



HERVORMINGSPACT ZIEKENFONDSEN

Dit hervormingsplan is geënt op zeven assen, en responsabiliseert de mutualiteiten als wendbare non-profit ledenorganisaties gericht op de gezondheid van de bevolking.

Ziekenfondsen moeten zich positioneren als gezondheidsfondsen die het gezondheidszorgbeleid mee sturen en ondersteunen, en die consequent vertrekken vanuit de gezondheid van hun leden en de hele bevolking. Ziekenfondsen zijn geen commerciële spelers, maar streven het algemeen belang na. Dit hervormingsplan zet hier radicaal op in, en dit over alle activiteiten van de ziekenfondsen heen.

Het hervormingsplan richt zich zowel op de verplichte ziekteverzekering, de verplichte aanvullende voordelen als de facultatieve ziekteverzekeringen. Het handelt over zowel gezondheidszorgen als ziekte-uitkeringen.

Voor zowel de verplichte als de facultatieve aanvullende verzekering worden de ziekenfondsen gecontroleerd door de CDZ. Ze krijgen hiervoor geen vergoeding van de overheid. Voor de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering ontvangen de ziekenfondsen administratiekosten (een deel vast, een deel (20%) variabel) en worden ze gecontroleerd door zowel het RIZIV als de CDZ.

Zoals voorzien in het regeerakkoord zal 150 miljoen euro worden bespaard op de administratiekosten van de ziekenfondsen tegen 2029. Ten tweede wordt een bijkomende besparing gerealiseerd door de ziekenfondsen in het kader van hun administratiekosten te responsabiliseren ten belope van 100 miljoen euro in het kader van hun handhavingsoopdrachten. De nodige maatregelen (zowel reglementair als inzake proces) werden inmiddels genomen om deze VARAK HANDHAVING uit te rollen. Dit betekent dat de variabele administratiekosten (waarbij ziekenfondsen bij slechte resultaten middelen verliezen t.a.v de overheid) van de ziekenfondsen evolueren van 20 procent naar 27 procent tegen het einde van de legislatuur.

Hiernaast is reeds voorzien dat binnen de enveloppe administratiekosten een grotere responsabilisering tussen landsbonden doorgevoerd wordt door een percentage (5 procent in 2026 oplopend tot 15 procent tegen het einde van de legislatuur) afhankelijk te maken van resultaten in het kader van Terug naar Werk. Daar waar in de eerste twee situaties ziekenfondsen die slecht presteren inkomsten verliezen ten voordele van de overheid, speelt in de derde situatie het mechanisme waarbij slecht presterende ziekenfondsen inkomsten verliezen ten voordele van beter presterende ziekenfondsen, door een competitief herverdelingsmodel.

We willen de héle financiering van de ziekenfondsen eenvoudiger én doelgerichter maken. Doelgerichtheid betekent: gericht op efficiëntie in het algemene beheer en op effectiviteit in het bereiken van sociale resultaten. Deze nota start daarom met een nieuwe visie op de berekening van de administratiekosten van de ziekenfondsen (met name in onderdelen 1 en 2 van de nota), maar de volgende onderdelen zijn niet minder belangrijk voor de nagestreefde sociale responsabilisering van de ziekenfondsen.

1. Administratiekosten weerspiegelen werklust en stimuleren efficiëntie

De huidige parameterformule die bepaalt hoeveel de administratiekosten van de ziekenfondsen jaarlijks kunnen toenemen is verouderd, complex en onvoldoende aangepast aan de maatschappelijke evoluties. De formule houdt rekening met de loonevolutie in de bank/verzekeringswezen en in de overheidssector; de helft van de (geplafondeerde) groeinorm in de ziekteverzekering en het aantal vergoede uitkeringsdagen. De parameterformule zal worden herbekeken met de focus op eenvoud en relevantie, waarbij met name rekening gehouden zal worden met loonkosten (index en baremieke verhogingen) en het aantal verzekerden.

Hiernaast wordt de verdeelsleutel -die bepaalt hoe de administratiekosten worden verdeeld over de landsbonden- herzien, waarbij rekening gehouden wordt met de werklust gelinkt aan het profiel van de leden. Gegeven de toenemende complexiteit van de opdrachten van de ziekenfondsen en de zware investeringen gelinkt aan onder meer digitalisering worden prikkels ingebouwd voor een voldoende schaalgrootte.

Naast de administratiekosten krijgen de ziekenfondsen aanvullende vergoedingen voor specifieke opdrachten. Dit zal herbekeken worden met het oog op meer transparantie. Jaarlijks zal een globaal overzicht van de vergoedingen van de ziekenfondsen worden voorgelegd aan het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV. In het kader van het regeerakkoord werden de bijkomende



vergoeding voor de kleine risico's van zelfstandigen (zo'n 11 miljoen euro) en de uitbetaling van onverschuldigde bedragen die door de eigen fouten van de ziekenfondsen werden uitgekeerd reeds geschrapt.

2. Variabele financiering: specifiek resultaatgericht onderdeel van de administratiekosten

Het klassieke variabel gedeelte van de administratiekosten van de ziekenfondsen¹ t.b.v. 20 procent wordt grondig herzien. De huidige procesgerichte en administratief zware aanpak wordt hervormd tot een resultaatgerichte aanpak. De VARAK-indicatoren worden sterker gericht op beleidsprioriteiten en op het bereiken van resultaten, zowel inzake Terug Naar Werk als inzake gezondheidszorg.

Ziekfondsen worden zo geresponsabiliseerd voor een goede (gezondheids)begeleiding van hun leden en voor een efficiënte dienstverlening, ook naar zorgverleners toe. Het volstaat niet dat ziekenfondsen (informatie)campagnes voeren, ze moeten gericht outreachen naar risicogroepen, proactief contact opnemen,... en zo mensen toeleiden naar de juiste, doelmatige zorg (en een gezonde(re) levensstijl). Het volstaat niet dat ziekenfondsen mensen in arbeidsongeschiktheid correct evalueren, ze moeten ze waar mogelijk begeleiden in de Terugkeer naar Werk.

De resultaatdoelstellingen worden vertaald in meetbare indicatoren, gestandaardiseerd voor het ledenprofiel waar nodig. Hierbij zal rekening gehouden worden met de indicatoren die uitgewerkt worden door de Commissie voor Gezondheidszorgdoelstellingen. De Commissie kan advies geven over de uitgewerkte indicatoren. Ziekfondsen die de afgesproken doelstellingen niet halen, verliezen een deel van hun financiering.

Voorbeelden

- Vaccinatiegraad of deelname aan georganiseerde screeningsprogramma's van hun leden, en de toename ervan
- Aantal leden met een GMD
- Vroegdetectie van mentale problemen via vindplaatsgerichte werking
- Inzetten op goed gebruik van geneesmiddelen, bijvoorbeeld het onnodig en onjuist gebruik van antidepressiva terugdringen
- Het toeleiden van leden naar zorgtrajecten afgestemd op hun profiel (vb zorgtrajecten eetstoornissen, obesitas voor kinderen, perinataal traject voor kwetsbare moeders,...)
- Het intensief begeleiden van leden bij een terugkeer naar (aan)gepast werk
- Het voorkomen dat leden langdurig ziek worden
- Het verbeteren van de begeleiding na hospitalisatie
- Het beter bereiken en begeleiden van kwetsbare groepen
- De correcte toekenning van rechten
- ...

Hiernaast worden resultaatindicatoren opgesteld teneinde de dienstverlening aan de zorgverleners te optimaliseren

- Indicatoren met betrekking tot snelheid van betaling
- Indicatoren met betrekking tot performantie IT-diensten, zoals MyCarenet (zie as 3)
- Indicatoren met betrekking tot beschikbaarheid in kader van vragen/problemen van zorgverleners
- ...

Waar nodig en nuttig worden bestaande parameters behouden.

Huidige VARAK 20%	Nieuwe VARAK 20%
Procesgericht	Focus op resultaatgericht
Performante werking	Gezondheidsbegeleiding en dienstverlening aan leden Dienstverlening aan zorgverleners
Versnipperd	40% gericht op TNW (de 4 golven) 60% gezondheidszorgen
Afvinkcultuur – bureaucratisch	Eindresultaat telt
Jaarlijks proces	Driejaarlijkse grondige cyclus

¹ Naast deze variabele administratiekosten is er ook de VARAK handhaving 100 miljoen en de resultaatafhankelijke enveloppe gericht op TNW binnen de vaste administratiekosten (5% oplopend tot 15%). Dit betekent dat ziekenfondsen voor ruim 40 procent variabel gefinancierd worden.



De wijze waarop de ziekenfondsen geresponsabiliseerd worden voor resultaten inzake Terug-naar-Werk binnen de enveloppe vaste administratiekosten (het competitief herverdelingsmechanisme) wordt herzien en geïntegreerd in de klassieke variabele administratiekosten. Dit betekent dat de ziekenfondsen voor zo'n 40 procent variabel gefinancierd zullen worden, waarbij ze globaal inkomsten verliezen bij slechte resultaten. En dit op de drie pijlers

- Klassieke VARAK t.b.v 20 procent
- VARAK handhaving t.b.v 100 miljoen of een extra 7 procent
- TNW-VARAK ten belope van 15 procent op de enveloppe vaste administratiekosten wordt vertaald in een TNW-VARAK waarbij ziekenfondsen bij slechte resultaten verliezen, en waarbij dus afgestapt wordt van de filosofie dat slecht presterende ziekenfondsen verliezen terwijl relatief beter presterende ziekenfondsen winnen.

Deze nieuwe aanpak wordt uitgerold vanaf 2027-2028.

3. Fusies voor meer slagkracht

De ziekenfondsen dienen zich tegen uiterlijk 1 juli 2028 te hervormen waarbij per landsbond maximaal één ziekenfonds per gewest/gemeenschap overblijft. Provinciale ziekenfondsen dienen m.a.w. te fuseren tot een groter geheel. Dit betekent ook uniforme processen, een uniform aanvullend voordelenpakket, eenzelfde IT-platform en eenheid van commando.

4. Mijlpalen voor meer efficiëntie, datadeling en transparantie

De ziekenfondsen dienen in versneld tempo te digitaliseren en zich om te vormen tot data gedreven en transparante organisaties.

Daartoe worden een aantal mijlpalen met deadlines bepaald

- Mijlpaal 1: de ziekenfondsen zetten hun data waarover ze beschikken in het kader van hun taken binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorgen en uitkeringen open voor de bevoegde administraties (dataflow 2.0) tegen midden 2027. Hierbij zal nauwgezet toegezien worden op de kwaliteit en de tijdigheid van de gegevens.
- Mijlpaal 2: de ziekenfondsen engageren zich om tegen midden 2027 de facturatietermijn voor gezondheidszorgprestaties te verkorten van 2 jaar tot maximaal 6 maanden
- Mijlpaal 3: de ziekenfondsen maken tegen midden 2027 een gedetailleerde analyse met beschrijving van finaliteit, proportionaliteit en conformiteit van de data nodig om hun dienstverlening te verbeteren, onder meer in het kader van terug naar werk.
- Mijlpaal 4: de ziekenfondsen rollen tegen midden 2027 een intermutualistische teller uit, onder meer voor de opvolging van het aantal voorgeschreven geneesmiddelen
- Mijlpaal 5: de ziekenfondsen engageren zich om tegen eind 2026 te voorzien in een halfjaarlijkse rapportering gelinkt aan de TNW-barometer, zoals o.a. de instroom in arbeidsongeschiktheid, instroom en uitstroom binnen de gedeeltelijke werkhervattingen, toegelaten activiteiten,...
- Mijlpaal 6: de ziekenfondsen bieden hun leden tegen eind 2027 inzage in al de aan hen gefactureerde gezondheidsuitgaven
- Mijlpaal 7: de ziekenfondsen realiseren tegen midden 2028 een intermutualistische tarificatiemotor, dit ook in het kader van de hervorming van de nomenclatuur van de artsen
- Mijlpaal 8: de ziekenfondsen bieden tegen midden 2028 transparantie over hun analytische boekhouding
- Mijlpaal 9: de ziekenfondsen bieden tegen 1 januari 2029 een volledige elektronische dienstverlening (facturatie, verwijzingen,...) aan alle zorgverleners. De zorgverleners dienen vanaf 2030 verplicht over te schakelen op deze elektronische dienstverlening.

5. Kader voor 'belangenconflicten'

Ziekenfondsen nemen vandaag via hun vzw's en vmob's financiële participaties in onder meer gezondheidszorgorganisaties. De scope van deze investeringen wordt strikt beperkt tot non-profit organisaties gericht op gezondheidszorg en welzijn. De organisaties dienen bij te dragen tot toegankelijke en goede zorg.



Teneinde belangenconflicten tegen te gaan, kunnen directieleden en medewerkers van ziekenfondsen niet langer in de raden van bestuur van de organisaties waar ze financiële belangen in hebben; zitting hebben. Ze dienen dit te mandateren aan onafhankelijke bestuurders met aantoonbare expertise. De CDZ zal hier toezicht op houden.

Ziekenfondsmedewerkers die mandaten opnemen in RIZIV-organen kunnen geen mandaat opnemen in raden van bestuur van welzijns- en gezondheidsorganisaties.

Ziekenfondsen moeten scrupuleus de wet op de verkiezingsuitgaven volgen. Zij dienen zich te onthouden van partijpolitieke propaganda.

6. Verplichte aanvullende voordelen zetten in op gezondheid

De verplichte aanvullende voordelen van de ziekenfondsen (verrichtingen) zijn dispaaraat, en bijwijlen eerder ingegeven vanuit een concurrentiële dan wel vanuit een gezondheidslogica. Dit wordt grondig herzien. De verplichte aanvullende verzekeringen zullen georganiseerd worden op 1) tussenkomsten gericht op gezondheid, en dit op basis van evidence based practice -goede medische richtlijnen- en ter versterking van het gezondheidszorgbeleid en 2) tussenkomsten gericht op maatschappelijke dienstverlening en welzijn.

Dit betekent onder meer

- Dat niet-conventionele therapieën uit het verzekeringspakket worden gehaald.
- Dat de aanvullende voordelen het beleid van de verplichte ziekteverzekering versterken. Onder meer dat
 - o de voordelen zich moeten inschrijven in de door de Algemene Raad besliste gezondheidszorgdoelstellingen, en die doelstellingen moeten ondersteunen en mee waarmaken
 - o de herverzekering van remgelden is niet langer mogelijk. Remgelden hebben als doel bij te dragen tot een doelmatig gebruik van de middelen, zonder de financiële toegankelijkheid tot kwaliteitsvolle zorg te schaden. Zoals door eerdere KCE-evaluatie onderstreept, moet het remgeld, zowel in zijn vorm als wat de hoogte ervan betreft, ten dienste staan van een visie op toegankelijkheid en doelmatigheid van het zorgaanbod en zorggebruik. Er lopen initiatieven om de remgelden te hervormen, onder meer op basis van advies van de Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen. Binnen de verplichte aanvullende verzekeringen kunnen remgelden niet herverzekerd worden, omdat dit de facto het beoogde effect van remgelden, teniet doet.
 - o de middelen deels ingezet moeten worden als voorportaal van de ziekteverzekering, eventueel voor een deel intermutualistisch. Het gaat dan om zaken die in de overlegorganen van het RIZIV bestempeld zijn als nuttig, zinvol of nodig, maar waarvoor tijdelijk nog geen middelen voorhanden zijn in het kader van het budget van de verplichte verzekering
 - o De aanvullende voordelen geënt moeten worden op zorgtrajecten of -programma's in het belang van de gezondheid, inclusief de terugkeer naar gepast werk, van hun leden.
- Dat terugbetaling van activiteiten een duidelijke link moeten hebben met gezondheid of welzijn. Vb. vakantiecampen voor kinderen met overgewicht, vakantiecampen voor bedplassers,...

Een onafhankelijke wetenschappelijke commissie zal worden opgericht met als opdracht bindend advies te verlenen aan de CDZ of het pakket aanvullende voordelen deze doelstellingen dient. Deze commissie zal tegen eind 2026 transparante criteria uitwerken om zijn beslissingen te staven, en dit met de bedoeling het pakket aanvullend voordelen van de ziekenfondsen uiterlijk tegen midden 2027 te herzien.

7. Facultatieve verzekeringen zonder overwinst en gericht op gezondheidsbeleid

De VMOB's -die de facultatieve verzekeringen van de ziekenfondsen organiseren (zoals bijkomende hospitalisatie- of tandverzekeringen) dienen zich in te schrijven in de maatschappelijke opdrachten van de ziekenfondsen, en in het bijzonder in het gezondheidsbeleid en de toegankelijkheid van de zorg. Daartoe wordt volgende verankerd:

- De facultatieve verzekeringen van de ziekenfondsen dienen verplicht te voldoen aan de toegankelijkheidsvoorwaarden voorzien in het kader van de vrijstelling van de verzekeringstaks van 9,25%. Deze premietaks kan vandaag vermeden worden voor verzekeringen met een hoge graad van bescherming, met name:
 - o Toegankelijkheid voor alle kandidaat-verzekerden
 - de verzekering moet toegankelijk zijn zonder onderscheid op basis van leeftijd (tot minstens 65 jaar, aan te passen in minstens de wettelijke pensioenleeftijd) of gezondheidstoestand.



- Personen met vooraf bestaande ziekten mogen niet worden uitgesloten of extra premies betalen.
- Dekking van vooraf bestaande aandoeningen
 - de verzekering mag geen uitsluiting of onredelijke beperking bevatten voor kosten voortvloeiend uit vooraf bestaande ziekten of aandoeningen.
- Geen overdreven wachtperiodes
 - de overeenkomst mag geen wachtperiode van meer dan 12 maanden voorzien.
- De VMOB's dienen vanzelfsprekend aan de Solvency-voorwaarden te voldoen, en de nodige reserves en vermogen op te bouwen om hun lange termijn verplichtingen naar hun verzekerden te kunnen nakomen. Het is evenwel niet de bedoeling dat overwinsten geboekt worden. Daarom wordt een maatregel genomen waarbij de ziekenfondsen eventuele overwinsten dienen te herinvesteren in hun verzekerden/hun leden. Concreet: de VMOB's handhaven hun Solvency-ratio tussen 175% en 200%. Indien ze bijkomende marge hebben, dienen ze dit verplicht te investeren in 1) een premieverlaging of uitbreiding van de dekking voor hun verzekerden en 2) gezondheidsbegeleidingsprogramma's die open staan voor al hun leden. Dit kunnen bijvoorbeeld innovatieve apps zijn die leden begeleiden bij een gezonde levensstijl; programma's die leden na een ziekenhuisopname goed moeten begeleiden of programma's die leden moeten helpen bij de terugkeer naar aangepast werk. Dit betekent onder meer dat indien de plafonnering van de ereloon-supplementen leidt tot hogere winsten voor de facultatieve verzekeringen van de ziekenfondsen dit integraal geherinvesteerd zal worden in de gezondheidszorg.

Plan van aanpak

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid wordt belast om samen met het RIZIV en de CDZ dit plan van aanpak tegen 30 oktober 2026 verder te concretiseren. Hij zal hierbij in overleg treden met de ziekenfondsen.