

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

30 juin 2022

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative au transfert de la gestion et du
paiement de l'assurance obligatoire maladie-
invalidité à l'INAMI**

(déposée par
Mme Valerie Van Peel et consorts)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

30 juni 2022

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**tot overheveling van het beheer en de
uitbetaling van de verplichte ziekte- en
invaliditeitsverzekering naar het RIZIV**

(ingediend door
mevrouw Valerie Van Peel c.s.)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
CD&V	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
Vooruit	: Vooruit
Les Engagés	: Les Engagés
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de nummering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigegekleurig papier)

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

En Belgique, la gestion et le paiement de l'assurance obligatoire maladie-invalidité sont assurés par des organisations semi-publiques et fortement politisées, à savoir les unions nationales et les mutualités. Cette situation est le résultat d'une évolution historique et est relativement exceptionnelle en Europe. Dans la plupart des pays de l'Union européenne, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est directement effectué par les autorités publiques, sans intervention de mutualités ou d'assureurs privés en tant qu'intermédiaires.

Nous observons que la situation belge entraîne une série de problèmes, qui ont également déjà été partiellement confirmés notamment par la Cour des comptes et par des études comparatives internationales. La situation actuelle entraîne ainsi une interférence entre les mutualités et la politique, des frais de fonctionnement élevés et peu transparents, ainsi que des conflits entre les intérêts de la mutualité et l'intérêt général.

C'est pourquoi nous demandons au gouvernement, dans la présente résolution, d'œuvrer à un transfert des tâches des mutualités en matière de gestion et de paiement de l'assurance maladie-invalidité à l'INAMI.

Il convient d'observer que les objectifs de la présente résolution ne sont nullement contraires à d'autres réformes qui ne sont pas explicitement exposées dans ladite résolution. Par exemple, nous sommes certainement ouverts à un transfert complet des compétences fédérales relatives à l'assurance obligatoire maladie-invalidité aux entités fédérées, à un organisme de gestion et de paiement unique pour l'ensemble des allocations de sécurité sociale, ou à une scission entre les 'assurances sociales' (*volksverzekeringen*) et les 'assurances de travailleurs' (*werknemersverzekeringen*) comme aux Pays-Bas. Ces réformes pourront être mises en œuvre ultérieurement, de préférence par les entités fédérées en ce qui nous concerne.

Par ailleurs, bien que ces réformes ne relèvent pas du champ de la présente résolution, nous tenons à souligner que la suppression de la gestion de l'assurance obligatoire par les mutualités et de leur mission de paiement peut favoriser un transfert de compétences aux entités fédérées. En effet, les entités fédérées ne seront alors pas implicitement encouragées à reprendre le système de paiement et de gestion par l'intermédiaire des mutualités et elles pourront élaborer le système qui leur semble le plus performant et le plus efficace en termes de coûts.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

In België ligt het beheer en de uitbetaling van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in handen van semipublieke en sterk politiek gekleurde organisaties: de landsbonden en de ziekenfondsen. Deze situatie is historisch gegroeid en is binnen Europa redelijk uitzonderlijk. In de meeste EU-landen gebeurt de terugbetaling van de verplichte ziekteverzekering rechtstreeks door de overheid, zonder dat ziekenfondsen of private verzekeraars tussenkomen als 'doorgeefluik'.

We merken dat de Belgische situatie voor een aantal problemen zorgt, die ook deels bevestigd worden door, onder andere, het Rekenhof en vergelijkende internationale studies. Zo zorgt de bestaande situatie voor een onwenselijke verstrengeling tussen ziekenfondsen en de politiek, hoge en weinig transparante werkingskosten, en conflicten tussen het belang van het ziekenfonds en het algemeen belang.

Daarom vragen we in deze resolutie aan de regering om werk te maken van een overheveling van de taken van de ziekenfondsen inzake het beheer en de uitbetaling van de ziekte- en invaliditeitsverzekering naar het RIZIV.

Merk op dat de doelstellingen van deze resolutie geenszins in strijd zijn met andere hervormingen, die in deze resolutie niet expliciet bepleit worden. We staan zeker ook open voor, bijvoorbeeld, een volledige overheveling van de federale bevoegdheden inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering naar de deelstaten, een eengemaakte beheers- en uitbetalingsinstelling voor alle sociale zekerheidsuitkeringen, of een opdeling tussen 'volksverzekeringen' en 'werknemersverzekeringen' naar Nederlands model. In latere stappen kan hier werk van gemaakt worden, liefst door de deelstaten als het van ons afhangt.

En hoewel dergelijke hervormingen niet tot de scope van deze resolutie behoren, merken we graag op dat de opheffing van het beheer en de uitbetalingsopdracht door de ziekenfondsen een bevoegdheidsoverdracht naar de deelstaten in de positieve zin kan beïnvloeden. De deelstaten zullen dan immers niet impliciet gestimuleerd worden om de uitbetaling en het beheer door de ziekenfondsen over te nemen, en zullen zo naar eigen inzichten een performant en kostenefficiënt systeem kunnen uitwerken. Deze performante en kostenefficiënte

Ce système performant et efficace en termes de coûts pourra, par exemple, prendre la forme décrite ci-dessus.

1. Historique

Les mutualités sont apparues au 19^e siècle à une époque où il n'existait pas encore d'assurance-maladie publique obligatoire. Les membres de la mutualité mettaient alors de l'argent de côté pour se soutenir les uns les autres financièrement en cas de maladie de l'un d'entre eux.

Par la suite, les mutualités ont été intégrées dans les piliers idéologiques. C'est ainsi que les unions nationales ont vu le jour. Durant une grande partie du 20^e siècle, le système de pilarisation a été un instrument qui permettait aux partis traditionnels de s'attacher des électeurs, des membres et des moyens.

L'assurance-maladie générale a été instaurée après la Seconde Guerre mondiale. Cette situation aurait pu être mise à profit pour dissoudre les mutualités existantes, leur mission ayant en effet été reprise par l'État. Ce ne fut toutefois pas le cas. Les mutualités ont été intégrées dans l'appareil étatique et elles contribuent à la gestion de l'assurance-maladie.

2. Situation dans d'autres pays

Plusieurs études comparatives ont déjà été réalisées par le passé sur l'organisation des soins de santé publics dans différents pays occidentaux^{1,2}. Elles révèlent que la situation de la Belgique est relativement unique. Au sein de l'UE, seuls les Pays-Bas, l'Allemagne, la Tchéquie et la Slovaquie disposent encore d'un système en partie comparable. Nous entendons par là que, outre la Belgique, ces quatre pays sont les seuls dans lesquels les citoyens (et les prestataires de soins) peuvent choisir librement entre différents fonds ou assureurs pour le remboursement de l'assurance-maladie publique obligatoire.

Un examen plus attentif de la situation dans ces quatre pays de l'Union européenne nous apprend également que la situation est encore assez différente dans chacun d'entre eux et que la Belgique est le seul pays de l'Union européenne à se caractériser par un nombre limité d'organismes assureurs très marqués sur le plan politique:

¹ European Observatory on Health Systems and Policies. (2009). *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*.

² European Committee of the Regions. (2017). *The management of health systems in the EU Member States The role of local and regional authorities*.

uitwerking kan bijvoorbeeld de vorm aannemen zoals hierboven gesteld.

1. Historiek

De ziekenfondsen ontstonden in de 19^{de} eeuw, toen er nog geen verplichte en publieke ziekteverzekering bestond. De leden van het ziekenfonds zetten toen geld opzij om elkaar financieel te ondersteunen voor het geval een van de leden ziek werd.

Later werden de ziekenfondsen ingebed in de ideologische zuilen. Zo ontstonden de landsbonden. Het zuilsysteem was lange tijd in de 20^e eeuw een middel waarmee de traditionele partijen kiezers, leden en middelen aan zich wisten te binden.

Na de Tweede Wereldoorlog werd de algemene ziekteverzekering ingevoerd. Deze situatie had in principe aangegrepen kunnen worden om de bestaande ziekenfondsen te ontbinden. Hun taak werd immers door de overheid overgenomen. Dit gebeurde echter niet. De ziekenfondsen werden ingebed in het overheidsapparaat en beheren mee de ziekteverzekering.

2. In andere landen

In het verleden werden al meerdere vergelijkende studies uitgevoerd naar de organisatie van de publieke gezondheidszorg in verschillende Westerse landen^{1,2}. Hierin valt op dat de Belgische situatie nogal uniek is. Binnen de EU kennen enkel nog Nederland, Duitsland, Tsjechië en Slowakije een systeem dat deels gelijkaardig is. Hiermee bedoelen we dat naast België enkel in die vier landen burgers (en zorgverleners) voor de terugbetaling van de verplichte publieke ziekteverzekering een vrije keuze kunnen maken tussen verschillende fondsen of verzekeraars.

Als je de situatie in deze vier EU-landen van naderbij bekijkt, valt eveneens op dat de situatie alsnog in elk van die landen redelijk verschilt, en België als enige EU-land gekenmerkt wordt door een beperkt aantal sterk politiek gekleurde verzekeringsinstellingen:

¹ European Observatory on Health Systems and Policies. (2009). *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*.

² European Committee of the Regions. (2017). *The management of health systems in the EU Member States The role of local and regional authorities*.

a) Pays-Bas: les Pays-Bas disposent d'un système où les soins de santé publics sont remboursés par plusieurs *zorgverzekeraars* (assureurs en soins de santé), qui peuvent être rattachés à dix grandes entreprises³. Ces assureurs en soins de santé ne sont pas clairement marqués sur le plan politique comme en Belgique et ont plutôt le profil d'entreprises privées. Chaque Néerlandais est tenu de souscrire, auprès d'un assureur en soins de santé, une assurance de base (c'est-à-dire une assurance publique) qui est financée indirectement par les cotisations sociales prélevées sur la rémunération (ainsi que par une prime d'un montant plus restreint qui est directement versée à l'assureur lui-même)⁴. Le choix de l'assureur en soins de santé est libre;

b) Allemagne: le système allemand est extrêmement morcelé. Une centaine de mutualités semi-publiques (les *krankenkassen*) collecte les cotisations sociales destinées au financement des soins de santé, après quoi ces cotisations sont mises en commun au niveau national, puis redistribuées entre les différentes mutualités, en tenant compte des risques sanitaires de leurs membres. Les différentes mutualités allemandes ne sont pas regroupées au sein d'unions nationales comme en Belgique et ne sont pas divisées sur la base d'orientations politiques ou idéologiques. La majorité des Allemands doivent s'affilier auprès d'une mutualité, mais ils peuvent la choisir librement. Il est à noter que certains Allemands (notamment ceux ayant des revenus élevés ou les travailleurs indépendants) peuvent bénéficier d'une option de retrait et peuvent souscrire une assurance auprès d'une quarantaine d'assureurs privés. Il en résulte qu'environ 10 % des Allemands ne souscrivent pas une assurance maladie publique^{5,6};

c) République tchèque: la République tchèque compte sept mutualités qui remboursent les soins médicaux et qui collectent aussi elles-mêmes les cotisations sociales (comme en Allemagne). Les Tchèques peuvent choisir eux-mêmes leur mutualité. Ces mutualités sont des organismes semi-publiques. Il est à noter que ces mutualités sont gérées de manière paritaire, leur gestion étant entre les mains de représentants des pouvoirs publics, des employeurs et des travailleurs (comme les institutions publiques de sécurité sociale (IPSS) en

a) Nederland: Nederland kent een systeem waarbij de publieke gezondheidszorg terugbetaald wordt door meerdere 'zorgverzekeraars', die verbonden kunnen worden aan tien grote 'concerns'³. Deze zorgverzekeraars zijn niet duidelijk politiek gekleurd zoals in België, en hebben eerder het profiel van private ondernemingen. Elke Nederlander moet zich verplicht aansluiten bij een zorgverzekeraar voor de 'basisverzekering' (of publieke verzekering) die onrechtstreeks via sociale bijdragen op het loon gefinancierd wordt (naast een beperkte, rechtstreekse premie aan de zorgverzekeraar zelf)⁴. De keuze tussen de zorgverzekeraars is vrij;

b) Duitsland: het Duitse systeem is sterk versnipperd. Een 100-tal semipublieke ziekenfondsen ('*krankenkassen*') halen de sociale bijdragen voor gezondheidszorg op, waarna ze op nationaal niveau gepoold worden, en vervolgens weer herverdeeld worden overheen de verschillende ziekenfondsen, rekening houdend met het gezondheidsrisico van de leden. De verschillende Duitse ziekenfondsen zijn niet geclusterd in landsbonden zoals in België, en zijn niet opgedeeld op basis van politiek-ideologische breuklijnen. De meeste Duitsers moeten verplicht aansluiten bij een ziekenfonds, maar ze mogen vrij het ziekenfonds kiezen. Opvallend: bepaalde Duitsers (o.a. mensen met een hoog inkomen, zelfstandigen) hebben recht op een opt-out, en kunnen aansluiten bij een van de 40-tal private verzekeraars. Ongeveer 10 % van de Duitsers is hierdoor niet bij de publieke ziekteverzekering aangesloten^{5,6};

c) Tsjechië: in Tsjechië bestaan er 7 ziekenfondsen, die niet alleen geneeskundige zorgen terugbetalen, maar ook zelf de sociale bijdragen ophalen (zoals in Duitsland). De Tsjechen kunnen zelf kiezen bij welk ziekenfonds ze aansluiten. Deze ziekenfondsen zijn semipublieke organisaties. Opvallend is dat deze ziekenfondsen paritair beheerd worden: hun beheer is in handen van vertegenwoordigers van de overheid, van werkgevers en werknemers (zoals de OISZ - openbare instellingen

³ <https://www.zorgwijzer.nl/faq/welke-zorgverzekeraars-zijn-er>

⁴ Les Néerlandais qui le souhaitent peuvent aussi souscrire une assurance (privée) complémentaire auprès de cet assureur en soins de santé.

⁵ Comité européen des Régions. (2017). *The management of health systems in the EU Member States The role of local and regional authorities*.

⁶ L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. (2020). *Germany. Health System Review*.

³ <https://www.zorgwijzer.nl/faq/welke-zorgverzekeraars-zijn-er>

⁴ Vrijblijvend kunnen de Nederlanders bij die zorgverzekeraar ook een aanvullende (private) verzekering afsluiten.

⁵ European Committee of the Regions. (2017). *The management of health systems in the EU Member States The role of local and regional authorities*.

⁶ European Observatory on Health Systems and Policies. (2020). *Germany. Health System Review*.

Belgique). En République tchèque, il n'est donc pas non plus question de mutualités cloisonnées politiquement⁷;

d) Slovaquie: en Slovaquie, l'assurance maladie publique est gérée par trois "entreprises de santé" qui sont organisées comme des sociétés anonymes privées. La plus grande est la propriété de l'État et 64 % des Slovaques y sont affiliés. Ceux-ci peuvent choisir librement l'entreprise de santé à laquelle ils s'affilient, mais le choix de leurs prestataires de soins se limite à ceux avec lesquels leur entreprise de santé a conclu une convention⁸. Les entreprises de santé collectent les cotisations sociales destinées au financement de l'assurance maladie publique. Celles-ci sont ensuite redistribuées entre les entreprises de santé sur la base du risque sanitaire de leurs membres. Il est évident que la situation en Slovaquie diffère fortement de celle que nous connaissons en Belgique.

On constate donc que, si la similitude entre la Belgique et ces quatre pays se limite principalement au libre choix d'une mutualité ou d'un assureur, il y a aussi de grandes différences sur certains points. La Belgique est le seul pays caractérisé par un nombre relativement limité d'organismes assureurs liés à des familles politiques.

Exception faite des quatre pays précités, tous les autres États membres de l'Union européenne ont donc confié le remboursement des soins médicaux à des organismes non concurrents. Les citoyens et les prestataires de soins n'ont dès lors pas le choix entre des mutualités ou des assureurs pour le remboursement provenant de l'assurance maladie publique. En règle générale, le remboursement des soins médicaux dans ces pays revêt l'une des formes suivantes:

a) un seul et unique organisme payeur public national ou un fonds géré par les pouvoirs publics, comme en Irlande, en Pologne, à Malte et en Slovaquie. Il arrive parfois que cet organisme payeur national chapeaute et pilote encore un certain nombre d'autorités exécutives territorialement déconcentrées;

b) plusieurs organismes payeurs, sous la forme de fonds publics régionaux ou d'administrations régionales qui n'entrent pas en concurrence, comme au Portugal, en Lettonie, en Lituanie, en Espagne, en Suède, en Finlande et en Italie. Les fonds sont parfois également répartis entre des groupes de prestataires de soins (par ex. au Luxembourg) ou en fonction de la catégorie professionnelle ou du lieu de travail (par ex. en Autriche).

⁷ L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. (2020). *Czech Republic. Health System Review*.

⁸ Les organisations de soins qui sont entre les mains de l'État (par exemple, les hôpitaux publics) sont néanmoins affiliées aux trois entreprises de santé.

voor sociale zekerheid - in België). Ook in Tsjechië is dus geen sprake van politiek verzuilde ziekenfondsen⁷;

d) Slowakije: in Slowakije is de publieke ziekteverzekering in handen van drie 'gezondheidsbedrijven', die georganiseerd zijn als private naamloze vennootschappen. De grootste van deze drie nv's is in eigendom van de overheid. Hierbij is 64 % van de Slowaken aangesloten. De Slowaken kunnen vrij kiezen bij welk gezondheidsbedrijf ze aansluiten, maar hun keuze van zorgverlener is beperkt tot de zorgverleners met wie het gezondheidsbedrijf een overeenkomst heeft⁸. De gezondheidsbedrijven innen de 'sociale bijdragen' voor de publieke ziekteverzekering, die vervolgens herverdeeld worden over de gezondheidsbedrijven heen op basis van het gezondheidsrisico van de leden. Het spreekt voor zich dat de Slowaakse situatie sterk verschilt van de Belgische.

De gelijkenis tussen België en deze vier landen is dus voornamelijk beperkt tot het feit dat er een vrije keuze van ziekenfonds of verzekeraar bestaat, maar verschilt op een aantal punten dus ook sterk. Enkel in België is er sprake van een relatief beperkt aantal politiek verzuilde verzekeringsinstellingen.

Op de voormelde vier landen na, is in alle andere EU-landen de terugbetaling van geneeskundige zorgen dus in handen van niet-concurrerende organen, en kunnen de burgers en de zorgverleners dus geen keuze maken tussen ziekenfondsen of verzekeraars voor de terugbetaling van de publieke ziekteverzekering. In regel neemt de terugbetaling van geneeskundige zorgen in die landen één van de volgende vormen aan:

a) één unieke, publieke nationale uitbeter of publiek beheerd fonds: zoals in Ierland, Polen, Malta en Slovenië. Soms ressorteren onder de nationale uitbeter nog enkele territoriaal gedeconcentreerde uitvoerende administraties die door de nationale uitbeter aangestuurd worden;

b) meerdere uitbetalers, onder de vorm van regionale publieke fondsen of regionale administraties die niet met elkaar in concurrentie treden: zoals in Portugal, Letland, Litouwen, Spanje, Zweden, Finland, en Italië. Soms zijn de fondsen ook opgesplitst tussen groepen zorgverleners (bvb. Luxemburg) of op basis van de beroepscategorie of de werkplaats (bvb. Oostenrijk).

⁷ European Observatory on Health Systems and Policies. (2015). *Czech Republic. Health System Review*

⁸ De zorgorganisaties die in handen zijn van de overheid (bvb. publieke ziekenhuizen) zijn wel bij alle drie de gezondheidsbedrijven aangesloten.

Mais même dans ces cas-là, l'assuré ne peut donc pas choisir librement l'assureur ou la mutualité.

3. Problèmes des mutualités

3.1. Sélection des risques

Il n'est guère étonnant que peu de pays optent pour un système qui confie les paiements provenant de l'assurance maladie obligatoire à des mutualités qui se font concurrence: un système de ce type présente de nombreux inconvénients. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que les bénéfices de cette concurrence ne compensent jamais les coûts. En effet, les mutualités s'efforceront d'optimiser leurs revenus (souvent au détriment des contribuables) et de minimiser leurs dépenses (souvent au détriment des affiliés), par exemple en ciblant les affiliés riches et en bonne santé. En outre, les pouvoirs publics doivent prendre des mesures pour éviter que les mutualités fassent trop prévaloir leurs propres intérêts financiers. L'OMS décrit la situation comme suit:

*"Allowing health insurance funds to compete for members gives them incentives to attract favourable "risks" (that is, people with a relatively low average risk of ill health) and to avoid covering high-risk individuals [...] Risk adjustment is technically and politically challenging and often incurs high transaction costs. A recent review concluded that most risk adjustment mechanisms in Europe fail to prevent risk selection, and that the benefits of competition are therefore likely to be outweighed by the costs."*⁹

Il existe bien entendu également en Belgique toutes sortes de mécanismes de financement des mutualités qui doivent contribuer à éviter que ces dernières procèdent à une sélection des risques. Les budgets alloués pour les frais de fonctionnement et le remboursement des soins de santé sont corrigés sur la base du profil des affiliés des unions nationales. En outre, les interventions de l'assurance maladie obligatoire sont fixes et le patient peut choisir librement son prestataire de soins de santé.

Mais ces corrections apportées au financement des mutualités sont clairement insuffisantes, ainsi que le constate également la Cour des comptes:

a) la Cour indique d'abord que les variables utilisées pour corriger la répartition entre les unions nationales des moyens destinés au remboursement des soins de

⁹ Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. (2009). *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*.

Maar ook in die gevallen is er dus geen sprake van vrije keuze van verzekeraar of ziekenfonds.

3. Problemen met ziekenfondsen

3.1. Risicoselectie

Dat weinig landen kiezen voor een systeem waarbij de uitbetaling van de verplichte ziekteverzekering in handen ligt van ziekenfondsen die in onderlinge concurrentie treden, hoeft niet te verbazen. Zo'n systeem heeft immers veel nadelen. Volgens het World Health Organization (WHO) wegen de voordelen van een dergelijke concurrentie nooit op tegen de kosten. Ziekenfondsen zullen immers proberen om hun inkomsten te optimaliseren (vaak ten koste van de belastingbetaler), en hun uitgaven te minimaliseren (vaak ten koste van de aangesloten leden), bijvoorbeeld door zich te richten op rijke en gezonde leden. Vervolgens moeten de overheden maatregelen nemen om te vermijden dat de ziekenfondsen hun financieel eigenbelang teveel laten primeren. Het WHO omschrijft het als volgt:

*"Allowing health insurance funds to compete for members gives them incentives to attract favourable "risks" (that is, people with a relatively low average risk of ill health) and to avoid covering high-risk individuals [...] Risk adjustment is technically and politically challenging and often incurs high transaction costs. A recent review concluded that most risk adjustment mechanisms in Europe fail to prevent risk selection, and that the benefits of competition are therefore likely to be outweighed by the costs."*⁹

In België bestaan er natuurlijk eveneens allerhande mechanismen in de financiering van de ziekenfondsen die moeten helpen vermijden dat de ziekenfondsen aan risicoselectie zouden doen. Zowel de toegekende budgetten voor de werkingskosten als voor de terugbetaling van geneeskundige zorgen, worden gecorrigeerd op basis van het ledenprofiel van de betrokken landsbonden. Bovendien liggen de tussenkomsten van de verplichte ziekteverzekering vast, en kan de patiënt de zorgverlener vrij kiezen.

Maar deze correcties op de financiering van de ziekenfondsen zijn duidelijk ontoereikend, zo oordeelt ook het Rekenhof:

a) de variabelen die gebruikt worden om de verdeling van de middelen voor de terugbetaling van geneeskundige zorgen overheen de landsbonden te corrigeren op

⁹ European Observatory on Health Systems and Policies. (2009). *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses*.

santé sur la base du profil des affiliés sont incomplètes. Elles ne tiennent pas compte des éléments pour lesquels il n'existe pas suffisamment de données disponibles. De plus, la correction fondée sur le profil des affiliés n'est appliquée qu'à 30 % de ce montant. *"La majeure partie des dépenses n'est donc pas corrigée en fonction du profil des affiliés et est simplement répartie entre les mutualités selon leur part dans les dépenses totales"*¹⁰;

b) la Cour souligne ensuite que la correction des budgets alloués aux mutualités pour leurs frais de fonctionnement sur la base du profil des affiliés est également imprécise et qu'elle ne tient pas compte de l'impact de certaines réglementations existantes¹¹.

Le problème ne réside pas seulement dans l'insuffisance de la réglementation devant empêcher les mutualités de procéder à une sélection des risques. Ces dernières disposent en effet des moyens de s'engager activement dans cette sélection. Il existe en effet en Belgique une assurance complémentaire obligatoire qui diffère selon les mutualités et que les affiliés sont obligés de contracter. *"Les mutualités s'adressent parfois directement ou indirectement à des profils d'affiliés spécifiques par le biais de l'offre d'assurances complémentaires"*, indique la Cour des comptes¹².

Il convient de noter que les mutualités et les unions nationales ont tout intérêt à augmenter autant que possible les fonds publics qu'elles reçoivent par rapport à leurs dépenses. Les excédents budgétaires que les mutualités reçoivent de la part des autorités publiques pour financer leurs frais de fonctionnement peuvent tout simplement être conservés. Les surplus sur les moyens qu'elles utilisent pour le remboursement des soins médicaux sont placés dans une réserve d'attente dans laquelle elles peuvent puiser en cas de déficit.

On pourrait arguer que ce problème pourrait être résolu en réformant le mode de financement des mutualités. Mais comme le souligne l'OMS, des études internationales indiquent que le problème est plus profond: indépendamment des corrections appliquées, le fait que les mutualités pratiquent la sélection des risques est inhérent à un système où les organismes de paiement sont en concurrence.

Récemment encore, on a pu en voir une autre illustration regrettable, dans les médias, qui a également

basis van het ledenprofiel, zijn volgens het Rekenhof onvolledig. Ze houden geen rekening met zaken waar onvoldoende gegevens over beschikbaar zijn. Bovendien wordt de correctie op basis van het ledenprofiel slechts op 30 % van dit bedrag toegepast. *"Het grootste deel van de uitgaven wordt dus niet gecorrigeerd op basis van het ledenprofiel, en gewoon over de ziekenfondsen verdeeld volgens hun aandeel in de totale uitgaven"*, aldus het Rekenhof¹⁰;

b) de correctie op basis van het ledenprofiel van de budgetten toegekend aan de ziekenfondsen voor hun werkingskosten is volgens het Rekenhof eveneens inaccuraat, en vergeet de impact van een aantal bestaande regelingen mee te nemen¹¹.

Het probleem is niet alleen dat de regelgeving die risicoselectie door de ziekenfondsen moet vermijden ontoereikend is. De ziekenfondsen beschikken ook over de middelen om actief aan risicoselectie te doen. Zo bestaat er in België een verplichte aanvullende verzekering, die per ziekenfonds verschilt, en waar je als lid verplicht bij moet aansluiten. *"Via het aanbod van de aanvullende verzekeringen richten ziekenfondsen zich soms rechtstreeks of onrechtstreeks op specifieke ledenprofielen"*, stelt het Rekenhof¹².

Merk op dat de ziekenfondsen en de landsbonden er sowieso belang bij hebben om de overheids gelden die ze ontvangen zo sterk mogelijk te verhogen in verhouding tot hun uitgaven. Overschotten op de budgetten die de ziekenfondsen van de overheid ontvangen om hun werkingskosten te financieren, mogen ze gewoon houden. Overschotten op de middelen die ze gebruiken voor de terugbetaling van geneeskundige zorgen, komen in een wachtreserve terecht die ze kunnen aanspreken bij een tekort.

Je zou kunnen tegenwerpen dat dit probleem aangepakt kan worden door de financieringsmethode van de ziekenfondsen te hervormen. Maar zoals het WHO aangeeft toont internationaal onderzoek aan dat het probleem fundamenteeler is: ongeacht welke correcties er gebeuren, het feit dat de ziekenfondsen aan risicoselectie doen is inherent aan een systeem met concurrerende uitbetalingsinstellingen.

Onlangs haalde nog een ander pijnlijk voorbeeld de media, dat eveneens aantoonde dat de mogelijkheid van

¹⁰ Cour des comptes (2017). *Responsabilité financière des mutualités*.

¹¹ Cour des comptes (2017). *Indemnisation des frais d'administration des mutualités: fixation et répartition*.

¹² Cour des comptes. (2017). *Responsabilité financière des mutualités*.

¹⁰ Rekenhof. (2017). *Financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen*.

¹¹ Rekenhof. (2017). *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*.

¹² Rekenhof. (2017). *Financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen*.

montré que la possibilité donnée aux mutualités de choisir elles-mêmes les risques qu'elles souhaitent ou peuvent couvrir peut avoir de lourdes conséquences. Dans ce cas, la Mutualité chrétienne (MC) a privé une mère de l'intégralité de son droit à une indemnité de maternité parce qu'elle avait encore travaillé durant quelques jours pendant la semaine obligatoire de congé de maternité avant la date prévue de son accouchement, bien que la réglementation en vigueur ne prévoie nulle part explicitement une sanction aussi sévère¹³.

Autre exemple: En 2011, la Cour des comptes a constaté que de nombreuses mutualités récupéraient des montants de prestations qu'elles avaient versés par erreur à des citoyens de bonne foi alors que la loi du 11 avril 1995 interdit explicitement aux mutualités de récupérer ces montants auprès des citoyens concernés depuis le 1^{er} janvier 1997¹⁴. En dépit de cette interdiction légale, les mutualités ont continué, après 1997, à récupérer indûment ces montants auprès de citoyens qui n'étaient absolument pas obligés de prendre en charge les coûts de leurs erreurs, les mutualités souhaitant ainsi éviter de devoir supporter le coût de leurs propres erreurs^{15,16}.

Les exemples mentionnés ci-dessus indiquent que l'OMS a raison de dire qu'un système constitué de plusieurs mutualités pouvant se concurrencer est problématique. Dans ce cas, les mutualités sélectionnent en effet les risques et souhaitent réduire leurs coûts et maximiser leurs revenus. Les moyens consacrés et les efforts déployés par les autorités publiques sont considérables pour développer des mécanismes visant à empêcher que les mutualités considèrent les citoyens comme des sources de revenus ou des postes de dépenses. En outre, ces mécanismes de correction ne résolvent jamais totalement les problèmes sous-jacents en règle générale.

3.2. Intrication avec la politique

Le fait que les principaux organismes assureurs portent clairement une étiquette politique et idéologique est une réalité typiquement belge. Ce n'est pas le cas dans d'autres pays européens et cela complique encore la situation dans notre pays. Les mutualités associées à un pilier idéologique entretiennent en effet des liens étroits et historiques avec certains partis politiques,

ziekenfondsen om zelf te kiezen welke risico's ze al dan niet willen of kunnen dekken tot verregaande gevolgen kan leiden. Zo ontnam de Christelijke Mutualiteit (CM) een moeder het volledige recht op een moederschapsuitkering omdat ze tijdens de verplichte week moederschapsrust voor de uitgerekende bevallingsdatum nog enkele dagen gewerkt had. En dat terwijl de bestaande regelgeving een dergelijke zware straf nergens expliciet voorschrijft¹³.

Een ander voorbeeld: in 2011 stelde het Rekenhof vast dat vele ziekenfondsen uitkeringsbedragen terugvorderden die door hun eigen fout uitgekeerd waren, terwijl de burger ter goeder trouw was. En dat terwijl de wet van 11 april 1995 uitdrukkelijk verbood aan de ziekenfondsen om vanaf 1 januari 1997 deze bedragen bij de betrokken burgers terug te vorderen¹⁴. Ondanks het wettelijk verbod bleven de ziekenfondsen ook na 1997 dit bedrag onterecht terugvorderen van burgers die helemaal niet verplicht waren om op te draaien voor de fouten van de ziekenfondsen. Zo wilden de ziekenfondsen vermijden dat ze zelf financieel zouden moeten opdraaien voor de kosten van hun eigen fouten^{15,16}.

Bovenstaande voorbeelden geven aan dat het WHO het bij het juiste eind heeft: een systeem met meerdere ziekenfondsen die elkaar kunnen beconcurreren zorgt voor problemen. Ziekenfondsen gaan dan aan risicoselectie doen, en willen hun kosten drukken en hun inkomsten maximaliseren. Voor de overheid kost het veel geld en moeite om mechanismen te ontwikkelen die ervoor moeten zorgen dat de ziekenfondsen de burgers niet als middel tot opbrengst of als kostenpost gaat beschouwen. En in regel lossen die correctiemechanismen het onderliggende probleem nooit volledig op.

3.2. Verstrengeling met de politiek

Het feit dat de grootste verzekeringsinstellingen een duidelijke politiek-ideologische stempel hebben, is uniek voor België en komt in andere Europese landen niet voor. Dat maakt de Belgische situatie ook problematischer. De verzuilde ziekenfondsen hebben immers sterke, historisch gegroeide banden met verschillende politieke partijen. In het bijzonder dan met de christendemocratische

¹³ https://www.standaard.be/cnt/dmf20220120_95421321

¹⁴ Art. 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social.

¹⁵ Cour des comptes (2011). *La gestion des indemnités de l'assurance maladie-invalidité*.

¹⁶ Jusqu'en 2008, lorsque la Cour de cassation a estimé que les mutualités ne devaient pas prendre elles-mêmes en charge les montants non récupérables dans leurs frais d'administration, mais que c'était l'INAMI qui devait s'en charger.

¹³ https://www.standaard.be/cnt/dmf20220120_95421321

¹⁴ Art. 17, tweede lid, wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde.

¹⁵ Rekenhof. (2011). *Beheer van de uitkeringen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering*.

¹⁶ Toch tot in 2008, toen het Hof van Cassatie oordeelde dat de ziekenfondsen de niet-terugvorderbare bedragen niet zelf ten laste moesten nemen van hun administratiekosten, maar dat het RIZIV dit moest doen.

en particulier avec les partis démocrates-chrétiens et socialistes et, dans une moindre mesure, avec la famille libérale.

L'intensité des liens politiques qui subsistent aujourd'hui est également apparue lorsque la CM Limburg a indiqué, dans une note adressée aux membres de son personnel à l'occasion des élections locales de 2018, que ces derniers ne pouvaient en principe se présenter que sur une liste CD&V. Les membres du personnel qui souhaitaient se présenter sur la liste d'un autre parti devaient à cette fin en demander l'autorisation explicite à la direction de la mutualité¹⁷.

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, les partis démocrates-chrétiens et socialistes ont très fortement marqué la politique de leur empreinte, en particulier dans les domaines des affaires sociales et de la santé publique. Le ministre de la Santé publique a été un démocrate-chrétien ou un socialiste durant 60 des 70 dernières années. En ce qui concerne les affaires sociales, ce fut même le cas durant 64 des 70 dernières années. La ministre De Block fut la seule exception.

Il va de soi que nous ne remettons pas en cause la légitimité de tous ces ministres. Cependant, une situation où l'organisation de l'assurance maladie-invalidité publique est entre les mains de manière ininterrompue depuis près de 70 ans déjà de partis qui défendent activement les intérêts des organismes de paiement constitue une entrave à une organisation efficiente de notre assurance maladie, comme en témoignent plusieurs exemples concrets de décisions prises par les gouvernements qui avantagent considérablement les mutualités et qui vont souvent à l'encontre de l'avis des instances officielles:

a) l'INAMI verse chaque année une enveloppe aux organismes assureurs pour financer leurs frais de fonctionnement. L'autorité fédérale a dû attribuer un montant inférieur par rapport aux années précédentes à partir de 2019 dès lors qu'une série de compétences ont été transférées aux Communautés. Le gouvernement fédéral a décidé, à la suite des pressions exercées en son sein par le CD&V, d'accorder un montant trop élevé de 3 millions d'euros en dépit de l'avis négatif de l'Inspection des Finances¹⁸. On a préféré se baser sur un calcul erroné des mutualités plutôt que sur un calcul réalisé par l'Inspection des Finances. Le ministre socialiste actuel

en socialiste parties, en in mindere mate met de liberale familie.

Dat die politieke banden ook vandaag nog sterk kunnen zijn, bleek ook toen CM Limburg naar aanleiding van de lokale verkiezingen van 2018 in een nota aan het personeel liet weten dat ze zich "in principe enkel voor een CD&V-lijst" kandidaat konden stellen. Personeelsleden van het ziekenfonds die voor een andere partij wensten op te komen, moesten hiervoor uitdrukkelijke toestemming vragen aan de directie van het ziekenfonds¹⁷.

De christendemocratische en socialiste partijen drukken al gedurende de hele naoorlogse periode sterk hun stempel op het beleid, en dan in het bijzonder op het beleid omtrent sociale zaken en volksgezondheid. Gedurende 60 van de laatste 70 jaar was de minister van Volksgezondheid een christendemocrate of een socialiste. Wat sociale zaken betreft, was dit zelfs voor 64 van de laatste 70 jaar het geval. De enige uitzondering op de regel was minister De Block.

We stellen de legitimiteit van al die ministers natuurlijk niet in vraag. Maar een situatie waarbij de organisatie van de publieke ziekte- en invaliditeitsverzekering al bijna 70 jaar ononderbroken in handen is van partijen die actief belangenbehartiger zijn van de uitbetalingsinstellingen, staat een kostenefficiënte organisatie van onze ziekteverzekering in de weg. Dit kan met verschillende concrete voorbeelden gestaafd worden, waarbij regeringen beslissingen nemen die sterk in het voordeel zijn van de ziekenfondsen, en vaak tegen het advies van officiële instanties ingaan:

a) jaarlijks betaalt het RIZIV een enveloppe aan de verzekeringsinstellingen om hun werkingskosten te financieren. Omdat een aantal bevoegdheden naar de gemeenschappen overgeheveld werden, moest de federale overheid vanaf 2019 een lager bedrag toekennen dan in de voorgaande jaren. Tegen het advies van de Inspectie van Financiën in, werd door de federale regering beslist een bedrag toe te kennen dat 3 miljoen euro te hoog lag, onder druk van regeringspartij CD&V¹⁸. Men baseerde zich liever op een verkeerde berekening van de ziekenfondsen zelf, dan op een berekening door de Inspectie van Financiën. De huidige socialiste

¹⁷ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2017/12/18/cm-tikt-limburgse-afdeling-op-de-vingers-na-verkiezingsrichtlijn/>.

¹⁸ Inspectie des Finances. (23.01 2019). *Avant-projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé – modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 – frais d'administration des organismes assureurs.*

¹⁷ <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2017/12/18/cm-tikt-limburgse-afdeling-op-de-vingers-na-verkiezingsrichtlijn/>.

¹⁸ Inspectie van Financiën. (23.01 2019). *Voorontwerp van wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid – wijzigingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 – administratiekosten van de Verzekeringsinstellingen.*

reconnaît cette situation, mais a déjà indiqué qu'il n'a pas non plus l'intention de corriger cette erreur¹⁹;

b) la Cour des comptes a constaté dans son rapport de 2011 que l'INAMI doit prendre en charge la totalité du coût des indus versés à la suite d'erreurs des mutualités (tandis que le citoyen est de bonne foi à leur égard)²⁰. La Cour des comptes a estimé que cette situation n'était absolument pas souhaitable et a proposé "de rétablir [...] une forme de responsabilisation des mutualités en leur faisant supporter, en tout ou partie, la charge financière de leurs erreurs administratives ou matérielles"²¹. Mais alors que la Cour des comptes avait laissé la possibilité de faire supporter la totalité du montant par les organismes assureurs, le gouvernement a opté en 2014 pour une responsabilisation qui peut à peine être qualifiée de symbolique et qui reste largement à l'avantage des organismes assureurs. En guise d'illustration, sur le montant de 1,3 million d'euros d'indus que la mutualité a versé en 2014 à la suite d'une erreur, les mutualités n'ont dû payer elles-mêmes qu'un montant dérisoire de 1 600 euros (0,11 % du montant total). Le reste a été porté à la charge de l'INAMI, c'est-à-dire de ceux qui paient des cotisations sociales²²;

c) d'autres mécanismes qui ont été développés au fil du temps en vue de responsabiliser les mutualités quant à l'exécution de leurs tâches légales semblent également destinés principalement à favoriser les mutualités. Au total, les mutualités reçoivent chaque année quelque 26 millions d'euros en guise de rémunération de la part de l'INAMI pour avoir récupéré des montants versés indûment qu'elles ont recherchés de leur propre initiative²³. En revanche, lorsqu'elles laissent un paiement indu atteindre la prescription en ne l'interrompant pas (ce qui nécessite simplement l'envoi d'une lettre recommandée à temps au débiteur), elles sont pénalisées d'une amende ridicule de 125 euros. Alors que les mutualités enregistrent chaque année un bonus de plusieurs millions d'euros, on pense donc qu'elles seront impressionnées par des amendes s'élevant au total tout au plus à quelques milliers d'euros. La Cour des comptes fait également observer que "*la sanction ne représente qu'une faible contrepartie en regard des*

minister erkent deze situatie, maar heeft al aangegeven dat hij evenmin van plan is om deze fout recht te zetten¹⁹;

b) in zijn rapport in 2011 stelde het Rekenhof vast dat het RIZIV de volledige kostprijs moet dragen van onterechte uitbetalingen als gevolg van fouten en vergissingen van de ziekenfondsen (terwijl de burger die ter goeder trouw is)²⁰. Het Rekenhof was van mening dat deze situatie hoogst onwenselijk was, en stelde voor om "*een vorm van responsabilisering van de ziekenfondsen in te voeren waardoor die het geheel of een deel van de financiële last dragen die een gevolg is van hun administratieve of materiële vergissingen*"²¹. Maar terwijl het Rekenhof de ruimte liet om het volledige bedrag ten laste te leggen van de verzekeringsinstellingen, koos de regering in 2014 voor een responsabilisering die nauwelijks symbolisch genoemd kan worden, en sterk in het voordeel blijft van de verzekeringsinstellingen. Ter illustratie: van de 1,3 miljoen aan onverschuldigde bedragen die in 2014 als gevolg van een fout van het ziekenfonds werden uitbetaald, moest slechts een schamele 1 600 euro (0,11 % van het totale bedrag) door de ziekenfondsen zelf betaald worden. De rest werd afgeschoven op het RIZIV, en dus op de sociale bijdragebetaler²²;

c) ook andere mechanismen die doorheen de jaren ontwikkeld zijn om de ziekenfondsen te responsabiliseren voor het uitvoeren van hun wettelijke taken, lijken er vooral op gericht te zijn om de ziekenfondsen te bevoordelen. In totaal ontvangen de ziekenfondsen jaarlijks gezamenlijk zo'n 26 miljoen euro als beloning van het RIZIV voor de terugvordering van onverschuldigd uitbetaalde bedragen die zij op eigen initiatief hebben opgespoord²³. Hiertegenover staat dat wanneer zij een onverschuldigde betaling laten verjaren door ze niet te stuiten (dit kan simpelweg door tijdig een aangetekende brief naar de schuldenaar sturen), zij beboet worden met een boete van een schamele 125 euro. Nadat de ziekenfondsen jaarlijks een bonus ontvangen die in de miljoenen loopt, worden zij dus geacht om afgeschrikt te worden van boetebedragen die hoogstens opgeteld enkele duizenden euro's bedragen. Ook het Rekenhof merkt op dat deze boete "*slechts een zwakke compensatie [vormt] in vergelijking tot de verliezen die het stelsel*

¹⁹ Commission des Affaires sociales du 23 novembre 2021. Rapport de la première lecture du projet de loi n° 2313.

²⁰ Cette interprétation de la législation existante découlait d'un arrêt de la Cour de cassation de 2008 (arrêt n° 749 du 22 décembre 2008), et allait à l'encontre de l'interprétation de l'INAMI qui existait à l'époque.

²¹ Cour des comptes. (2011). *La gestion des indemnités de l'assurance maladie-invalidité*.

²² Cour des comptes. (2018). *Contrôle des mutualités*.

²³ Cour des comptes. (2017). *Indemnisation des frais d'administration des mutualités: fixation et répartition*.

¹⁹ Commissie Sociale Zaken van 23 november 2021. Verslag van de eerste lezing van het wetsontwerp nr. 2313.

²⁰ Deze interpretatie van de bestaande regelgeving, vloeide voort uit een arrest van het Hof van Cassatie uit 2008 (arrest nr. 749 van 22 december 2008), en ging in tegen de toen bestaande interpretatie van het RIZIV.

²¹ Rekenhof. (2011). *Beheer van de uitkeringen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering*.

²² Rekenhof. (2018). *Controle op de ziekenfondsen*.

²³ Rekenhof. (2017). *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*.

*pertes assumées par le régime pour les indus détectés au-delà des délais de prescription*²⁴;

L'intrication entre la politique et les mutualités entrave un financement efficace et efficient et la responsabilisation des mutualités. Elle crée un contexte dans lequel les gouvernements ont pour objectif de défendre les intérêts des mutualités et de les récompenser, et non de les contrôler et de les responsabiliser de façon optimale. Confier la gestion de l'assurance maladie à des organisations politisées, c'est donc chercher les ennuis.

3.3. Confusion entre l'intérêt général et des intérêts particuliers et idéologiques

Indépendamment de l'intrication avec des partis politiques, il convient également de se demander si les motivations politico-idéologiques des mutualités sont en soi souhaitables. En effet, les intérêts politico-idéologiques de ces mutualités cloisonnées ne correspondent pas nécessairement à l'intérêt général ou aux souhaits du gouvernement ou de l'électeur. Dès lors qu'elles défendent les intérêts de leurs membres, les mutualités tendent, de manière générale, à militer pour l'augmentation des dépenses publiques en matière de soins de santé. Il va de soi qu'il s'agit d'un objectif légitime, mais cela pose problème quand ces mutualités se voient confier des missions qui vont à l'encontre de leurs motivations politico-idéologiques. Ces contradictions mènent à une forme de confusion d'intérêts, dès lors que l'intérêt général et les objectifs du gouvernement interfèrent avec les intérêts particuliers et politiques des mutualités.

Les commissions de conventions instituées au sein de l'INAMI illustrent bien l'inadéquation entre les motivations politico-idéologiques des mutualités et leurs missions légales. C'est dans ces commissions de conventions que les mutualités fixent, conjointement avec les représentants des professions de santé, le montant des tickets modérateurs, des honoraires et des remboursements. La Cour des comptes souligne que les mutualités ignorent tout simplement et ne respectent pas l'obligation prévue dans la législation relative à l'assurance soins de santé de prévoir, au moment de la conclusion de tout accord, des mécanismes de correction budgétaire qui seraient activés en cas de dépassement de l'objectif budgétaire partiel. Il arrive également que les mutualités décrivent ces mécanismes de manière tellement vague et limitée qu'ils sont en réalité inutiles (exemple: "*renforcement de la prise de conscience du prescripteur en vue d'un comportement mieux ciblé en matière de prescription*"). Il ressort donc de ce qui précède que les mutualités ne remplissent pas leur mission qui est d'aider à contrôler,

²⁴ Cour des comptes (2011), *La gestion des indemnités de l'assurance maladie-invalidité*.

*moet dragen voor de onterechte betalingen die na de verjaringstermijnen worden vastgesteld*²⁴;

De verstrengeling tussen de politiek en de ziekenfondsen staat een effectieve en kostenefficiënte financiering en responsabilisering van de ziekenfondsen in de weg. Het zorgt voor een context waarbij regeringen tot doel hebben om de belangen van de ziekenfondsen te behartigen en om ze te belonen, en niet om ze optimaal te controleren en te responsabiliseren. Het beheer van de ziekteverzekering in handen leggen van dergelijke politiek gekleurde organisaties, is dus om problemen vragen.

3.3. Vermenging van het algemeen belang met particuliere en ideologische belangen

Los van de verstrengeling met politieke partijen, moet ook de vraag gesteld worden of de politiek-ideologische drijfveer van de ziekenfondsen zelf wel wenselijk is. De politiek-ideologische belangen van de verzuiide ziekenfondsen komen immers niet noodzakelijk overeen met het algemeen belang of met de wensen van de regering of de kiezer. Als belangenbehartiger van hun leden, zijn de ziekenfondsen over het algemeen nogal geneigd om te ijveren voor hogere publieke gezondheidszorguitgaven. Dat is natuurlijk een legitieme doelstelling, maar wordt een probleem wanneer aan deze ziekenfondsen vervolgens opdrachten toebedeeld worden die botsen met hun politiek-ideologische drijfveren. Het leidt in feite tot een vorm van belangenvermenging, waarbij het algemeen belang en de doelstellingen van de regering vermengd geraken met de particuliere en politieke belangen van de ziekenfondsen.

Een voorbeeld van een onwenselijke *mismatch* tussen van politiek-ideologische drijfveren van de ziekenfondsen en hun wettelijke opdrachten doet zich voor in de RIZIV-overeenkomstencommissies. In deze overeenkomstencommissies beslissen de ziekenfondsen samen met de zorgberoepen mee over de hoogte van de remgelden, honoraria, en terugbetalingen. Het Rekenhof wijst er op dat de ziekenfondsen de verplichting uit de ziekteverzekeringswet om bij elk akkoord budgettaire correctiemechanismen vast te leggen voor het geval de partiële begrotingsdoelstelling wordt overschreden, simpelweg naast zich neerleggen en niet nakomen. Of ze worden door de ziekenfondsen zodanig vaag en beperkt omschreven, dat ze in feite nutteloos zijn (bvb: "*de voorschrijver meer bewust maken met het oog op een doelgerichter voorschrijfgedrag*"). Hieruit blijkt dus dat de ziekenfondsen hun taak om in dit RIZIV-overleg mee te waken over de gezondheidszorguitgaven niet nakomen. Als hun wettelijke opdrachten niet overeenstemmen met hun politiek-ideologische doelstellingen, leggen de

²⁴ Rekenhof. (2011). *Beheer van de uitkeringen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering*.

dans cette concertation organisée au sein de l'INAMI, l'évolution des dépenses en soins de santé. Si leurs missions légales ne coïncident pas avec leurs objectifs idéologiques, les mutualités préfèrent donc ignorer ces missions. La Cour des comptes indique que les mutualités (et les représentants des professions de santé) perçoivent souvent les mécanismes de correction budgétaire comme un non-respect des accords conclus, et qu'elles se focalisent principalement sur le maintien d'une sécurité tarifaire^{25,26}.

À cet égard, des questions se posent également quant à la position du médecin-conseil. Le médecin-conseil doit défendre l'intérêt général mais il est au service des mutualités. Cette situation peut générer des tensions. D'une part, le financement des frais de fonctionnement des mutualités tient compte du profil des membres et de l'évolution du nombre de personnes en incapacité de travail. Les personnes en incapacité de travail sont d'ailleurs également les "clients" des mutualités, qui défendent leurs intérêts. Mais d'autre part, on attend des médecins-conseil employés par les mutualités qu'ils évaluent objectivement les personnes en incapacité de travail, sans tenir compte des intérêts de la mutualité. En outre, le médecin-conseil doit s'investir pour inscrire les malades de longue durée dans un trajet de retour au travail, même si ces personnes en incapacité de travail n'y sont pas favorables. Nous estimons dès lors qu'il n'est pas souhaitable que les médecins-conseil relèvent des mutualités.²⁷

3.4. Manque de données transparentes concernant l'assurance maladie-invalidité

La gestion et le paiement de notre assurance maladie-invalidité sont largement externalisés auprès des mutualités. Par conséquent, de nombreuses données et informations pertinentes ne sont pas directement accessibles au gouvernement et aux services publics, ce qui n'est pas sans conséquences indésirables.

Premièrement, le gouvernement, l'INAMI et les administrations chargées de la préparation de la politique (notamment le SPF Sécurité sociale et le SPF Santé publique) n'ont pas un accès direct à un grand nombre de données pertinentes qui sont nécessaires pour

ziekenfondsen deze opdrachten dus liever naast zich neer. Het Rekenhof wijst er op dat de ziekenfondsen (en de vertegenwoordigers van de zorgberoepen) de budgettaire correctiemechanismen "vaak [beschouwen] als een inbreuk op de gemaakte afspraken" en vooral focussen op het behoud van tariefzekerheid^{25,26}.

Ook bij de positie van de adviserend artsen kunnen we ons vanuit dat oogpunt vragen stellen. De adviserend arts moet het algemeen belang behartigen, maar werkt ten dienste van de ziekenfondsen. Dit kan een spanningsveld creëren. Enerzijds houdt de financiering van de werkingskosten van de ziekenfondsen rekening met het ledenprofiel en de stijging van het aantal arbeidsongeschikten. Overigens zijn arbeidsongeschikten natuurlijk ook 'klanten' van de ziekenfondsen, en zijn de ziekenfondsen hun belangenbehartiger. Maar anderzijds wordt van de adviserend artsen die voor de ziekenfondsen werken wel verwacht dat ze de arbeidsongeschikten objectief beoordelen zonder de belangen van het ziekenfonds in rekening te brengen. Bovendien moet de adviserend arts zich inzetten om langdurig zieken in te schakelen in trajecten naar werk en hen hiertoe motiveren, ook als die arbeidsongeschikten daar niet voor open staan. Wij zijn dan ook van mening dat het niet wenselijk is dat de adviserend artsen onder de ziekenfondsen ressorteren²⁷.

3.4. Gebrek aan transparante gegevens over de ziekte- en invaliditeitsverzekering

Het beheer en de uitbetaling van onze ziekte- en invaliditeitsverzekering is grotendeels uitbesteed aan de ziekenfondsen. Bijgevolg zijn een heleboel relevante gegevens en data niet rechtstreeks beschikbaar voor de regering en de overheidsdiensten. Dit heeft nogal wat onwenselijke gevolgen.

Ten eerste hebben de regering, het RIZIV, en de beleidsvoorbereidende administraties (zoals de FOD Sociale Zekerheid en de FOD Volksgezondheid), geen rechtstreekse toegang tot een heleboel relevante gegevens die nodig zijn om het beleid te kunnen opvolgen

²⁵ Cour des comptes (2017), *Responsabilité financière des mutualités*.

²⁶ Il convient toutefois d'observer que les mutualités exercent une influence limitée sur l'évolution des dépenses des soins de santé. Cette évolution est principalement déterminée par le gouvernement au travers de la fixation de la norme de croissance. Néanmoins, il est étonnant que les mutualités ignorent la petite responsabilité qui leur a été confiée.

²⁷ Le groupe N-VA a déjà déposé à ce sujet la proposition de résolution n° 235 visant à accroître l'indépendance du médecin-conseil.

²⁵ Rekenhof. (2017). Financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen.

²⁶ Merk op: de ziekenfondsen hebben weinig invloed op de uitgavenevoluitie van de gezondheidszorg. Dit wordt voornamelijk door de regering bepaald, via het vastleggen van de groeinorm. Niettemin is het opmerkelijk dat de ziekenfondsen de kleine verantwoordelijkheid die ze wél hebben, naast zich neerleggen.

²⁷ In die zin diende onze N-VA-fractie al een resolutie in: voorstel van resolutie nr. 235 ter bevordering van een grotere onafhankelijkheid voor de adviserend artsen.

procéder au suivi et à l'évaluation de la politique. Les autorités sont également tributaires de la bonne volonté de chacune des mutualités pour mettre en place une collecte de données.

On a malheureusement pu constater ces dernières années que le ministre ne disposait pas de toute une série de données pertinentes concernant l'assurance maladie-invalidité parce que les mutualités ne les transmettaient pas ou ne les collectaient pas. Plusieurs questions parlementaires pertinentes sur l'assurance maladie-invalidité n'ont pas reçu de réponse du ministre compétent. On en trouvera ci-dessous un florilège non exhaustif:

a) le ministre n'a pas pu répondre à la question de savoir combien d'indemnités ont été refusées par les mutualités sur la base d'une faute provoquée délibérément, dès lors que les mutualités n'ont pas été en mesure de fournir cette information²⁸;

b) le ministre n'a pas été en mesure de nous fournir les chiffres du nombre de reprises du travail à temps partiel qui ont été refusées par les médecins-conseils des mutualités. Certaines mutualités n'enregistraient tout simplement pas le nombre de refus²⁹;

c) le ministre n'a pas pu fournir de chiffres sur les maladies ou affections les plus fréquentes chez les personnes en incapacité de travail sur la base de la durée de l'incapacité de travail (par exemple, les maladies les plus fréquentes chez les personnes bénéficiant d'une indemnité depuis moins de 3 mois, depuis 3 à 6 mois, etc.)³⁰;

d) le ministre n'a pas été en mesure de nous fournir des chiffres sur le nombre de demandes d'indemnité AMI introduites par des chômeurs et refusées par les mutualités. Dans un contexte où l'indemnité AMI est plus attrayante que l'allocation de chômage, il n'est pourtant pas inintéressant pour le gouvernement de disposer de ces données³¹.

e) le contrôle médical des personnes ayant droit à une indemnité AMI et qui résident dans un autre État membre de l'UE se fait en principe par l'institution "homologue" de

en évaluer. De overheid is ook afhankelijk van de *goodwill* van elk van de verschillende ziekenfondsen om een bepaalde dataverzameling op te zetten.

Dat de minister over een hele resem relevante gegevens m.b.t. de ziekte- en invaliditeitsverzekering niet beschikt omdat de ziekenfondsen ze niet aanleveren of verzamelen, werd de laatste jaren pijnlijk duidelijk. Op verschillende relevante parlementaire vragen over de ziekte- en invaliditeitsverzekering kon de bevoegde minister geen antwoord bieden. Hieronder een, niet-exhaustieve, bloemlezing:

a) de minister kon geen antwoord geven op de vraag hoeveel uitkeringen er door de ziekenfondsen op basis van een opzettelijk gepleegde fout geweigerd werden, vermits de ziekenfondsen deze gegevens niet konden aanleveren²⁸;

b) de minister was niet in staat om ons de cijfers te geven van het aantal deeltijdse werkhervattingen dat geweigerd werd door de adviserend artsen van de ziekenfondsen. Een deel van de ziekenfondsen zou het aantal weigeringen ook simpelweg niet registreren²⁹;

c) de minister kon geen cijfers verschaffen over de meest voorkomende ziekten of aandoeningen bij arbeidsongeschikten op basis van de duur van de arbeidsongeschiktheid (bvb. meest voorkomende ziekten bij mensen die minder dan 3 maanden een uitkering ontvangen, tussen 3 en 6 maanden een uitkering ontvangen, etc.)³⁰;

d) we konden van de minister geen cijfers ontvangen over het aantal ZIV-uitkeringen dat aangevraagd werd door werklozen, en vervolgens geweigerd werd door de ziekenfondsen. In een context waarin de ZIV-uitkering aantrekkelijker is dan de werkloosheidsuitkering, is het nochtans niet oninteressant dat de regering over deze gegevens kan beschikken³¹.

e) De medische controle van uitkeringsgerechtigden die in een andere EU-staat verblijven, gebeurt in principe door een instelling in het land van verblijf, op vraag van

²⁸ Réponse à la question écrite n° 1127 du 9 novembre 2021 de Valerie Van Peel au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

²⁹ Réponse à la question écrite n° 438 du 12 février 2021 de Valerie Van Peel au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

³⁰ Réponse à la question écrite n° 439 du 12 février 2021 de Valerie Van Peel au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

³¹ Réponse à la question écrite n° 428 du 11 février 2021 de Valerie Van Peel au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

²⁸ Antwoord op schriftelijke vraag nr. 1127 van 9 november 2021 van Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

²⁹ Antwoord op schriftelijke vraag nr. 438 van 12 februari 2021 van Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

³⁰ Antwoord op schriftelijke vraag nr. 439 van 12 februari 2021 van Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

³¹ Antwoord op schriftelijke vraag nr. 428 van 11 februari 2021 van Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

l'État de résidence sur demande de la mutualité. Nous avons interrogé la ministre sur le nombre de contrôles médicaux demandés par les mutualités à des institutions étrangères et sur le nombre de contrôles effectivement réalisés à l'étranger. La ministre n'a pas pu nous fournir ces données car ce "*sont des informations détenues par les organismes assureurs*"³²;

f) nous avons demandé les chiffres relatifs au nombre d'indemnités d'incapacité de travail accordées ou refusées sur la base d'une déclaration de l'étranger. Là encore, la ministre n'a pu fournir aucun chiffre car les organismes d'assurance, à une exception près, ne disposaient pas de ces chiffres³³;

g) chaque année, les mutualités interrogent les personnes qui ont droit à une indemnité AMI et qui résident à l'étranger. Un questionnaire est envoyé à tous ces bénéficiaires qui doivent y indiquer tout changement dans leur situation personnelle, notamment une éventuelle reprise du travail. Nous avons demandé à la ministre le nombre de questionnaires envoyés par les mutualités au cours des dernières années, le nombre de réponses reçues, le nombre de réponses reçues conformes à la vérité et la fréquence à laquelle il a fallu recalculer l'indemnité après contrôle. La ministre n'a pas été en mesure de fournir ces chiffres parce qu'elle ne les avait pas et que les organismes assureurs eux-mêmes n'étaient pas en mesure de les fournir³⁴.

On pourrait objecter que le problème dans certains cas n'est pas tant la fourniture des données par les mutualités que l'absence de collecte de données par les mutualités elles-mêmes. Mais nous tenons à souligner que la collecte de nouvelles données est, à l'initiative du gouvernement, également entravée par le rôle des mutualités. Cette collecte n'est en effet possible que si (1) les mutualités acceptent une collecte de données supplémentaire et si (2) les mutualités, sans exception, procèdent effectivement à cette collecte de données. Pour pouvoir assurer le suivi et le monitoring de la politique, les autorités sont donc fortement tributaires de la bonne volonté des mutualités et de la rapidité avec laquelle elles souhaitent collecter et mettre à disposition de nouvelles données.

³² Réponse à la question écrite n° 1939 du 25 octobre 2017 de Jan Spooren à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

³³ Réponse à la question écrite n° 1941 du 25 octobre 2017 de Jan Spooren à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

³⁴ Réponse à la question écrite n° 1942 du 25 octobre 2017 de Jan Spooren à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

het ziekenfonds. We vroegen gegevens aan de minister over het aantal medische controles dat door de ziekenfondsen wordt gevraagd aan buitenlandse instellingen, en over het aantal controles dat effectief wordt uitgevoerd in het buitenland. De minister kon ons deze gegevens niet verschaffen omdat ze "*enkel beschikbaar [zijn] op niveau van de verzekeringsinstellingen*"³².

f) We vroegen de cijfers van het aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen dat toegekend of geweigerd werd op basis van een aangifte vanuit het buitenland. Ook hier kon de minister geen cijfers aanleveren omdat de verzekeringsinstellingen, op één uitzondering na, niet over deze cijfers beschikten³³.

g) De ziekenfondsen ondervragen elk jaar de personen die recht hebben op een ZIV-uitkering en die in het buitenland wonen. Naar al deze gerechtigden wordt een vragenlijst gestuurd waarin zij moeten aangeven welke eventuele veranderingen zich hebben voorgedaan in hun persoonlijke situatie, waaronder een eventuele werkhervatting. We vroegen aan de minister hoeveel vragenlijsten er de laatste jaren zijn opgestuurd door de ziekenfondsen, hoeveel er werden beantwoord, hoeveel vragenlijsten waarheidsgetrouw werden beantwoord en hoe vaak na controle moest worden overgegaan tot een herberekening van de uitkering. De minister kon deze cijfers niet verschaffen, omdat zij er niet over beschikte, en omdat de verzekeringsinstellingen ze zelf niet konden verstrekken³⁴.

Je zou kunnen opwerpen dat het probleem in bepaalde gevallen niet zozeer de verschaffing van de data door de ziekenfondsen is, maar vooral het gebrek aan dataverzameling door de ziekenfondsen zelf. Maar we merken graag op dat ook de verzameling van nieuwe data op initiatief van de regering wordt bemoeilijkt door de rol van de ziekenfondsen. Dit kan immers enkel als (1) de ziekenfondsen akkoord gaan met een bijkomende dataverzameling, en, (2) de ziekenfondsen deze dataverzameling, zonder uitzondering, vervolgens ook effectief uitvoeren. Om het beleid te kunnen opvolgen en monitoren is de overheid dus sterk afhankelijk van de *goodwill* en de snelheid waarmee ziekenfondsen nieuwe data wensen te verzamelen en ter beschikking stellen.

³² Antwoord op schriftelijke vraag nr. 1939 van 25 oktober 2017 van Jan Spooren aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

³³ Antwoord op schriftelijke vraag nr. 1941 van 25 oktober 2017 van Jan Spooren aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

³⁴ Antwoord op schriftelijke vraag nr. 1942 van 25 oktober 2017 van Jan Spooren aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Ce manque de données transparentes complique non seulement la tâche du gouvernement, qui doit pouvoir évaluer et ajuster la politique, mais aussi celle des services de contrôle de l'INAMI (Service du contrôle administratif (SCA) et Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)). Les services de contrôle ne bénéficient pas non plus d'un accès direct à diverses données des assurés nécessaires à leurs contrôles (par exemple, la nature, la date, le lieu et le coût d'un traitement facturé ou l'âge, le sexe et la situation familiale du patient). Depuis quelque temps, il existe à cet effet la plateforme de données "NewAttest". Mais l'AIM (l'Agence InterMutualiste, qui regroupe les mutualités) conserve la mainmise sur les données. L'INAMI n'a pas d'accès direct et doit toujours introduire une demande auprès de l'AIM pour les obtenir. L'AIM facture en outre des frais supplémentaires pour la fourniture de données et de rapports, qui s'ajoutent aux frais de fonctionnement (plus d'un milliard d'euros) que les mutualités reçoivent déjà de l'INAMI.

La Cour des comptes critique l'accès toujours indirect de l'INAMI, entre autres, à ces données. Selon la Cour des comptes, *"une opportunité importante semble manquée de créer un système de contrôle et de monitoring régulier performant grâce à un accès permanent à l'ensemble des données. Ce système serait capable de déceler en continu les possibles anomalies dans la réglementation ou les contrôles des mutualités, ainsi que les abus éventuellement commis par les dispensateurs de soins et les ayants droit."*³⁵

Nous considérons que toutes les données relatives à l'assurance obligatoire maladie-invalidité devraient en principe être la propriété des autorités. Il est injustifiable que les services publics doivent demander la permission à des organisations ayant une orientation politique et idéologique telles que les mutualités pour obtenir certaines données importantes pour l'exécution de leurs missions de contrôle.

3.5. Un système coûteux

Nous avons déjà indiqué précédemment qu'un système dans lequel plusieurs mutualités ou organismes assureurs se font concurrence est plutôt rare. Au sein de l'UE, outre la Belgique, seuls l'Allemagne, les Pays-Bas, la République tchèque et la Slovaquie connaissent un système de ce type.

Il ressort des statistiques d'Eurostat que ces pays attribuent, en moyenne, une part plus importante du PIB aux instances administratives chargées de la réglementation,

Dit gebrek aan transparante gegevens bemoeilijkt niet enkel de taak van de regering, die het beleid moet kunnen evalueren en bijsturen, maar ook van de controlediensten van het RIZIV (Dienst voor administratieve controle (DAC) en Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)). Ook de controlediensten hebben geen rechtstreekse toegang tot verschillende gegevens van verzekerden die voor hun controles noodzakelijk zijn (bvb. aard, datum, plaats en kostprijs van een gefactureerde behandeling of leeftijd, geslacht en gezinstoestand van de patiënt). Sinds enige tijd bestaat hiervoor wel het gegevensplatform 'NewAttest'. Maar het IMA (Intermutualistisch Agentschap, die door de ziekenfondsen gevormd wordt) behoudt de controle over de gegevens. Het RIZIV heeft geen rechtstreekse toegang en moet nog steeds een aanvraag indienen bij het IMA om deze te verkrijgen. Voor het aanleveren van gegevens en rapporten rekent het IMA bovendien ook nog extra kosten aan, bovenop het meer dan een miljard aan werkingskosten dat de ziekenfondsen vandaag al ontvangen van het RIZIV.

Het Rekenhof uit kritiek op de nog steeds indirecte toegang van deze gegevens voor o.a. het RIZIV. Volgens het Rekenhof wordt er: *"een belangrijke opportuniteit gemist om via een permanente toegang tot de volledige data een regulier performant controle- en monitoring-systeem in het leven te roepen dat op continue wijze mogelijke anomalieën in de reglementering en/of controles van de ziekenfondsen, alsook misbruiken door zorgverleners en rechthebbenden kan detecteren."*³⁵

Wij zijn van mening dat alle gegevens met betrekking tot de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in principe eigendom moeten zijn van de overheid. Het is niet te verantwoorden dat de overheidsdiensten toestemming moeten vragen aan politiek-ideologische organisaties zoals de ziekenfondsen om bepaalde gegevens die van belang zijn voor de uitoefening van hun controletaken te kunnen bemachtigen.

3.5. Een duur systeem

Eerder gaven we al aan dat een systeem waarbij meerdere ziekenfondsen of verzekeringsinstellingen met elkaar in concurrentie treden redelijk zeldzaam is. Binnen de EU kennen naast België enkel Duitsland, Nederland, Tsjechië en Slowakije zo'n systeem.

Uit cijfers van Eurostat blijkt dat in deze landen gemiddeld een groter deel van het BBP naar administratieve instanties vloeit die zich bezig houden met regulering,

³⁵ Cour des comptes (2018). *Contrôle des mutualités*

³⁵ Rekenhof. (2018). *Controle op de ziekenfondsen*.

du financement et du paiement dans les soins de santé. En Belgique, il s'agit d'organismes tels que l'INAMI, les mutualités, les assureurs privés, les administrations régionales, etc. En d'autres termes, ce sont des instances qui réglementent et financent administrativement les soins de santé, mais qui ne dispensent pas directement de soins eux-mêmes (au contraire des hôpitaux, des établissements de soins, des pharmacies, des soins à domicile, etc.).

La Belgique obtient de piètres résultats: sur la part du PIB consacrée aux soins de santé, 3,8 % sont affectés à des institutions administratives telles que les mutualités. Fait remarquable, les dépenses de santé allouées à ces organismes administratifs sont plus élevées que les dépenses de soins de santé dont bénéficient les prestataires de soins préventifs (0,7 %) ou ce qu'Eurostat appelle les "services auxiliaires", tels que les laboratoires médicaux et le transport des patients (2,1 %) ³⁶.

Sur les 27 pays de l'UE, il n'y a que cinq pays où une part plus importante du PIB consacrée aux soins de santé aboutit dans les caisses d'instances administratives telles que les mutualités. Les autres pays dont le système est similaire à celui de la Belgique obtiennent également un score élevé à cet égard: l'Allemagne est deuxième (5,0 % du PIB) et les Pays-Bas arrivent en troisième position (4,2 % du PIB). La Slovaquie vient juste après la Belgique avec un pourcentage similaire (3,7 % du PIB). En moyenne, il est frappant de constater que, dans les cinq pays de l'UE où il existe des "mutualités" ou des "assureurs" concurrents, environ 3,8 % du PIB injecté dans le secteur de la santé sont alloués à des institutions administratives telles que les mutualités. La moyenne des 22 autres pays de l'UE, qui ne disposent pas d'un système de mutualités concurrentes dans l'assurance maladie publique, est de 2,5 % du PIB.

Cette notion d'instances administratives ne vise certes pas uniquement les mutualités, mais l'idée que la concurrence entre mutualités garantit une utilisation plus rentable des fonds publics est clairement mise à mal par les statistiques comparatives européennes. Il semble même que ce soit le contraire – et ce n'est pas illogique. L'augmentation du nombre d'organismes de paiement entraîne bien entendu une augmentation des frais d'administration. Dans un système de mutualités concurrentes, on assiste à une double fragmentation. D'une part, les mutualités sont réparties sur la base de Régions, de provinces ou d'arrondissements. D'autre part, il existe à l'intérieur de chaque zone territoriale une série d'autres mutualités qui se font concurrence pour le même groupe d'affiliés potentiels.

financiering en uitbetaling binnen de gezondheidszorg. In België gaat het dan om instanties zoals het RIZIV, ziekenfondsen, private verzekeraars, regionale administraties, enz. Met andere woorden: instanties die de gezondheidszorg administratief regelen en financieren, maar die zelf niet rechtstreeks gezondheidszorg aanbieden (zoals ziekenhuizen, zorginstellingen, apotheken, thuiszorg, ... wel doen).

België scoort niet goed: van het deel van het BBP dat naar gezondheidszorg vloeit, komt in België 3,8 % terecht bij administratieve instellingen zoals ziekenfondsen. Opvallend: de gezondheidsuitgaven die toekomen bij dergelijke administratieve organen, liggen hoger dan de gezondheidszorguitgaven die bij de preventieve gezondheidszorg toekomen (0,7 %) of bij wat Eurostat 'ancillary services' noemt, zoals medische labo's en patiëntenvervoer (2,1 %) ³⁶.

Van de 27 EU-landen, zijn er slechts vijf landen waar een groter deel van het BBP dat naar gezondheidszorg vloeit, finaal toekomt bij administratieve instanties zoals ziekenfondsen. Ook de andere landen met een gelijkaardig systeem als België scoren hier hoog: Duitsland staat op de tweede plaats (5,0 % van het BBP) en Nederland op de derde plaats (4,2 % van het BBP). Slowakije volgt net na België met een gelijkaardig percentage (3,7 % van het BBP). Als we een gemiddelde nemen, valt het op dat in de vijf EU-landen met concurrerende 'ziekenfondsen' of 'verzekeraars' gemiddeld ongeveer 3,8 % van het BBP dat naar de gezondheidszorg vloeit bij administratieve instellingen zoals ziekenfondsen toekomt. Het gemiddelde van de andere 22 EU-landen, die geen systeem van concurrerende ziekenfondsen kennen in de publieke ziekteverzekering, bedraagt 2,5 % van het BBP ²⁴.

Uiteraard is de definitie van dergelijke administratieve instanties breder dan enkel de ziekenfondsen, maar het idee dat concurrerende ziekenfondsen zorgen voor een meer kostenefficiënte besteding van de overheidsmiddelen, wordt door de Europese vergelijkende statistieken duidelijk onderuit gehaald. Het tegendeel lijkt zelfs het geval te zijn. En dat is natuurlijk niet onlogisch. Naarmate het aantal uitbetalingsinstellingen toeneemt, stijgen natuurlijk de administratiekosten. En in een systeem met concurrerende ziekenfondsen is er sprake van een dubbele versnippering. Enerzijds zijn de ziekenfondsen gesplitst op basis van regio, provincie, of arrondissement. Anderzijds zijn binnen elke territoriale omschrijving ook nog een resem andere ziekenfondsen actief die meedingen naar dezelfde groep van potentiële leden.

³⁶ <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/bfa6be69-1224-4641-aed6-f9416cabffe5?lang=fr>.

³⁶ <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/bfa6be69-1224-4641-aed6-f9416cabffe5?lang=en>.

On a tendance à soutenir que les frais d'administration de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité (CAAMI) belge sont relativement plus élevés que ceux des mutualités des cinq unions nationales. Il ressort toutefois de la comparaison réalisée au niveau européen que les frais d'administration ne sont pas par définition plus importants lorsque le paiement est effectué par les pouvoirs publics plutôt que par les mutualités – c'est même le contraire. De plus, c'est faire preuve de mal-honnêteté intellectuelle que de comparer la CAAMI aux autres mutualités, car il n'est pas tenu compte du profil social des membres de celle-ci, qui ont souvent des besoins de soutien plus importants, ni du fait que les autres mutualités bénéficient d'un avantage d'échelle.

Mais cette fragmentation n'explique bien entendu pas à elle seule ces frais plus élevés. Nous avons déjà souligné que l'OMS considère qu'un tel système de mise en concurrence des mutualités est coûteux, car il contraint les pouvoirs publics à mettre en place de nombreux contrôles pour éviter que les mutualités minimisent leurs coûts et maximisent leurs revenus au détriment du citoyen. D'après l'OMS, les coûts liés la concurrence ne sont pas contrebalancés par les avantages résultant de celle-ci.

En Belgique, l'intrication entre les partis politiques et les mutualités pilarisées conduit par ailleurs le gouvernement à défendre lui-même les intérêts financiers des mutualités contre l'intérêt général. Cela a bien entendu également un coût, que nous avons déjà mentionné ci-dessus.

3.6. Un fonctionnement et un financement opaques

On constate également un manque de transparence au niveau du fonctionnement interne et du financement des mutualités.

Nous songeons notamment à l'enveloppe de plus d'un milliard d'euros que les mutualités reçoivent chaque année de l'INAMI pour financer leurs frais de fonctionnement. Il est difficile de déterminer ce qu'il advient de ce montant et s'il couvre ou non les besoins réels. La Cour des comptes déclare sans détour à ce propos: "*le rapportage actuel des mutualités manque de transparence pour juger de l'adéquation du financement des frais d'administration*"³⁷. Elle constate toutefois ce qui suit:

a) le montant des frais de fonctionnement des mutualités est (en grande partie) déterminé sur la base d'une "formule des paramètres" dépassée, qui a été

³⁷ Cour des comptes. (2017). *Indemnisation des frais d'administration des mutualités: fixation et répartition*.

Vaak wordt opgeworpen dat de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) in België relatief duurder is op vlak van administratiekosten dan de ziekenfondsen van de vijf landsbonden. De Europese vergelijking geeft aan dat een uitbetaling door de overheid in plaats van ziekenfondsen geenszins per definitie leidt tot hogere administratiekosten, integendeel zelfs. Deze vergelijking tussen de HZIV en de andere ziekenfondsen is bovendien niet intellectueel eerlijk: ze houdt geen rekening met het sociale profiel van de leden van de HZIV, die vaak grotere ondersteuningsnoden hebben, en het feit dat de andere ziekenfondsen een schaalvoordeel hebben.

Maar die versnippering is natuurlijk niet de enige verklaring voor de hogere kosten. We wezen er al op dat een systeem met concurrerende ziekenfondsen volgens het WHO hoge kosten met zich meebrengt. Het zorgt ervoor dat de overheid veel controles moet opzetten om te vermijden dat ziekenfondsen op kap van de burger kun kosten willen minimaliseren en hun inkomsten willen maximaliseren. De kosten van concurrentie wegen niet op tegen de voordelen, zo oordeelt het WHO.

In België zorgt de verstrengeling tussen de politieke partijen en de verzuilde ziekenfondsen er ook voor dat de regering de financiële belangen van de ziekenfondsen zelf gaat verdedigen, tegen het algemeen belang in. Dit brengt natuurlijk ook een kostprijs met zich mee, die we hierboven al eerder aanhaalden.

3.6. Een ondoorzichtige werking en financiering

De ziekenfondsen kampen ook met een gebrek aan transparantie wat betreft hun interne werking en financiering.

Een gebrek aan transparantie doet zich bijvoorbeeld voor met de enveloppe van meer dan 1 miljard euro die de ziekenfondsen jaarlijks ontvangen van het RIZIV om hun werkingskosten te financieren. Wat er met dat miljard gebeurt, en of het de werkelijke noden dekt of niet, is niet helemaal duidelijk. Het Rekenhof stelt onomwonden: "*de huidige rapportering van de ziekenfondsen is onvoldoende transparant om de toereikendheid van de financiering van de administratiekosten te beoordelen*"³⁷. Wel stellen ze het volgende vast:

a) dat de hoogte van werkingskosten van de ziekenfondsen (grotendeels) bepaald wordt aan de hand van een verouderde 'parameterformule', die stamt uit

³⁷ Rekenhof. (2017). *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*.

introduite au début des années 1980. Le rapport d'un auditeur indépendant datant de 1987 soulignait déjà que cette formule des paramètres entraîne un surfinancement et que l'enveloppe pourrait être réduite d'environ 18 %. Mais les conclusions de ce rapport n'ont jamais été suivies d'effet. Cette formule n'a jamais été adaptée depuis lors³⁷;

b) les unions nationales décident entièrement elles-mêmes de la façon dont l'enveloppe allouée pour les frais d'administration doit être partagée entre les différentes mutualités qui leur sont affiliées. On ignore totalement si elles appliquent des mécanismes de responsabilisation pour inciter les mutualités dont le fonctionnement est plus coûteux à se montrer moins dépensières et à réaliser des économies. Les rapports annuels sur la mise en œuvre de l'assurance obligatoire étant élaborés au niveau des unions nationales, il est en outre difficile de comparer l'efficacité des coûts des différentes mutualités sur ce point;

c) la Cour des comptes se demande par ailleurs comment il est possible que certaines évolutions n'aient pas conduit à une diminution des frais de fonctionnement des mutualités. Elle songe, d'une part, au transfert de tâches à des organisations intermédiaires comme l'AIM (Agence InterMutualiste), qui reprennent certaines missions de la mutualité et en facturent séparément les coûts aux pouvoirs publics et, d'autre part, à l'informatisation et à la numérisation croissantes des mutualités³⁸.

Entre-temps, des travaux ont été menés pour établir un "reporting analytique" des frais de fonctionnement des organismes assureurs³⁹. Il pourra contribuer à une meilleure transparence. Mais ce reporting analytique ne pourra bien sûr pas indiquer noir sur blanc dans quels domaines il existe un sur- ou un sous-financement des organismes assureurs dans leur ensemble. En outre, ce reporting n'enlève rien au fait que le financement se fonde sur une formule des paramètres qui s'est développée au fil du temps et qui a peut-être déjà été à l'origine d'un surfinancement depuis plusieurs décennies. Enfin, il ne remet pas en cause la pleine autonomie des unions nationales à l'égard de la répartition des frais de fonctionnement entre les mutualités affiliées, ni la transparence limitée de ce mécanisme de répartition.

Un audit de la Cour des comptes a également montré que le gouvernement n'a souvent pas une bonne vue d'ensemble de la manière dont les mutualités s'acquittent de leurs obligations légales. Les unions nationales sont elles-mêmes responsables de la gestion de l'assurance

begin jaren '80. Een auditrapport van een onafhankelijke auditor uit 1987 wees er al op dat deze parameterformule voor een overfinanciering zorgt, en dat de enveloppe met zo'n 18 % zou kunnen worden verminderd. Maar aan de conclusies van dit rapport is nooit gevolg gegeven. Sindsdien is deze parameterformule nooit aangepast³⁷;

b) de landsbonden bepalen volledig zelf hoe ze de toegekende enveloppe voor de administratiekosten verdelen overheen de ziekenfondsen die bij hen zijn aangesloten. Het is volledig onduidelijk of ze hierbij responsabiliseringsmechanismen hanteren om ziekenfondsen met duurdere werking aan te sporen tot meer zuinigheid of tot besparingen. De jaarrapporten voor de uitvoering van de verplichte verzekering worden bovendien op het niveau van de landsbonden opgesteld, waardoor het moeilijk is om de kostenefficiëntie van de ziekenfondsen onderling op dit punt te vergelijken;

c) het Rekenhof vraagt zich ook af hoe het kan dat een aantal evoluties niet geleid hebben tot een daling van de werkingskosten van de ziekenfondsen. Ze denken hierbij, enerzijds, aan de overdracht van taken naar intermediaire organisaties zoals het IMA (intermutualistisch agentschap), die taken van het ziekenfonds overnemen en hiervoor afzonderlijk kosten aanrekenen aan de overheid, en, anderzijds, aan de sterk voortschrijdende informatisering en digitalisering van de ziekenfondsen³⁸.

Ondertussen is wel werk gemaakt van een 'analytische rapportering' van de werkingskosten van de verzekeringsinstellingen³⁹. Die kan deels bijdragen tot een betere transparantie. Maar deze analytische rapportering kan natuurlijk niet zwart-op-wit aangeven waar er sprake is van over- of onderfinanciering van de verzekeringsinstellingen in zijn geheel. Bovendien neemt deze rapportering niet weg dat de financiering gebaseerd is op een historisch gegroeide parameterformule die mogelijk al decennia tot een overfinanciering leidt. Ten slotte doet ze geen afbreuk aan de volledige autonomie van de landsbonden om de werkingskosten tussen de aangesloten ziekenfondsen te verdelen, en de beperkte transparantie van dit verdelingsmechanisme.

Uit een audit van het Rekenhof bleek ook dat de overheid vaak geen goed zicht heeft op de manieren waarop de ziekenfondsen hun wettelijke verplichtingen ter harte nemen. De landsbonden zijn zelf verantwoordelijk voor het beheer van de verplichte verzekering. Zij moeten

³⁸ Cour des comptes. (2018). *Contrôle des mutualités*.

³⁹ <https://www.ocm-cdz.be/sites/default/files/document/file/2020-08-D1-f.pdf>.

³⁸ Rekenhof. (2018). *Controle op de ziekenfondsen*.

³⁹ <https://www.ocm-cdz.be/sites/default/files/document/file/2020-08-D1-n.pdf>.

obligatoire. Elles doivent dès lors prévoir elles-mêmes un système de contrôle interne qu'elles sont autorisées à mettre au point. Le SCA et le SECM doivent vérifier en deuxième ligne si les interventions de l'assurance obligatoire sont correctement délivrées. Le problème est cependant que, selon la Cour des comptes, le SCA et le SECM ne peuvent pratiquement pas prendre connaissance des contrôles internes réalisés par les unions nationales. À l'occasion du Pacte d'avenir, il a été décidé à un moment donné que le CIN (Collège Intermutualiste National) établirait une cartographie des contrôles internes réalisés au sein des mutualités et des unions nationales, mais la cartographie finale s'est révélée inutilisable pour l'INAMI car elle ne contenait pas assez de détails à propos des contrôles réellement effectués. Cela indique également que le fonctionnement interne et les mécanismes de contrôle interne des mutualités sont souvent opaques pour les autorités publiques, même lorsqu'il s'agit de l'exécution de leurs missions légales, et que les mutualités ne sont souvent pas capables, ou désireuses, d'offrir plus de transparence⁴⁰.

En ce qui concerne la comptabilité des unions nationales et des mutualités, elle est effectuée, d'une part, par les réviseurs d'entreprises désignés par chaque mutualité et, d'autre part, par l'Office de contrôle des mutualités (OCM). Les réviseurs vérifient si les données comptables et financières reflètent fidèlement les activités sous-jacentes des mutualités. La tâche principale de l'OCM est de vérifier si les données comptables et financières fournies sont conformes au prescrit et aux objectifs du législateur. La désignation des réviseurs par les mutualités présente le risque qu'elles fassent appel à des amis réviseurs qui ferment les yeux sur les irrégularités. Quelques exemples prouvent que la désignation de réviseurs amis et de la même tendance politique a réellement lieu⁴¹. Une loi récemment adoptée a contribué à y remédier en permettant à l'OCM de refuser la désignation d'un réviseur si son indépendance vis-à-vis de la mutualité n'est pas garantie⁴². Mais la question demeure bien sûr de savoir si l'OCM sera en mesure d'appliquer ce principe de manière cohérente, et s'il pourra toujours être au courant de tout lien informel entre les administrateurs d'une mutualité ou d'une union nationale et les réviseurs.

daarom zelf voorzien in een systeem van interne controle, dat ze zelf mogen vormgeven. De DAC en DGEC moeten in tweede lijn controleren of de tegemoetkomingen van de verplichte verzekering correct worden verstrekt. Het probleem is dat de DAC en de DGEC volgens het Rekenhof amper inzage hebben in de interne controles die de landsbonden uitvoeren. Naar aanleiding van het Toekomstpact is op een bepaald moment beslist dat het NIC (Nationaal Intermutualistisch College) een cartografie zou opmaken van de verschillende interne controles die er bestaan binnen de ziekenfondsen en landsbonden, maar de uiteindelijke opgeleverde cartografie bleek voor het RIZIV niet bruikbaar wegens niet gedetailleerd genoeg over de werkelijk uitgevoerde controles. Opnieuw blijkt dat de interne werking en de interne controlemechanismen van de ziekenfondsen voor de overheid vaak ondoorzichtig zijn, zelfs wanneer het gaat om de uitvoering van hun wettelijke opdrachten. En dat de ziekenfondsen vaak niet in staat zijn, of bereid zijn, om meer transparantie te bieden⁴⁰.

Wat de boekhouding van de landsbonden en de ziekenfondsen betreft, ligt de taak in handen van, enerzijds, de bedrijfsrevisoren die door het betrokken ziekenfonds zelf aangesteld worden, en, anderzijds, door de Controledienst van de Ziekenfondsen (CDZ). De revisoren controleren of de boekhoudkundige en financiële gegevens een getrouw beeld geven van de achterliggende verrichte activiteiten. De CDZ heeft voornamelijk als taak om te controleren of de verstrekte boekhoudkundige en financiële gegevens overeenkomen met de voorschriften en de doelstellingen van de wetgever. De aanstelling van de revisoren door de ziekenfondsen zelf, brengt het risico met zich mee dat bevriende revisoren ingeschakeld worden die een oogje dichtknijpen voor onregelmatigheden. Enkele voorbeelden tonen aan dat de aanstelling van bevriende en politiek verwante revisoren ook effectief gebeurt⁴¹. Een recent aangenomen wet brengt hier verbetering in, door te bepalen dat de CDZ de mogelijkheid krijgt om de aanstelling van een revisor te weigeren indien diens onafhankelijkheid ten opzichte van het ziekenfonds niet zeker is⁴². Maar de vraag blijft natuurlijk of de CDZ dit principe consequent zal kunnen toepassen, en altijd op de hoogte kan zijn van elke informele band tussen

⁴⁰ Cour des comptes (2018). *Contrôle des mutualités*.

⁴¹ Deux réviseurs d'entreprises agréés par l'OCM étaient copropriétaires de l'ancien bureau de réviseurs DC&Co dont Michel Daerden, l'ancien ministre PS, était le fondateur et le copropriétaire. Les réviseurs concernés ont été mis en cause dans le passé pour confusion d'intérêts. Les comptes annuels de l'année 2020 de l'union nationale socialiste et de l'asbl patrimoniale de l'union nationale (asbl "Maison de la Solidarité") montrent que ce sont précisément ces deux réviseurs d'entreprises qui ont été désignés par l'union nationale socialiste afin de contrôler ses comptes annuels et sa comptabilité (conjointement avec un troisième réviseur d'entreprises).

⁴² <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/2391/55K2391004.pdf>

⁴⁰ Rekenhof. (2018). *Controle op de ziekenfondsen*.

⁴¹ Twee bedrijfsrevisoren die door de CDZ erkend zijn, waren mede-eigenaars van het voormalige revisorenkantoor DC&Co, waarvan oud-PS-minister Michel Daerden de oprichter en eveneens mede-eigenaar was. De betrokken revisoren kwamen in het verleden in opspraak wegens belangenvermenging. De jaarrekening van het jaar 2020 van de socialistische landsbond en van de patrimoniale vzw van deze landsbond (vzw "Maison de la Solidarité") geven aan dat uitgerekend deze twee bedrijfsrevisoren door de socialistische landsbond ingeschakeld werden om hun jaarrekening en boekhouding te controleren (samen met een derde bedrijfsrevisor).

⁴² <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/2391/55K2391004.pdf>

La comptabilité et le fonctionnement internes des mutualités sont également obscurs en raison des nombreux liens externes que les mutualités entretiennent au travers de leurs “asbl patrimoniales”, qui gèrent leurs bâtiments. Souvent, ces asbl, dirigées par les mêmes personnes que les mutualités, gèrent également d’autres bâtiments. Et dans les unions nationales où cette pratique est traditionnelle, elles gèrent également les participations au capital d’établissements de soins tels que des magasins d’optique, des maisons de repos et des pharmacies, voire d’entreprises privées comme des assurances privées. Le fait que des malversations se produisent parfois au sein de ces asbl patrimoniales a été récemment démontré, lorsqu’en mars 2021, quelques personnes occupant des fonctions dirigeantes au sein de *De Voorzorg Limburg* ont été mises en cause pour fraude. Elles sont soupçonnées, entre autres, d’avoir vendu des bâtiments appartenant à des asbl liées à *De Voorzorg Limburg* au-dessous de leur prix en échange de gratifications personnelles⁴³. L’OCM n’exerce aucun contrôle direct sur la comptabilité des asbl patrimoniales. Nous estimons que le fait de confier le paiement de l’assurance maladie obligatoire à des organisations liées, de manière peu transparente, à des intérêts commerciaux et à des transactions immobilières présente certains risques indésirables.

Nous pouvons conclure que l’OCM et l’INAMI ne sont pas suffisamment en mesure d’établir si l’enveloppe allouée aux mutualités pour couvrir leurs frais de fonctionnement est suffisante. De plus, l’OCM et l’INAMI n’ont qu’une vue limitée sur l’efficacité des mécanismes de contrôle interne des unions nationales et des mutualités.

4. *Notre alternative*

Nous proposons, par la présente résolution, que la gestion et le paiement de l’assurance maladie-invalidité ne soient plus du ressort des unions nationales et des mutualités et que l’INAMI prenne cette mission à sa charge.

4.1. *Les avantages*

Nous avons expliqué en détail ci-dessus quels problèmes se posent aujourd’hui du fait que le paiement de l’assurance maladie obligatoire est effectué par les mutualités. Confier intégralement à l’INAMI la gestion et le paiement de cette assurance présente les avantages suivants:

⁴³ ‘Topverdachten fraude bij De Voorzorg blijven in cel’, *De Standaard*, 06 mars 2021.

de bestuursleden van een ziekenfonds of landsbond en de revisoren.

De interne boekhouding en werking van de ziekenfondsen wordt voorts nog vertroebeld door de vele externe banden die de ziekenfondsen hebben via hun “patrimoniale vzw’s”, die hun gebouwen beheren. Vaak beheren deze vzw’s, die door dezelfde personen gerund worden als de ziekenfondsen, ook andere gebouwen. En in de landsbonden waar dit de traditie is, beheren ze ook de deelnemingen in het kapitaal van zorginstellingen, zoals optieken, rusthuizen en apotheken, of zelfs van private ondernemingen zoals private verzekeringen. Dat er zich binnen deze patrimoniale vzw’s wel eens wanpraktijken voordoen, bleek toen in maart 2021 het nieuws bekend raakte dat enkele personen die bestuursfuncties bekleeden binnen *De Voorzorg Limburg* in opspraak kwamen wegens fraude. De betrokkenen worden er, onder andere, van verdacht om gebouwen die in het bezit zijn van vzw’s gelinkt aan *De Voorzorg Limburg* onder de prijs verkocht te hebben in ruil voor persoonlijke vergoedingen⁴³. De CDZ oefent geen rechtstreekse controle uit op de boekhouding van de patrimoniale vzw’s. Wij denken alvast dat de uitbetaling van de verplichte ziekteverzekering toevertrouwen aan organisaties die op een weinig transparante manier verstrengeld zijn met commerciële belangen en vastgoedtransacties enkele onwenselijke risico’s met zich meebrengt.

We kunnen concluderen dat de CDZ en het RIZIV een onvoldoende zicht hebben op de toereikendheid van de werkingskosten die aan de ziekenfondsen toegekend worden. Bovendien hebben de CDZ en het RIZIV een beperkt zicht op de performantie van de interne controlemechanismen van de landsbonden en de ziekenfondsen.

4. *Ons alternatief*

In deze resolutie stellen we voor om het beheer en de uitbetaling van de ziekte- en invaliditeitsverzekering niet langer in handen te leggen van de landsbonden en de ziekenfondsen. We stellen voor dat het RIZIV deze taak overneemt.

4.1. *De voordelen*

Hierboven hebben we uitgebreid toegelicht welke problemen er zich vandaag voordoen als gevolg van het feit dat de uitbetaling van de verplichte ziekteverzekering door de ziekenfondsen gebeurt. Het beheer en de uitbetaling volledig bij het RIZIV leggen, heeft de volgende voordelen:

⁴³ ‘Topverdachten fraude bij De Voorzorg blijven in cel’, *De Standaard*, 06 maart 2021.

a) un accès direct et complet à toutes les données pertinentes, ce qui facilite la mission de contrôle: l'administration assure elle-même le volet paiement et a donc également accès à toutes les données et informations sur les montants versés aux bénéficiaires. Les données pertinentes sont aussi plus rapidement disponibles pour l'INAMI, étant donné que celui-ci ne doit pas les réclamer au préalable aux différentes mutualités. S'il s'avère que certaines données sont manquantes, il est possible de procéder rapidement à une collecte de données supplémentaire, sans être tributaire de la bonne volonté et de la coopération des mutualités. De même, comme l'explique la Cour des comptes, les services de contrôle ne sont pas limités dans leur fonctionnement par les données que les mutualités peuvent et veulent bien leur transmettre⁴⁴;

b) plus de sélection des risques: comme indiqué plus haut, la Belgique est l'un des rares pays d'Europe où l'assurance maladie publique est entre les mains de mutualités ou d'assurances qui se font mutuellement concurrence. L'OMS souligne que cela peut conduire à une sélection des risques (par exemple la volonté de recruter des membres présentant un risque faible sur le plan de la santé, notamment par le biais de l'assurance maladie complémentaire obligatoire). Ce système incite également les mutualités à vouloir réduire les coûts et maximiser les revenus, ce qui produit des effets indésirables (par exemple, réclamer des montants que les mutualités devraient prendre elles-mêmes à leur charge, refuser injustement des indemnités de maternité, etc.). Confier le paiement à l'INAMI permettrait d'éviter une sélection des risques par les mutualités et de se focaliser à nouveau pleinement sur les intérêts du citoyen, et non sur ceux de la mutualité;

c) les partis politiques cessent de représenter les intérêts de mutualités pilariées, ce qui ouvre la voie à un financement et une responsabilisation plus efficaces: l'enchevêtrement des liens qui existent entre les mutualités pilariées et certains partis politiques fait en sorte que le gouvernement agit parfois en défenseur des intérêts des mutualités. Lorsque les partis d'une coalition gouvernementale s'identifient trop aux intérêts particuliers et financiers des mutualités pilariées, cette situation nuit à un fonctionnement économiquement efficace des mutualités et empêche leur responsabilisation. Décharger les mutualités de cette mission permettra donc également de mettre fin à cette intrication politique;

d) le ministre compétent peut intervenir plus rapidement et plus directement: si des problèmes se posent en matière de paiement de l'assurance maladie obligatoire, le ministre ou l'INAMI peut agir plus librement. On ne

a) directe en volledige toegang tot alle relevante data, wat de controletaak ten goede komt: De overheid voert de uitbetalingstaak zelf uit, en heeft dus ook toegang tot alle data en gegevens over de uitbetaalde bedragen aan de gerechtigden. Relevante data is voor het RIZIV ook sneller beschikbaar, omdat die niet eerst bij de verschillende ziekenfondsen opgevraagd moeten worden. Indien vastgesteld wordt dat de verzameling van bepaalde data ontbreekt, kan men snel een bijkomende dataverzameling opzetten zonder dat men hiervoor afhankelijk is van de *goodwill* en de medewerking van de ziekenfondsen. De controlediensten worden evenmin beperkt in hun werking door de data die de ziekenfondsen kunnen en wensen te verstrekken, zoals het Rekenhof aangeeft⁴⁴;

b) geen risicoselectie meer: Zoals eerder aangegeven, is België een van de weinige landen in Europa waar de publieke ziekteverzekering in handen is van ziekenfondsen of verzekeringen die onderling in concurrentie treden. Het WHO geeft aan dat dit kan leiden tot risicoselectie (bvb. leden met weinig gezondheidsrisico's aan zich willen binden, o.a. via de verplichte aanvullende ziekteverzekering). Ook zorgt het ervoor dat ziekenfondsen kosten willen drukken en inkomsten willen maximaliseren, wat tot onwenselijke gevolgen zorgt (bvb. terugvorderen van bedragen die ze zelf ten laste moeten nemen, onterecht moederschapsuitkeringen weigeren, etc.). Door de uitbetaling in handen te leggen van het RIZIV, vermijden we risicoselectie door de ziekenfondsen, en kunnen we de belangen van de burger – en niet het ziekenfonds – weer volop centraal plaatsen;

c) politieke partijen treden niet langer op als belangenbehartiger van de verzuilde ziekenfondsen, wat een efficiëntere financiering en responsabilisering mogelijk maakt: De verstrengeling tussen de verzuilde ziekenfondsen en bepaalde politieke partijen zorgt ervoor dat de regering bij momenten optreedt als belangenbehartiger van de ziekenfondsen. Als regeringspartijen zich teveel gaan vereenzelvigen met de particuliere en financiële belangen van de verzuilde ziekenfondsen, staat dit een kostenefficiënte werking en responsabilisering van de ziekenfondsen in de weg. Door deze taak weg te nemen bij de ziekenfondsen, kunnen we die politieke verstrengeling ook een halt toe roepen;

d) de bevoegde minister kan sneller en direct ingrijpen bij problemen: Als er zich problemen voordoen bij de uitbetaling van de verplichte ziekteverzekering, kan de minister of het RIZIV makkelijker ingrijpen. Men is voor de

⁴⁴ Cour des comptes. (2018). *Contrôle des mutualités*.

⁴⁴ Rekenhof. (2018). *Controle op de ziekenfondsen*.

dépend plus des mutualités ni pour obtenir des informations sur le problème survenu, ni pour le résoudre. De plus, certains problèmes seront également moins susceptibles de se poser, par exemple en raison du fait que les mutualités utilisent toutes un logiciel de leur choix pour pouvoir communiquer avec les services en ligne de MyCareNet⁴⁵. Étant donné que les systèmes informatiques de certaines unions nationales ne fonctionnent pas, la facturation, notamment dans le cadre du régime du tiers payant, est retardée, si bien que les prestataires de soins doivent parfois attendre très longtemps avant d'être payés^{46,47}. Si l'INAMI devient le seul organisme de paiement, c'en est tout d'abord fini des nombreux systèmes informatiques différents au travers desquels lesquels les prestataires de soins communiquent avec l'organisme débiteur. Ensuite, l'autorité en charge pourrait résoudre elle-même, directement et rapidement, tout problème logiciel, sans dépendre de la mutualité concernée;

e) transparence complète à l'égard des frais de fonctionnement: comme nous l'avons indiqué précédemment, on ignore actuellement si les frais de fonctionnement accordés aux mutualités suffisent à couvrir leurs frais réels. La Cour des comptes estime que certains éléments indiquent que les mutualités sont surfinancées⁴⁸. En outre, la répartition des frais de fonctionnement entre les différentes mutualités effectuée par les unions nationales est actuellement caractérisée par un manque total de transparence. Si l'INAMI se chargeait lui-même du remboursement dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, le gouvernement, le Parlement et l'INAMI lui-même connaîtraient en principe parfaitement l'affectation précise des frais de fonctionnement;

f) réduction des frais: comme l'indiquent les chiffres d'Eurostat évoqués ci-avant, les pays disposant d'un système de mutualités concurrentes dépensent souvent plus d'argent public pour payer les frais d'administration dans les soins de santé que les pays dans lesquels les pouvoirs publics gèrent directement l'assurance maladie obligatoire. Les mutualités existantes sont morcelées,

information over het probleem als voor het oplossen ervan niet afhankelijk van de ziekenfondsen. Bepaalde problemen zullen zich overigens ook minder snel voordoen. Een voorbeeld: het feit dat de ziekenfondsen vandaag allemaal gebruik maken van een eigen softwareprogramma naar keuze om te kunnen communiceren met de webservices van MyCareNet⁴⁵ zorgt vandaag wel eens voor problemen. Doordat de softwaresystemen van bepaalde landsbonden niet werken, loopt de facturering van o.a. de derdebetalersregeling vertraging op, waardoor zorgverleners overdreven lang moeten wachten op hun verloning^{46,47}. Als het RIZIV de enige uitbeter is, dan zou er, ten eerste, allicht geen sprake zijn van verschillende softwaresystemen waarlangs zorgverleners met de uitbetalingsinstelling communiceren. Ten tweede zou de overheid een dergelijk softwareprobleem rechtstreeks en snel zelf kunnen oplossen, zonder afhankelijk te zijn van het ziekenfonds in kwestie;

e) volledige transparantie over de werkingskosten: Zoals eerder aangehaald, is het vandaag onduidelijk of de werkingskosten die aan de ziekenfondsen toegerekend worden, volstaan om hun werkelijke kosten te dekken. Volgens het Rekenhof zijn er indicaties dat de ziekenfondsen overgefinancierd worden⁴⁸. Bovendien bestaat er vandaag volledige onduidelijkheid over de verdeling van de werkingskosten overheen de verschillende ziekenfondsen door de landsbonden. Als het RIZIV de uitbetaling van de verplichte ziekteverzekering zelf in handen heeft, is voor de regering, het parlement, en het RIZIV zelf in principe volledig duidelijk waarvoor de werkingskosten precies aangewend worden;

f) een kostenbesparing: Zoals de eerder aangehaalde cijfers van Eurostat aangeven, gaat in landen met concurrerende ziekenfondsen vaak meer overheidsgeld naar de administratiekosten binnen de gezondheidszorg dan in landen waar de overheid de verplichte ziekteverzekering rechtstreeks beheert. De bestaande ziekenfondsen zijn zowel territoriaal als ideologisch versnipperd. Door het

⁴⁵ MyCareNet est la plateforme en ligne par laquelle les prestataires de soins de santé échangent des données avec les mutualités. Via cette plateforme, les prestataires de soins peuvent notamment transmettre aux différents organismes assureurs concernés les factures de leurs patients auxquels le régime du tiers payant doit être appliqué.

⁴⁶ Voir la réponse à la question écrite n° 43 du 23 juillet 2019 de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

⁴⁷ C'est ce qui s'est passé, par exemple, avec le système informatique de l'union nationale des mutualités socialistes: la rémunération des infirmières à domicile par les cabinets de soins à domicile a dû être reportée pendant longtemps parce que les mutualités n'avaient pas reçu les factures établies dans le cadre du régime du tiers payant.

⁴⁸ Cour des comptes. (2017). *Indemnisation des frais d'administration des mutualités: fixation et répartition*.

⁴⁵ MyCareNet is het online platform waarlangs zorgverleners gegevens uitwisselen met de ziekenfondsen. Via dit platform kunnen de zorgverleners onder andere de facturen van hun patiënten voor wie de derdebetalersregeling moet worden toegepast doorsturen naar de respectievelijke verzekeringsinstellingen.

⁴⁶ Antwoord op schriftelijke vraag nr. 43 van 23 juli 2019 van Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

⁴⁷ Dit gebeurde bijvoorbeeld met het softwaresysteem van de socialistische landsbond, waardoor de verloning van thuisverpleegkundigen door thuisverpleegkundepraktijken lange tijd moest uitgesteld worden omdat de facturen van de derdebetalersregeling niet tot bij de ziekenfondsen geraakten.

⁴⁸ Rekenhof. (2017). *Vergoeding voor de administratiekosten van de ziekenfondsen: vaststelling en verdeling*.

tant sur le plan territorial que sur le plan idéologique. L'attribution de cette compétence à l'INAMI permettrait d'induire un accroissement d'échelle et d'éviter un morcellement structurel inutile. On pourrait aussi supprimer de nombreux contrôles effectués tant par l'INAMI que par l'OCM, ce qui permettra également une économie administrative. Enfin, nous éviterons que des membres du gouvernement liés à une famille politique s'efforcent d'avantager financièrement des mutualités à l'aide de fonds publics;

g) plus de confusion indésirable entre les intérêts idéologiques et particuliers des mutualités et l'intérêt général: les mutualités ne seront plus représentées dans une série d'organes (par exemple, les commissions de conventions de l'INAMI) où, du moins si l'on en croit la Cour des comptes, elles font passer leur propre intérêt avant leur mission légale qui est de proposer des économies pour compenser les dépenses trop élevées en matière de santé. Au travers de leurs asbl patrimoniales, les mutualités sont également associées à la gestion de magasins d'optique, de maisons de repos et de pharmacies, ou même d'entreprises privées, comme des assurances privées. Confier l'assurance obligatoire à l'INAMI permettra également d'éviter toute confusion d'intérêt ou tout transfert indésirable de fonds publics vers des organisations externes de ce type. S'il est rattaché à l'INAMI, le médecin-conseil pourra inciter plus efficacement à l'activation des malades de longue durée, sans devoir craindre que les intéressés se désaffilient de la mutualité ou que cela nuise au financement de la mutualité pour laquelle il travaille.

4.2. *Quid des mutualités?*

Nous ne proposons pas de supprimer les mutualités en tant que telles. Nous proposons uniquement que les mutualités ne soient plus chargées de la gestion de l'assurance maladie obligatoire et des paiements provenant de celle-ci, c'est-à-dire: l'assurance obligatoire pour les soins médicaux, les indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité, les allocations accordées à l'occasion de la naissance d'un enfant (repos de maternité, écartement du travail, congé de naissance et du congé d'allaitement), du congé d'adoption et du congé parental d'accueil. Toutes les missions du médecin-conseil et de contrôle des bénéficiaires sont également transférées à l'INAMI.

Il est toutefois évident que les mutualités peuvent continuer à exister. Cependant, elles ne géreront plus l'assurance maladie obligatoire et ne seront plus financées à cet effet par l'autorité fédérale.

À l'heure actuelle, les mutualités remplissent également encore un autre rôle: elles ont une fonction

RIZIV responsable à faire d'un élargissement de l'échelle, et on évite une fragmentation structurelle. Aussi de nombreuses contrôles par tant l'INAMI que l'OCM peuvent être évités, ce qui permettra également une économie administrative. Enfin, nous éviterons que des membres du gouvernement liés à une famille politique s'efforcent d'avantager financièrement des mutualités à l'aide de fonds publics;

g) onwenselijke vermenging tussen ideologische en particuliere belangen van ziekenfondsen en het algemeen belang wordt vermeden: De ziekenfondsen zullen niet langer vertegenwoordigd zijn in allerlei organen (zoals de RIZIV-overeenkomstencommissies), waar ze vandaag, althans volgens het Rekenhof, hun wettelijke opdracht om compenserende besparingen voor te stellen voor te hoge gezondheidsuitgaven, uit eigen belang naast zich neerleggen. De ziekenfondsen zijn via hun patrimoniale vzw's ook betrokken bij het beheer van optieken, rusthuizen en apotheken, of zelfs van private ondernemingen zoals private verzekeringen. Door de verplichte verzekering in handen te leggen van het RIZIV, wordt ook belangenvermenging of de onwenselijke doorstroom van publieke middelen naar degelijke externe organisaties vermeden. Door de adviserend arts bij het RIZIV onder te brengen, zal hij meer effectief kunnen aansporen tot activering van langdurig zieken, zonder te moeten vrezen dat de betrokkene het ziekenfonds de rug zou toekeren of dat dit de financiering van zijn ziekenfonds negatief zou beïnvloeden.

4.2. *Wat met de ziekenfondsen?*

We stellen niet voor om de ziekenfondsen als zodanig af te schaffen. We stellen enkel voor dat de ziekenfondsen niet langer instaan voor het beheer en de uitbetaling van de verplichte ziekteverzekering. Dit houdt in: de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, de arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsuitkeringen, de uitkeringen naar aanleiding van de geboorte van een kind (moederschapsrust, werkverwijdering, geboorteverlof en borstvoedingsverlof), het adoptieverlof en het pleegouderverlof. Ook alle controletaken op de gerechtigden en de adviserend artsen worden bij het RIZIV ondergebracht.

Maar de ziekenfondsen kunnen natuurlijk wel blijven bestaan. Ze zullen echter niet langer de verplichte ziekteverzekering beheren en hiervoor door de federale overheid gefinancierd worden.

De ziekenfondsen hebben vandaag ook nog een andere rol: een informatiefunctie over de bestaande

d'information à propos de la réglementation existante en matière d'assurance maladie, un rôle dans la promotion de la santé et une fonction d'orientation. Elles peuvent continuer à exercer ce rôle à l'égard des membres qui s'affilient volontairement auprès d'elles. L'autorité fédérale et les entités fédérées peuvent également prévoir à cet effet, si elles le souhaitent, un financement ciblé pour les mutualités.

Les Communautés qui le souhaitent peuvent évidemment décider de confier le paiement des remboursements régionalisés en matière de santé aux mutualités. Les mutualités et les SMA peuvent également, sur une base volontaire, continuer à proposer des assurances complémentaires en matière de soins de santé.

4.3. Pourquoi l'INAMI?

L'INAMI s'occupe actuellement déjà d'une grande partie de la gestion de notre assurance maladie. Il fixe les tarifs des soins de santé et participe à l'établissement et au contrôle des conditions auxquelles il faut satisfaire pour bénéficier d'une indemnité. L'INAMI contrôle également l'incapacité de travail et statue sur la reconnaissance de l'invalidité. En outre, le budget consacré, par exemple, au remboursement des soins de santé est actuellement accordé aux mutualités par l'INAMI.

Les missions de l'INAMI rejoignent donc déjà, et empiètent même parfois sur les missions des mutualités. Dans une certaine mesure, les mutualités servent donc aujourd'hui de "relais" entre l'INAMI, d'une part, et les citoyens et les prestataires de soins, d'autre part. À cet égard, l'INAMI diffère, par exemple, du SPF Santé publique ou du SPF Sécurité sociale, qui ont plutôt une mission d'appui à la politique.

En théorie, les problèmes exposés dans la présente résolution pourraient également être résolus en confiant la gestion et le paiement de l'assurance maladie obligatoire à un organisme payeur externe ou à plusieurs organismes répartis sur le territoire. Les autorités pourraient alors attribuer la gestion de l'assurance maladie à ce ou ces organismes. Il pourrait en résulter une diminution des coûts généraux, dès lors que les autorités devraient supporter elles-mêmes moins de frais de personnel, et favoriser une attitude plus responsable en matière de coûts dans le chef du pouvoir adjudicateur (qui tiendra compte des coûts et de la qualité lors de l'attribution du marché et négociera activement les coûts et les objectifs de qualité).

Néanmoins, cette piste nous semble moins souhaitable que celle consistant à rendre l'INAMI responsable du paiement et de la gestion de l'assurance maladie

regelgeving inzake de ziekteverzekering, een rol binnen de gezondheidspromotie, en een doorverwijsfunctie. Deze rol kunnen ze blijven vervullen ten aanzien van de leden die zich vrijwillig bij hen aansluiten. De federale overheid en de deelstaten kunnen, indien zij dit wensen, hiervoor ook een gerichte financiering voorzien voor de ziekenfondsen.

De gemeenschappen die dit wensen, kunnen uiteraard beslissen om de uitbetaling van geregionaliseerde gezondheidsterugbetalingen wel aan de ziekenfondsen toe te vertrouwen. De ziekenfondsen en de VMOB's kunnen ook, op vrijwillige basis, aanvullende gezondheidsverzekeringen blijven aanbieden.

4.3. Waarom het RIZIV?

Het RIZIV staat vandaag al in voor een groot deel voor het beheer van onze ziekteverzekering. Ze bepalen de tarieven van de geneeskundige verzorging, en bepalen en controleren mee de voorwaarden waaraan iemand moet voldoen om een uitkering te ontvangen. Het RIZIV controleert ook de arbeidsongeschiktheid en beslist over de erkenning van de invaliditeit. Bovendien wordt het budget voor, bijvoorbeeld, de terugbetaling van de geneeskundige zorgen vandaag door het RIZIV aan de ziekenfondsen toegekend.

De taken van het RIZIV sluiten dus al nauw aan bij die van de ziekenfondsen, en lopen er soms ook in over. In zekere zin fungeren de ziekenfondsen vandaag dus als 'doorgeefluik' tussen het RIZIV en de burgers en zorgverleners. Hierin verschilt het RIZIV van, bijvoorbeeld, de FOD Volksgezondheid of de FOD Sociale Zaken, die eerder een beleidsondersteunende taak hebben.

In theorie zouden de problemen die we in deze resolutie aankaarten ook opgelost kunnen worden door het beheer en de uitbetaling van de verplichte ziekteverzekering in handen te leggen van één (of meerdere territoriaal verspreide) externe uitbetaler(s). Aan die uitbetaler(s) zou dan het beheer van de ziekteverzekering gegund kunnen worden door de overheid. Dit zou kunnen zorgen voor minder overheadkosten (doordat de overheid bijvoorbeeld zelf minder personeelskosten moet dragen), en kan zorgen voor een meer kostenbewuste houding bij de gunnende overheid (die kosten en kwaliteit gaat afwegen bij het gunnen van de opdracht, en actief onderhandelt over kosten en kwaliteitsdoelstellingen).

Toch lijkt die piste ons minder wenselijk dan het RIZIV verantwoordelijk maken voor de uitbetaling en het beheer van de verplichte ziekteverzekering. Een

obligatoire. En effet, une série de problèmes ressurgiraient inmanquablement: la non-transparence du fonctionnement interne et des besoins de financement ou une baisse de qualité due aux économies que l'organisme de paiement externe entend réaliser. En outre, il y a probablement peu d'organisations qui disposent des moyens en personnel, de l'infrastructure et des connaissances pour s'acquitter de cette mission, hormis peut-être les mutualités, qui ne constituent évidemment pas non plus une option souhaitable. Le paiement reviendrait alors à nouveau à une des mutualités pilariées, qui pourrait alors renforcer encore son influence. Or, éviter l'intrication entre la politique et les mutualités pilariées constitue l'un de nos principaux arguments pour retirer cette tâche des mains de ces organismes.

Il convient d'observer que le transfert de la gestion et du paiement à l'INAMI ne signifie pas nécessairement que l'ensemble des tâches exercées actuellement par les mutualités doivent être géographiquement concentrées à Bruxelles. Une certaine dose de déconcentration sera nécessaire. Prenons l'exemple des médecins-conseil: on peut difficilement attendre que toutes les personnes en incapacité de travail se rendent à Bruxelles pour se soumettre à l'examen médical du médecin-conseil. Pour maintenir une proximité suffisante entre certaines tâches et le citoyen, il sera nécessaire de créer une série de services déconcentrés placés sous la supervision de l'INAMI. Le cas échéant, l'infrastructure existante des mutualités pourra être utilisée à cette fin.

Notre parti est d'ailleurs favorable à un transfert complet de la compétence de paiement et de gestion de l'assurance maladie obligatoire aux Communautés. Cette proposition ne relève toutefois pas du champ de la présente résolution, ne fut-ce que parce que l'organisation concrète des soins de santé par les Communautés ne peut pas être réglée au travers d'une résolution fédérale. Néanmoins, nous souhaitons faire observer qu'un transfert de la gestion et du paiement à l'INAMI faciliterait également la possibilité, pour les Communautés, de ne pas être liées aux mutualités en tant qu'organismes de gestion et de paiement en cas de transfert de ces compétences aux Communautés. Ces dernières ne seraient alors pas indirectement incitées à reprendre ces mauvaises méthodes de paiement. Un transfert de la mission de gestion et de paiement à l'INAMI pourra ainsi également favoriser un éventuel transfert ultérieur d'autres compétences aux entités fédérées.

aantal problemen zouden dan immers onvermijdelijk opnieuw opduiken: intransparantie van de interne werking en financieringsnoden, of kwaliteitsverlies doordat de externe uitbeter de kosten willen drukken. Bovendien zijn er allicht weinig organisaties die beschikken over de personele middelen, infrastructuur, en kennis om deze taak uit te voeren. Behalve dan misschien de ziekenfondsen, maar dat is natuurlijk evenmin wenselijk. Dan komt de uitbetalingstaak immers opnieuw bij één van de verzulde ziekenfondsen terecht, die zijn invloed mogelijk nog verder zou versterken. Het vermijden van de verstrengeling tussen de politiek en de verzulde ziekenfondsen is nochtans een van onze voornaamste argumenten om de uitbetalingstaak bij deze instellingen weg te nemen.

Merk op dat het overdragen van het beheer en de uitbetaling naar het RIZIV, niet hoeft te betekenen dat alle relevante taken die vandaag door de ziekenfondsen gebeuren territoriaal geconcentreerd moeten worden in Brussel. Een bepaalde mate van territoriale deconcentratie zal nodig zijn. We denken bijvoorbeeld aan de adviserend artsen: we kunnen moeilijk verwachten dat alle arbeidsongeschikten naar Brussel afzakken voor het medische onderzoek door de adviserend arts. Om de uitvoering van een aantal taken voldoende dicht bij de burger te houden, zal het nodig zijn om een aantal territoriaal gedeconcentreerde diensten in het leven te roepen, die aangestuurd worden door het RIZIV. Desgevallend kan de bestaande infrastructuur van de ziekenfondsen hiervoor gebruikt worden.

Onze partij is overigens vragende partij voor een volledige overheveling van de bevoegdheid van de uitbetaling en het beheer van de verplichte ziekteverzekering naar de gemeenschappen. Dit behoort echter niet tot de scope van deze resolutie, al was het maar omdat de concrete organisatie van de gezondheidszorg door de gemeenschappen niet via een federale resolutie bepaald kan worden. Maar we merken wel graag op dat een overheveling van het beheer en de uitbetaling naar het RIZIV, ook de mogelijkheid vergemakkelijkt voor de gemeenschappen om bij een eventuele overheveling van de bevoegdheid naar de gemeenschappen niet gebonden te zijn aan de ziekenfondsen als beheers- en uitbetalingsinstelling, en ze dus ook niet indirect gestimuleerd zullen worden om deze kwalijke manier van uitbetaling over te nemen. Op die manier kan een overheveling van de beheers- en uitbetalingstaak naar het RIZIV, ook een gunstige invloed hebben op een eventuele bevoegdheidsoverdracht naar de deelstaten op een later moment.

4.4. Impact sur l'organisation interne de l'INAMI

L'INAMI est géré paritairement, ce qui est propre aux institutions publiques de sécurité sociale (IPSS) telles qu'elles se sont historiquement développées en Belgique. Nous nous interrogeons quant à l'adéquation de cette gestion paritaire poussée, notamment en raison de certains éléments déjà évoqués plus haut (exemple: l'intrication des intérêts des partenaires sociaux et de l'intérêt général). Nous ne proposons toutefois pas de supprimer purement et simplement la gestion paritaire de l'INAMI.

Ce que nous proposons, c'est que les mutualités ne soient plus représentées dans les différents organes de gestion de l'INAMI comme le Comité général de gestion, les Comités de gestion des services de l'INAMI (Service des indemnités, SECM, etc.), et dans les commissions d'accords et de conventions. Étant donné que les mutualités n'exerceraient plus aucune tâche dans le cadre de la gestion de l'assurance obligatoire, cette mesure ne serait que logique. Il convient également de mettre un terme à la représentation des mutualités dans d'autres comités de gestion comme le Comité de gestion de la sécurité sociale, dans lequel siège le CIN. La disparition des mutualités des différents organes de concertation paritaires aura en tout état de cause comme effet positif que les intérêts particuliers et les agendas idéologiques des mutualités pilariées n'auront plus d'impact sur les décisions prises.

Il serait opportun d'examiner qui pourrait remplacer les mutualités dans les organes de gestion. En effet, plusieurs comités de gestion placés sous l'autorité de l'INAMI sont composés de manière paritaire de représentants des mutualités, d'une part, et, d'autre part, de représentants des prestataires de soins. Nous songeons par exemple au Comité de l'assurance, aux Commissions de conventions ou d'accords et au Comité du SECM. Nous estimons que la présence des prestataires de soins constitue certainement une plus-value à préserver compte tenu de leurs connaissances pratiques et de leur expertise. Par ailleurs, nous estimons qu'il serait souhaitable de remplacer, au sein des organes de gestion, les mutualités par:

a) des commissaires du gouvernement: cela permettrait de renforcer la légitimité politique des décisions prises, d'informer plus rapidement le ministre compétent de problèmes éventuels et de garantir qu'une attention suffisante soit accordée aux objectifs fixés par le gouvernement. Il convient de souligner que les commissaires du gouvernement doivent, à nos yeux, disposer d'une voix délibérative, et pas seulement d'une voix consultative;

4.4. Impact op de interne organisatie van het RIZIV

Het RIZIV wordt paritair beheerd, wat nu eenmaal inherent is aan de openbare instellingen van sociale zekerheid (OISZ) zoals die historisch gegroeid zijn in België. We stellen ons vragen bij de wenselijkheid van dit verregaande paritair beheer, onder andere omwille van enkele zaken die we eerder aanhaalden (bvb. vermenging van de belangen van de sociale partners en het algemeen belang). We stellen echter niet voor om het paritair beheer van het RIZIV als zodanig af te schaffen.

Wat we wel voorstellen, is dat de ziekenfondsen niet langer vertegenwoordigd zijn in de verschillende beheersorganen van het RIZIV, zoals het Algemeen Beheerscomité, de Beheerscomités van de diensten die onder het RIZIV ressorteren (Dienst voor Uitkeringen, DGEC, etc.), en de Akkoorden- en overeenkomstencommissies. Vermits de ziekenfondsen geen taak meer zouden hebben in het beheer van de verplichte verzekering, is dit ook maar logisch. De vertegenwoordiging van de ziekenfondsen in andere beheerscomités, zoals het Beheerscomité van de Sociale Zekerheid waar het NIC in zetelt, moet eveneens verdwijnen. Het verdwijnen van de ziekenfondsen uit de verschillende paritaire beheersorganen zal sowieso al als positief gevolg hebben dat de particuliere belangen en de ideologische agenda van de zuilgebonden ziekenfondsen niet langer een invloed uitoefenen op de genomen beslissingen.

Er wordt best onderzocht wie de plaats van het ziekenfondsen in de beheersorganen kan innemen. Verschillende Beheerscomités die onder het RIZIV ressorteren, zijn paritair samengesteld uit, enerzijds, vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, en, anderzijds, vertegenwoordigers van de zorgverleners. We denken bijvoorbeeld aan het Verzekeringscomité, de Akkoorden- en Overeenkomstencommissies, en het Comité van de DGEC. De bestaande betrokkenheid van zorgverleners lijkt ons omwille van hun praktische kennis en deskundigheid zeker een meerwaarde die behouden moet blijven. De plaats van de ziekenfondsen in de beheersorganen wordt, wat ons betreft, best ingenomen door:

a) regeringscommissarissen: dit kan de politieke legitimiteit van de genomen beslissingen versterken, maakt dat de bevoegde minister sneller op de hoogte gesteld wordt van eventuele problemen, en garandeert dat de doelstellingen die door de regering vooropgesteld werden, voldoende in het oog gehouden worden. Merk op dat de regeringscommissarissen wat ons betreft stemgerechtigd moeten zijn, en niet louter een raadgevende stem hebben;

b) des fonctionnaires des services de l'INAMI concernés: l'INAMI reprendra en effet à son compte certaines missions des mutualités et sera ainsi associée de manière plus directe au versement des remboursements octroyés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Il en résulte qu'ils auront également une meilleure vue d'ensemble sur les conséquences pratiques et budgétaires des décisions prises.

Dans le même ordre d'idées, il convient de profiter également du transfert à l'INAMI de la mission de versement pour examiner dans quelle mesure il est encore opportun que tous les services de l'INAMI disposent d'organes de gestion composés de manière paritaire, où siègent également des personnes externes. Par exemple, le Service du contrôle administratif (SCA) est aujourd'hui cogéré par la "commission technique" composée de représentants du SCA lui-même, d'une part, et, d'autre part, des mutualités. Il nous paraît logique de ne plus y associer les mutualités dès lors qu'elles ne seront plus chargées du versement des remboursements octroyés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, et que la direction du SCA se limite à un comité de direction classique, où ne siègeraient que le fonctionnaire dirigeant et les représentants des services et cellules placés sous l'autorité du SCA.

Indépendamment de ce qui précède, nous constatons que le SCA est aujourd'hui chargé non seulement du contrôle des bénéficiaires de l'AMI, mais aussi du contrôle des mutualités. En effet, le SCA vérifie si les mutualités remplissent correctement leur mission de remboursement et ne procèdent pas à des remboursements indus. Dès lors que le versement des remboursements octroyés dans le cadre de l'AMI n'incombera pas au SCA lui-même, ce service pourra certainement continuer à mener une partie de ces missions de contrôle à l'égard du service de l'INAMI qui se chargera dudit versement. Toutefois, nous estimons que l'attribution de la mission de versement à l'INAMI nécessitera la réalisation d'un audit externe périodique (annuel, par exemple), qui évaluera aussi bien l'exercice de la mission de versement par l'INAMI que le contrôle de cette mission par le SCA. Le caractère externe de cet audit sera nécessaire pour pouvoir garantir l'objectivité de l'évaluation.

b) ambtenaren van de betrokken RIZIV-diensten: het RIZIV zal immers enkele taken van de ziekenfondsen overnemen, en zo op een meer directe manier betrokken worden bij de uitbetaling van de verplichte ziekteverzekering. Dit maakt dat ze ook een beter zicht zullen hebben op de praktische en budgettaire gevolgen van de genomen beslissingen.

Hieraan gekoppeld moet de overheveling van de uitbetalingstaak naar het RIZIV ook aangewend worden om te bekijken in welke mate het nog wenselijk is dat alle RIZIV-diensten beschikken over paritair samengestelde beheersorganen, waarbij externen betrokken worden. De Dienst voor Administratieve Controle (DAC) wordt vandaag bijvoorbeeld mee beheerd door de 'technische commissie' die bestaat uit vertegenwoordigers van, enerzijds, de DAC zelf, en anderzijds, de ziekenfondsen. Het lijkt ons logisch dat de ziekenfondsen niet meer betrokken worden als zij niet langer instaan voor de uitbetaling van de verplichte ziekteverzekering, en dat de leiding van de DAC beperkt blijft tot een typisch directiecomité, waarin louter de leidend ambtenaar en vertegenwoordigers van de diensten en cellen die onder de DAC ressorteren vertegenwoordigd zijn.

Los daarvan stellen we vast dat de DAC vandaag niet enkel instaat voor de controle op de ZIV-gerechtigden, maar ook op de ziekenfondsen. De DAC controleert of de ziekenfondsen de uitbetalingstaak correct toepassen en geen onterechte betalingen uitvoeren. Vermits de uitbetaling van de ziekteverzekering niet onder de DAC zelf zal ressorteren, kan ze een deel van deze controletaken zeker blijven uitvoeren ten aanzien van de RIZIV-dienst die de uitbetaling op zich zal nemen. Maar een inkanteling van de uitbetalingstaak bij het RIZIV noopt volgens ons wel tot de inrichting van een periodieke (bvb. jaarlijkse) externe audit, die zowel de uitbetaling door het RIZIV als de controle hierop door de DAC evalueert. Dit externe karakter is nodig om een objectieve beoordeling te kunnen waarborgen.

Cet audit externe visera à évaluer l'efficacité, la transparence et le rapport coût-efficacité de l'exercice de la mission de versement par l'INAMI.

Deze externe audit richt zich op de evaluatie van de doelmatigheid, de transparantie, en de (kosten)efficiëntie van de uitoefening van de uitbetalingstaak door het RIZIV.

Valerie VAN PEEL (N-VA)
Kathleen DEPOORTER (N-VA)
Frieda GIJBELS (N-VA)
Wim VAN der DONCKT (N-VA)
Björn ANSEEUW (N-VA)
Wouter RASKIN (N-VA)
Theo FRANCKEN (N-VA)
Darya SAFAI (N-VA)
Sigrid GOETHALS (N-VA)

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. constatant que la situation telle qu'elle se présente en Belgique, où l'assurance obligatoire soins de santé est gérée par des mutualités ou des assureurs qui se font concurrence, est assez exceptionnelle et ne se présente plus, au sein de l'Union européenne, qu'en Allemagne, aux Pays-Bas, en République tchèque et en Slovaquie;

B. soulignant que la situation telle qu'elle se présente en Belgique, où les organismes concurrents en charge du versement des remboursements dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé sont très marqués politiquement, est unique dans le monde occidental;

C. constatant que, selon Eurostat, la part du PIB captée par les organismes administratifs chargés de la régulation, du financement et du remboursement des soins de santé est plus élevée en Belgique et dans les pays dotés d'un système similaire de mutualités en concurrence;

D. concluant que, dans la plupart des pays européens, la gestion de l'assurance obligatoire soins de santé et les remboursements effectués dans ce cadre sont entre les mains d'un organisme payeur national unique, ou de plusieurs organismes payeurs régionaux qui ne sont pas en concurrence;

E. constatant également que l'OMS conclut sur la base de nombreuses études académiques que les avantages d'un système où les mutualités sont en concurrence ne compensent jamais les frais élevés et les inconvénients afférents à ce système;

F. constatant par ailleurs que l'OMS souligne qu'un système où les mutualités se font concurrence débouche sur une sélection des risques, les mutualités souhaitant réduire leurs coûts et maximiser leurs recettes, fût-ce au détriment de leurs membres;

G. soulignant qu'il existe aussi en Belgique de nombreux exemples concrets d'inconvénients liés au système où les mutualités sont en concurrence, contre lesquels l'OMS met en garde;

H. constatant qu'en Belgique, les mutualités pilariées entretiennent des liens étroits avec certains partis politiques, notamment avec ceux qui ont souvent fourni les ministres fédéraux des Affaires sociales et de la Santé publique ces septante dernières années;

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. stelt vast dat de Belgische situatie, waarin de verplichte ziekteverzekering beheerd wordt door onderling concurrerende ziekenfondsen of verzekeraars, redelijk uitzonderlijk is, en binnen de EU enkel nog in Duitsland, Nederland, Tsjechië en Slowakije voorkomt;

B. merkt op dat de Belgische situatie, waarbij de concurrerende uitbetalingsinstellingen van de verplichte ziekteverzekering sterk politiek verzuild zijn, uniek is in de Westerse wereld;

C. stelt vast dat in België, en in landen met een gelijkwaardig systeem van concurrerende ziekenfondsen, volgens Eurostat gemiddeld een groter deel van het BBP naar administratieve instanties vloeit die zich bezig houden met regulering, financiering en uitbetaling binnen de gezondheidszorg;

D. concludeert dat de meeste EU-landen een systeem kennen waarbij het beheer en de uitbetaling van de verplichte ziekteverzekering in handen is van één unieke, nationale uitbeter, of van meerdere regionale uitbetalers die niet met elkaar in concurrentie treden;

E. stelt eveneens vast dat het WHO op basis van veelvuldig academisch onderzoek concludeert dat de voordelen van een systeem met onderling concurrerende ziekenfondsen nooit opwegen tegen de hoge kosten en nadelen van een dergelijk systeem;

F. stelt eveneens vast dat het WHO erop wijst dat een systeem met onderling concurrerende ziekenfondsen aanleiding geeft tot risicoselectie, waarbij de ziekenfondsen hun kosten willen drukken en hun inkomsten willen maximaliseren, ook ten koste van hun leden;

G. merkt op dat er ook in België veel concrete voorbeelden te geven zijn van de nadelen van een systeem met concurrerende ziekenfondsen waar het WHO voor waarschuwt;

H. stelt vast dat de verzuilde ziekenfondsen in België sterke banden hebben met bepaalde politieke partijen, en dan in het bijzonder met de partijen die gedurende de laatste 70 jaar vaak de bevoegde federale minister leverden van Sociale Zaken en Volksgezondheid;

I. constatant que l'intrication entre les mutualités et la politique crée un contexte dans lequel les gouvernements cherchent souvent à protéger les intérêts des mutualités et à les récompenser, plutôt qu'à les contrôler et à les responsabiliser de la meilleure façon possible, ce qui entrave un fonctionnement et un financement efficaces et efficients des mutualités, comme le montrent divers exemples concrets;

J. renvoyant au constat de la Cour des comptes selon lequel les mutualités ne remplissent pas leur obligation légale de veiller, au sein des organes de concertation de l'INAMI, à la maîtrise des dépenses de santé, parce que cela ne coïncide pas avec leurs intérêts idéologiques et particuliers;

K. constatant que les missions des médecins-conseils (évaluer objectivement les personnes en incapacité de travail, encourager leur retour au travail) sont parfois en contradiction avec les intérêts particuliers et idéologiques des mutualités pour lesquelles ils travaillent;

L. considérant que, ces dernières années, les ministres compétents n'ont pas été en mesure de fournir, en réponse à des questions parlementaires, certaines données évidentes relatives à l'assurance maladie-invalidité, parce que les mutualités ne les fournissent ou ne les collectent pas, et que les services de contrôle de l'INAMI n'ont pas un accès direct à diverses données concernant les assurés qui sont pourtant nécessaires à leur contrôle et qui sont détenues par les mutualités (point critiqué par la Cour des comptes);

M. considérant que même la Cour des comptes, en raison du manque d'informations transparentes, n'a pas été en mesure de déterminer si le financement de l'INAMI destiné à indemniser les frais de fonctionnement des mutualités est suffisant, et qu'un audit indépendant a montré dès 1987 que le mécanisme de financement, toujours en vigueur, de ces frais de fonctionnement entraîne un surfinancement structurel;

N. constatant que la comptabilité interne, le fonctionnement et les flux financiers des mutualités sont difficiles à établir dans leur intégralité par les autorités, notamment parce que:

N.1. les mutualités logent leurs biens immobiliers dans des asbl patrimoniales qui ne sont pas contrôlées par l'OCM et qui gèrent également d'autres immeubles et participent au capital d'institutions de soins et d'entreprises privées;

N.2. le contrôle visant à déterminer si les comptes des mutualités donnent une image fidèle de leurs activités

I. merkt op dat de verstrengeling tussen de ziekenfondsen en de politiek een context creëert waarbij regeringen vaak tot doel hebben om de belangen van de ziekenfondsen te behartigen en om ze te belonen, en niet om ze optimaal te controleren en te responsabiliseren, wat een effectieve en kostenefficiënte werking en financiering van de ziekenfondsen in de weg staat, zoals uit verschillende concrete voorbeelden blijkt;

J. verwijst naar de vaststelling van het Rekenhof dat de ziekenfondsen hun wettelijke taak om in de RIZIV-overlegorganen mee te waken over de beheersing van de gezondheidszorguitgaven niet nakomen, omdat dit niet strookt met hun ideologische en particuliere belangen;

K. stelt vast dat de taken van de adviserend artsen (arbeidsongeschikten objectief beoordelen, aanmoedigen tot wedertewerkstelling) soms op gespannen voet staan met de particuliere en ideologische belangen van de ziekenfondsen waar zij voor werken;

L. merkt op dat de bevoegde ministers de laatste jaren bepaalde voor de hand liggende gegevens met betrekking tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering niet konden verstrekken in antwoord op parlementaire vragen, omdat de ziekenfondsen ze niet aanleveren of verzamelen, en dat de controlediensten van het RIZIV geen rechtstreekse toegang hebben tot verschillende gegevens van verzekerden die voor hun controles nochtans noodzakelijk zijn en die zich bij de ziekenfondsen bevinden (wat bekritiseerd wordt door het Rekenhof);

M. merkt op dat zelfs het Rekenhof door het gebrek aan transparante informatie niet in staat bleek om vast te stellen of de RIZIV-financiering die naar de werkingskosten van de ziekenfondsen vloeit toereikend is, en dat een onafhankelijke audit reeds in 1987 uitwees dat het huidige, nog steeds bestaande, financieringsmechanisme van deze werkingskosten voor een structurele overfinanciering zorgt;

N. stelt vast dat interne boekhouding, werking en geldstromen van de ziekenfondsen moeilijk volledig vast te stellen zijn voor de overheid, onder andere omdat:

N.1. ziekenfondsen hun onroerende goederen onderbrengen bij patrimoniale vzw's die niet door de CDZ gecontroleerd worden en die ook andere gebouwen beheren en deelnemen in het kapitaal van zorginstellingen en private ondernemingen;

N.2. de controle of de boekhouding van de ziekenfondsen een getrouw beeld geeft van de onderliggende

sous-jacentes n'est pas effectué directement par les autorités, mais par des réviseurs choisis par les mutualités elles-mêmes;

O. renvoyant aux observations de la Cour des comptes, qui constate que les mécanismes de contrôle interne des mutualités sont souvent opaques pour les autorités;

P. concluant que le transfert à l'INAMI de la compétence relative à la gestion et au paiement de l'assurance-maladie obligatoire présente plusieurs avantages, notamment:

P.1. un accès direct et complet à toutes les données pertinentes sur les opérations et les personnes assurées, ce qui facilite le contrôle;

P.2. la possibilité d'éviter la sélection des risques et la maximisation des revenus aux dépens de l'assuré;

P.3. la possibilité de supprimer toute intrication entre les organismes de paiement et la politique partisane;

P.4. la possibilité pour le ministre d'intervenir plus rapidement en cas de problèmes;

P.5. la création d'un contexte permettant d'installer une transparence totale en ce qui concerne les coûts de fonctionnement;

P.6. la possibilité de réaliser des économies en supprimant des structures fragmentées et de contrôle ainsi que l'octroi d'avantages financiers à des mutualités par des gouvernements amis;

P.7. la possibilité d'éviter toute interférence entre des intérêts particuliers et idéologiques des mutualités et la gestion de l'assurance-maladie publique;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. d'œuvrer pour que la compétence de gestion et de paiement de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle que prévue par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 soit transférée des organismes assureurs à l'INAMI. Sont inclus à cet égard le remboursement des prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, les allocations d'incapacité de travail et d'invalidité, les allocations dues à la suite de la naissance d'un enfant (congé de maternité, écartement du travail, congé de naissance et congé d'allaitement), le congé d'adoption et le congé parental d'accueil. Toutes les

activités niet rechtstreeks door de overheid gebeurt, maar wel door revisoren die de ziekenfondsen zelf kiezen;

O. verwijst naar de opmerkingen van het Rekenhof, dat vaststelt dat de interne controlemechanismen van de ziekenfondsen voor de overheid vaak ondoorzichtig zijn;

P. concludeert dat het onderbrengen van de bevoegdheid van het beheer en de uitbetaling van de verplichte ziekteverzekering bij het RIZIV meerdere voordelen heeft, zoals:

P.1. directe en volledige toegang tot alle relevante data over de verrichtingen en de verzekerden, wat de controle ten goede komt;

P.2. risicoselectie en inkomensmaximalisatie ten koste van de verzekerden kan worden vermeden;

P.3. de verstrengeling tussen de uitbetalingsinstellingen en de partijpolitiek kan ongedaan gemaakt worden;

P.4. de minister sneller kan ingrijpen bij problemen;

P.5. er een context geschapen wordt waarbij volledige transparantie over de werkingskosten kan bekomen worden;

P.6. er ruimte is voor een kostenbesparing dankzij de afschaffing van versnipperde en controlerende structuren en de financiële bevoordeling van ziekenfondsen door bevriende regeringen;

P.7. het helpt vermijden dat particuliere en ideologische belangen van de ziekenfondsen interfereren met het beheer van de publieke ziekteverzekering;

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. werk te maken van een overheveling van de verzekeringsinstellingen naar het RIZIV, van de beheer- en uitbetalingsbevoegdheid inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, als bedoeld in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994. Inbegrepen hierbij zijn: de terugbetaling van de verstrekkingen in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, de arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsuitkeringen, de uitkeringen naar aanleiding van de geboorte van een kind (moederschapsrust, werkverwijdering,

tâches de contrôle y afférentes et tous les médecins-conseils relèveront également de l'INAMI;

2. de redéfinir la composition du Comité général de gestion de l'INAMI et des différents organes de gestion qui relèvent de l'INAMI afin que les organismes assureurs n'y soient plus représentés;

2.1. d'œuvrer dans ce cadre à la mise en place d'une représentation plus importante au sein des organes de gestion des services de l'INAMI des commissaires du gouvernement et, le cas échéant, des agents des services de l'INAMI concernés, dans le prolongement de l'extension des missions de gestion et de paiement confiées à ceux-ci;

2.2. dans le cadre de la suppression de la représentation des organismes assureurs, d'examiner dans quelle mesure il est encore souhaitable que certains services de l'INAMI disposent d'organes de gestion accueillant des personnes externes ou composés de façon paritaire;

3. lorsque la compétence de gestion et de paiement de l'assurance maladie obligatoire aura été transférée à l'INAMI, de prévoir un audit externe périodique du paiement de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par l'INAMI afin de garantir une évaluation objective de l'efficacité, de la transparence et de l'efficacité (en termes de coût) de l'exécution de la mission de paiement;

4. dans les limites des compétences fédérales, de réorienter la tâche des unions nationales et des mutualités pour en faire des guichets de conseil et d'orientation en matière de santé pour les personnes qui s'y affilient volontairement.

12 mai 2022

geboorteverlof en borstvoedingsverlof), het adoptieverlof en het pleegouderverlof. Ook alle hieraan gekoppelde controletaken en de adviserend artsen worden bij het RIZIV ondergebracht;

2. de samenstelling van het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV, en de verschillende beheersorganen die onder het RIZIV ressorteren, te hertekenen, zodat de verzekeringsinstellingen hierin niet langer vertegenwoordigd zijn;

2.1. hieraan gekoppeld werk te maken van een prominenter vertegenwoordiging van regeringscommissarissen in de beheersorganen van de RIZIV-diensten, alsook, indien relevant, van de ambtenaren van de betrokken RIZIV-diensten, in lijn met hun uitgebreidere beheers- en uitbetalingstaken;

2.2. gekoppeld aan de schrapping van de vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen te onderzoeken in welke mate het nog wenselijk is of bepaalde RIZIV-diensten beschikken over beheersorganen waarbij externen betrokken worden of die paritair samengesteld zijn;

3. na de overheveling van de beheers- en uitbetalingsbevoegdheid van de verplichte ziekteverzekering naar het RIZIV te voorzien in een periodieke externe audit van de uitbetaling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen door het RIZIV, met het oog op het garanderen van een objectieve evaluatie van de doelmatigheid, de transparantie en de (kosten)efficiëntie van de uitoefening van de uitbetalingstaak;

4. binnen de perken van de federale bevoegdheden, de taak van de landsbonden en de ziekenfondsen te heroriënteren naar die van loketten van gezondheidsadvies en doorverwijzing voor de leden die zich vrijwillig bij hen aansluiten.

12 mei 2022

Valerie VAN PEEL (N-VA)
Kathleen DEPOORTER (N-VA)
Frieda GIJBELS (N-VA)
Wim VAN der DONCKT (N-VA)
Björn ANSEEUW (N-VA)
Wouter RASKIN (N-VA)
Theo FRANCKEN (N-VA)
Darya SAFAI (N-VA)
Sigrid GOETHALS (N-VA)