die aan de leden gevraagd moet worden, herberekend moeten worden in overeenstemming hiermee.
  - deze aanvullende bijdrage wordt dan vermenigvuldigd met het aantal gerechtigden bij elke VI om te bepalen met welk bedrag de Reserve Bijdragen VPV van elke VI stijgt. De som van dit bedrag en de nog beschikbare Reserve Bijdragen VPV geeft het totaal bedrag van de Reserve Bijdragen VPV van elke VI.

---

<sup>6</sup> Berekening van een unieke bijdrage per gerechtigde door het bedrag van het resterende mali te delen door het aantal gerechtigden van alle VI . Dit resultaat vervolgens voor elke VI met hun aantal gerechtigden vermenigvuldigen; voor gerechtigden met een bijzonder statuut (vb.: verhoogde tegemoetkoming) kan een verschillend bedrag worden gehanteerd.