



60 jaar van het RIZIV, Onze bakens voor de toekomst

Mai 2024



.be

Voorwoord

10 jaar geleden, in 2014, werd 50 jaar RIZIV gevierd. Dat ging gepaard met een terugblik op de verworvenheden en vooruitgang van de voorbije decennia, alsook een blik op de toekomst. Die visie werd neergeschreven in een document met de titel “Mijlpalen van het verleden. Bakens voor de toekomst”. Dit document kwam mede tot stand op basis van bevolkingsonderzoek en dialoog met onze partners en belanghebbenden.

Dit jaar, in 2024, vieren we 60 jaar RIZIV. De voorbije 10 jaar is er veel gebeurd.

Binnen de sectoren van sociale zekerheid die het RIZIV beheert, werd via grotere en kleinere beleidshervormingen stevig gewerkt aan het verbeteren van de bescherming en ondersteuning van de sociaal verzekerden of rechthebbenden, zowel op vlak van gezondheidszorg, arbeidsongeschiktheid, als op het vlak van medische ongevallen.

De samenleving werd gekenmerkt door een doorzetting van trends inzake vergrijzing, digitalisering, medische innovatie, enz., Maar ook nieuwe gebeurtenissen hadden een belangrijke impact op het eco-systeem van het RIZIV. De aandacht voor de maatschappelijke problematiek van mentaal onwelbevinden staat op het voorfront op een manier die 10 jaar geleden niet vermoed was. De COVID-19 pandemie confronteerde ons met de kwetsbaarheid en de beperkingen van het gezondheids(zorg)systeem, ondanks de buitengewone inspanningen van onze gezondheidswerkers. Het probleem van de beschikbaarheid aan medisch personeel en het mentale welzijn van onze zorgprofessionals, zijn eveneens sterk op de voorgrond getreden.

Ook het RIZIV heeft niet stilgestaan. Ondertussen huizen we al enkele jaren samen met de FOD Volksgezondheid (FOD VVVL) en het Geneesmiddelenagentschap (FAGG) in het Galilei-gebouw. Dit heeft aanleiding gegeven tot meer samenwerking, die broodnodig is om de uitdagingen van vandaag en morgen slagkrachtig aan te pakken. Telewerk, overleg op afstand, projectwerking, etc. hebben zich allemaal in een hoog tempo uitgerold in onze organisatie.

Om die redenen besloten we met het Directiecomité van het RIZIV, dat overigens quasi-volledig vernieuwd werd in de voorbije jaren, een update te maken van de Bakens voor de toekomst. Daarbij hebben we opnieuw onze historiek en wortels, ons DNA, bevestigd. En tegelijkertijd nagedacht over de bakens van de toekomst die ons kompas moeten vormen. We nemen daarbij het resultaat van oefeningen mee die de voorbije jaren gebeurden met het oog op visievorming, denk bijvoorbeeld aan de toekomstvisie van de gezondheidszorg die werd ontwikkeld door een groep stakeholders van het Verzekeringscomité, via een opdracht van dat comité aan de vzw Living Tomorrow,

Het gaat om een document van het RIZIV als administratie, waarvoor we als administratie ook de volle verantwoordelijkheid nemen. Het is een document dat uitnodigt tot dialoog: met onze beheerders, met onze medico-sociale partners, met onze belanghebbenden en klanten, met onze partner-administraties op federaal niveau en op andere bestuursniveaus, en natuurlijk ook met de politieke verantwoordelijken en de maatschappij in zijn geheel.

In die zin moet het document ook als een levend document worden beschouwd. Het RIZIV zal het als basis gebruiken om ideeën verder te ontwikkelen en te verfijnen en na te gaan hoe deze in de strategieën, projecten en acties van het RIZIV kunnen worden geconcretiseerd, onder meer via toekomstige Bestuursovereenkomsten. Dat zal vanzelfsprekend, zoals het tot het DNA van het RIZIV zelf behoort, gebeuren binnen het beleidskader dat door onze beheerders en politieke verantwoordelijken tot stand wordt gebracht.

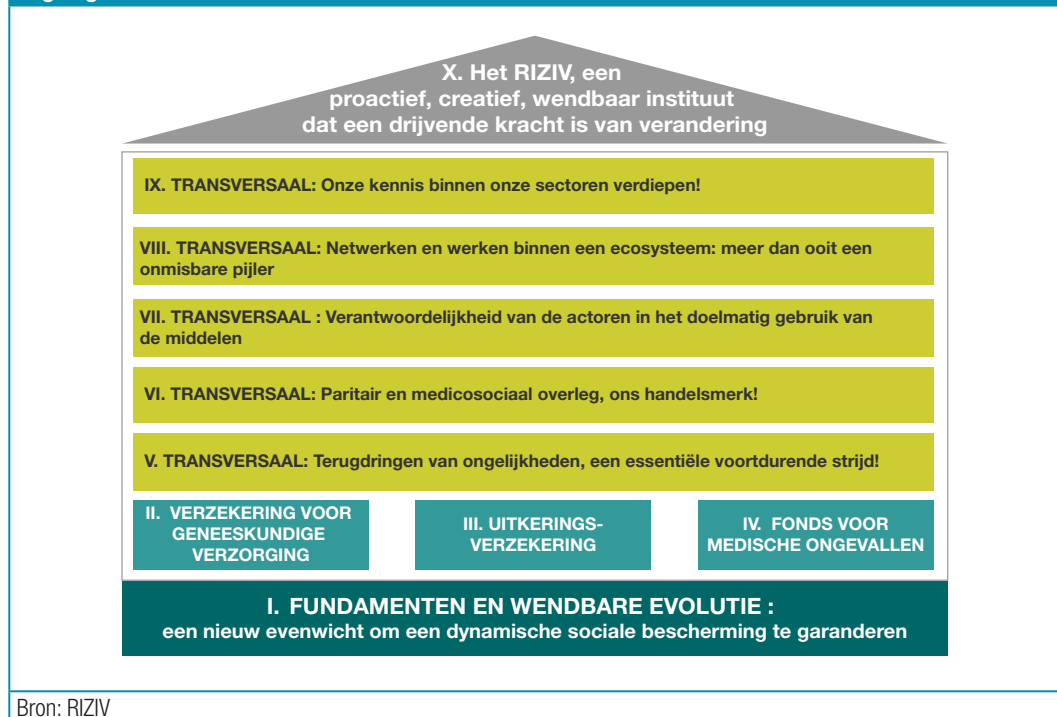
Dit document is niet alomvattend, noch staat het op zichzelf. Thema's als het verzekeren van een duurzame, solidaire financiering van de sociale zekerheid, het stroomlijnen en vereenvoudigen van sommige begrippen over takken en stelsels van de sociale zekerheid heen, het verder doorzetten van digitalisering en e-government (bv. in het kader van het programma eGov 3.0.), het debat over de individualisering van rechten, e.d.m. vormen bijvoorbeeld het voorwerp van debat in het College van OISZ, waar het RIZIV actief aan bijdraagt. Als deze thema's in voorliggend document niet of minder aan bod komen, dan is dat omdat ze elders grondig worden uitgewerkt.

Als RIZIV-administratie beschouwen we het een voorrecht om dagelijks te mogen werken aan een maatschappelijke opdracht die het verschil maakt voor mensen wanneer zij getroffen worden door ziekte en de gevolgen ervan. Het RIZIV wil een proactieve, professionele, betrouwbare actor zijn ten aanzien van de sociale partners en ziekenfondsen die onze beheerders zijn, van de partners in het overlegmodel en van onze politieke verantwoordelijken. Laat ons samen voortbouwen op de fundamentele uit het verleden, waarbij we sterkten blijven verankeren, en door investering en hervorming het gezondheidssysteem, de ziekteverzekering, de uitkeringsverzekering en de sector van medische ongevallen klaarmaken voor de huidige en volgende generaties.

Benoit Collin
Administrateur-generaal

Pedro Facon
Adjunct-administrateur-generaal

Organigram 1: 10 Bakens voor de toekomst



Inhoudstafel

Voorwoord 1

1^e Baken - Fundamenten en wendbare evolutie :
een nieuw evenwicht om een dynamische sociale
bescherming te garanderen..... 5

1. Fundamenten inzake “sociale zekerheid” 6

2. Fundamenten inzake “gezondheid” 10

3. Behoeftte aan bestendigheid en agility 14

2^e Baken - Verzekering voor Geneeskundige
verzorging: Van een verzekering tegen ziektekosten
naar een hefboom voor een goede gezondheid 17

3^e Baken - Uitkeringsverzekering: Van een
verzekering die arbeidsongeschiktheid dekt
naar een hefboom “voor werkhervatting dankzij
restcapaciteiten” 25

4^e Baken - Fonds voor medische ongevallen:
Een hefboom om de medische ongevallen
te beoordelen en abnormale risico's van de
gezondheidszorg te vergoeden..... 29

5^e Baken - Transversaal : Terugdringen van
ongelijkheden, een essentiële voortdurende strijd! 33


6^e Baken - Transversaal : Paritair en medico-
sociaal overleg, ons handelsmerk! 37

7 ^e Baken - Transversaal: Verantwoordelijkheid van de actoren in het doelmatig gebruik van de middelen.....	43
8 ^e Baken - Transversaal : Netwerken en werken binnen een ecosysteem: meer dan ooit een onmisbare pijler	47
9 ^e Baken - Transversaal: Onze kennis binnen onze sectoren verdiepen!.....	51
10 ^e Baken - Het RIZIV, een proactief, creatief, wendbaar instituut dat een drijvende kracht is van verandering.....	55

1^e Baken
Fundamenten en
wendbare evolutie :
een nieuw evenwicht
om een dynamische
sociale bescherming te
garanderen



In het kader van de actualisering van de bakens voor de toekomst van het RIZIV en van de ZIV (Ziekte- en invaliditeitsverzekering) leek het ons evident om als basis van die visie eerst de "fundamenten" uiteen te zetten en toe te lichten waarom we zijn opgericht, waarom we bestaan en waarom we ons verder moeten blijven ontwikkelen, evolueren, en tegelijkertijd trouw aan onszelf blijven.

 Dit is geen terugkeer naar het verleden, maar eerder een herbevestiging van de relevantie, de moderniteit en het toekomstpotentieel van deze fundamenten die aan de basis liggen van ons handelen, ongeacht het tijdperk waarin we ons bevinden.

Maar tijden veranderen, net zoals behoeften, risico's en uitdagingen. Sociale bescherming moet daarom op stevige fundamenten steunen om de continuïteit en het voortbestaan van haar oorspronkelijke doelstellingen te garanderen, maar moet ook agile evolueren om zich aan nieuwe parameters en nieuwe realiteiten aan te passen.

Het is dus zoeken naar een nieuw evenwicht tussen volwaardig gedragen fundamenten en een agile evolutie om een dynamische sociale bescherming op het gebied van gezondheidszorg te garanderen, een punt dat onze drie sectoren in de sociale zekerheid gemeen hebben.

Het RIZIV is:

- een **openbare** instelling
- van **sociale zekerheid**
- verantwoordelijk voor het beheer
 - van een **regeling voor verplichte verzekering voor "geneeskundige verzorging" en "uitkeringen"** georganiseerd in twee onderscheiden takken
 - van een **regeling voor de vergoeding van medische ongevallen** die in een aparte tak wordt georganiseerd

Artikel 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, definieert en vat onze opdrachten aldus samen.

1. Fundamenten inzake "sociale zekerheid"

Die definitie van artikel 1 van de gecoördineerde wet van 1994 is gebaseerd op de wet van 1963 tot oprichting van het RIZIV, maar is niettemin gebaseerd op de invoering van de sociale zekerheid in 1944 en binnen dit algemene Belgische kader van een nieuwe sociale bescherming, op de invoering in 1945 van de verplichte verzekering tegen "ziekte" en "invaliditeit".

Deze directe en oorspronkelijke afstamming van het RIZIV en van de ZIV (Ziekte- en invaliditeitsverzekering) die later VGVU werd (Verzekering voor Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen), vanuit de sociale zekerheid, bepaalt zowel het sociale beschermingsmodel ten aanzien van gedekte personen als het beheermodel van deze twee oorspronkelijke sectoren, in 2014 aangevuld met een derde sector, alsook het beheermodel van een parastatale overheidsinstelling.

Op basis van het Bismarckiaanse "beroepsmodel" bieden we net als andere socialezekerheidssectoren **dekking voor een individueel sociaal risico op basis van een verplichte en niet-selectieve verzekering** dankzij **collectieve solidaire financiering** via sociale bijdragen die door werknemers en werkgevers worden betaald (naargelang het statuut van de werknemer) en zelfstandigen, aangevuld met overheidsfinancieringen (subsidies, belastingen, alternatieve financiering).

De aanbeveling van de Raad van de Europese Unie van 8 november 2019 met betrekking tot de toegang tot sociale bescherming voor werknemers en zelfstandigen verwoordt duidelijk de essentiële functie van sociale bescherming, ongeacht het bestaande model:



“De socialebeschermingsstelsels, in hun verschillende vormen, vormen de hoeksteen van het Europees sociaal model en van een goed werkende sociale markteconomie. De belangrijkste functie van sociale bescherming is het beschermen van mensen tegen de financiële gevolgen van sociale risico's, zoals ..., het voorkomen en verminderen van armoede en het waarborgen van een fatsoenlijke levensstandaard. “ (overweging (8))

Die tekst benadrukt ook wat we de "**virtueuze cirkel**" tussen sociale bescherming en sociale markteconomie noemen: "Goed ontworpen socialebeschermingsstelsels kunnen ook de arbeidsmarkt-participatie bevorderen door bij te dragen tot activering, de terugkeer naar het werk te faciliteren en de arbeidsmarkttransitie te ondersteunen" (overweging (8))

Een "**virtueuze cirkel**" waarin activiteit en werk deelnemen "aan de goede werking van de sociale markteconomie" en aan de economische en sociale welvaart. Beiden zorgen op hun beurt voor de financiering van de sociale bescherming; sociale bescherming die naast de dekking van het individuele of familiale risico, de gedekte persoon in staat stelt om aan het werk te blijven of opnieuw aan het werk te gaan. Daardoor wordt een einde gesteld aan het gedekte sociale risico of wordt de periode van dit risico verkort. Door aan het werk te blijven of opnieuw aan het werk te gaan, wordt de cyclus opnieuw opgestart.

Deze "**virtueuze cirkel**" ligt aan de basis van het **sociaal pact** tussen werkgevers en werknemers dat door zijn integratie in het officiële wettelijk kader, onder meer heeft geleid tot de oprichting van onze sociale zekerheid in 1944, en van ons **Belgisch model van sociaal overleg en paritair beheer** als **specifieke beheersmethode** van de socialezekerheidssectoren (opdrachten), maar ook van de openbare instellingen van sociale zekerheid (beheer). Bovendien werd de erkenning en het behoud van de rol toebedeeld aan de **historische actoren** van verschillende socialezekerheidssectoren – de verzekeringsinstellingen (ziekenfondsen)¹ en de sociale partners voor onze ZIV sectoren - die een aanvulling vormen op dit **beheersmodel** dat resoluut **parastataal** is en niet door de staat wordt geleid, zoals meer het geval is in landen van het Beveridgiaans model.

Die **virtueuze cirkel**, het **sociaal pact** en dit beheersmodel en partiair overleg moeten daarom **centraal blijven in ons socialebeschermingsstelsel** ook door de complementaire en harmonieuze relatie ervan tot de activiteit en de economische en sociale welvaart.



Binnen het paritair beheer- en overlegmodel is het belangrijk om **de specifieke en centrale rol van de sociale partners** te bevestigen, die in overleg met de andere belanghebbenden, zorgen voor een goede interface tussen deze twee complementaire polen (behoefte inzake bescherming/sociale zekerheid en goede werking van de economische activiteit/welvaart).



Binnen het paritair beheer- en overlegmodel is het belangrijk om **de specifieke en centrale rol van de ziekenfondsen** te bevestigen, niet alleen als sociale beweging, maar ook als medebeheerder van de ZIV en als intermediaire organisatie die zijn verzekerden vertegenwoordigt en voor hen ten dienste staat, en als zodanig de eerste en essentiële interface vormt tussen hen en het socialezekerheids- en gezondheidssysteem.

1. Omwille van de leesbaarheid en uniformiteit van de begrippen wordt de term "ziekenfonds" in dit document in de ruimste zin gebruikt, waarbij zowel naar de Verzekeringsinstellingen (V.I.), de landsbonden en de ziekenfondsen als zodanig wordt verwezen. Deze ruimere interpretatie doet geen afbreuk aan de wettelijke definities van de termen "ziekenfonds", "landsbond" of "verzekeringsinstellingen". De term "Verzekeringsinstelling" (V.I.) verwijst naar : de 5 landsbonden, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail. Met betrekking tot het RIZIV, in hun rol als medebeheerders van de Ziekte- en invaliditeitsverzekering, wordt de term "Verzekeringsinstellingen" gebruikt; met betrekking tot verzekerden/patiënten, in hun hoedanigheid van aangeslotenen, is het gebruikelijk om te spreken van "ziekenfonds".

Naast de specifieke rollen en bevoegdheden van elk van de spelers in onze drie sectoren, moet het paritair beheer- en overlegmodel, zonder exclusiviteit of monopolie, gericht zijn op het creëren van een convergentie van belangen en acties om de doelstellingen van ons socialezekerheids- en gezondheidssysteem te bereiken.

In deze context moeten we veranderingen kunnen onderzoeken in de rol van het beleid in het operationeel beheer van sectoren en instellingen die onder het paritair beheermodel vallen en een zekere mate van beheersautonomie hebben. De rol van de regelgever bij het bepalen van het algemene kader, zowel strategisch (politieke doelstellingen, opdrachten, hervormingen, organisatie, verplichtingen, controle, enz.) als financieel (begroting, financiering, boekhouding, normatief kader voor ontwikkeling, enz.) wordt erkend, maar we stellen een steeds grotere betrokkenheid vast bij de operationalisering en het beheer van zowel opdrachten als instellingen. We moeten er echter op wijzen dat deze uitdijende rol van de overheid geen ontwikkeling is die beperkt blijft tot de sectoren die onder het paritair beheer vallen, en dat het ook geen fenomeen is dat alleen in ons land voorkomt. Het zou echter de moeite waard zijn om, met name via het College van de OISZ en met onze beheer- en overlegpartners, de oorzaken ervan te analyseren en de gevolgen voor de rol en betekenis van het paritair beheer en overleg en de beheersautonomie van de instellingen te onderzoeken. Tenminste als we bedenken, zoals we doen, dat het een van de fundamenten is van ons socialezekerheidsstelsel en de instellingen die ervoor verantwoordelijk zijn.

De aanbeveling van de Raad van de Europese Unie geeft ook aan wat de lidstaten op het gebied van dekking door de sociale bescherming moeten garanderen: een **formele, effectieve, adequate en transparante dekking**, waaraan we nog toevoegen: **binnen een duurzaam financieel kader**.



Formele dekking is het bestaan van een recht (reglementering) om dekking te genieten.

Dit omvat ook de reglementaire voorwaarden voor toegang tot dit recht. In onze drie sectoren is het daarom noodzakelijk om te analyseren of die verzekeringsrechten en toegangsvoorwaarden bepaalde categorieën van de bevolking of werknemers uitsluiten die gedekt zouden moeten zijn.



Effectieve dekking is de mogelijkheid om rechten te gebruiken en om effectief toegang te krijgen tot verschillende "prestaties" die door de dekking worden aangeboden. Het

belangrijkste aandachtspunt is het feit dat er geen beroep wordt gedaan op rechten die nochtans juridisch zijn toegewezen. Dat is vaak gekoppeld aan de voorwaarde van **transparantie** van de dekking, onder meer gelet op de ondoorzichtigheid en complexiteit van de reglementering, die dan ontoegankelijk wordt voor verzekerden om hun rechten effectief uit te oefenen. De algemene problematiek van **toegankelijkheid** tot de dekking en tot de gedekte prestaties moet worden geanalyseerd om na te gaan of de dekking effectief is.



Adequate dekking is het vermogen om aan algemene doelstellingen te voldoen: "**het beschermen van mensen tegen de financiële gevolgen van sociale risico's**, het voorkomen en verminderen van de armoede en het waarborgen van een fatsoenlijke levensstandaard." volgens de aanbeveling van de Raad van de Europese Unie uit 2019, maar ook aan de specifieke behoeften van elke sector: zoals nuttige verstrekkingen die niet of onvoldoende in de gezondheidszorg worden vergoed, het uitkeringsniveau of het probleem van de individualisering van rechten, voorwaarden voor toegang tot schadevergoeding in de sector van de medische ongevallen, e.a....



Transparante dekking heeft betrekking op de reglementaire complexiteit en het huidige gebrek aan transparantie over sociale beschermingsregels. Deze laatste kunnen als gevolg hebben dat mensen onvoldoende geïnformeerd zijn over hun rechten en plichten en over de manier waarop zij hun rechten kunnen uitoefenen en hun plichten kunnen nakomen, wat er met name toe zou kunnen leiden dat rechten niet worden gebruikt.

Binnen een duurzaam en voorspelbaar financieel kader, zijn de betaalbaarheid van de bestaande verzekerings-, sociale zekerheids- en gezondheidszorgstelsels een fundamentele voorwaarde voor hun voortbestaan op lange termijn.

Daar is een viervoudige voorwaarde aan verbonden:

1. het **garanderen** van een betaalbare solidaire financiering voor de bijdragebetalers en ons socio-economisch stelsel,
2. het **beschikken** over budgetten om te voldoen aan de behoeften van een adequate dekking van de te dekken risico's en om een goed niveau van functioneren en resultaten van onze socialezekerheids- en gezondheidssystemen te bereiken,
3. het **beheren**, toewijzen en controleren van deze budgetten door te zorgen voor transparant, optimaal en passend gebruik van de middelen die door alle ontvangers en beheerders van onze socialezekerheids- en gezondheidssystemen worden toegekend.
4. **Vooraf vastgestelde regels en een duidelijk, meerjarig kader (legislatuur)**, voor zowel de opdrachten- als de beheersbegroting, waardoor voorspelbaarheid van financiering en toegekende budgetten mogelijk wordt zonder afhankelijk te zijn van herzieningen op vrijwel elk moment, met name tijdens meerdere begrotingsconclaven, of van de niet-toepassing van regels die toch zijn overeengekomen, met als gevolg dat budgetten, met name beheersbegrotingen, niet worden aangepast, terwijl de uitgaven worden aangepast in overeenstemming met de overeengekomen regels.

Door middel van haar interventies moet de sociale zekerheid **de vele ongelijkheden kunnen bestrijden** die in onze samenleving bestaan en die verzekerden op een verschillende manier raken naargelang de gedekte risico's en wanneer deze risico's zich voordoen.

Een **aanvullende gedifferentieerde dekking** of interventies op maat van specifieke doelgroepen (kwetsbaarheid) maken integraal deel uit van de socialezekerheidsbenadering die gebaseerd is op het principe van uniformiteit, waarbij iedereen gedekt wordt volgens zijn behoeften en niet volgens zijn bijdragen of inkomens.

Voor de verzekering van geneeskundige verzorging blijkt het belangrijk dat de **basisdekking**, die voor elke verzekerde identiek is, aantrekkelijk en adequaat genoeg blijft om het contract van solidariteit en universaliteit van deze sector van het socialezekerheids- en gezondheidssysteem niet te verbreken of om bijdragebetalers die niet tevreden zijn met het niveau van "**universele**" dekking niet afkerig te maken van de verplichte verzekering en haar solidaire financiering.

In onze drie sectoren staat de **sociaal verzekerde of rechthebbende centraal in onze opdrachten** omdat het onze verantwoordelijkheid is om niet alleen het aan de sector verbonden risico te dekken, maar ook bij te dragen aan het verminderen of wegnemen van het risico door, indien mogelijk, de instandhouding of hervatting van de activiteit mogelijk te maken.

Deze centrale rol van de verzekerde of rechthebbende, zowel in de sector van de "uitkeringen" als in de sector van de "geneeskundige verzorging", of in de sector van de "medische ongevallen", bepaalt zowel onze relatie met de verzekerde om hem (letterlijk en figuurlijk) een formele, effectieve, adequate en transparante dekking van het specifieke sociale risico te "verzekeren", als onze relatie met de beheer- en uitkeringspartners in de verschillende sectoren. Samen met onze beheer- en overlegpartners is het voor de sociaal verzekerde die met gezondheidsproblemen wordt geconfronteerd dat we werken, overleggen en onderhandelen over tenlastenemingen (verzekeringssuitkeringen) en dat we de drie sectoren beheren waarvoor het RIZIV verantwoordelijk is.

Maar deze centrale rol van de verzekerde of rechthebbende mag de belangrijke en essentiële rol van de andere actoren, belanghebbenden, beheerders of zorgverleners op het gebied van gezondheid of sociale zekerheid niet minimaliseren. Het aangaan van partnerschappen door middel van paritair en medicosociaal overleg, met respect voor het algemeen belang van de verzekerden en de bevolking, evenals de legitieme belangen van de partners, is daarom ook ons handelsmerk.

In andere bakens zullen we verder ingaan op de manier waarop we, specifiek of over onze drie sectoren heen, tegemoetkomen aan deze fundamentele van "sociale zekerheid", hoe we trouw blijven aan deze fundamentele en tegelijkertijd evolutie en aanpassingen garanderen aan voorzienbare of onvoorzienbare veranderingen in de globale context van gedekte risico's, de arbeidsmarkt, het socio-economische model, de sociale bescherming en, gezien ons actiedomein "gezondheid", van ons gezondheidssysteem.

We maken deel uit van uitgebreide ecosystemen voor gezondheid en sociale zekerheid, die op hun beurt verband houden met specifieke nationale, federale, regionale en internationale socio-economische contexten.

2. Fundamenten inzake "gezondheid"

De andere **transversale as van de fundamentele** van onze drie sectoren en onze vijf bijzondere diensten is de **Gezondheid**.



Hoewel onze **belangrijkste opdrachten verband houden met de sociale zekerheid** (dekking van het risico), is wat onze tussenkomst bepaalt of in gang zet **rechtstreeks verbonden met de gezondheid van de mensen die gedekt worden** door onze verzekerings- of uitkeringsregelingen.

- Vooral in onze sectoren, maar ook in andere sectoren van sociale zekerheid of sociale bescherming, is er een grote wisselwerking tussen gezondheid en risicodekking, tenminste wat de impact van gezondheid op het gedekte risico betreft.
- Het principe van one health of gezondheid in alle beleidslijnen is perfect van toepassing op het beleid inzake sociale bescherming en sociale zekerheid, maar ook op het beleid met betrekking tot de niet-medische determinanten van gezondheid (onderwijs, huisvesting, milieu, voeding, enz.).
- "Voorkomen is beter dan genezen": die interacties tussen onze drie sectoren en de gezondheid betekenen dat we al onze aandacht moeten richten op preventie, zowel wat betreft gezondheid als gedekte risico's, om het optreden van het "gezondheidsrisico" dat de interventie van onze drie sectoren in gang zet, te beperken.

De **verzekering voor "geneeskundige verzorging"** maakt het mogelijk, naast de **tegemoetkomingen in de financiële risico's** die verband houden met de geneeskundige verstrekkingen, om een **niveau van gezondheid te behouden of te herstellen door de toegang te openen tot behandelingen die met de zorgverleners of leveranciers zijn onderhandeld en overlegd**.

De **verzekering voor "geneeskundige verzorging"** is de **belangrijkste financier van ons gezondheidssysteem** en, enkel de "zorg" buiten beschouwing gelaten, van ons hele gezondheidssysteem. Zij is dus, om het baken van 2014 te citeren, een echte **"hefboom voor gezondheid"** en een echte **"organisator en regulator"** in plaats van een gewone **"betaler" van ons gezondheidssysteem** vandaar de paradigmaverschuiving van een "ziekteverzekering" naar een verzekering voor "geneeskundige verzorging" en zelfs "volksgezondheid" en "gezondheid" die, naast het terugbetalen van gezondheidskosten, tot doel heeft de individuele en algemene gezondheid van onze bevolking te verbeteren, te behouden of te herstellen.

Centraal in die opdracht staan de **verzekerde en de patiënt** als ons kompas, onze doelgroep en drijfkracht van onze acties. In deze evolutie van ziekte naar gezondheid moeten we van de patiënt nog steeds een echte actor maken, zowel van zijn eigen gezondheid als voor de adequate dekking ervan door de verzekering voor "geneeskundige verzorging".

Op het gebied van gezondheid, vormt het paritair beheer of overleg, dankzij ons "socialezekerheids-DNA" een van de essentiële fundamenten in onze relaties, zowel met het geheel van onze beheerspartners van ons verzekeringssysteem, als met zorgverleners, leveranciers en de industrie, door middel van overleg en constructieve onderhandelingen.

De doorslaggevende rol die het RIZIV speelt bij de financiering van het gezondheidssysteem en de dekking van de "volksgezondheid", maakt het nog belangrijker om de budgettaire levensvatbaarheid ervan te garanderen.

De uitdagingen op vlak van gezondheid en onze gezondheidssystemen overstijgen de Belgische grenzen. Verschillende elementen op een hoger niveau zijn van belang om het beleid inzake gezondheid en gezondheidszorg op Belgisch niveau te versterken: de Europese pijler van sociale rechten, de ontwikkeling van een Health Union die lidstaten ondersteunt met de uitdagingen op nationaal niveau, en de toenemende aandacht voor het belang van performantie van gezondheidszorgsystemen, hervormingen ervan en sociale investeringen.

Ook de OESO en de WHO ontwikkelen een visie en strategieën die hefboomen vormen voor het opnemen van de uitdagingen die we in België kennen. In januari 2024 namen de ministers bevoegd voor gezondheid in de OESO-landen een verklaring aan, onder voorzitterschap van de Belgische minister, mee op basis van een dialoog met maatschappelijke belanghebbenden. Deze verklaring onderstreept het beleid van het versterken van de fundamenten, paraatheid, veerkracht en duurzaamheid van onze gezondheidssystemen. Dat vereist een combinatie van gerichte investeringen en hervormingen met het oog op meer waardegedreven, innovatieve, lerende gezondheidszorgsystemen die persoons- en populatiegericht zijn.

Voor de "**uitkeringsverzekering**" speelt de **gezondheid** een **doorslaggevende rol** in het behoud van werk, de intrede in arbeidsongeschiktheid of de verlenging van de invaliditeit.

 Ook wat dat betreft, **mogen we geen genoegen nemen met de rol van registratiekantoor van aandoeningen** die steeds vaker tot arbeidsongeschiktheid en invaliditeit leiden. Aangezien de gezondheidstoestand, al dan niet in verband met de werk- of levensomstandigheden, een impact heeft op het inkomen van mensen en dus op hun levenskwaliteit, is het belangrijk om te kunnen optreden als regulator en actor in het systeem, waarbij het probleem van arbeidsongeschiktheid op een globale en geïntegreerde manier wordt aangepakt.

Het wordt dus **essentieel voor deze sector om aandoeningen** die tot langdurige arbeidsongeschiktheid of zelfs invaliditeit leiden, te begrijpen en zich er zelfs mee bezig te houden. Het is aan de sector om **tijdig te waarschuwen** voor die aandoeningen en een **constructieve rol te spelen bij het in vraag stellen** van wat er wel of niet door de gezondheidssector of door de socio-professionele omgeving wordt gedaan om deze aandoeningen te voorkomen of te behandelen en zo mensen aan te moedigen om in goede gezondheid aan het werk te blijven of weer aan het werk te gaan of om hun activiteit aan hun medische en sociale situatie aan te passen.

In de logica van de virtueuze cirkel wordt de **professionele re-integratie (opnieuw) een van de fundamenten zowel voor de gezondheid als de sociale zekerheid** voor de sector van de uitkeringsverzekeringen. Naast het recht op uitkeringen om het risico op inkomensverlies te dekken, moeten we voor sociaal verzekerden met voldoende restcapaciteiten, op vrijwillige basis, reële opportuniteiten op re-integratie ontwikkelen om het risico op sociaal isolement, onzekerheid en chroniciteit te dekken door niet op incapaciteiten maar op capaciteiten te focussen. Dit veronderstelt een betere afstemming tussen de arbeidsmarkt en de medische wereld om het juiste evenwicht te vinden tussen professionele en sociale capaciteiten en het niveau van gezondheid, zowel tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid als met het oog op werkhervatting indien de gezondheidstoestand het toelaat.

Door de gezondheidsproblematiek centraal te stellen in de aanpak van de uitkeringssector, veranderen we de manier waarop we de verzekerde uitsluitend "tijdens zijn ongeschiktheid" ten laste nemen, naar een gedeelde tenlasteneming zowel in de aanloop naar als na afloop van de ongeschiktheid. Dit betekent dat synergieën en samenwerking moeten worden verbeterd en dat er bruggen moeten worden geslagen tussen verschillende beleidsmaatregelen en verschillende interventieniveaus. Het overstijgen van een silo-visie om de noodzakelijke interacties te begrijpen, met respect voor de rollen, bevoegdheden en organisatie van alle betrokkenen. Onze sociale partners in het hart van de sociaaleconomische activiteit spelen een belangrijke rol als interface tussen de uitkeringssector en de verschillende instanties, instellingen en overlegorganisaties en organisaties voor beheer of regulering van de sociaaleconomische sector. De dienst uitkeringen, de sociale partners en de verzekeringsinstellingen kunnen deze "gezondheids"-zorgen ook doorgeven aan de verzekering voor geneeskundige verzorging, het gezondheidssysteem en andere sectoren van de sociale zekerheid of andere federale of regionale instellingen die verantwoordelijk zijn voor gezondheid, werkgelegenheid of welzijn op het werk.

Deze cross-over tussen ongeschiktheid en gezondheid doet ook de vraag rijzen naar de steun die nodig is voor bevolkingscategorieën die niet gedekt zijn door een uitkeringsverzekering, in het bijzonder jongeren, om te vermijden dat hun gezondheid hun vermogen om in de toekomst te werken niet beperkt, en gepensioneerden, om te vermijden dat hun gezondheid tijdens het werk hun vermogen om te werken en te leven niet beperkt wanneer ze met pensioen gaan. Ook hier moeten we het belang benadrukken van preventief gezondheidsbeleid, ook met betrekking tot de niet-medische determinanten die een directe invloed hebben op de gezondheid. Ook hier moeten we de realiteit van de uitkeringssector als uitgangspunt nemen en het beleid interpellieren dat bijdraagt aan de gezondheid of net het tegenovergestelde.

Voor de **regeling van de vergoeding van de medische ongevallen**, is de **gezondheid** en meer bepaald de **tenlasteneming van patiënten door de medische wereld** eveneens de katalysator van haar opdrachten. Ook hier moet **inzicht in de verstrekkingen en de risico's op medische ongevallen met of zonder aansprakelijkheid** ervoor zorgen om nog relevantere adviezen uit te brengen en om een rol te spelen in **constructieve vraagstelling en overleg** zowel met de organisaties van zorgverleners of -instellingen als met de patiëntenorganisaties en de verzekeringsinstellingen om de risico's te beperken. Deze nieuwe sector houdt rechtstreeks verband met de sector van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de werking van ons gezondheidssysteem. Het toont ook het vermogen van ons sociale beschermingsstelsel om te evolueren in het licht van een nieuw risico dat moet worden gedekt, in het belang van de patiënten maar ook, vooral in termen van conflictoplossing, in het belang van de zorgverleners en de goede werking van ons gezondheidssysteem.

Door deze **transversale benadering van gezondheid draagt** de specifieke expertise van elke sector en van elke dienst (opdrachten of inspectie) bij tot het goede beheer van de sector maar ook van de andere sectoren binnen het RIZIV.

In de fundamentele inzake "gezondheid" moeten we ook rekening houden met de kenmerken van ons gezondheids- en gezondheidszorgsysteem, vooral wat betreft het creëren, onderhouden, ontwikkelen en reguleren van het aanbod van gezondheidsdiensten.

Net zoals het aanbod van de "sociale zekerheid", kwam het aanbod van de "gezondheidszorg" niet van de staat (in zijn verschillende vormen), maar van historische actoren in de medicosociale sector, zowel individueel (zorgverleners) als collectief (ziekenhuizen, ziekenfondsen, gezondheidsverenigingen, enz.).



Dat geldt ook voor samenwerkingen met andere gezondheidssectoren zowel federaal als op het niveau van de gefedereerde entiteiten.


Net als bij de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering heeft de staat de rol van de zorgverleners en de organisatie van het aanbod erkend en tegelijkertijd het kader vastgesteld voor de uitoefening van deze beroepen of instellingen in de gezondheidszorg.

We hebben dus niet te maken met staatsbeheer van de gezondheidszorg, maar eerder met een vorm van beheer die particulier of gedecentraliseerd overheidsinitiatief erkent bij het creëren en ontwikkelen van het zorgaanbod.

Die realiteit maakt van ons gezondheidssysteem een systeem dat nog te veel op het aanbod en de productie van verstrekkingen is gebaseerd, dan op de behoeften en de resultaten. Door gezondheids- en gezondheidszorgdoelstellingen te bepalen, onvervulde behoeften te analyseren en een "appropriate care"-benadering te hanteren, moet het mogelijk zijn om het juiste evenwicht te vinden tussen behoeften, resultaten en zorgaanbod.

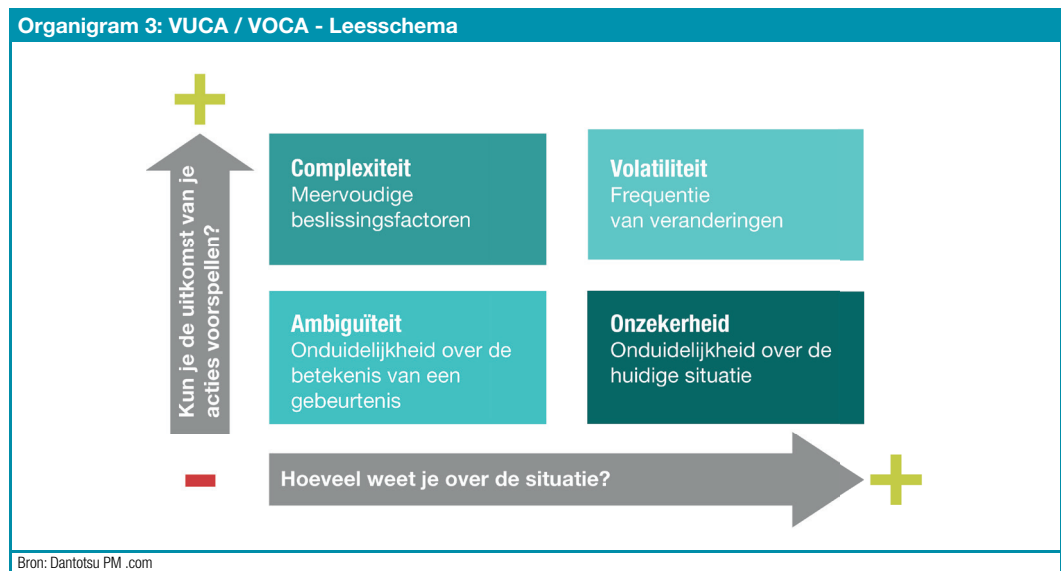
Andere kenmerken van ons gezondheidssysteem zijn de keuzevrijheid voor patiënten, de vrijheid van behandeling, de vrijheid van vestiging voor zorgverleners, de zelfstandige status van het overgrote deel van de zorgverleners en de "niet-commerciële" en "non-profit" status van medisch-sociale instellingen.

Bij het beheer van onze drie sectoren moeten we rekening houden met de kenmerken van ons gezondheidssysteem om een echt partnerschap op te bouwen met onder andere zorgverleners, patiënten, ziekenfondsen en de sociale partners teneinde te kunnen inspelen op de behoeften op het gebied van gezondheid en om ons gezondheidssysteem te ontwikkelen in overeenstemming met deze behoeften en de doelstellingen van de volksgezondheid en de individuele gezondheid binnen een evenwichtig kader dat met name op het **quintuple aim-model** is gebaseerd.

 Minder zieken, minder medische ongevallen, minder arbeidsongeschikte personen om gezondheidsredenen, dat is dus een strijd die zowel de volksgezondheid als de sociale zekerheid moet leveren.

In andere sectorspecifieke of transversale bakens zullen we aangeven hoe we die fundamentele inzake "gezondheid" en dat netwerk zowel intern als extern ontwikkelen.

3. Behoefte aan bestendigheid en agility



In een **VUCA-wereld** (Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity) moeten projecten, prioriteiten en strategieën snel veranderen in een poging om zich aan te passen aan de volatiliteit van situaties, de onzekerheid van wat niet kan worden voorspeld, de complexiteit van toenemende interacties en de dubbelzinnigheid van mogelijke interpretaties van situaties. Het is dus zaak om voortdurend te leren omgaan met de nodige veranderingen in het licht van onzekerheid.

Iedereen kan inderdaad overweldigd worden, behalve zij die al begrepen en aanvaard hebben dat er een nieuwe normaliteit aan het intreden is, ook al zijn de contouren ervan nog niet duidelijk omlijnd en zichtbaar. Vroeger namen we de tijd om te bestuderen, te analyseren, te discussiëren, te vergelijken, ideeën uit te wisselen, te experimenteren en beslissingen te nemen, met een goede dosis beheersing van de omgeving om ons heen. Vandaag de dag zijn we vaker verplicht om te beslissen en te handelen zonder duidelijk beeld, zonder een goed begrip van de elementen; we gaan recht door zee en leren al doende.

- In plaats van na te denken over de toekomst van de verzekering, de voorkeur geven aan een agile aanpak/evolutie om zich te kunnen aanpassen aan en zelfs te anticiperen op veranderingen, ontwikkelingen, uitdagingen, risico's, crises, enz.
- In plaats van een tijdshorizon vast te stellen (de ZIV in 2030), de voorwaarden en procedures vastleggen die agility mogelijk zullen maken, ongeacht de periode of toekomst.
- Dit veronderstelt ook agility vanwege de beheersinstellingen, de beheerspartners en de processen die aan de basis liggen van een agile verzekeringsbeheer.
- **Nadenken over de elementen die agility blokkeren/afremmen, of de elementen die agility juist faciliteren en boosten.**

Dit is niet in tegenspraak met de fundamentelementen, die moeten worden beschouwd als permanente basiselementen die niet worden beïnvloed, of die niet zouden mogen worden beïnvloed door de noodzakelijke veranderingen in de agile modus.

Vandaar het belang van een akkoord over deze fundamentelementen en over de permanente aard ervan.

Dan moet worden bepaald wat agile kan en moet zijn om de verzekering permanent te laten evolueren om ervoor te zorgen dat ze met de tijd meegaat en toch trouw blijft aan de fundamentelementen van ons socialezekerheidsstelsel en ons gezondheidssysteem.

Tussen de fundamentelementen "sociale zekerheid" en "gezondheid" en de nodige evoluties in de agile modus om tegemoet te komen aan de behoeften inzake gezondheid en sociale bescherming, lijkt het ons essentieel dat elke beslissing en elke tussenkomst vooraf gerechtvaardigd wordt in termen van doelstellingen en verwachte resultaten en dit, zowel op het vlak van sociale bescherming als van gezondheid. En dat de uitvoering en verwezenlijking ervan op basis van meetbare indicatoren kan worden opgevolgd. Hiervoor moeten de behoeften, de middelen om eraan te voldoen en de resultaatindicatoren duidelijk worden gedefinieerd om de kosten-batenverhouding in termen van sociale bescherming en gezondheid maar ook op budgettair en financieel vlak te optimaliseren om de houdbaarheid van het systeem te waarborgen.

Als de doelstellingen van elk beleid duidelijk gedefinieerd zijn in termen van resultaten, is het gemakkelijker om het beleid aan te passen aan nieuwe factoren die daarop van invloed kunnen zijn.

Zonder te beweren volledig te zijn wat betreft de belangrijkste kwesties, uitdagingen en voorzienbare en onvoorzienbare risico's, zullen we in de andere bakens trachten een aantal ontwikkelingslijnen aan te geven die volgens ons essentieel zijn.

Ondanks bepaalde specifieke kenmerken is België geen eiland! Er zijn binnen internationale organisaties en fora voor sociale zekerheid en voor gezondheid voldoende aanwijzingen van de gemeenschappelijke uitdagingen die moeten worden aangepakt om dit nieuwe evenwicht tussen de fundamentelementen en een agile evolutie te waarborgen, om een dynamische sociale bescherming op het vlak van gezondheid te verzekeren en bij te dragen tot de toekomst van de gezondheidssystemen.

Organigram 4: Wendbaarheid ten aanzien van nieuwe uitdagingen



A. Uitdagingen op het vlak van sociale zekerheid



B. Uitdagingen op het vlak van governance



B. Uitdagingen op het vlak van gezondheid



B. Onbekende of onvoorspelbare uitdagingen

2^e Baken
Verzekering voor
Geneeskundige verzorging:
Van een verzekering tegen
ziektekosten naar een hefboom
voor een goede gezondheid



Aanvankelijk begonnen als een sociaizekerheidsdekking voor het financiële risico van medische kosten voor werknemers en hun gezin, is de basis van de ziekteverzekering - later de verzekering voor geneeskundige verzorging genoemd - langzamerhand verbreed, zowel op het gebied van de gedekte personen als op het gebied van de gedekte kosten en verstrekkingen.

Binnen de beschikbare middelen betekent dit niet alleen de organisatie van een universele dekking en de systematische uitbreiding van het aanbod afhankelijk van de medische en sociale behoeften en de medische vooruitgang, maar ook dat de focus in de loop der jaren steeds meer is verschoven naar de organisatie van de gezondheidszorg, de regulering ervan, de kwaliteit en de ervaring van de zorg en, meer in het algemeen, **het ecosysteem van de gezondheidszorg**. Deze bredere aanpak, die een louter verzekeringstechnische benadering overstijgt, wordt breed ondersteund. Dit heeft tot gevolg dat de verzekering voor geneeskundige verzorging volop en expliciet moet bijdragen tot het realiseren van de globale doelstellingen van een goed gezondheidssysteem.

Dit ecosysteem, waarvan de interacties en invloed op de gezondheid en het gezondheidssysteem niet kunnen worden genegeerd, omvat met name:

- de klimaatverandering, die een aanzienlijke impact heeft op de gezondheid (mens, dier en plant). De gezondheidssector zal een tegenstrijdige dubbele rol spelen, aangezien hij enerzijds een grote bijdrage levert aan koolstofemissies en anderzijds de "ontvanger" is van de effecten van de klimaatverandering op de gezondheid;
- het vermogen van de industrie om een correcte bevoorrading van haar producten te garanderen, te innoveren en nieuwe technologieën te ontwikkelen, met name op basis van artificiële intelligentie, nieuwe diagnosemethoden of nieuwe therapeutische benaderingen. Het spreekt voor zich dat het systeem in staat moet zijn om een plaats te creëren voor deze technologische vooruitgang, bijvoorbeeld door nieuwe innovatieve partnerschappen te vormen;
- de invloed van andere factoren op de gezondheid, zoals voeding, onderwijs en levensstijl (sedentaire levensstijl, druggebruik, enz.). Ook hier is de integratie van het overheidsbeleid essentieel als we enige invloed willen hebben op de gezondheid van de bevolking.

In dit ecosysteem werken **drie spelers** op elkaar in: **de sociaal verzekerden en rechthebbenden, de zorgverleners en zorginstellingen en zij die verantwoordelijk zijn voor de organisatie, regulering en financiering van het systeem**. Elk heeft een eigen rol in het ecosysteem en om de werking en de resultaten behaald door het ecosysteem te verbeteren, moeten alle drie de spelers worden ondersteund en gesterkt, en moeten hun behoeften en belangen constructief op elkaar worden afgestemd.

Een nieuwe aanpak gebaseerd op doelstellingen die voldoen aan de **“Quintuple Aim”**.

De doelstellingen van de Quintuple Aim zijn:

1. gezondheid van de bevolking
2. kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood
3. de rechtvaardigheid in de samenleving met speciale aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (d.w.z. niet enkel financieel) en met inclusie van verschillende vormen van diversiteit
4. de kosteneffectiviteit, met andere woorden, de verhouding tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde waarden
5. het welzijn van de zorgprofessionals

Organigram 2 : Quintuple aim - For health care improvement



Bron: dispensaryofhope.org

Ten eerste, en dat zeiden we al in het hoofdstuk over de fundamenteën van de sociale zekerheid, staan de **patiënt en zijn omgeving** centraal in het systeem. In termen van sociale zekerheid zijn zij de verzekerden en vormen zij dus de spil van de dekking. Zij moeten het middelpunt zijn van de aandacht van het systeem en het baken blijven dat onze acties stuurt. Het zijn hun zorgen en behoeften die de andere twee spelers moeten aansturen. **Doelstelling nr. 1 van de "Quintuple Aim"** erkent het belang van de patiënt, aangezien die streeft naar **de verbetering van de gezondheid van de gehele bevolking zowel door preventie als behandeling**. De "Quintuple Aim" gaat overigens nog verder met haar **"doelstelling nr. 2", die streeft naar een verbetering van de door het individu ervaren kwaliteit van de zorgverlening**. Doelstelling nr. 1 moet zijn om een levenslange goede gezondheid voor de hele bevolking te garanderen. Dit houdt preventie in, in plaats van genezing. De focus moet op gezondheid liggen in plaats van op ziekte. Dit betekent meer bepaald dat alles wat ziekten of vermijdbare ongevallen kan voorkomen, zowel collectief als individueel moet worden geïmplementeerd. Dit betekent niet alleen handelen en investeren in "directe" gezondheidspreventie en -bevordering, maar ook in alle externe en bepalende niet-medische factoren van de gezondheid. **Het paradigma moet dus verschuiven van het behandelen van een ziekte naar het beheren van de gezondheid.**

In het domein van de gezondheidszorg worden vaak **twee benaderingen van zorg- en dienstenplanning** voorgesteld: een **bevolkingsgerichte benadering** en een **institutionele benadering**. Beide benaderingen zijn gebaseerd op verschillende logica's, maar vullen elkaar aan. Bij de bevolkingsgerichte benadering ligt de nadruk op de vraag, met als doel de zorg en de diensten aan te passen aan de behoeften van de bevolking. De **institutionele benadering** gaat uit van een aanbodgerichte logica en heeft als doel het aanbod van zorg en diensten te verbeteren op basis van kwaliteits- en efficiëntiecriteria. Deze nieuwe benadering introduceert dus het begrip "bevolkingsverantwoordelijkheid", wat inhoudt dat **de inspanningen om de gezondheid en het welzijn van de bevolking in stand te houden en te verbeteren, worden gebundeld**.

De verschillende gezondheidsspelers in een bepaald gebied delen een **collectieve verantwoordelijkheid ten opzichte van de bevolking**, door een zo compleet mogelijk dienstenaanbod ter beschikking te stellen en ervoor te zorgen dat de bevolking binnen het gezondheidssysteem wordt behandeld en begeleid. Ons gezondheidssysteem is voornamelijk opgedeeld in silo's, per specialisme of pathologie, en moet hertekend worden volgens een functionele logica die gebaseerd is op leefomgevingen en levensdoelen. Een dergelijk groot project is absoluut noodzakelijk om ons systeem te laten evolueren en de uitdagingen van de toekomst aan te gaan in termen van algemene gezondheid: sociale, fysieke, mentale en ecologische gezondheid.

Naast deze bevolkingsgerichte benadering gebaseerd op leef- en gezondheidsgebieden, worden de begrippen transversaliteit en integratie van de zorg ook steeds belangrijker als het gaat om de doeltreffendheid van de tussenkomsten, zowel klinisch als sociaal, om de gezondheid van individuen en populaties te waarborgen. Gezondheid is meer dan zorg alleen, want zorg is uiteindelijk slechts één van de noodzakelijke antwoorden op de gezondheidsbehoeften van de bevolking.

Elke zorgverlener, elke stakeholder of instelling vormt slechts een deel van het totale antwoord op de behoeften. **Ze moeten dus hun werk coördineren met de andere spelers rondom de patiënt, zijn leefomgeving en de bevolking**. Dit zorgt ook voor continuïteit en complementariteit van de noodzakelijke tussenkomsten, die zowel zorg- of preventie-/gezondheidsbevorderingsinterventies als sociale tussenkomsten omvatten naast de zorgbehoeften. Vanuit dat oogpunt is de implementatie van **geïntegreerde zorg** van het grootste belang. We kunnen niet anders dan doorgaan en slagen in deze essentiële verschuiving die werd ingezet om (met name) de eerste twee doelstellingen van de "Quintuple Aim" te bereiken.

De patiënt is een **actieve speler in het systeem**, geen passieve figuur. Hij heeft rechten, maar ook een duidelijke verantwoordelijkheid bij het bereiken van de doelstellingen, wat ook wordt onderstreept in de onlangs bijgewerkte wet op de rechten van de patiënt. Het systeem moet de patiënt uiteraard in staat stellen zijn verantwoordelijkheid te nemen door het verbeteren van zijn **gezondheidsgeletterdheid** te ondersteunen, inclusief zijn digitale geletterdheid, door hem de technologieën aan te reiken waarmee hij toegang kan krijgen tot zijn gegevens, zijn gezondheidstoestand in realtime kan volgen, zijn eigen levenskeuzes kan maken en, samen met het zorgteam, de juiste zorgmaatregelen kan nemen. De patiënt wordt dus betrokken en speelt een actieve rol die hij ook kan uitbreiden in overleg- en besluitvormingsfora die het hart vormen van het systeem. De plek waar de patiënt leeft, zal steeds meer een plek worden waar hij medische zorg krijgt (frequenter en gevarieerdere thuisopname, thuisdialyse, enz.). Doeltreffende communicatie zal de zichtbaarheid vergroten van de projecten die de autonomie van de patiënt en het beheer van zijn eigen gezondheid bevorderen. Een belangrijk element, en een cruciale hefboom voor goede zorg, is daarbij het maximaliseren van de therapietrouw.

Vanuit de ziekteverzekering moeten we erg aandachtig blijven voor de realiteit van de **digitale kloof** en samen met alle partners, in het bijzonder de ziekenfondsen en patiëntenverenigingen, maatregelen nemen zodat de toegang tot het gezondheidszorgsysteem ten allen tijde verzekerd blijft.

De hierboven beschreven "**person-centredness**" lijkt vanzelfsprekend, maar blijft een belangrijke uitdaging voor ons gezondheidssysteem en wel om twee redenen: enerzijds, ook al is er onlangs aanzienlijke vooruitgang geboekt om de patiënt te betrekken (oprichting in 2023 van een Patiëntenforum binnen de organen van de ziekteverzekering), blijft zijn rol soms nog teveel beperkt tot die van toeschouwer en commentator van het systeem; anderzijds blijft de relatie tussen de zorgverlener en de patiënt soms nog vaak een relatie van "kenner versus leek". Terwijl de zorgverlener niet langer de enige "kenner" is in de relatie. Patiënten, zelfs al zijn er daarin gradaties, zijn geïnformeerd, ze weten waar ze naartoe willen in het leven, ze kunnen hun behoeften en wensen uitdrukken en zorgverleners moeten hier rekening mee houden. Een belangrijk element inzake person-centredness en patient-centredness is het toegankelijker maken van data over de kost en kwaliteit van zorgen. Het RIZIV en sommige van zijn partners die het financiert, beschikken over heel wat gegevens die nog niet altijd ontsloten zijn. Het moet een absolute ambitie en prioriteit zijn om de toegankelijkheid hiervan als vertrekpunt te hebben, vanzelfsprekend met de nodige omkadering om bv. data goed te duiden.

Door de toenemende informatisering van de administratieve en financiële circuits evolueert de rol van de ziekenfondsen in hun relatie met de patiënten en zullen hun opdrachten nog meer dan vroeger gericht zijn op de begeleiding van hun leden in geval van chronische ziekte, op de ondersteuning van arbeidsongeschikten om hun terugkeer op de arbeidsmarkt te faciliteren en te ondersteunen als de gezondheidstoestand het toelaat, op het toezicht op de tariefzekerheid en de verspreiding van de beschikbare gegevens om te garanderen dat de middelen correct worden gebruikt. In die optiek zal het RIZIV alles in het werk stellen om de samenwerking met de VI's te versterken met het oog op de **alignering van onze communicatiestrategieën**. Daarbij kunnen we, met respect voor de bevoegdheid van elk, onze sterkten bundelen, onze communicatiekanalen gezamenlijk inzetten en op die manier onze impact maximaliseren. De basis voor een versterkte samenwerking op vlak van communicatie werd recent gezamenlijk genomen door het RIZIV en het NIC en is in volle opbouw. Deze vorm van samenwerking op vlak van communicatie kan ook als inspiratie dienen voor samenwerking met andere partners van het RIZIV, bv. de sociale partners, professionele verenigingen, patiëntenorganisaties, etc.

Ten tweede moeten er een aantal voorwaarden worden vervuld om **zorgverleners** in staat te stellen onder optimale omstandigheden te werken, om de gezondheid van de bevolking te verbeteren en de kwaliteit van de zorg aan patiënten te verhogen. Zo heeft de **5e doelstelling van de "Quintuple Aim"** als doel het **welzijn van de zorgverleners** te verhogen. Om die doelstelling te bereiken moeten in de komende jaren talrijke uitdagingen worden aangegaan: voldoende en evenwichtig verdeelde werkrachten, een grotere taakverdeling, met inbegrip van meer subsidiariteit om ervoor te zorgen dat ieders capaciteiten goed worden benut (zoals de bedoeling is in de New Deal voor de huisartsen), en voldoende mentaal welzijn (verhoogd risico op burn-out). Naast het menselijke aspect van de werkrachten is het essentieel om die werkrachten op alle mogelijke manieren te ondersteunen. Bijvoorbeeld door echte **informatie-uitwisseling (interoperabiliteit) tussen zorgverleners** mogelijk te maken waarop een beslissingsondersteunend systeem kan worden gebaseerd. Deze informatie-uitwisseling blijft in ons land onvolledig en gebrekkig terwijl het de rug-gengraat is van veel beleidslijnen inzake gezondheid.

Daarnaast zal het RIZIV inspanningen blijven leveren om **evidence-based praktijken** en goede praktijken te promoten die een betere kwaliteit van de zorg voor patiënten en een rationeel gebruik van gezondheidszorg bevorderen, een belangrijke hefboom voor de financiële duurzaamheid van het systeem. Hiervoor zal de communicatie en gerichte feedback naar zorgverleners verder worden opgevoerd om hen te helpen hun voorschrijf- en zorggedrag aan te passen. De communicatie naar de zorgverleners en -instellingen zal hier echter niet toe beperkt blijven. Het RIZIV zal zich blijven inzetten om het begrip van de regelgeving te vergroten en om verkeerde interpretaties te vermijden die nadelig kunnen zijn voor een correcte benutting van de budgetten van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. De eerder aangehaalde prioriteit aan gezondheidsgeletterdheid van de sociaal verzekerden geldt evenzeer voor de zorgverleners die moeten beschikken over een brede waaier van verschillende geletterdheden: digitale geletterdheid, financiële geletterdheid, wetenschappelijke geletterdheid, geletterdheid in verband met het gebruik van data, enz.

In de voortdurende zoektocht naar verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg is de bundeling van expertise een must. Gezondheidsbeheer dat gebaseerd is op een bevolkingsgerichte en territoriale benadering (wat een zekere nabijheid tussen aanbod en behoeften impliceert) is inderdaad niet in tegenspraak met een aanpak die gebaseerd is op een globaal antwoord op gemeenschappelijke gezondheidsbehoeften en -problemen. Kwalitatief hoogstaande zorg vereist dat de zorg wordt gecentraliseerd in gespecialiseerde excellentiecentra met een groot volume.

Ten derde moet het **gezondheidssysteem** een optimaal kader bieden voor patiëntenzorg maar ook om zorgverleners de kans te geven zich correct te ontwikkelen. In dit opzicht zien we **de volgende uitdagingen** voor het systeem:

- Een financiële, geografische en cultureel passende toegankelijkheid waarborgen en met inclusie van verschillende vormen van diversiteit (**3e doel van de « Quintuple aim »**). Deze **rechtvaardigheid** is ook een belangrijk principe in het kader van onze inspectieactiviteiten. Deze inspectieactiviteiten richten zich op de belangrijkste problemen (zowel inbreuken op regelgeving als ondoelmatigheid) met evenredige acties en desgevallend sancties die het gedrag van de zorgverleners en sociaal verzekerden duurzaam wijzigen. Zo is '**rechtvaardig en resultaatgericht**' één van de twee visiedomeinen van de Antifraudecommissie (CAFC) en het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2024-2026. De inspectiediensten voorzien eveneens nationale en punctuele controles op de uniforme toepassing van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen om een rechtvaardige toegang te waarborgen en te bevorderen.

Om een uniforme toepassing van de regelgeving en een billijke behandeling van alle sociaal verzekerden te waarborgen, doen de inspectiediensten ook aanbevelingen aan de verzekeringsinstellingen om hun werkpraktijken in het kader van het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen te verbeteren en te harmoniseren. Uitgelichte terugkerende problemen, zoals moeilijkheden bij de toepassing van de reglementering of de kwaliteit van de stromen van de instellingen, worden ook meegedeeld aan de Diensten voor het beheer van de GVVU-verzekering van het RIZIV die verantwoordelijk zijn voor het opstellen en interpreteren van de regelgeving, zodat de geldende wetgeving kan worden aangepast en nieuwe omzendbrieven kunnen worden gepubliceerd om te garanderen dat de rechten van de sociaal verzekerden worden gerespecteerd. Op dat vlak is ook de informatieverstrekking van de verzekeringsinstellingen naar hun leden toe cruciaal met het oog op het vrijwaren of behouden van de rechten van hun leden.

- De ontwikkeling van zorgstructuren ondersteunen, gericht op meer efficiëntie en kwaliteit, in het bijzonder naar een grotere "**ambulantisering van de zorg**" (cfr. hoger en de plek waar de patiënt leeft, wordt een zorgplek), de herdefiniëring van het ziekenhuis zoals we dat vandaag kennen met een betere verdeling van de activiteiten door de effectieve activering van ziekenhuisnetwerken, met inbegrip van de concentratie van complexe en/of dure zorg;
- Zorgen voor een **integratie van het overheidsbeleid**. Zoals we hierboven al aangaven, kan de overheid het zich niet langer veroorloven om initiatieven naast elkaar te laten bestaan; ze moeten worden geïntegreerd en met elkaar in verband worden gebracht. Ook in dit opzicht zal de implementatie van geïntegreerde zorg een voorbeeld zijn voor de toekomst. De hoeksteen van deze integratie van het overheidsbeleid blijft de definitie van gemeenschappelijke gezondheids- en zorgdoelstellingen die door alle overheidsniveaus worden gedeeld en die verder gaan dan het kader van één legislatuur;
- Ondersteuning bieden aan zowel **technologische innovatie** als aan vernieuwing in processen en benaderingen van de problemen die zich voordoen. Naar het gezegde "Alleen ga je sneller, samen kom je verder" moeten we onze samenwerkingsverbanden versterken of herdefiniëren en niet aarzelen om nieuwe samenwerkingsverbanden aan te gaan die de gebruikelijke partners overstijgen;
- **Zorgen voor een efficiënter gebruik van de beschikbare middelen** (kosteneffectiviteit, d.w.z. de verhouding tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde waarden) (**4e doelstelling van de "Quintuple Aim"**) om de duurzaamheid van het systeem te garanderen. RIZIV-acties, zoals **appropriate care en handhaving**, kaderen volledig in een wettelijke opdracht om de beschikbare middelen in de gezondheidszorg zo optimaal mogelijk te benutten. Zo is handhaving een essentieel onderdeel van de duurzaamheid van het gezondheidszorgsysteem in België. Ook samenwerking met andere landen en in een Europese context voor een versterking van health technology assessment, van (beleid rond) geneesmiddelen en medische producten, maar ook op vlak van technische prestaties, is belangrijk voor een meer waardegedreven gezondheidszorg.
- Bestendigen en verbeteren van **de overlegtraditie** die de basis vormt van het huidige systeem en die algemeen gesteund wordt. Dit punt wordt in een afzonderlijk baken behandeld (zie punt VI.).

3e Baken

Uitkeringsverzekering:

Van een verzekering die
arbeidsongeschiktheid dekt
naar een hefboom
“voor werkhervatting dankzij
restcapaciteiten”





De **uitkeringsverzekering** is een socialezekerheidsverzekering die in de eerste plaats tot doel heeft een vervangingsinkomen te verschaffen ter dekking van het sociaal risico van inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid. Deze verzekering voorziet tevens in uitkeringen voor moederschapsrust, geboorteverlof (voor het stelsel van de zelfstandigen zijn de sociaal verzekeringsfondsen/RSVZ echter verantwoordelijk voor de toekenning van kraamgeld), adoptieverlof en pleegouderverlof.

Hoewel het niet de bedoeling is om een universele dekking te bieden zoals de verzekering voor geneeskundige verzorging, evolueert de verzekering en moet ze evolueren om veranderingen in de beroepsactiviteit, de arbeidswereld en in het bijzonder risico's verbonden aan gezondheids- of levensredenen die de verzekerde weg uit de beroepsactiviteit halen of kunnen halen, op een formele, effectieve en adequate manier te dekken.

Deze voortdurende ontwikkeling van de uitkeringsverzekering **om een formele, effectieve en adequate dekking binnen een duurzaam financieel kader te waarborgen**, is noodzakelijk in alle huidige en toekomstige toepassingsgebieden van de verzekering: arbeidsongeschiktheid/invaliditeit, moederschap, vaderschap, adoptie ...

De sociaal verzekerde staat wel degelijk centraal in onze actie: terwijl we ervoor zorgen dat het regelgevende en financiële kader van de uitkeringssector wordt gerespecteerd door door alle partijen die betrokken zijn bij het gezamenlijk beheer van deze sector, waaronder de sociaal verzekerde zelf, is het onze doelstelling om er samen met de verzekeringsinstellingen voor te zorgen dat alle rechthebbenden een adequate dekking krijgen en goed opgevolgd en ondersteund worden (uitkeringen, medische, sociale, professionele situatie ...) zonder stigmatisering, om hen aan te moedigen en in staat te stellen, indien mogelijk, afhankelijk van hun medische situatie, de impact en de evolutie ervan, om weer aan het werk te gaan onder goede gezondheids- en professionele omstandigheden.



Wat arbeidsongeschiktheid om medische redenen betreft, is het aantal mensen dat erkend wordt als langer dan een jaar arbeidsongeschikt (overgang naar "invaliditeit") gestegen van 289 814 in 2011 naar 502 371 in 2022, d.i. een stijging van 73 % in 11 jaar tijd. Van die 502 371 mensen is 36,4 % arbeidsongeschikt als gevolg van een psychische aandoening en 31,7 % als gevolg van een musculoskeletale aandoening.

De factoren achter deze stijging zijn onder andere demografische evoluties (de toename van de beroepsbevolking, de vergrijzing, het toenemend aantal vrouwen op de arbeidsmarkt tot op hogere leeftijd, de voortdurende stijging van ziekten die verband houden met psychische stoornissen en musculoskeletale aandoeningen,...) en veranderingen in andere socialezekerheidssystemen (zoals, bijvoorbeeld, de gelijkschakeling van de pensioenleeftijd voor vrouwen met die voor mannen, de verlenging van de actieve loopbaan of nog, de geleidelijke afschaffing van de regelingen voor werkloosheid met bedrijfstoeslag en het aanscherpen van de voorwaarden voor toegang tot het vervroegd pensioen).

In het licht van deze belangrijke evolutie van de arbeidsongeschiktheid is het van essentieel belang om de belangrijkste uitdagingen die dit met zich meebrengt voor deze sector, voor de sociaal verzekerde en zijn omgeving, voor de arbeidswereld, de socio-economische context en de samenleving als geheel, op een alomvattende en interdisciplinaire manier aan te pakken, om passende antwoorden te bieden, zowel vanuit het socialezekerheidsstelsel als vanuit de arbeidswereld of de gezondheidssector, om het te dekken risico te vermijden, te beperken of te beëindigen door het behoud of herstel van een gezondheidstoestand die verenigbaar is met het behoud of de terugkeer naar professionele en sociale activiteiten.


De problematiek van de arbeidsongeschiktheid telt **drie fasen of actiegebieden: vóór de arbeidsongeschiktheid** om te voorkomen dat iemand arbeidsongeschikt wordt, **tijdens de arbeidsongeschiktheid** om te voorkomen dat iemand arbeidsongeschikt blijft, met name door een zo goed mogelijk herstel van de gezondheidstoestand mogelijk te maken en door de ontwikkelingen op dit niveau regelmatig te volgen, en ter voorbereiding op een **"na de arbeidsongeschiktheid"**, door het bevorderen en versterken van de professionele en medische capaciteit om terug te keren naar socio-professionele activiteiten die verenigbaar zijn met een "gestabiliseerde" gezondheidstoestand".

Het is belangrijk om na te denken over hoe gepast kan worden ingegrepen in de **eerste fase of het eerste actiegebied**, meer bepaald door het verbeteren en delen van kennis over de socio-professionele en gezondheidsprofielen van arbeidsongeschikte personen zodat de betrokken sectoren in de wereld van werk en gezondheid de risico's dat personen arbeidsongeschikt worden of blijven tot een minimum kunnen beperken.


In staat zijn om vroegtijdig te handelen voordat ziekte optreedt, is een van de grootste uitdagingen voor onze samenleving, gezien de aanzienlijke toename van het aantal mensen dat elk jaar arbeidsongeschikt raakt, met name als gevolg van de twee grote groepen aandoeningen die verband houden met psychische stoornissen en musculoskeletale aandoeningen.

Ook actie ondernemen om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren en de communicatie te versterken die nodig is om verzekerden goed te informeren over de mogelijkheden om gezondheidszorg te zoeken, is een van de manieren om het effectieve gebruik van gezondheidszorg te stimuleren en zo het probleem van uitgestelde zorg tegen te gaan.

De hervormingen van de laatste jaren zijn bedoeld om ten minste **in de laatste twee fasen of actiegebieden** in te grijpen.

 In dit verband is het belangrijk te herinneren aan **de verschillende hervormingen die de afgelopen tien jaar in de sector van de uitkeringsverzekering zijn doorgevoerd** en die zowel van toepassing zijn op de sector van de werknemers als op die van de zelfstandigen. De invoering van een paradigmaverschuiving in verband met het in aanmerking nemen van de restcapaciteiten om verzekerden die dat wensen te kunnen begeleiden bij een vrijwillige aanpak van hun socioprofessionele re-integratie, de versoepeling van de voorwaarden voor voorafgaande toestemming voor de vrijwillige hervatting van werk aangepast aan de gezondheidstoestand, de invoering van nieuwe begeleidingstrajecten met de steun van terug-naar- werkcoördinatoren, de verhoging van de uitkeringsbedragen, de hervorming die werd ingevoerd in het kader van de organisatie van het proces van de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid, maar ook, en meer specifiek voor de regeling voor zelfstandigen, de afschaffing van de wachttijd en de vereenvoudiging van het systeem in verband met de vrijwillige hervatting van werk aangepast aan de gezondheidstoestand, zijn slechts enkele voorbeelden van belangrijke veranderingen die binnen de uitkeringsverzekering hebben plaatsgevonden.

Het is ook belangrijk om te verwijzen naar de **significante evolutie van de laatste 10 jaar in het aantal arbeidsongeschikt erkende mensen en die geleidelijk een activiteit hervatten die aangepast is aan hun gezondheidstoestand**. Het percentage mensen dat geleidelijk weer aan het werk gaat (in een functie die aangepast is aan hun gezondheidstoestand of met de nodige aanpassingen) is in dezelfde periode immers gestegen: op 31 december 2021 hadden ongeveer 63.160 langdurig arbeidsongeschikten (dat is 14 % van alle langdurig arbeidsongeschikten) toestemming om aangepaste arbeid te verrichten (in de zin van artikel 100 § 2 van de gecoördineerde wet).

 Het is bijvoorbeeld belangrijk om de ondersteuning bij de terugkeer naar het werk voor personen die over voldoende restcapaciteiten beschikken, te kunnen blijven uitbouwen, waarbij op vrijwillige basis prioriteit wordt gegeven aan de invoering van kwaliteitsvolle en persoonsgerichte maatregelen.

Die maatregelen moeten blijven kaderen binnen **een multidisciplinaire aanpak** met meer verantwoordelijkheid voor, en samenwerking en communicatie tussen alle betrokken actoren (werkgevers, werknemers, adviserend artsen, multidisciplinaire teams, terug-naar-werkcoördinatoren, preventieadviseurs-arbeidsartsen, behandelend artsen, ...), inclusief de gewesten die verantwoordelijk zijn voor opleiding en tewerkstelling. Hun expertise en hun dienstenaanbod zijn immers belangrijke hefboomen voor het begeleiden en ondersteunen van de sociaal verzekerden bij de ontwikkeling van een kwaliteitsvol en geschikt terug-naar-werktraject.

Naast deze verschillende actierreinen is ook **de ondersteuning van zorgverleners** een belangrijk gebied waaraan bijzondere aandacht moet worden besteed, met name op het vlak van de administratieve vereenvoudigingen, bijvoorbeeld met het "Mult-eMediatt"-project voor de informatisering van het arbeidsongeschiktheidsgetuigschrift, maar ook op het vlak van instrumenten om de communicatie en uitwisseling tussen artsen (adviserend artsen, bedrijfsartsen, behandelend artsen en RIZIV-artsen) te vergemakkelijken, bijvoorbeeld via het TRIO-platformproject.

Bovendien is het meer in het algemeen, in het kader van onze opdrachten in verband met onze uitkeringsverzekering, belangrijk om met ondersteuning van onze partners **een meer geautomatiseerd gegevensbeheer** te kunnen blijven versterken door rekening te houden met de ontwikkelingen op het gebied van informatie- en communicatietechnologieën. Het versterken van die aanpak moet ons dus in staat stellen om de voorwaarden voor toegang tot en toekenning van het recht op de uitkeringsverzekering te verbeteren, maar ook om een goede werking en bestuur van onze verzekering te garanderen, met inbegrip van een **administratieve vereenvoudiging** ten voordele van zowel de sociaal verzekerden, de ziekenfondsen als de werkgevers.

Tot slot maakt het bestaan van veel verschillende regels voor de berekening van de bedragen die worden uitgekeerd in geval van arbeidsongeschiktheid de toepassing ervan steeds complexer en moeilijker toegankelijk voor gebruikers van de sector (met het risico op fouten dat daarmee gepaard gaat). Die vaststelling moet ons aanzetten om na te denken over **een meer eenvormige en vereenvoudigde benadering van die regels**, waarbij rekening wordt gehouden met de noodzakelijke evolutie van onze sector om het begrip en de toepassing ervan met betrekking tot de toegangs- en toekenningsvoorwaarden te verbeteren.

De zeer sterke stijging van het aantal arbeidsongeschikte personen heeft reeds aanleiding gegeven tot beleidshervormingen en investeringen langs de kant van het RIZIV en de Verzekeringsinstellingen om de opvolging van deze sector, zowel qua kennis, op operationeel vlak, als qua handhaving te kunnen verbeteren. Niettemin kan niet ontkend worden dat een betere regulatie, betere opvolging en betere kennis over de mechanismen van arbeidsongeschiktheid verdere investeringen zal vereisen, niet enkel binnen de uitkeringsverzekering, maar ook **op het niveau van arbeidsbemiddeling, welzijn op het werk**. Ook **op het niveau van de voorschrijvende artsen** zal nog sterker geïnvesteerd moeten worden om hun kennis en hun rol met betrekking tot arbeidsongeschiktheid en ook arbeidsre-integratie te verbeteren.

De uitkeringenverzekering dekt echter nog andere situaties waarvoor onder bepaalde voorwaarden en voor bepaalde perioden ook een uitkering kan worden toegekend, met name in het geval van moederschapsrust of geboorteverlof. **Het noodzakelijke evenwicht tussen het gezinsleven en het beroepsleven** is een belangrijke kwestie waarover verder moet worden nagedacht en die een geïntegreerde aanpak vereist. De versterking bevorderen van dat evenwicht is in feite een uitdaging op het gebied van preventie als reactie op een mogelijk risico van arbeidsongeschiktheid, en zou ons ook in staat moeten stellen om rekening te houden met eventuele complicaties die zich tijdens of na de bevalling kunnen voordoen voor zowel de werkneemster als haar kind.

Tot slot is het cruciaal om ook de handhaving van het systeem, met name wat de **correcte toepassing van de regelgeving** betreft, te verzekeren, enerzijds vanuit een oogpunt van toegankelijkheid als om misbruik te bestrijden. Het RIZIV houdt in dit kader toezicht, zowel vanuit medisch als administratief oogpunt op de werking van het systeem.

4^e Baken

Fonds voor medische ongevallen:
Een hefboom om de medische
ongevallen te beoordelen en
abnormale risico's van de
gezondheidszorg te vergoeden



Een derde, meer recente sector die losstaat van het RIZIV, het Fonds voor de Medische Ongevallen, is geworteld in een evolutie die het midden houdt tussen universele sociale zekerheid op het vlak van gezondheid en het beheer van het gezondheidssysteem. Men kan zeggen dat het, door de adviezen die het uitbrengt en de schadevergoedingen die het toekent, een nieuw recht opent voor patiënten wat betreft de onverwachte en ongewenste gevolgen van geneeskundige verstrekkingen en neemt deel aan het beheer, de erkenning en de dekking van abnormale risico's (met of zonder aansprakelijkheid van een zorgverlener) van geneeskundige verstrekkingen.

De opdrachten van het FMO en de werking ervan worden gedekt door een dotatiebudget ten laste van de begroting van de sector "geneeskundige verzorging", verantwoordelijk voor de tenlasteneming van geneeskundige verstrekkingen die helaas soms leiden tot abnormale, ongewenste en onvoorziene schade. We zouden kunnen zeggen dat het de collectieve solidariteit is die het werk en de opdrachten van deze nieuwe sector dekt met betrekking tot individuele risico's. Dit past dus goed in de geest van de sociale zekerheid of sociale bescherming.



Hoewel de patiënt, die het "slachtoffer" is, centraal staat in de opdrachten en de dekking van het FMO, is het uiteraard geen bureau voor de verdediging van patiënten, maar eerder **een onpartijdige arbiter** van een klacht of een probleem dat wordt aangekaart in het kader van een geneeskundige verstrekking.

In het verleden werd het imago van het FMO aangetast door een omvangrijke achterstand en het feit dat het bijna uitsluitend werd afgeschilderd als een **organisme dat een vergoeding aanbiedt** aan patiënten die schade hebben geleden na een zorgverstrekking. De belangrijkste rol van het FMO is echter niet om te vergoeden, maar om **een advies uit te brengen**. De achterstand waar het bij de start van zijn activiteiten mee te kampen had, is nu zo goed als weggewerkt.



Het **FMO** stelt patiënten die menen slachtoffer te zijn van schade als gevolg van de uitvoering van een medische verstrekking in staat om gratis, binnen een redelijke termijn en buiten een conflictueus klimaat - zoals dat zou kunnen in een gerechtelijke procedure - **een advies te krijgen over de oorzaak en de omvang van hun schade**.

Het FMO staat voor **veel uitdagingen** in het kader van deze belangrijke **adviesopdracht**:

- Het verzekeren van de kwaliteit van externe expertises, op een moment dat er een algemeen tekort is aan experten in België en hij verplicht is om overheidsopdrachten na te leven.
- Waakzaam blijven wat betreft de naleving van de behandelingstermijnen van de aanvragen, zowel intern als extern, zodat er niet opnieuw een achterstand wordt opgebouwd en er geen redelijke termijn wordt overschreden.
- De interne expertise valoriseren om het beroep op externe expertise te beperken tot problematieken die deze acute specifieke expertise vereisen.
- Verbeteren van de transparantie en informatie in verband met:
 - de criteria voor de tenlasteneming (in het algemeen en specifiek)
 - het beheer van de individuele dossiers (voor de aanvragers)
- Eventuele wetswijzigingen voorstellen om ervoor te zorgen dat de wet nog beter beantwoordt aan de realiteit van deze dienst die ter beschikking van de patiënten wordt gesteld
- Zijn **opdracht van bemiddelaar** ontwikkelen.

Naast zijn **adviesopdracht** is het FMO **belast met de vergoeding van de medische ongevallen** die volgens zijn reglementering als vergoedbaar worden erkend. Het FMO moet **de kwaliteit van zijn beoordelingen** van de opgelopen schade verbeteren. Het moet ook de gewenste evoluties van de wetgeving analyseren met betrekking tot dat recht op vergoeding dat momenteel vrij beperkt lijkt in verhouding tot het aantal dossiers waarin de toegangscriteria niet worden behaald maar waarin toch een medisch ongeval wordt erkend.

De derde opdracht van het FMO betreft de preventie van medische ongevallen, gebaseerd op de bevindingen van het klachten- en adviesbeheer. Deze opdracht is momenteel beperkt tot het produceren van gegevens over de verstrekkingen of de zorgverleners die aanleiding geven tot de klachten, adviezen en vergoedingen. Maar ze moet nog verder worden uitgewerkt en dat zou met name kunnen door de systemen voor het verzamelen en verwerken van gegevens te verbeteren, en vooral door samen te werken en de dialoog aan te gaan met andere diensten die verantwoordelijk zijn voor het beheer van het gezondheidssysteem, waaronder het RIZIV, maar ook met andere verenigingen van zorgverleners, patiënten, ziekenhuisombudsdiensten, verzekeringsinstellingen, ... om een beter inzicht te krijgen in de redenen voor de hogere frequentie van bepaalde verstrekkingen bij de klachten en de maatregelen die eventueel kunnen worden voorgesteld om deze te beperken.

5^e Baken
Transversaal :
Terugdringen
van ongelijkheden,
een essentiële voortdurende strijd!





De meeste ongelijkheden hebben invloed op zowel de toegang tot als de uitvoering van een formele, effectieve, adequate en transparante dekking van de verschillende sociale zekerheids- en gezondheidssectoren.

Het erkennen, kennen, rekening houden met en terugdringen, of zelfs wegwerken van ongelijkheden maakt integraal deel uit van de opdrachten van de sociale zekerheid. Dit is een essentiële doelstelling, zowel binnen onze socialezekerheidsstelsels en -sectoren als externe determinant die deze stelsels en de antwoorden die ze willen geven, beïnvloedt.

In alle drie onze sectoren moet prioriteit worden gegeven aan deze essentiële voortdurende strijd om ongelijkheden terug te dringen, zowel om ze aan de bron te verminderen als om de effecten ervan op de dekking door onze socialezekerheids-, gezondheids- en gezondheidszorgsystemen te verminderen.

Het RIZIV moet samen met zijn beheerspartners en zijn partners op vlak van diensten en verstrekkingen de sociaal verzekerde centraal stellen in zijn zorgen en acties, met bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren.

Socio-economische ongelijkheden bij het gebruik van gezondheidszorg kunnen verschillende oorzaken hebben. Naast de gezondheidstoestand van individuen en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte spelen ook andere factoren een rol, zoals de socio-economische status (opleidingsniveau, inkomen, activiteitsstatus), de beschikbaarheid van diensten, de levensstijl, de dekking van een ziekteverzekering (verplicht of aanvullend), enz.



Voor ons gezondheidssysteem betekent het verminderen van ongelijkheden, naast preventie, het **versterken van de toegankelijkheid tot de zorg!**



Toegankelijkheid tot de zorg kan gedefinieerd worden als het gemak waarmee gezondheidsdiensten toegankelijk zijn voor de bevolking in fysieke en financiële termen, in termen van snelheid (het probleem van wachtrijen) en de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel, maar ook vanuit een cultureel of taalkundig oogpunt.

Er moet worden toegegeven dat de afgelopen jaren aanzienlijke inspanningen zijn geleverd: de maximumfactuur, het VT-statuut, een grotere automatisering van de rechten, een verbod op supplementen voor alle patiënten (klinische biologie of medische beeldvorming) of voor patiënten die recht hebben op de VT, de affichering van de tarieven, de oprichting van een fonds om gekwalificeerde personen aan te moedigen om terug te keren naar de gezondheidssector, de terbeschikkingstelling van interculturele bemiddelaars, niet alleen in de ziekenhuizen maar ook in de eerste lijn, ervaringsdeskundigen die de stem van de meest "onbereikbaren" binnen ons systeem laten horen, enz.

Tegelijkertijd moet echter worden erkend dat de resultaten niet altijd aan de verwachtingen voldoen, zoals blijkt uit het recente performance report van het KCE: betalingen door patiënten ("**out-of-pocket**") zijn in 2021, na alle tussenkomsten van het systeem of bijkomende verzekeringen, goed voor +- 18 % van de totale gezondheidsuitgaven in België in vergelijking met minder dan 10 % in Luxemburg, Frankrijk en Nederland en 12 % in Duitsland. In sommige sectoren van de gezondheidszorg is de situatie nog dramatischer: uitgaven van de patiënten zijn goed voor 65 % van de uitgaven voor tandheelkundige verzorging en 34 % voor ambulante verstrekte geneesmiddelen.

De uitdagingen zijn talrijk en ook hier zijn innovatie en durf nodig als we de toegankelijkheid willen vergroten:

- Een analyse moet een meer gedetailleerd zicht geven op deze **bedragen en percentages ten laste van de patiënt**, tussen de bedragen van de uitgaven ten laste van het RIZIV of andere federale instellingen, de ZIV-remgelden, de bijkomende honoraria of prestaties die niet worden terugbetaald in het kader van de ZIV, de uitgaven ten laste van de gefedereerde entiteiten en het aandeel van de patiënt, de verzekeringstegemoetkomingen, enz. om te zien welke actievoorstellen kunnen of moeten worden gedaan voor elke categorie van uitgaven die ten laste van de patiënt blijven.
- We moeten **de rol en relevantie van het remgeld en hun huidige niveau** eens goed onder de loep nemen. Internationale en Belgische studies tonen aan dat de bedragen ten laste van de gebruikers misschien niet het beste instrument zijn om mensen ertoe aan te zetten om de middelen efficiënt te gebruiken (overconsumptie te vermijden), maar integendeel een averechts effect kunnen hebben op gelijkheid, efficiëntie en toegankelijkheid.
- We moeten ook durven praten over de **toegankelijkheid voor groepen mensen in de marge (de "niches")** van de samenleving (migranten, mensen zonder papieren, enz.). Om economische redenen, redenen in verband met de volksgezondheid en de naleving van internationale verdragen moeten deze groepen toegang hebben tot alle gezondheidszorg die beschikbaar is op het grondgebied;
- We moeten analyseren hoe **het overeenkomstenmodel**, dat in sommige sectoren niet resulteert in de verwachte conventioneringsgraad, kan worden hervormd om meer tariefzekerheid te garanderen aan de patiënten en tegelijkertijd een flexibel en aantrekkelijk kader te bieden aan de zorgverleners;
- **Om de "non-take-up" te bestrijden**, moeten met name nieuwe communicatiekanalen correct worden gemobiliseerd, zowel voor zorgverleners als voor patiënten. De toegang tot gezondheidszorg verbeteren betekent immers juist, duidelijk en uitgebreid communiceren over de rechten van de sociaal verzekerden en het toegankelijke aanbod van geneeskundige verzorging, om de verschillende obstakels (economisch, administratief, psychologisch, enz.) te beperken. Deze transparantie zal helpen om het imago van de sociale zekerheid op het gebied van gezondheidszorg te herstellen. We moeten ervoor zorgen dat we duurzaam investeren in een cultuur van solidariteit met alle leeftijdsgroepen en alle bevolkingsgroepen. Daarnaast maakt de strijd tegen "non-take-up" het ook mogelijk om actie te ondernemen op het gebied van primaire preventie en om bepaalde vormen van arbeidsongeschiktheid te voorkomen.

Verdere ontwikkelingen op vlak van e-government, bv. **via het programma e-Gov 3.0.**, moeten toelaten dat op basis van een nog betere organisatie van data en het gebruik ervan, rechten meer automatisch kunnen worden gedetecteerd en toegekend. Dit leidt tot een verbetering van de toegankelijkheid, maar ook tot efficiëntieverhoging voor de actoren van de sociale zekerheid.

Communicatie is een belangrijk middel om mensen te informeren en bewust te maken. De actoren in het ecosysteem, zoals ziekenfondsen, beroepsfederaties, patiëntenverenigingen en sociale partners, verzamelen, elk binnen het kader van hun specifieke rollen en bevoegdheden ten opzichte van hun leden en de samenleving, betrouwbare en kwaliteitsvolle informatie die nuttig is voor een goed beheer van onze drie sectoren en stellen deze ter beschikking van leden en burgers, met bijzondere aandacht voor de toegankelijkheid van deze informatie voor kwetsbare doelgroepen.




Het RIZIV zou graag zien hoe het, in het kader van de communicatiestrategie van elke of alle drie de sectoren, kan bijdragen en samenwerken om de impact van deze verschillende communicatiekanalen en de communicatie-inhoud van de verschillende actoren te versterken rond coherente en gecoördineerde boodschappen en door de meest geschikte kanalen te kiezen afhankelijk van het communicatie-doel.

- Tot slot is verdere analyse nodig om ons begrip van de bestaande fenomenen te verbeteren. Het is daarom noodzakelijk om de consumptiedatabanken te koppelen aan de databank van verzekerden, waardoor we meer specifieke analyses van toegangsproblemen kunnen uitvoeren.
- Uit studies blijkt dat niet het remgeld maar **de supplementen** verantwoordelijk zijn voor het grootste deel van de out-of-pocket kost. Een verplichte melding van alle aanrekeningen aan de patiënten (zie Actieplan handhaving 2024-2026) zal ons een beter beeld geven van alle extra kosten die worden betaald, welke groepen en bij welke zorgen dit het meest voorkomt.
- We moeten ook oog hebben voor **nieuwe ongelijkheden** die zich ontwikkelen, denk bv. aan het ontstaan van sommige gebieden of buurten waar er onvoldoende of zelfs geen (eerstelijns) zorgverstrekkers zijn of patiëntenstops bestaan, of waar zorg in de eigen taal, bijvoorbeeld in de dringende hulpverlening, maar ook in de eerste lijn, niet toegankelijk is.

Het verlies van een beroepsinkomen als gevolg van een risico in verband met arbeidsongeschiktheid kan ook leiden tot situaties van grote socio-economische kwetsbaarheid en fragiliteit als de persoon geen toegang heeft tot een recht op de uitkeringsverzekering (de opening van dit recht is gekoppeld aan voorwaarden zoals een minimale periode van professionele activiteit en voldoende socialezekerheidsbijdragen) op het moment dat de persoon getroffen is door een arbeidsongeschiktheid.

Hoewel er de laatste jaren concrete acties zijn ondernomen (met name in het kader van de welzijnsenveloppe en initiatieven op beleidsniveau) **om minimumbedragen voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te garanderen en te versterken**, is het noodzakelijk om hierover te blijven nadenken met als doelstelling een effectieve sociale bescherming. Het is ook belangrijk om na te kunnen denken over een betere harmonisering van de bedragen die door de uitkeringsverzekering worden toegekend en om de basis te leggen voor een reflectie over de plaats die de verzekerde als dusdanig kan krijgen in zijn vergoeding als slachtoffer van een arbeidsongeschiktheid. Het zou ook mogelijk moeten zijn om dezelfde denkoefening uit te breiden naar alle vormen van verlof die door de uitkeringsverzekering worden vergoed (zoals zwangerschapsrust of geboorteverlof, waarvoor bijvoorbeeld geen minimumbedrag wordt gegarandeerd).

Tot slot zet het FMO zich ook in om ongelijkheden te verminderen door patiënten die het slachtoffer zijn van een medisch ongeval met schade tot gevolg die als ernstig wordt beschouwd, de mogelijkheid te bieden om een vergoeding te krijgen, zelfs zonder enige aansprakelijkheid. Door in de eerste lijn in te grijpen in geval van burgerlijke aansprakelijkheid van de zorgverlener, gaat het FMO ook de ongelijkheid tegen die een weigering van de BA-verzekeraar om de patiënt ten laste te nemen, of een ontoereikende dekking door de verzekeraar, zou betekenen voor de ernstig getroffen patiënt.

 Wanneer het FMO een schade moet vergoeden, doet het dit in concreto (volledig) en niet op forfaitaire basis, zoals andere landen kunnen doen, wat ook een garantie is voor bescherming tegen ongelijkheid.

6^e Baken
Transversaal :
Paritair en medicosociaal
overleg, ons handelsmerk!



Het RIZIV is als instelling van sociale zekerheid **ingebed in een sociaal paritair overlegmodel**. De rol die werkgevers-, zelfstandigen- en werknemersorganisaties en de verzekeringsinstellingen in het kader van het paritair beheer spelen als beheerder binnen de beheerscomités van de geneeskundig verzorgings-, arbeidsongeschiktheidsverzekering en sector van medische ongevallen, staat niet enkel garant voor een betrokkenheid en verantwoordelijkheid van de belangrijkste financiers en beheerders van de sociale zekerheid, maar ook voor de inbreng van expertise, hun validatie na kritische analyse, hun ondersteuning van/instemming met het gevoerde beleid. Daarom hebben de sociale partners en de verzekeringsinstellingen een belangrijke rol gespeeld in de grote hervormingen die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden in de sectoren van de gezondheidszorg en de uitkeringsverzekering.

Die expertise en draagvlakcreatie is ook essentieel in het kader van **het medicosociaal overlegmodel binnen de ziekteverzekering**, waar vertegenwoordigers van zorgverstrekkers enerzijds en ziekenfondsen anderzijds belangrijke beleidslijnen over de financiering en ook de organisatie van de gezondheidszorg mee bepalen en een goede uitvoering ervan verzekeren.

Ook op het gebied van arbeidsongeschiktheid moeten zorgverleners in toenemende mate worden geraadpleegd en betrokken bij discussies en mogelijke acties om, op basis van ieders rol en deskundigheid, alomvattende zorg voor mensen tijdens hun arbeidsongeschiktheid om gezondheidsredenen te bevorderen, teneinde samen met hen mogelijkheden te ontwikkelen om weer aan het werk te gaan die verenigbaar zijn met veranderingen in hun gezondheids- en sociale situatie en hun beroepsvaardigheden. **Multidisciplinair overleg en samenwerking** moeten een nieuwe hefboom worden om de risico's en de duur van arbeidsongeschiktheid tot een minimum te beperken en de kansen op terugkeer naar het werk te vergroten door de betrokken personen een aangepaste, globale ondersteuning te bieden.

In de sector van de medische ongevallen zitten vertegenwoordigers van de zorgverleners en instellingen in het beheerscomité, naast ziekenfondsen en patiëntenorganisaties. Dit beheer maakt het mogelijk om de opdrachten van het FMO te begrijpen en de expertise en realiteiten van deze verschillende partners op een constructieve manier met elkaar te vergelijken.

De werking van dit overlegmodel en de interactie ervan met de beleidslijnen die door de federale minister van Sociale Zaken binnen het regeringsbeleid worden ontwikkeld, behoren tot het DNA van de RIZIV-werking.



Het RIZIV heeft als opdracht om het overlegmodel en de interactie ervan met de politieke beleidslijnen zo goed mogelijk te ondersteunen, zowel strategisch als operationeel.

In principe is het paritair overlegmodel één van de fundamenteën van het Belgische model en dat moet zo blijven, maar het moet, vooral in de sector van de verzekering voor geneeskundige verzorging, kunnen evolueren qua vorm en organisatie. Door de jaren heen zijn nieuwe spelers opgenomen in het model (zoals bv. patiëntenverenigingen, nieuwe gezondheidsberoepen), alsook zijn nieuwe instrumenten ontwikkeld (zoals bv. budgettaire prospectie of het gebruik van gezondheidszorgdoelstellingen), telkens om bij te blijven met evoluties in de maatschappij, binnen het gezondheidszorgsysteem, door impulsen van actoren binnen het overlegmodel of vanwege de politieke actoren.

Het RIZIV is geëngageerd om de belangrijke rol die het speelt in de werking van het overlegmodel en zijn interactie met de minister en regering te blijven verzekeren en waar nodig te verbeteren. Een aantal tendensen voor de komende jaren zijn daarbij van belang.

- **Ten eerste kan de werking van het overlegmodel verder geoptimaliseerd worden door te werken op basis van duidelijke objectieven en prioriteiten.**

In de ziekteverzekering zal het werken op basis van gezondheidszorgdoelstellingen verdere ingang vinden, onder meer ondersteund door de creatie van de nieuwe commissie gezondheidszorgdoelstellingen. Deze Commissie zal met expertise en advies kunnen bijdragen tot het ontwikkelen van een met evidentie onderbouwde meerjarenaanpak binnen de gezondheidszorg, waarbij de Algemene Raad bevoegd blijft voor het bepalen van de globale beleidslijnen. Bij het ontwikkelen en bepalen van gezondheidszorgdoelstellingen zal aandacht besteed worden aan de aligenering van algemene gezondheidsdoelstellingen, die op federaal niveau, maar ook met de deelstaten worden afgesproken in de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Maar ook de andere sociale-verzekeringstakken inzake arbeidsongeschiktheid en medische ongevallen kunnen hun activiteiten nog sterker funderen op doelstellingen. Dit lijkt een evidentie, maar in de hoeveelheid van permanente opdrachten, beleidsinitiatieven en operationele uitdagingen, vormt het proces van beleidsplanning en strategische prioritering een fundamentele uitdaging. Het alignerend van de doelstellingen van het overlegmodel – van beheerscomités over onderhandelingscommissies tot meer operationele en technische comités – met de doelstellingen van het politieke beleid is in een context van een omvangrijke hervormingsagenda cruciaal. De Bestuursvereinkomst, als het door de wetgever bepaalde instrument bij uitstek, moet hersteld worden als gezamenlijk prioriteitenkader tussen de regering, en de medebeheerders en het management van het RIZIV.

Het werken op basis van gezondheidszorgdoelstellingen zal ook de nog (te) sterke verkokering van het overleg doorbreken, zowel binnen de ziekteverzekering met zijn vele beroepsgeoriënteerde organen, maar ook tussen de verschillende sociale-zekerheidstakken binnen het RIZIV. Meer transversaliteit in het beleid moet zich ook vertalen in het gestroomlijnd overlegmodel.

De aligenering op basis van doelstellingen moet ook voldoende aandacht besteden aan de uitvoerbaarheid en monitoring ervan. Die uitvoerbaarheid wordt beïnvloed door middelen bij het RIZIV zelf, maar ook bij de uitvoerende partners (bv. ziekenfondsen en andere administraties) en bij het werkveld.

Bij de uitvoerbaarheid moet ook de professionele communicatie van het beleid ten aanzien van sociaal verzekerden, zorgverstrekkers, werkgevers, zelfstandigen en werknemers worden verbeterd. Dat kan enkel binnen een netwerk van communicatieactoren van het RIZIV, ziekenfondsen, beroepsorganisaties, sociale partners, etc. waarbij elke actor binnen zijn bevoegdheid en expertise erkend wordt. Een aantal eerste stappen zijn gezet, maar er is duidelijke ruimte voor vooruitgang.

- **Een tweede uitdaging sluit daarbij aan. Er wordt veel beleid ontwikkeld en uitgevoerd binnen het overlegmodel.**

Het nog beter integreren van evidentie in het kader van beleidsvoorbereiding en het daarbij onmiddellijk ook bepalen hoe, wanneer en door wie beleid zal worden geëvalueerd, moet meer aandacht krijgen. Het RIZIV kan daarbij beroep doen op de kennisinstellingen waarvan het medebeheerder is, zoals bv. het KCE, Sciensano, het Intermutualistisch Agentschap. Evaluatie kan ook gebeuren door andere actoren, zoals ziekenfondsen, universiteiten, onderzoeksbureaus, wetenschappelijke verenigingen, etc.

- **Een derde uitdaging voor het overlegmodel betreft de transparantie ervan. Transparantie omvat meerdere facetten.**

Het overlegmodel moet makkelijk te begrijpen zijn, voor de actoren die erin actief zijn, maar ook voor diegenen die geïmpacteerd worden door de beslissingen ervan. De rollen van elk orgaan, en de relaties tussen de organen, moeten worden verhelderd binnen een gestroomlijnd geheel.

Het overlegmodel moet ook transparant zijn op vlak van zijn interne regels. De inventarisatie van alle organen, hun samenstelling, de stemverdeling (beslissend en/of raadgevend), de identificatie van belangen, hun agenda en hun beslissingen, zijn vandaag onvoldoende ontsloten en/of vindbaar.

- **Een vierde uitdaging betreft de kloof die vandaag soms bestaat tussen de beslissingen in het overlegmodel enerzijds en het werkveld anderzijds, in het bijzonder langs de kant van de zorgverstrekkers.**

Deze uitdaging omvat meerdere aspecten. Vandaag stellen we vast dat, ondanks het overlegmodel, het werkveld niet steeds juist en/of voldoende en/of tijdig geïnformeerd is over de beslissingen die worden genomen in het overlegmodel. Dat heeft invloed op het draagvlak voor beslissingen, op de uitvoering ervan en dus op de zorg voor patiënten, maar ook op de legitimiteit van het overlegmodel zelf. Een nog meer proactieve en betere communicatie, via het RIZIV, via beroepsverenigingen, via ziekenfondsen, werkgevers-, werknemers- en zelfstandigenorganisaties, etc., binnen een onderling afgestemde aanpak, kan positief bijdragen. Tegelijkertijd moeten we meer actief zoeken naar manieren om de representatierol en -kracht van de beroepsvertegenwoordigers en hun organisaties, alsook hun capaciteit om actief deel te nemen in het overlegmodel, te versterken. Dat vereist ook een evaluatie en verbetering van de ondersteuning die het RIZIV vandaag al geeft aan sommige van deze organisaties. Dit geldt ook voor afspraken inzake de wijze waarop gecommuniceerd wordt naar de achterban, zowel voordat beslissingen worden genomen om bv. bottom-up feedback mee te kunnen nemen naar de overlegorganen, maar ook na het nemen van beslissingen. Het overlegmodel veronderstelt een gedeelde verantwoordelijkheid inzake de genomen beslissingen. Innovatieve processen voor informatie, consultatie en overleg met het werkveld moeten ook ontwikkeld worden, niet ter vervanging, maar wel ter aanvulling, ondersteuning en versterking van het bestaande overlegmodel, zoals bv. ook gebeurde de voorbije jaren in het kader van de huisartsengeneeskunde.

- **Een vijfde uitdaging voor het overlegmodel betreft de moderne en efficiënte werking ervan.**

De COVID-19-pandemie heeft geleid tot een versnelde invoering van digitaal en/of hybride overleg. Die evolutie zal verankerd worden, waarbij evenwel ook het behoud van fysiek overleg, waar meer geschikt, moet worden behouden. Daartoe moet ook de infrastructuur van het Galileegebouw worden verbeterd. Ook overlegmethodieken kunnen worden verbeterd, zowel op vlak van de competenties van de RIZIV-medewerkers om het overleg te ondersteunen en te leiden.

- **Een zesde uitdaging betreft het medisch-sociaal overleg binnen de zorgverzekering en het evenwicht dat moet worden gevonden tussen transversale, multidisciplinaire, thematische of globale niveaus en de niveaus van de commissies voor elke categorie van zorgverleners.**

- **Een specifieke uitdaging betreft de rol van de verzekeringsinstellingen in het beheer en overlegmodel van het RIZIV.**

Zij hebben een veelzijdige rol, zowel als medebeheerder van de instelling, als medicosociale partner in het overlegmodel van de sectoren, waar zij de vertegenwoordiger zijn van hun leden en dus de belangen van de sociaal verzekerden verdedigen, als uitvoerder van de verzekering, soms als zorgverlener of beheerder van een zorgverlenende organisatie, als primo-controleur van de correcte toepassing door zorgverleners van de regels in de verzekering, en finaal ook als gecontroleerde entiteit door het RIZIV. Deze veelzijdigheid hangt samen met de historische ontwikkeling van de ziekte- en invaliditeitsverzekering en is een uiting van het feit dat ze naast een actor binnen de sociale zekerheid, ook een sociale beweging zijn. Deze verschillende rollen en het feit dat ziekenfondsen ook op het deelstatelijke bestuursniveau actief zijn, geven hen een breed en diepgaand zicht op dynamieken binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Het RIZIV beschouwt de verzekeringsinstellingen als een kernpartner en wenst het strategische en operationele partnerschap verder te ontwikkelen. Dat is noodzakelijk, rekening houdend met de vele uitdagingen die zich aandienen in de maatschappelijke opdrachten van het RIZIV.

Tot slot merken we nog op dat, rekening houdend met de huidige bevoegdheidsverdeling en eventuele evoluties daarrond, het overlegmodel binnen het RIZIV ook evolueert. Vandaag reeds worden deelstaten betrokken in bepaalde organen, denk bv. met betrekking tot transversale en geïntegreerde zorg, of ook in de Commissie Gezondheidszorgdoelstellingen of in de consultatieve rol in de schoot van de Algemene Raad van de geneeskundige verzorging. Het RIZIV wenst zijn overlegmodel, met de aangetoonde meerwaarde op vlak van nauwe interactie met beheerders, ziekenfondsen en zorgverstrekkers, ook open te stellen voor een betrokkenheid van deelstaten, of partners die in het ruimere welzijnsveld zitten, weliswaar met respect voor de bevoegdheden en ook met aandacht om de slagkracht en efficiëntie van het overlegmodel te bewaken. Dat laatste is een meer algemene opmerking: de boven vermelde evoluties verbeteren en versterken het overleg, maar tegelijkertijd moet vermeden worden dat deze resulteren in nog meer complexiteit of in minder slagkracht en efficiëntie. Dat evenwicht is een voortdurend aandachtspunt, ook vanuit het oogpunt van het RIZIV die het overlegmodel moet ondersteunen.

7^e Baken
Transversaal:
Verantwoordelijkheid
van de actoren in het
doelmatig gebruik
van de middelen



Een belangrijk principe van het overlegmodel is **verantwoordelijkheid van de actoren**. Verantwoordelijkheid gaat over inspraak in en impact op de richting van de verzekeringen voor geneeskundige verzorging, arbeidsongeschiktheid en medische ongevallen. Verantwoordelijkheid heeft ook betrekking op het bewaken van de optimale besteding van de middelen, de naleving van de wetgeving en principes van goed bestuur, het engagement om de gezamenlijk afgesproken beleidsdoelstellingen of gezamenlijke onderhandelde akkoorden en overeenkomsten zo effectief en efficiënt mogelijk uit te voeren. Verantwoordelijkheid gaat ten slotte ook over verantwoording afleggen aan de samenleving over de inzet van middelen en de behaalde resultaten.

Die verantwoordelijkheid situeert zich in de eerste plaats op het niveau van elke actor zelf binnen de verzekering. Elke prestatie binnen de geneeskundige verzorgings-, arbeidsongeschiktheids- of medische ongevallenverzekering wordt in zeer grote mate gefinancierd door publieke middelen, hetzij via sociale bijdragen, hetzij via belastingen.



De maatschappij mag rekenen op elke actor, en zeker ook op de vertegenwoordigers binnen het overlegmodel, om, samen met het RIZIV toe te zien op een doeltreffende en efficiënte aanwending ervan.

De maatschappij verwacht in toenemende mate ook verantwoording daarover, wat de reeds vermelde noodzaak tot meer transparantie en beleidsevaluatie ondersteunt. Elke actor, ongeacht of het gaat om een zorginstelling, een gesalarieerde zorgverstreker, een zelfstandige zorgverstreker in een vrij beroep, een ziekenfonds, een bedrijf wiens producten terugbetaald worden, etc. binnen de sociale-verzekeringstakken van het RIZIV moet doordrongen zijn van deze realiteit en de verantwoordelijkheid die ermee gepaard gaat.

Vertrekpunt bij elk debat over handhaving en controle moet een bekommernis zijn om het systeem van regels en procedures kritisch te bekijken. Om fouten en misbruiken te vermijden, moeten regels coherent, duidelijk en transparant zijn. Bij de ontwikkeling van beleid, bv. door het invoeren van nieuwe rechten, financieringen, etc., moet reeds de vraag worden gesteld of de criteria van coherentie, duidelijkheid en transparantie gerespecteerd zijn. Dat vereist een zekere discipline, omdat in het ontwikkelen van beleid door de compromisvorming soms extra complexiteit ontstaat, die invloed heeft op de implementatie nadien. Vele partners in het overlegmodel zijn zich daarvan bewust en het komt erop aan om een meer systematische ex ante-evaluatie te maken op vlak van handhaving. Ook de terugkoppeling van resultaten van controles door het RIZIV zelf, maar ook door partners als ziekenfondsen, zijn cruciaal om de regels beter te maken.

Het RIZIV voorziet zelf in toezicht via zijn beleids- en controlediensten en zal deze strategische richting, die al geruime tijd ingeslagen is, blijven volgen, naar meer op risico gebaseerde controle, met een onlosmakelijke band tussen coherente regels, goede informatie en communicatie daarover, feedback en verantwoordingsmechanismen, en, als laatste stap, mogelijkheid tot sanctionering.



We benaderen **handhaving** als een ruim begrip dat alle acties omvat die ertoe bijdragen dat zorgverleners¹, verzekerden en de verzekeringsinstellingen de regelgeving inzake gezondheidszorgen en arbeidsongeschiktheid naleven. Handhaving gaat dus verder dan het detecteren van inbreuken waarna een actie volgt, zoals sensibilisering, waarschuwing, een PV van vaststelling of administratieve sanctie.

Het hanteren van een ruim begrip voor handhaving heeft tot doel dat bij alle betrokkenen - dus zowel bij zorgverleners, verzekerden, RIZIV, FOD VG als VI/NIC/IMA - het bewustzijn groeit over het belang van hun eigen acties in het kader van het **bevorderen van integriteit en de handhaving van regelgeving** als onderdeel van een optimaal gebruik van de beschikbare middelen.

1. 'Zorgverlener' wordt in dit document gebruikt zoals bepaald in art 2n van de GVV-wet.

Handhaving betreft dus niet enkel **hard control** (regelgeving, controle, vaststellingen) maar ook acties in het kader van **soft control** (cultuur in de gezondheidssector en gedrag). Concreet gaat het dan o.a. over de voorbeeldrol van stagemeeesters, de betrokkenheid van zorgverleners en de verzekeringsinstellingen bij de opmaak van nieuwe regelgeving en de mogelijkheid om onduidelijkheden in regelgeving te bevragen.

Natuurlijk is ook het toezicht op de regels in het domein van arbeidsongeschiktheid van belang, alsook het kunnen bouwen op **de verantwoordelijkheid van elke actor in het systeem**, van de werkgever, over de werknemer, tot de adviserend arts, de behandelend arts en de bedrijfsarts. De voorbije jaren zijn stappen genomen om die verantwoordelijkheid te ontwikkelen.

- **M.b.t. de betrokkenheid en responsabilisering van verzekerden:**

Als verzekerden zicht krijgen op wat op hun naam wordt aangerekend hebben ze meer begrip over de kost van bepaalde verstrekkingen en kunnen ze reageren (bij hun V.I. of bij de DGEC) indien bepaalde verstrekkingen onterecht werden aangerekend. Dit verhoogt de **betrokkenheid van de verzekerden** (cfr. huidig regeerakkoord en het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2024-2026).

Daarnaast is een consequent beleid inzake de **aanpak van de sociale fraude** in de gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheid noodzakelijk. Behandelen van fraudesignalen, proactieve selectie van casussen met vermoeden van misbruik, inclusief het wijzen van de verzekerden op hun rechten en plichten, terugvordering van onterecht ontvangen bedragen en het sanctioneren indien nodig.

Zoals hierboven vermeld zijn de voorbije jaren ook in het domein van arbeidsongeschiktheid stappen gezet op vlak van het aanspreken van de sociaal verzekerde, bv. in het kader van de vragenlijsten die worden gehanteerd met het oog op een mogelijke terugkeer naar werk. Vanuit de wetenschap dat een re-integratie op de arbeidsmarkt, wanneer medisch verantwoord en mits de juiste ondersteuning, positief is voor zowel de sociaal verzekerde als de samenleving, zijn deze stappen van belang.

- **M.b.t. de betrokkenheid en responsabilisering van zorgverleners:**

Doelmatig gebruik van middelen wordt aangemoedigd indien zorgverleners zich bewust zijn van een eventuele afwijking van een norm. Indien zorgverleners zicht krijgen op hun eigen facturatiegedrag t.o.v. een groep zorgverleners met vergelijkbaar patiënteel kunnen ze worden geresponsabiliseerd.

Kwaliteit van zorg. In het kader van de financiering van zorg heeft het RIZIV de voorbije jaren in toenemende mate elementen van kwaliteit opgenomen. De door het RIZIV beschikbare informatie daarover wordt nog niet steeds op een systematische en gestructureerde wijze ontsloten naar de buitenwereld, wat een prioriteit is voor de toekomst.

Informatiedeling en transparantie zijn een belangrijke stap naar meer doelmatig gebruik van middelen. Zo loopt er binnen het RIZIV een project om facturatieprofielen dynamisch ter beschikking te stellen van alle zorgverleners via hun account in ProGezondheid. Ook de betere ontsluiting, waar relevant, van dergelijke gegevens naar sociaal verzekerden en patiënten is van belang.

In de sector van de arbeidsongeschiktheid spelen de behandelende artsen in de eerste plaats een rol op vlak van diagnose en behandeling. Ziekte geeft daarbij ook aanleiding tot arbeidsongeschiktheid. Er kan verder onderzocht worden hoe behandelende artsen betrokken kunnen worden in het bepalen van mogelijkheden en modaliteiten van re-integratie naar de arbeidsmarkt, vanuit een filosofie van restcapaciteiten. Dit is complexe materie en vereist diepgaande analyse en overleg met alle betrokken actoren.

- o **M.b.t. de betrokkenheid en responsabilisering van verzekeringsinstellingen:**

Door de jaren heen is een uitgebreid systeem van responsabilisering van de ziekenfondsen ontwikkeld. De Verzekeringsinstellingen worden zowel **via het systeem van globale financiële verantwoordelijkheid als via de administratiekosten geresponsabiliseerd**. Deze systemen zijn door de jaren heen ontwikkeld om zowel inzake de uitgaven van de ziekteverzekering, als inzake de administratiekosten de ziekenfondsen tot verantwoordelijk, doelgericht en efficiënt beheer aan te zetten, en inzake de prestaties van hun werking en acties in hun drie sectoren die door het RIZIV worden beheerd. Deze systemen hebben bijgedragen tot een beter beheer, maar moeten ook geëvalueerd worden op vlak van hun doeltreffendheid en efficiëntie.

De aanbevelingen die naar aanleiding van de audit- en adviesopdrachten van de inspectiediensten aan de verzekeringsinstellingen worden gedaan om hun werkpraktijken bij het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen te verbeteren en te harmoniseren, teneinde een uniforme toepassing van de regelgeving en een rechtvaardige behandeling van de sociaal verzekerden te waarborgen, kaderen ook binnen deze responsabilisering van de verzekeringsinstellingen.

8^e Baken

Transversaal : Netwerken
en werken binnen een
ecosysteem: meer dan ooit
een onmisbare pijler





Het RIZIV vormt geen eiland. Het positioneert zich zoals hoger beschreven in een overleg model met heel wat actoren.

Het RIZIV is daarnaast een **actor binnen meerdere administratieve netwerken**: rekening houdend met zijn opdrachten, heeft het RIZIV zowel netwerken met andere gezondheidsinstellingen, met sociale-zekerheidsinstellingen, met andere controlediensten, etc. Binnen die netwerken wordt informatie en kennis uitgewisseld, worden gezamenlijke strategieën uitgewerkt en initiatieven genomen, zijn er wederzijdse afhankelijkheden, etc. De netwerken vormen zowel een kracht, als een afhankelijkheid, gezien voor vele van zijn opdrachten het RIZIV inderdaad moet kunnen rekenen op de medewerking en steun van andere actoren, net zoals dat omgekeerd ook het geval is. Het RIZIV wil doelgericht en constructief bijdragen tot de ontwikkeling van die netwerken.

Voor wat **het gezondheidsbeleid** betreft, en de rol van het RIZIV daarin, is het netwerk met de FOD Volksgezondheid, het Geneesmiddelenagentschap (FAGG), alsook de kennisinstellingen KCE en Sciensano, essentieel, aangevuld met het eHealth-platform voor wat de digitalisering van gezondheidszorg betreft. De gezamenlijke werkplek van FOD, FAGG en RIZIV in het Galilleegebouw biedt verdere kansen op betere samenwerking, die het RIZIV wil benutten. Op vlak van toezicht op de ziekenfondsen is de relatie met de Controledienst voor de landsbonden en ziekenfondsen (CDZ) belangrijk.

Voor wat **de arbeidsongeschiktheid** betreft, zijn er naast relaties in het netwerk van gezondheidsactoren, ook essentiële relaties met de federale en deelstatelijke diensten inzake welzijn op het werk en arbeidsbemiddeling.

Het netwerk van het RIZIV groeit in de praktijk nog steeds door evoluerende invullingen van de concepten en beleidsvisies inzake gezondheid en arbeidsongeschiktheid.

We benadrukken de noodzaak om het principe te blijven versterken dat gezondheid aanwezig moet zijn in al het overheidsbeleid (**intersectorale aanpak**). Het verminderen van socio-economische ongelijkheden op het vlak van gezondheid, die ook verband houden met sociale gezondheidsdeterminanten (bijvoorbeeld structurele kwesties in verband met de toegang tot geneeskundige verzorging, kwesties in verband met een gunstiger milieu en het klimaat, voldoende inkomen, toegang tot kwaliteitsonderwijs, de factoren die invloed hebben op het welzijn en de gezondheid van de jeugd,...) zou er daarom toe moeten leiden dat we deze intersectorale aanpak van het overheidsbeleid versterken, door bij het nemen van politieke beslissingen rekening te houden met de gevolgen voor de gezondheid. Het ontwikkelen van doeltreffende, maar ook haalbare en efficiënte instrumenten inzake intersectoriële aanpak, is een uitdaging voor het RIZIV en haar partners in het gezondheidsbeleid.

Voor de sector “arbeidsongeschiktheid” van de uitkeringsverzekering is het belangrijk om de **intersectorale samenwerking op het gebied van preventie** te kunnen blijven versterken, zowel wat betreft psychosociale risico's (en de bredere kwestie van geestelijke gezondheid) als risico's in verband met musculoskeletale letsels. Het is van vitaal belang om al vroeger actie te kunnen ondernemen, voordat de ziekte zich voordoet, met een geïntegreerde en gecoördineerde aanpak, met alle betrokken actoren, met het oog op het kunnen verbeteren van de organisatie van het werk, de arbeidsmodaliteiten en interpersoonlijke relaties.



Het Federaal Netwerk Mentale Gezondheid@Werk is een concreet voorbeeld van deze synergieën met de verschillende betrokken overheidsinstellingen, in een globale en geïntegreerde aanpak van werkgerelateerde psychosociale aandoeningen, vanuit het oogpunt van preventie en detectie, maar ook vanuit het oogpunt van herstel en socioprofessionele re-integratie.

> De voorbije twee jaar werden ook **nieuwe tripartiete akkoorden gesloten tussen het RIZIV, de gewesten en de ziekenfondsen** om de kwaliteit van de ondersteuning van personen met voldoende restcapaciteiten te verbeteren, zodat ze op vrijwillige basis professionele en sociale erkenning van hun vaardigheden en financiële onafhankelijkheid kunnen herwinnen.

Deze noodzaak tot het inbrengen de expertise van het RIZIV op vlak van gezondheid, arbeidsongeschiktheid en medische ongevallen in andere sectoren vereist dat het RIZIV als administratie, maar ook de beheerders en partners, in andere gremia actief zijn. Denk bijvoorbeeld aan de besprekingen in de Nationale Arbeidsraad die van belang zijn voor de preventie en welzijn op het werk. Maar even goed aan de debatten die lopen rond klimaatverandering en de impact daarvan op de volksgezondheid en dus op het gezondheidszorgsysteem.

De achtereenvolgende staatshervormingen hebben inderdaad het netwerk van het RIZIV met andere overheidsinstellingen grondig verruimd. Variaties in de invulling van de bevoegdheden die gemeenschappen en gewesten hebben verworven, leiden tot nieuwe coördinatieknopen die het federale niveau via de FOD Volksgezondheid of het RIZIV moet verzekeren. De **Interministeriële Conferentie Volksgezondheid** staat daarbij in voor de politieke coördinatie, maar ook op het ambtelijke niveau zijn er heel wat informele en formele contacten tot stand gebracht die verder ontwikkeld moeten worden, nog los van de eventualiteit van nieuwe stappen in bevoegdheidsverdrachten in deze of gene zin.

Zelfs al zijn de bevoegdheden inzake sociale zekerheid en gezondheidsbeleid nog grotendeels bevoegdheden van de lidstaten, toch is er **impact vanuit EU-bevoegdheden** inzake grensoverschrijdende zorg, vergunning van geneesmiddelen en medische technologie, etc. De jongste jaren nam de EU bovendien ook heel wat coördinerende initiatieven, vaak op vraag van de lidstaten, op vlak van bv. kankerbeleid, gezondheidscrisisbeheer, etc. Het RIZIV is traditioneel zeer actief binnen de EU-platformen terzake, telkens onder coördinatie van de FOD Volksgezondheid en de FOD Sociale Zekerheid die bevoegd zijn voor het Europese en internationale beleid in onze sectoren. De ambitie tot actieve deelname en bijdrage tot een sterker sociaal en gezondheidsbeleid op Europees niveau, alsook in andere internationale instellingen, zoals de WHO, de OECD, zal ons de komende jaren aanzetten om onze interne capaciteit terzake nog te versterken. Ook andere netwerken als ESIP en ISSA, of meer thematische platformen, zoals bv. EHFCN, BeNeLuxA, etc. kunnen rekenen op de actieve deelname van het RIZIV.

9^e Baken
Transversaal: Onze kennis
binnen onze sectoren
verdiepen!



Als sleutelspeler op het gebied van de ziekte- en uitkeringsverzekering en het stelsel voor de vergoeding van medische ongevallen, is het belangrijk dat we onze kennis blijven verdiepen, zodat we onze opdrachten met succes kunnen uitvoeren.

Het voortdurend versterken van de ontwikkeling van onze kennis, met behulp van **een holistische en intersectorale aanpak**, is inderdaad een belangrijke permanente uitdaging die er enerzijds toe moet leiden dat we de goede prestaties en het bestuur van onze ziekte- en uitkeringsverzekering kunnen garanderen, en anderzijds dat we de voorwaarden voor de toegang en de toekenning voor gebruikers van de sector kunnen verbeteren.

Het verzamelen en gebruiken van gegevens over gezondheid, geneeskundige verzorging, uitkeringen en medische ongevallen moet een hefboom worden om het systeem van de ziekte- en invaliditeitsverzekering verder te verbeteren. Meer concreet helpen de diepgaande gegevensanalyse en kunstmatige intelligentietechnieken om de kennis te vergroten en zo de besluitvorming te ondersteunen (**fact based decisions**), met het oog op het verbeteren van de toegankelijkheid, preventie en de kwaliteit van de zorg, evenals de controle en performantie van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Daarnaast wil het RIZIV **de datademocratie versterken** door gegevens breder en transparanter te delen met onze externe partners, met de actoren van de sociale zekerheid en ook met de burger (open data). Deelname aan het programma eGov 3.0, aan het nieuwe Gezondheidszorg Data-Agentschap (GDA) en de versterking van de informatie-uitwisselingen met de verzekeringsinstellingen in het kader van de implementatie van een gemeenschappelijk gegevensplatform zijn verdere stappen in die richting. Deze ontwikkelingen gebeuren in partnerschap, met respect voor de bevoegdheid en rol van elke actor. Sommige debatten zijn daarbij nog lopend, waaraan het RIZIV met een open blik en resultaatgericht participeert met het oog op een gedeelde en gedragen visie met onze partners.



De oprichting van een **Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid** binnen het RIZIV past daar volledig in. Daarbij is vanzelfsprekend de samenwerking met de ziekenfondsen en het IMA van belang, maar ook de samenwerking met bv. arbeidsbemiddelingsdiensten en arbeids-geneeskundigen diensten laat toe om data samen te leggen en inzichten te verhogen.

De oprichting van dit orgaan betekent dat we de krachten van onze instelling kunnen bundelen met onze bevoorrechte partners, namelijk de verzekeringsinstellingen van de ziekenfondsen en onze sociale partners, evenals de groepen experts van universitaire instellingen. Deze kennis wordt vervolgens gerapporteerd en doorgegeven naar het niveau van onze beheerscomités van de uitkeringsverzekering van de werknemers en de zelfstandigen en aan onze voogdijministers (Sociale Zaken en Zelfstandigen), zodat er concrete maatregelen kunnen worden genomen.

Het belang om een beter inzicht te krijgen in de oorzaken van de evolutie van de arbeidsongeschiktheid (met name als gevolg van de demografische evolutie in onze samenleving, de evolutie van arbeidsomstandigheden en uitdagingen op het gebied van gezondheid, aanpassingen in het beleid en de reglementering van andere takken van de sociale zekerheid) is een belangrijke uitdaging voor onze sector, zodat we geschikte en duurzame aanbevelingen en voorstellen kunnen blijven formuleren. Deze kennis moet ons in staat stellen om gepaste ondersteuning te bieden aan personen die arbeidsongeschikt zijn erkend, maar ook door het opvangen van signalen die tot arbeidsongeschiktheid kunnen leiden, door arbeidsongeschiktheid te helpen voorkomen en de terugkeer naar een geschikte en kwaliteitsvolle beroepsactiviteit te bevorderen.



Binnen het FMO zijn het verwerken en bestuderen van de verzamelde gegevens, het aanpassen van de aandachtspunten naargelang de behoeften, het updaten van de kennis, het respecteren van transparantie en objectiviteit, de toegankelijkheid en het onderhouden van kwaliteitsvolle contacten met de verschillende belanghebbenden en het opvolgen van de behandeltermijnen allemaal hefbomen die het FMO in staat zullen stellen om zijn dienstverlening aan patiënten metertijd te ontwikkelen en te verbeteren.

Het RIZIV streeft ernaar om, door middel van continue toegang tot en verwerking van gegevens met betrekking tot de ziekteverzekering en breder met betrekking tot geneeskundige verzorging, invaliditeit en medische ongevallen:

- Een **initiatiefnemer** te zijn van innovatie in het systeem, gebaseerd op actueel en aantoonbaar bewijs (data ready for decisions) en ondersteund door moderne BI- en kunstmatige intelligentie-tools;
- Een **integrator** te zijn van gegevens die diepgaande analyses biedt van de gegevens van organisaties en partners (V.I., IMA, GDA, deelstaten, zorgverleners, burgers, enz.);
- Een **leverancier** te zijn van recente, transparante en uniforme gegevens (single version of the truth) aan alle partners en gebruikers (data democracy) via de "zelfbediening" van analytische oplossingen;
- Een **bewaker** te zijn van de kwaliteit en toegankelijkheid van diensten (data you trust);
- Een **enabler** te zijn van een efficiënte, wendbare en doelgerichte organisatie (work together on data);
- **Garant** te staan voor een solide datagovernance in overeenstemming met de FAIR-dataprincipes (Findable, Accessible, Interoperable, Reusable).



Dankzij meer transparante, op gegevens gebaseerde werking is het RIZIV één van de hoekstenen van het systeem voor het beheer van geneeskundige verzorging, invaliditeit en medische ongevallen.

10^e Baken

Het RIZIV, een proactief,
creatief, wendbaar instituut
dat een drijvende kracht
is van verandering



Als RIZIV maken we deel uit van een maatschappij waarin voortdurende en complexe veranderingen constanten zijn geworden. Dit vraagt een organisatiemodel dat ons wendbaar maakt en toelaat om op elk moment vlot in te spelen op onze context, maar waar ook het **respect voor de waarden die we als organisatie nastreven**, verweven zit.

Binnen deze ambitie liggen de **uitdagingen voor de interne organisatie van het RIZIV**, voor de komende jaren in het opzetten en ontwikkelen van de nodige structuren, systemen, competenties en organisatiecultuur die de evolutie naar steeds complexer wordende samenwerkingsvormen kunnen ondersteunen. Overleg en medebeheer zit in het DNA van het RIZIV. Naast expertise in de verschillende domeinen, vraagt dit ook de ontwikkeling van competenties om het overleg en de onderhandelingen met en tussen onze diverse stakeholders te faciliteren (verzekeringsinstellingen, zorgverstrekkers, patiënten, ...), begrijpelijk en transparant te maken en alle actoren te begeleiden in hun rol. Bovendien is het overlegmodel zelf toe aan een modernisering. Dit vraagt van de medewerkers van het RIZIV ontwikkeling van nieuwe technieken en processen van informatie-uitwisseling en nieuwe vormen van overleg.

Het RIZIV fungeert ook steeds meer als een **partner in een netwerkorganisatie met andere gezondheids- en socialezekerheidsadministraties** waarin holistisch en geïntegreerde benaderingen belangrijk zijn. Binnen dit kader hebben we nood aan medewerkers die opportuniteiten in samenwerking kunnen detecteren, exploiteren en coördineren, over beleidsthema's, diensten en organisaties heen. De ontwikkeling van breed inzetbare profielen en inzichten zal hierin cruciaal zijn. Dit gaat hand in hand met een reflectie omtrent de evolutie van onze (gemeenschappelijke/digitale) beheersplatformen en beheersinstrumenten, zoals de bestuursovereenkomsten, samenwerkingsprotocollen, enz.

Daarnaast moeten we proactief blijven inspelen op de toenemende vraag naar **transparantie en verantwoording** omtrent het beheer van de middelen van de ziekte- en de uitkeringenverzekering en de efficiëntie van het beheerssysteem. De **principes van doelmatig beleid** dienen dus ook doorgetrokken te worden naar onze eigen werking. Dit vraagt innovatieve en degelijke beheerssystemen waarin kwalitatieve data op een veilige manier verwerkt en ter beschikking gesteld kan worden, intern en extern. Meer in het bijzonder zal – op het vlak van financieel beheer – de komende jaren een verregaande investering gebeuren in de groei naar een meer strategische rol. Nog meer dan vandaag zal het 'end-to-end' benaderen van de financiële processen en het invoeren van uitgebreidere interne controlemechanismen, bijdragen aan meer strategische informatie en rapportering die het beleid en het overleg kunnen onderbouwen.

Op een meer maatschappelijk niveau willen we **doelmatigheid en duurzaamheid** inbouwen door de impact van onze besluiten en activiteiten op de maatschappij en het milieu na te gaan, alsook door ethisch en transparant te handelen. Het is cruciaal dat ook deze elementen meegenomen worden in de **permanente evaluatie en monitoring van onze activiteiten**. Om dit te kunnen realiseren zullen we blijven investeren in de automatisering van onze interne processen en moderne digitale oplossingen en werkingstools. Naast het systematisch integreren van evidentie en beleidsinformatie in onze interne werking, willen we ook inzetten op nieuwe werkmethodes die focussen op iteratief werken, kortere opleveringen, evalueren en aanpassen en dus continu leren, staat hierin centraal.


Een bijzondere aandacht dient de komende periode te gaan naar het opzetten van een volledig uitgewerkt **'business continuity plan'** dat zowel voorziet in de nodige 'governance' en de opbouw van expertise om snel een crisismanagement op te zetten en onze dienstverlening te blijven garanderen tijdens een incident of crisis, als in de nodige processen om een vlotte heropstart te kunnen realiseren na afloop. Ook op dit punt zal het 'end-to-end'-denken en de samenwerking met onze netwerkpartners van fundamenteel belang zijn.

In de hedendaagse gezondheidszorg en meer specifiek voor het uitvoeren van de bevoegdheden van het RIZIV vormt de **integratie van technologie en IT zowel een uitdaging als een kans**. Enerzijds bieden digitale systemen en data-analyse ongekende mogelijkheden voor efficiëntie, gepersonaliseerde zorg en fraudebestrijding. Anderzijds brengen ze complexe vraagstukken met zich mee op het gebied van privacy, cybersecurity en de digitale kloof.

De gezondheidszorgverzekering staat voor de taak om enorme hoeveelheden gevoelige data te beheren. Het gebruik van AI en machine-learning voor het verwerken en analyseren van deze data kan toelaten om een doelmatiger beleid te voeren. Echter, dit vereist geavanceerde beveiligingsmaatregelen om patiëntgegevens te beschermen tegen cyberaanvallen en datalekken.

Voor overheidsinstellingen liggen de kansen voornamelijk in het verbeteren van dienstverlening en toegankelijkheid. Digitale platforms kunnen de interactie tussen overheid en burger vereenvoudigen, terwijl automatisering de efficiëntie van interne processen verhoogt. Toch is de implementatie van deze technologieën niet zonder hobbels, zoals de noodzaak van grote initiële investeringen en het overbruggen van de digitale kloof om inclusiviteit te waarborgen.

De weg vooruit vereist een **balans tussen innovatie en regulering**, waarbij technologische vooruitgang hand in hand gaat met het beschermen van individuele rechten en het bevorderen van sociale rechtvaardigheid. Samenwerking, gefaciliteerd door het RIZIV tussen technologiebedrijven, beleidsmakers en de maatschappij, is essentieel om de belofte van technologie te realiseren in het verbeteren van de gezondheidszorg en de werking van onze organisatie voor iedereen.

 In onze **organisatiecultuur** willen we de interne vertaalslag zien van de waarden die in onze externe visie vervat zitten: **solidariteit, gelijkheid, universaliteit, toegankelijkheid, verantwoordelijkheid, mensgerichtheid, gezondheid, sociale bescherming, welzijn, integriteit, autonomie, inclusie, empowerment, ...**

We willen dit doen door in te zetten op het **versterken van de betrokkenheid van onze medewerkers**, door hen toegang te geven tot informatie over het beleid en beslissingen en door hen mee te nemen in reflecties rond continue verbetering van onze organisatie. Onze medewerkers vormen onze belangrijkste bron van innovatie. We willen dat hun ideeën en kennis om onze processen en het beleid te verbeteren, opgepikt kunnen worden en ook dat ze mee verantwoordelijkheid kunnen nemen in de uitwerking en de uitvoering van die initiatieven. Op die manier krijgen ze **vertrouwen** en worden ze **'empowered'** om zelf mee verandering te initiëren in de organisatie. Een dergelijke innovatiecultuur dient omkaderd te worden met een 'leadership' waarin participatie voorop staat, waarin medewerkers worden uitgedaagd om te groeien en waarin continue feedback centraal staat. Zo ontstaat een vlakkere organisatie waarin iedereen vanuit zijn plek in de organisatie de nodige **autonomie** krijgt, maar ook de **verantwoordelijkheid** opneemt die hier tegenover staat en waarin iedereen op elk moment **een integere houding** aanneemt. Op die manier kunnen we samen meer impact en waarde creëren in onze dienstverlening naar patiënten en partners toe.

Daarnaast willen we verder investeren in een **inclusieve werkomgeving** waarin er aandacht is voor ieders talenten en mogelijkheden, waarin elke medewerker zich gewaardeerd voelt, met aandacht voor de verschillen en hoe deze bijdragen tot de organisatiedoelen. We tonen respect voor deze diversiteit en zorgen voor gelijke kansen op het vlak van instroom, integratie, mobiliteit, retentie, ... en maken geen onderscheid op het vlak van gender, seksualiteit, handicap, buitenlandse origine, leeftijd, ...

Het RIZIV wil een voorbeeldrol opnemen als werkgever die op een continue manier vinger aan de pols houdt en **inzet op preventie wat betreft het mentale en sociale welzijn en gezondheid van zijn medewerkers** en ook de nodige structurele maatregelen neemt op dit vlak wanneer nodig.



Een ander aspect is de ethische overweging rondom het gebruik van technologie in zowel gezondheidszorgverzekeringen als overheidsdiensten. Het waarborgen van eerlijkheid, transparantie en accountability in algoritmische besluitvorming is cruciaal om vertrouwen te behouden.

Hoe we ons willen **profiëren als een voorbeeldwerkgever** zullen we meenemen in een strategische ‘employer branding’, gebaseerd op continue analyse van de trends in de markt. In de arbeidsmarkt, woedt de ‘**war for talent**’ steeds harder en ook het aanbod van de voor het RIZIV nodige expertise en gespecialiseerde profielen wordt schaarser. We willen de instroom van talent kunnen blijven garanderen in de toekomst, maar dit moet hand in hand gaan met een **proactief retentiebeleid**: hoe kunnen we een aantrekkelijke werkomgeving bieden waarin mensen inzetbaar blijven doorheen gans hun loopbaan, rekening houdend met de fases die ze doormaken in hun leven? Een flexibel systeem en voldoende groot aanbod van **interne doorgroeimogelijkheden en jobmobiliteit** in onze eigen organisatie zal hierin nodig zijn. We willen **levenslang leren** ondersteunen en medewerkers stimuleren om hun talenten binnen onze eigen organisatie te ontplooiën. Een ruimere reflectie hieromtrent, samen met onze partnerorganisaties, biedt hierin nog bredere opportuniteiten om medewerkers binnen onze sectoren kansen te bieden en hun competenties te behouden. Binnen het beleid omtrent ‘**inzetbaarheid**’ en ‘**werkbaar werk**’ hoort ook een specifieke aanpak en ondersteuning voor onze medewerkers die voor een langere tijd arbeidsongeschikt zijn geweest. Ook op dit vlak willen we absoluut een voorbeeld en een spiegel zijn voor het externe beleid dat het RIZIV uitdraagt met preventieve en curatieve acties in het kader van arbeidsongeschiktheid. Onze **re-integratietrajecten** na ziekte of uitval zullen gekenmerkt zijn door een geïndividualiseerde en kwalitatieve begeleiding, ondersteund door een gecoördineerde samenwerking tussen de betrokken ondersteunende functies (HR, intern/extern gezondheidstoezicht) en de omgeving van de betrokkene (leidinggevende, collega’s...).

Om het RIZIV te laten blijven groeien op het vlak van proactiviteit, innovatie en wendbaarheid en een voorbeeldorganisatie te kunnen zijn, is ook **een voortdurende blik naar buiten** belangrijk. Wat zijn de trends in de markt en maatschappij, wat zijn interessante praktijken van onze collega’s OISZ, andere overheidsdiensten, privébedrijven en andere... Door regelmatig retrospectie en benchmarks in te bouwen op alle niveaus in de organisatie, waarin we onze werking in vraag stellen en spiegelen, kunnen we de veranderingen die rondom ons gebeuren makkelijk assimileren en zelf initiator van verandering worden.

Mei 2024

Verantwoordelijke uitgever: Benoît Collin, Galileelaan 5/1, 1210 Brussel

Coördinatie: Dienst Strategie & Organisatie

Realisatie & grafisch ontwerp: Directiecomité RIZIV i.s.m. het TeamComm van het RIZIV

Foto's: Canva Pro

Wettelijk depot: D/2024/0401/02