79.240/2

ROYAUME DE BELGIQUE	KONINKRIJK BELGIË
INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE	RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE-EN INVALIDITEITSVERZEKERING
Projet d'arrêté royal portant exécution de l'article 195, §1er, 2°, alinéa 8 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.	**Ontwerp van koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 195, §1, 2°, lid 8, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.**
PHILIPPE, Roi des Belges, à tous, présents et à venir, Salut.	FILIP, Koning der Belgen, aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.
Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 195 §2, al. 8, modifié en dernier lieu par la loi du 19 décembre 2025 ;	Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 195 §2, lid 8, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 19 december 2025;
Vu l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;	Gelet op het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tôt uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
Vu l'avis du Comité général, du 15 septembre 2025 ;	Gelet op het advies van het Algemeen comité, van 15 september 2025;
Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 11 mars 2026 ;	Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 11 maart 2026;
Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 7 avril 2026 ;	Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van begroting, gegeven op 7 april 2026;
Vu l'avis du Conseil d'État, donné le , en application de l'article 84, §1er, alinéa 1er, 2°, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;	Gelet op het advies van de Raad van State, gegeven op , met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;
Sur la proposition du Ministre des affaires sociales, Nous avons arrêté et arrêtons :	Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken, Hebben Wij besloten en besluiten Wij :
Article 1. Pour l'exécution du présent arrêté, on entend par : 1° "la loi" : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ; 2° "l'institut" : l'institut national d'assurance maladie-invalidité visé à l'article 2, a) de la loi ; 3° "le Comité général de gestion" : le Comité général de gestion de l'institut visé à l'article 11 de la loi ;	**Artikel 1.** Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder: 1° "de wet": de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994; 2° "Het Instituut", het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering bedoeld in artikel 2, a) van de wet; 3° "Het Algemeen beheerscomité": het Algemeen beheerscomité van het Instituut bedoeld in artikel 11 van de wet;

4° "le Conseil général" : le Conseil général de l'assurance soins de santé visé aux articles 15 et 16 de la loi ;	4° "De Algemene raad" : de Algemene raad van de verzekering voorgeneeskundige verzorging bedoeld in de artikelen 15 en 16 van de wet;
5° "la Commission anti-fraude" : la Commission anti-fraude visée à l'article 13/1 de la loi ;	5° "De Anti Fraude Commissie": de Anti Fraude Commissie bedoeld in artikel 13/1 van de wet;
6° "le Collège Intermutualiste National" : le Collège Intermutualiste National mentionné à l'article 13/1 de la loi ;	6° "Het Nationaal Intermutualistisch College": het Nationaal Intermutualistisch College bedoeld in artikel 13/1 van de wet;
7° "l'organisme assureur" : pour l'application du présent arrêté royal, sont visées l'union nationale et les mutualités qui lui sont affiliées, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et les offices régionaux ainsi que la Caisse des soins de santé de HR Rail ;	7° "De verzekeringsinstelling": voor de toepassing van huidig koninklijk besluit, wordt bedoeld de landsbonden en de ziekenfondsen die erbij aangesloten zijn, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de gewestelijke diensten alsook de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail;
8° "les mesures" : pour une période d'évaluation donnée, les actions, les récupérations et les contrôles mis en œuvre par les organismes assureurs dans le but de maîtriser les dépenses dans le secteur des soins de santé ;	8° "de maatregelen": gedurende een bepaalde evaluatieperiode, de acties, terugvorderingen en contrôles die door de verzekeringsorganen worden uitgevoerd met het oog op de beheersing van de uitgaven in de sector van de geneeskundige verzorging;
9° "mesure nouvelle" : la mesure qui est proposée pour une période d'évaluation donnée et qui n'a jamais été proposée lors de périodes d'évaluation précédentes;	9° "de nieuwe maatregel": de maatregel die voor een bepaalde evaluatieperiode wordt voorgesteld en die in eerdere evaluatieperiodes nog nooit is voorgesteld;
10° "mesure structurelle" : la mesure qui a pour finalité d'apporter des changements durables dans les procédures ou l'organisation de l'organisme assureur qui la propose ;	10° "de structurele maatregel": de maatregel die tôt doel heeft duurzame veranderingen teweeg te brengen in de procedures of de organisatie van de verzekeringsinstelling die de maatregel voorstelt;
11° "la période d'évaluation" : l'année civile durant laquelle les organismes assureurs sont tenus de mettre en œuvre les mesures visées au 8° du présent article ;	11° "de evaluatieperiode": het kalenderjaar waarin de verzekeringsinstellingen de in 8° van dit artikel bedoelde maatregelen moeten toepassen;
12° "l'examen des résultats" : l'analyse, y compris financière, par l'institut des résultats obtenus par les organismes assureurs dans la mise en œuvre des mesures visées au 8° du présent article ;	12° "het onderzoek van de resultaten": de analyse, met inbegrip van de financiële analyse, door het Instituut van de resultaten die de verzekeringsinstellingen hebben behaald bij de uitvoering van de maatregelen bedoeld in 8° van dit artikel;

13° "les frais d'administration variables" : la partie variable des frais d'administration visée à l'article 195 §1 er, 2°, alinéa 7 de la loi ; 14° "la part réservée" : la partie variable des frais d'administration dont la libération est progressivement conditionnée à la réalisation des obligations fixées par le présent arrêté et qui reste réservée auprès de la Gestion globale.	13° "de variabele administratiekosten": het variabele gedeelte van de administratiekosten bedoeld in artikel 195, § 1, 2°, zevende lid, van de wet; 14° "het gereserveerd gedeelte": het variabele gedeelte van de administratiekosten waarvan de vrijgave progressief afhankelijk is van de vervulling van de verplichtingen bepaald in dit besluit en dat gereserveerd blijft bij het Globaal Beheer.
Article 2. Nonobstant l'application de l'article 195 §1 er, 2°, alinéa 8 de la loi, une part des frais d'administration variables est réservée auprès de la Gestion globale à hauteur de 25.000.000 EUR pour la période d'évaluation 2026. Cette part réservée est portée à 50.000.000 EUR pour la période d'évaluation 2027, à 75.000.000 EUR pour la période d'évaluation 2028 et à 100.000.000 EUR à partir de la période d'évaluation 2029.	Artikel 2. Niettegenstaande de toepassing van artikel 195, §1, 2°, achtste lid, van de wet, wordt voor de evaluatieperiode 2026 een deel van de variabele administratiekosten bij het Globaal beheer gereserveerd ten belope van 25.000.000 EUR. Dit gereserveerd gedeelte wordt verhoogd tôt 50.000.000 EUR voor de evaluatieperiode 2027, tôt 75.000.000 EUR voor de evaluatieperiode 2028 en tôt 100.000.000 EUR vanaf de evaluatieperiode 2029.
Article 3. §1 er. Pour le 15 septembre de l'année qui précède la période d'évaluation au plus tard, les organismes assureurs, représentés par le Collège Intermutualiste National, sont tenus de soumettre à la concertation de la Commission anti-fraude une proposition détaillant les mesures visées à l'article 1er, 8° du présent arrêté pour la période d'évaluation ainsi qu'une estimation chiffrée de leur rendement. Pour le 15 octobre de l'année qui précède la période d'évaluation au plus tard, l'institut est tenu de soumettre à la concertation de la Commission anti-fraude ses observations ou réserves sur les mesures proposées par les organismes assureurs visées à l'alinéa précédent. Pour le 15 novembre de l'année qui précède la période d'évaluation au plus tard, les organismes assureurs, représentés par le Collège Intermutualiste National, sont tenus de soumettre à la concertation de la Commission anti-fraude leurs réponses aux éventuelles observations ou réserves visées à l'alinéa précédent.	Artikel 3. §1. Uiterlijk op 15 september van het jaar dat voorafgaat aan de evaluatieperiode, moeten de verzekeringsinstellingen, vertegenwoordigd door het Nationaal Intermutualistisch College, aan de Anti Fraude Commissie een voorstel ter overleg voorleggen met de uitwerking van de maatregelen bedoeld in artikel 1, 8°, van huidig besluit voor de evaluatieperiode, alsook een gekwantificeerde raming van hun rendement. Uiterlijk op 15 oktober van het jaar dat voorafgaat aan de evaluatieperiode legt het Instituut zijn opmerkingen of voorbehouden met betrekking tôt de maatregelen die door de in het vorige lid bedoelde verzekeringsinstellingen worden voorgesteld, ter overleg voor aan de Anti Fraude Commissie Uiterlijk op 15 novembervan het jaar dat voorafgaat aan de evaluatieperiode moeten de verzekeringsinstellingen, vertegenwoordigd door het Nationaal Intermutualistisch College, hun antwoorden ter overleg op de in het vorige lid bedoelde opmerkingen of voorbehouden ter overleg voorleggen aan de Commissie voor fraudebestrijding.

§2. La proposition des mesures finalisée est transmise au Conseil général avant le 30 novembre de l'année qui précède la période d'évaluation.	§2. Het definitieve voorstel voor maatregelen wordt aan de Algemene Raad bezorgd voor 30 november van hetjaar dat voorafgaat aan de evaluatieperiode.
Article 4. §1er. Les mesures proposées à la Commission anti-fraude conformément au paragraphe 1er de l'article précédent, concernent exclusivement l'exécution concrète d'objectifs de maîtrise des dépenses dans le secteur de l'assurance obligatoire soins de santé. Elles doivent en outre démontrer un caractère nouveau ou structurel. §2. Toute proposition soumise à la Commission anti-fraude et au Conseil général doit contenir tous les éléments suivants : - une description claire et précise de la mesure proposée ; - la mention du domaine des soins de santé ou du code de nomenclature concernés ; - une estimation chiffrée des économies attendues ; - une explication de la méthodologie utilisée ; - une estimation des moyens humains et techniques nécessaires ; - la justification du caractère nouveau ou structurel de la mesure proposée. §3. La Commission anti-fraude décide si les effets des mesures structurelles sont reportés d'une année à l'autre.	Artikel 4. §1. De maatregelen die overeenkomstig het eerste lid van het vorige artikel aan de Anti Fraude Commissie worden voorgesteld, hebben uitsluitend betrekking op de concrète uitvoering van de doelstellingen inzake uitgavenbeheersing in de sector geneeskundige verzorging van de verplichte ziekteverzekering. Ze dienen daarenboven ook een nieuw of structureel karakter vertonen. §2. Elk voorstel dat aan de Anti Fraude Commissie en de Algemene Raad wordt voorgelegd, moet aile volgende elementen bevatten: - een duidelijke en nauwkeurige beschrijving van de voorgestelde maatregel; - de vermelding van het betrokken gebied van de geneeskundige verzorging of de betrokken nomenclatuurcode; - een gekwantificeerde raming van de verwachte besparingen; - een toelichting op de gebruikte méthodologie; - een raming van de vereiste personele en technische middelen; - de redenen voor de nieuwheid of het structurele karakter van de voorgestelde maatregel. §3. De Anti Fraude Commissie beslist of de gevolgen van de structurele maatregelen van het ene jaar naar het andere worden overgedragen.
Article 5. §1er. Au cours du mois de décembre de l'année qui précède la période d'évaluation, le Conseil général prend une décision sur les mesures qui lui ont été soumises conformément à l'article 3 §2. Lors de cette prise de décision, chaque représentant des organismes assureurs dispose uniquement d'une voix consultative. §2. La Commission anti-fraude et le Collège Intermutualiste National sont informés de la décision du Conseil général.	Artikel 5. §1. In de loop van de maand decembervan het jaar dat voorafgaat aan de evaluatieperiode, neemt de Algemene Raad een beslissing over de maatregelen die hem worden voorgelegd overeenkomstig artikel 3 §2. Bij het nemen van deze beslissing heeft elke vertegenwoordiger van de verzekeraars slechts een raadgevende stem. §2. De Anti Fraude Commissie en het Nationaal Intermutualistisch College worden op de hoogte gebracht van de beslissing van de Algemene Raad.

§3. L'approbation des mesures par le Conseil général a pour conséquence le versement à tous les organismes assureurs d'une avance de maximum 80 % prélevée sur la part réservée dans les trente jours qui suivent cette approbation. Cette avance est répartie entre les organismes assureurs selon la formule de répartition en vigueur pour les frais d'administration fixes.	§3. De goedkeuring van de maatregelen door de Algemene Raad heeft tôt gevolg dat aan aile verzekeringsinstellingen een voorschot van maximaal 80% wordt uitbetaald, in mindering gebracht op het gereserveerd deel, binnen dertig dagen na deze goedkeuring. Dit voorschot wordt verdeeld onder de verzekeringsinstellingen volgens de geldende verdeelsleutel voor de vaste beheerskosten.
Article 6. Les organismes assureurs transmettent à la Commission anti-fraude, par l'entremise du Collège Intermutualiste National, les résultats définitifs qu'ils ont obtenus au cours de la période d'évaluation au plus tard le 30 septembre de l'année qui suit la période d'évaluation.	Artikel 6. De verzekeringsinstellingen delen de definitieve resultaten die zij tijdens de evaluatieperiode hebben behaald, via het Nationaal Intermutualistisch College, mee aan de Anti Fraude Commissie, uiterlijk op 30 september van het jaar dat volgt op de evaluatieperiode.
Article 7. §1er. L'examen des résultats définitifs visés à l'article précédent est réalisé par les services de l'institut avant le 15 octobre de l'année qui suit la période d'évaluation. Cet examen consiste en une analyse financière des résultats obtenus en comparaison avec les mesures proposées conformément à l'article 3 du présent arrêté. Cette analyse financière est limitée au rendement des mesures réalisées et ne peut en aucun cas s'étendre à la performance générale, à l'efficacité ou à l'efficience de l'action des organismes assureurs. §2. La Commission anti-fraude est immédiatement informée des conclusions de l'examen des résultats définitifs. Elle transmet ces conclusions au Conseil général avant le 15 novembre de l'année qui suit la période d'évaluation. §3. Au coursdu moisde décembre de l'annéequi suit la période d'évaluation, le Conseil général prend une décision sur les résultats définitifs de la période d'évaluation. Il se prononce sur la libération du solde restant de la part réservée et, le cas échéant, sur la récupération des montants déjà versés si les mesures n'ont pas été réalisées en tout ou en partie. Cette décision concerne les organismes assureurs dans leur ensemble. Lors du vote, chaque représentant des organismes assureurs dispose uniquement d'une voix consultative.	Artikel 7. §1. Het onderzoek van de in het vorige artikel bedoelde definitieve resultaten wordt door de diensten van het Instituut uitgevoerd voor 15 oktober van het jaar dat volgt op de evaluatieperiode. Dit onderzoek bestaat uit een financiële analyse van de verkregen resultaten in vergelijking met de overeenkomstig artikel 3 van dit besluit voorgestelde maatregelen. Deze financiële analyse is beperkt tôt de uitvoering van de uitgevoerde maatregelen en kan zich in geen geval uitstrekken tôt de algemene werking, doeltreffendheid of efficiëntie van het optreden van de verzekeringsinstellingen. § 2. De Anti Fraude Commissie wordt onmiddellijk op de hoogte gebracht van de conclusies van het onderzoek van de definitieve resultaten. Zij zendt deze conclusies toe aan de Algemene Raad voor 15 november van het jaar dat volgt op de evaluatieperiode. §3 In de loop van de maand december van het jaar volgend op de evaluatieperiode neemt de Algemene Raad een beslissing over de definitieve resultaten van de evaluatieperiode. Hij beslist over de vrijgave van het resterend saldo van het gereserveerd deel en, in voorkomend geval, over de terugvordering van de reeds betaalde bedragen indien de maatregelen geheel of gedeeltelijk niet zijn uitgevoerd. Deze uitspraak heeft betrekking op de verzekeringsinstellingen in hun geheel. Tijdens de stemming heeft elke vertegenwoordiger van de

§4. La décision du Conseil général est soumise à l'approbation du Comité général de gestion lors de sa première réunion qui suit au calendrier celle du Conseil général au cours de laquelle la décision visée au paragraphe précédent a été prise. §5. La décision du Comité général de gestion est envoyée par courrier recommandé au Collège Intermutualiste National dans les trente jours calendrier qui suivent la réunion visée au paragraphe précédent.	verzekeringsinstellingen slechts één adviserende stem. §4. De beslissing van de Algemene Raad wordt ter goedkeuring voorgelegd aan het Algemeen beheerscomité op zijn eerste vergadering na die van de Algemene Raad waarop de beslissing bedoeld in het vorige lid werd genomen. §5. De beslissing van Algemene Raad wordt per aangetekend schrijven toegezonden aan het Nationaal Intermutualistisch College binnen dertig kalenderdagen na de vergadering bedoeld in het vorige lid.
Article 8. §1 er. Le solde restant de la part réservée est versé aux organismes assureurs au plus tard à la fin du mois qui suit la date de l'envoi du courrier recommandé visé à l'article 7 §5 du présent arrêté. La part réservée qui n'est pas, en tout ou en partie, versée aux organismes assureurs suite à la décision du Comité général de gestion visée à l'article 7 §5 du présent arrêté, est reversée à la Gestion globale. §2. Les organismes assureurs sont tenus de rembourser à l'institut la partie de la part réservée qui leur a déjà été versée lorsqu'il est constaté que les résultats chiffrés des mesures réalisées par ceux-ci sont inférieurs aux montants qui leur ont déjà été versés en application de l'article 5 §3 du présent arrêté. §3. Les organismes assureurs sont tenus de procéder au remboursement visé au paragraphe précédent avant la fin du mois qui suit la date de l'envoi du courrier recommandé visé à l'article 7 §5 du présent arrêté. §4. Les montants remboursés en application du paragraphe 2 sont reversés à la Gestion globale.	Artikel 8. §1. Het resterende saldo van het gereserveerd deel wordt aan de verzekeringsinstellingen uitgekeerd uiterlijk op het einde van de maand die volgt op de datum van verzending van de aangetekende brief bedoeld in artikel 7, §5 van dit besluit. Het gereserveerd deel dat niet, geheel of gedeeltelijk, aan de verzekeringsinstellingen wordt betaald, ingevolge de beslissing van het Algemeen Beheerscomité, bedoeld in artikel 7, §5 van dit besluit, wordt teruggestort aan het Globaal beheer. §2. De verzekeringsinstellingen zijn verplicht het gereserveerd deel dat reeds aan hen is uitgekeerd aan het Instituut terug te betalen wanneer wordt vastgesteld dat de gekwantificeerde resultaten van de door hen uitgevoerde maatregelen lager zijn dan de bedragen die reeds aan hen zijn uitgekeerd op grond van het artikel 5, §3 van dit besluit. §3. De verzekeringsinstellingen zijn verplicht de terugbetaling, bedoeld in het vorige lid, uit te voeren voor het einde van de maand volgend op de datum van verzending van de aangetekende brief bedoeld in artikel 7, §5 van dit besluit. §4. De bedragen die op grond van paragraaf 2 worden terugbetaald, worden teruggestort aan het Globaal Beheer.
Article 9. Les contestations relatives au présent arrêté royal sont introduites selon les dispositions prévues à l'article 167 de la loi.	Artikel 9. Betwistingen met betrekking tôt dit koninklijk besluit worden ingediend overeenkomstig de bepalingen van artikel 167 van de wet.

Article 10. Le présent arrêté royal produit ses effets le 1er janvier 2026.	Artikel 10. Dit koninklijk besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2026.
Article 11. Le Ministre qui a les Affaires sociales et la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.	Artikel 11. De minister bevoegd voor Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de tenuitvoerlegging van dit besluit.
Donné à Je .	Gegeven te , .
PHILIPPE	FILIP
Par le Roi :	Van Koningswege :
Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,	De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Frank VANDENBROUCKE

ROYAUME DE BELGIQUE INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE	KONINKRIJK BELGIË RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE-EN INVALIDITEITSVERZEKERING
Projet d'arrêté royal portant exécution de l'article 195, §1er, 2°, alinéa 8 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.	**Ontwerp van koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 195, §1, 2°, lid 8, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.**
Rapport au Roi Sire, L'arrêté que le Gouvernement a l'honneur de soumettre à Votre signature a pour objet de fixer les règles opérationnelles relatives à l'introduction d'un nouveau système de responsabilisation des organismes assureurs à côté du système de la responsabilisation financière des organismes assureurs sur leurs frais d'administration variables prévu à l'article 195 §2, alinéa 6 de la loi sur les soins de santé et les indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, exécuté par l'arrêté royal du 10 avril 2014. En effet, dans le nouvel article 195 §2, alinéa 8 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, il est prévu qu'à partir de l'année 2026, les organismes assureurs seront responsabilisés sur leurs frais d'administration relativement aux actions qu'ils auront menées chaque année pour maîtriser les dépenses dans le secteur des soins de santé et en particulier quant aux économies qu'ils auront réalisées vis-à-vis de l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé et des objectifs budgétaires annuels partiels des Commissions d'accords visés à l'article 40 de la loi sur les soins de santé et les indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. Cette responsabilisation portera sur un montant de 25.000.000 EUR en 2026, 50.000.000 EUR en 2027 et 75.000.000 EUR en 2028, jusqu'à atteindre 100.000.000 EUR en 2029. Les organismes assureurs seront évalués annuellement sur les résultats obtenus en vue, le cas échéant, de se voir attribuer la partie des frais d'administration qui est conditionnée à ces	**Verslag aan de Koning** Sire, Het besluit dat de Regering aan U ter ondertekening voorlegt, heeft tôt doel de operationele regels vast te stellen voor de invoering van een nieuw responsabiliseringssysteem voor de verzekeringsinstellingen, naast het bestaande systeem van financiële responsabilisering met betrekking tôt hun variabele administratiekosten, zoals bedoeld in artikel 195 §2, lid 6, van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, uitgevoerd bij het koninklijk besluit van 10 april 2014. Inderdaad, in het nieuw artikel 195 §2, lid 8, van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 is bepaald dat vanaf het jaar 2026 de verzekeringsinstellingen verantwoordelijk worden gesteld voor hun administratiekosten in verhouding tôt de acties die zij jaarlijks ondernemen om de uitgaven in de sector geneeskundige verzorging te beheersen, en in het bijzonder voor de besparingen die zij realiseren ten opzichte van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de ziekteverzekering en de gedeeltelijke jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de Akkoordencommissies bedoeld in artikel 40 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Deze responsabilisering zal betrekking hebben op een bedrag van 25.000.000 EUR in 2026, 50.000.000 EUR in 2027 en 75.000.000 EUR in 2028, oplopend tôt 100.000.000 EUR in 2029. De verzekeringsinstellingen zullen jaarlijks worden

résultats. Cette loi Vous donne habilitation pour déterminer les modalités d'évaluation, la périodicité et les conditions selon lesquelles la partie des frais d'administration conditionnelle est attribuée ou non aux organismes assureurs, qui sont l'objet du présent arrêté.

I. Contexte et objectifs

Les organismes assureurs sont financés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins de santé par la combinaison d'une enveloppe fixe et d'une enveloppe variable. Depuis 2022, 20 % de ces enveloppes sont variables : il s'agit de la partie appelée « VARAK », qui est attribuée sur la base d'indicateurs de performance. Ces indicateurs donnent un aperçu de la performance des organismes assureurs, ceux-ci étant évalués annuellement par l'INAMI et l'Office de Contrôle des Mutualités. En fonction des résultats constatés, une partie du montant variable est, le cas échéant, déduite du total et doit être remboursée par les organismes assureurs.
Dans l'accord de gouvernement du 31 janvier 2025, il a été décidé d'étendre ce système. La part variable des frais d'administration est censée augmenter progressivement jusqu'à 30 %. Cette augmentation sera toutefois concrétisée par le biais d'un mécanisme supplémentaire consistant en un système de garantie visant à une gestion efficace des dépenses dans le seul secteur des soins de santé.

Avec ce nouveau système de garantie, les organismes assureurs pourront prétendre au versement de la partie conditionnelle des frais d'administration variable (totalement ou partiellement) s'ils parviennent à démontrer une maîtrise des dépenses correspondantes dans le secteur de la santé, par exemple en évitant ou en récupérant des dépenses injustifiées. Concrètement, il est demandé aux organismes assureurs de réaliser des économies. Le principe est simple : chaque économie réalisée rapporte un montant équivalent de frais d'administration selon le modèle d'un euro pour un euro.

geëvalueerd op basis van de behaalde resultaten, met het oog op de eventuele toekenning van het deel van de administratiekosten dat aan deze resultaten is gekoppeld. Deze wet geeft U de bevoegdheid om de evaluatiemodaliteiten, de periodiciteit en de voorwaarden vast te stellen waaronder dit voorwaardelijke deel van de administratiekosten al dan niet aan de verzekeringsinstellingen wordt toegekend, hetgeen het onderwerp is van dit besluit.

I. Context en doelstellingen

De verzekeringsinstellingen worden binnen het kader van de verplichte ziekteverzekering gefinancierd via een combinatie van een vaste en een variabele enveloppe. Sinds 2022 is 20 % van deze enveloppen variabel: dit betreft het zogenaamde "VARAK"-gedeelte, dat wordt toegekend op basis van prestatie-indicatoren. Deze indicatoren geven een beeld van de prestaties van de verzekeringsinstellingen, die jaarlijks worden geëvalueerd door het RIZIV en de Controledienst voor de Ziekenfondsen. Afhankelijk van de vastgestelde resultaten wordt een deel van het variabele bedrag, indien nodig, afgetrokken van het totaal en moet worden terugbetaald door de verzekeringsinstellingen.

In het regeerakkoord van 31 januari 2025 werd beslist om dit systeem uit te breiden. Het variabele deel van de administratiekosten zal geleidelijk toenemen tôt 30 %. Deze verhoging zal echter worden gerealiseerd via een aanvullend mechanisme, namelijk een garantiesysteem dat gericht is op een efficiënte uitgavenbeheersing, enkel in de sectorgeneeskundige verzorging.

Met dit nieuwe garantiesysteem kunnen de verzekeringsinstellingen aanspraak maken op de uitbetaling van het voorwaardelijke deel van de variabele administratiekosten (volledig of gedeeltelijk) indien zij erin slagen aan te tonen dat zij de uitgaven in de sector geneeskundige verzorging effectief hebben beheerst, bijvoorbeeld door onterechte uitgaven te vermijden of terug te vorderen. Concreet wordt van de verzekeringsinstellingen gevraagd om besparingen

Ce nouveau système poursuit trois objectifs principaux :

- Renforcer la responsabilité financière des organismes assureurs ;
- Améliorer structurellement la lutte contre la fraude et les mécanismes de contrôle ;
- Axer la gestion des dépenses de santé sur des résultats mesurables.

L'INAMI a pour but de mettre en place ce nouveau dispositif à partir du 1er janvier 2026, selon l'évolution financière annuelle décrite ci-dessus, et de l'inscrire au budget des soins de santé, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

II. Principe de garantie

Les organismes assureurs ne recevront la partie concernée de leurs frais d'administration via ce nouveau système qu'à la condition de fournir des efforts démontrables et chiffrables en matière de gestion des dépenses dans le secteur des soins de santé.

A partir de 2026, il est attendu que les organismes assureurs réalisent tous ensemble des économies à hauteur de 25 millions d'euros chaque année, jusqu'à atteindre 100 millions en 2029. Les effets des mesures structurelles mises en place par les organismes assureurs sont reportés d'une année à l'autre moyennant l'accord de la Commission anti-fraude.

Le versement effectif du montant variable dépend de la réalisation de la gestion des dépenses. Si l'objectif d'économie fixé n'est atteint que partiellement, le financement variable est réduit proportionnellement.

Lors du calcul annuel des frais d'administration, il est proposé d'inscrire comptablement les montants concernés, sans toutefois en demander immédiatement le versement à la Gestion globale.

te realiseren. Het principe is eenvoudig: elke gerealiseerde besparing levert een gelijkwaardig bedrag aan administratiekosten op volgens het model van één euro voor één euro.

Dit nieuwe systeem streeft drie hoofddoelstellingen na:

- De financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen versterken;
- Structurele verbetering van fraudebestrijding en controlemechanismen;
- Uitgavenbeheer in de sector geneeskundige verzorging richten op meetbare resultaten.

Het RIZIV beoogt dit nieuwe systeem in werking te stellen vanaf 1 januari 2026, volgens de hierboven beschreven jaarlijkse financiële evolutie, en dit op te nemen in de begroting geneeskundige verzorging, in overleg met aile betrokken actoren.

II. Garantieprincipe

De verzekeringsinstellingen ontvangen het betrokken deel van hun administratiekosten via dit nieuwe systeem enkel indien zij aantoonbare en kwantificeerbare inspanningen leveren op het vlak van uitgavenbeheer in de sector geneeskundige verzorging.

Vanaf 2026 wordt verwacht dat de verzekeringsinstellingen samen jaarlijks besparingen realiseren ter waarde van 25 miljoen euro, oplopend tôt 100 miljoen euro in 2029. De gevolgen van de structurele maatregelen die door de verzekeringsinstellingen worden genomen, worden van het ene jaar naar het andere overgedragen mits akkoord van de Anti Fraude Commissie.

De effectieve uitbetaling van het variabele bedrag hangt af van de realisatie van het uitgavenbeheer. Indien het vastgestelde besparingsdoel slechts gedeeltelijk wordt bereikt, wordt de variabele financiering proportioneel verminderd.

Bij de jaarlijkse berekening van de administratiekosten wordt er voorgesteld om de betrokken bedragen boekhoudkundig in te

Concrètement, la mise en œuvre opérationnelle se déroule comme suit :

- 80 % du montant sont versés aux organismes assureurs au début de l'année d'évaluation X ;
- les 20 % restants sont enregistrés, pour cette même année X, comme créance de l'institut vis-à-vis de la Gestion globale et comme dette de l'institut vis-à-vis des organismes assureurs.

Au cours de l'année X+I, lors du décompte final:

- la créance et la dette sont apurées ;
- selon le résultat de l'évaluation, soit une partie des 20 % est appelée auprès de la Gestion globale et versée aux organismes assureurs via l'institut, soit une partie des 80 % avancés est récupérée auprès des organismes assureurs et reversée via l'institut à la Gestion globale.

Il était initialement prévu de ne verser ce montant variable qu'après une évaluation complète des économies réalisées. Cette approche entraîne en pratique un certain nombre de contraintes. En effet, les données nécessaires à l'évaluation — en particulier celles relatives aux soins de santé — ne sont souvent disponibles qu'après un long délai (jusqu'à six mois après le début de l'année civile pour certaines d'entre elles), alors que les organismes assureurs ont besoin d'un minimum de prévisibilité budgétaire et de certitude quant aux frais d'administration et à, notamment, la continuité de la gestion de leur personnel.

Afin de limiter le risque d'inexécution de certaines missions de l'assurance obligatoire par les organismes assureurs, il a été opté pour un système plus flexible qui conserve le caractère axé sur les économies à réaliser mais avec un versement échelonné dans le temps en deux phases.

schrijven, zonder deze evenwel onmiddellijk op te vragen bij het Globaal Beheer.

De operationele uitvoering verloopt als volgt :

- 80 % van het bedrag wordt aan het begin van het evaluatiejaar X aan de verzekeringsinstellingen uitbetaald ;
- de resterende 20 % wordt voor datzelfde jaar X geboekt als een vordering van het Instituut op het Globaal Beheer en als een schuld van het Instituut ten aanzien van de verzekeringsinstellingen.

In jaar X+I, bij de finale afrekening :

- worden de vordering en de schuld vereffend ;
- naargelang het resultaat van de evaluatie wordt ofwel een deel van de 20 % opgevraagd bij het Globaal Beheer en uitbetaald aan de verzekeringsinstellingen via het Instituut, ofwel wordt een deel van de 80 % teruggevorderd van de verzekeringsinstellingen en doorgestort aan het Globaal Beheer via het Instituut.

Oorspronkelijk was het voorzien om dit variabele bedrag pas uit te betalen na een volledige evaluatie van de gerealiseerde besparingen. Deze aanpak brengt in de praktijk een aantal beperkingen met zich mee. De gegevens die nodig zijn voor de evaluatie — in het bijzonder die met betrekking tôt de geneeskundige verzorging — zijn vaak pas beschikbaar na een lange termijn (tôt zes maanden na het begin van het kalenderjaar voor sommige gegevens), terwijl de verzekeringsinstellingen nood hebben aan een minimale budgettaire voorspelbaarheid en zekerheid omtrent hun administratiekosten en onder meer de continuïteit van hun personeelsbeheer.

Om het risico op niet-uitvoering van bepaalde opdrachten van de verplichte verzekering door de verzekeringsinstellingen te beperken, is gekozen voor een flexibeler systeem dat het karakter van te realiseren besparingen behoudt, maar met een gespreide uitbetaling in twee fasen.

Ainsi, après approbation de la proposition de gestion des dépenses par les organismes assureurs, un maximum de 80 % du montant variable sera avancé au début de la période d'évaluation qui débute au 1er janvier de l'année civile. Le versement du solde, au maximum de 20 %, suivrait quant à lui plus tard dans l'année, après le contrôle final opéré par l'INAMI sur la base des états officiels des dépenses soumis par les organismes assureurs. Toute avance qui ne correspondrait pas aux montants réellement économisés devrait être remboursée par les organismes assureurs. Les modalités opérationnelles et délais de ce nouveau système de responsabilisation financière des organismes assureurs sont réglés par le présent arrêté.	Zo zou, na goedkeuring van het voorstel tôt uitgavenbeheer door de verzekeringsinstellingen, maximaal 80 % van het variabele bedrag worden voorgeschoten bij het begin van de evaluatieperiode die start op 1 januari van het kalenderjaar. De uitbetaling van het saldo, maximaal 20 %, zou later in het jaar volgen, na de definitieve contrôle door het RIZIV op basis van de officiële uitgavenstaten die door de verzekeringsinstellingen worden ingediend. Elk voorschot dat niet overeenkomt met de werkelijk gerealiseerde besparingen moet door de verzekeringsinstellingen worden terugbetaald. De operationele modaliteiten en termijnen van dit nieuwe systeem van financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen worden geregeld door dit besluit.
Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté	De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding
M. F. VANDENBROUCKE	Dhr. F. VANDENBROUCKE