



RIZIV
Jaarverslag
2012

RIZIV
Jaarverslag
2012

Het jaarverslag 2012 is tot stand gekomen dankzij de waardevolle medewerking van

Daniël Bodart, Danny Borreman, Carl Cauwenbergh, Francis Colla, Benoît Collin, Isabelle Collin, de Communicatiecel (Sandrine Bingen, David Constant, Bruno De Bolle, Sandra De Clercq, Lawrence de Marneffe, Véronica Franceschini, Mélissa Hermie, Ludwig Moens, Geneviève Speltincx, Linda Vandenberg), Michaël Daubie, Jan De Bruycker, Patrick De Clercq, Jo De Cock, Marc De Falleur, Ri De Ridder, Laurent Guinotte, Bert Govaerts, Anne-Marie Halin, Patricia Heidbreder, Bernard Hepp, Ilse Kerfs, Guy Lombaerts, Olivia Machiels, Dirk Marcelis, Pascal Meeus, Olivier Michiels, François Perl, Frederik Remorie, Didier Renault, Geneviève Schamps, het Secretariaat van de Dienst voor administratieve controle, het Secretariaat van de Dienst voor geneeskundige verzorging, het Algemeen secretariaat van de Algemeen ondersteunende diensten, An Taelmans, Joos Tielmans, de Vertaal- en vertolkingsdienst, Yves Trappeniers, Tessy Van Berlo, Christian Van Ende, Tom Verdonck, Paul Vincke, Freddy Vos, Sylvie Willemsens.

Verantwoordelijke uitgever: J. De Cock, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel

Grafisch ontwerp en realisatie: Ab initio Graphic Design, Brussel, www.abinitio.be



Dit jaarverslag is beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

Inhoud

Voorwoord	6
1 ^e Deel - Het RIZIV: identiteitskaart	9
I. Opdrachten van het RIZIV	10
II. Organigram van het RIZIV	10
III. Personeel van het RIZIV	11
IV. Administratiekosten van het RIZIV	12
V. Inkomsten en uitgaven (verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen)	13
2 ^e Deel - Behoorlijk beheer en bestuur	17
3 ^e Deel - Evolutie van de verzekering	23
I. Institutionele en administratieve aspecten	24
II. Verzekering voor geneeskundige verzorging	26
III. Uitkeringsverzekering	38
IV. Geneeskundige evaluatie en controle	40
V. Administratieve controle	43
4 ^e Deel - Thematische uiteenzettingen	45
I. Huisartsgeneeskunde in België: sterke en zwakke punten	46
II. 10 jaar Nationale raad voor kwaliteitspromotie: balans en perspectief	62
III. De DAC en de strijd tegen de fictieve ondernemingen	70
IV. Evolutie en oorzaken van arbeidsongeschiktheid	76
V. Het RIZIV en de internationale samenwerking om fraude in de Europese gezondheidszorg te controleren	82
VI. Van educatief project naar Infobox - Informatie brochures van DEGC	90
VII. Het Fonds voor de medische ongevallen	98
5 ^e Deel - Statistische gegevens	107
I. Statistieken van de geneeskundige verzorging	108
II. Statistieken van de uitkeringen	132
III. Statistieken van de geneeskundige evaluatie en controle	144
IV. Statistieken van de administratieve controle	151
V. Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds (ledentallen)	159
6 ^e Deel - Het RIZIV in de praktijk	165
I. Adressen van de burelen van het RIZIV	166
II. Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2013	167
III. Studiën en onderzoek	171



Voorwoord

Geachte lezer,

Graag nodigen wij u, als goed geïnformeerde waarnemer of stakeholder van ons sociale stelsel, uit om kennis te nemen van het jaarverslag 2012 van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en haar beheersinstituut, het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV).

U krijgt dit jaarverslag te zien in de vorm die in 2006 is ontworpen. U kunt 6 delen doornemen die de werking van het RIZIV belichten en vooral ook het doel en het resultaat van ons werk, namelijk het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

U ontdekt op de volgende pagina's dus de verschillende facetten van onze activiteiten in 2012. U doet dat ofwel op papier (als u dit jaarverslag zou afdrukken), ofwel via de digitale versie op uw pc of tablet (als u definitief hebt gekozen voor de nieuwe technologieën).

In het 1^e deel schetsen we (opnieuw) het algemene kader van ons instituut aan de hand van een identiteitskaart. Daarna volgt het 2^e deel over behoorlijk beheer en bestuur.

In het 3^e deel kunt u de evolutie van onze verzekering doornemen, meer bepaald via een overzicht van de wijzigingen in wetten en regelgeving.

Thematische uiteenzettingen vormen het 4^e deel: hier vindt u meer gedetailleerde analyses van de verschillende aspecten van onze werkzaamheden. Meer nog dan in andere jaren willen we u tonen hoe divers en rijk de waaier van onze activiteiten is, door onderwerpen te putten uit alle kerndiensten van ons instituut.

De **Dienst voor geneeskundige verzorging** schetst een overzicht van de sterke en zwakke punten van de huisartsgeneeskunde in België. Die analyse bouwt verder op ander, voorafgaand onderzoek naar een cartografie van de human resources in de geneeskundige sector die ten dienste staan van de patiënten. De Dienst voor geneeskundige verzorging blikt ook terug én vooruit met een uiteenzetting over het 1^e activiteitendecennium van de Nationale raad voor de kwaliteitspromotie (NRKP), waarover op 6 december 2012 een symposium plaatsvond.

De **Dienst voor administratieve controle** beschrijft zijn bijdrage tot de strijd (en de resultaten daarvan) tegen sociale fraude die georganiseerd is via fictieve bedrijven. Niet het bedrog door individuele sociaal verzekerden staat hier centraal. Het gaat wel om de activiteiten in de criminele sfeer die doelbewust georganiseerd zijn om te frauderen met het recht op sociale bescherming en vooral ook om financieel voordeel te verkrijgen, zonder enig verband tussen de rechthebbenden-kopers van die onrechtmatig verworven bescherming en de organisatoren-verkopers van die fraudevorm.

De **Dienst uitkeringen** geeft een stand van zaken van de evoluties en oorzaken van de arbeidsongeschiktheid. Dat gebeurt aan de vooravond van ingrijpende wijzigingen om, in het kader van onze bestuursovereenkomst 2013-2015, de algemene organisatie van de sector te moderniseren. en ook de resultaten (met name in termen van steun voor werkhervatting), de follow-up en de controle, zowel binnen het RIZIV als met de belangrijkste partners (verzekeringsinstellingen, sociale partners, behandelende artsen of arbeidsgeneesheren, enz.) komen aan bod.

De **Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle** informeert u over de rol van het RIZIV in de internationale samenwerking om fraude te bestrijden in de gezondheidszorg in Europa. Als criminele netwerken soms fraude organiseren – zoals u kunt lezen in de uiteenzetting van de Dienst voor administratieve controle – is het van essentieel belang, zonder dergelijke netwerken per se in het vizier te nemen, dat de diensten voor controle van de geneeskundige verstrekkingen zich organiseren en kennis delen over de mechanismen die gepaard gaan met fraude, misbruik of oneigenlijk gebruik van die verstrekkingen, met name door de zorgverleners. Onze Europese zorgstelsels vertonen tal van gemeenschappelijke kenmerken. Daarom is het belangrijk om samen te kijken hoe we het correcte gebruik van grote sommen gemeenschapsgeld kunnen garanderen en ook het performante en efficiënte gebruik ervan om de gezondheidsproblemen van onze bevolking op te lossen. U leest verder ook hoe de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, aan de hand van de INFOBOX-publicaties, het puntje op de “i” plaatst wat zijn drieledige opdracht ICE (Informereren, Controleren, Evalueren) betreft.

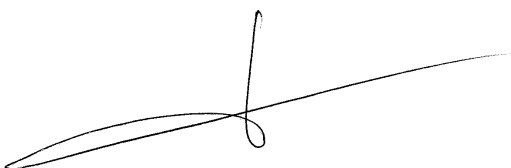
Tot slot maakt een nieuwkomer zijn debuut in ons jaarverslag: het **Fonds voor de medische ongevallen**. Het heeft op 1 april 2013 de rangen van het RIZIV vervoegd door zijn integratie als 5^e kern-dienst (de dienst “Fonds voor de medische ongevallen”) en speelt een cruciale rol in een 3^e, nieuwe sector van sociale verzekering: de vergoeding van schade als gevolg van geneeskundige verzorging!

Na dat uitgebreide en gevarieerde menu, bereid door onze beste chef-koks en medewerkers, serveren wij u als 5e gang een dessert: onze meest recente statistische gegevens over de ledentallen van de verzekering (personen aangesloten bij een ziekenfonds), over de geneeskundige verzorging en de uitkeringen. Achter die cijfers gaat uiteraard een aanzienlijke menselijke investering schuil van onze personeelsleden, van onze partners, van de zorgverleners van alle specialismen, van verenigingen, van instellingen, enz. Zij staan ten dienste van onze medeburgers en bieden een luisterend oor voor hun problemen op het vlak van gezondheid of arbeidsongeschiktheid. Zij laten zich niet herleiden tot statistische kolommen, maar vormen een maatschappelijke en medische werkelijkheid.

Als slot van ons jaarverslag 2012 krijg u een 6^e deel, getiteld “Het RIZIV in de praktijk”.

2012 was het jaar van de draak in de Chinese astrologie, en volgens de Maya-overtuiging was op 21 december het einde van de wereld aangebroken ... maar u merkt het tijdens het lezen van dit jaarverslag: wij en onze medewerkers hebben altijd het heilige vuur van onze missie brandend gehouden en bij de publicatie van dit jaarverslag is het einde van de wereld duidelijk uitgesteld tot een nog nader te bepalen datum!

Veel leesplezier!



Jo De Cock
Administrateur-generaal



Benoît Collin
Adjunct-administrateur-generaal



1^e Deel

Het RIZIV: identiteitskaart

I. Opdrachten van het RIZIV

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV):

- is een openbare instelling van sociale zekerheid
- behoort tot de bevoegdheid van de minister van Sociale Zaken
- beheert en controleert de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU).

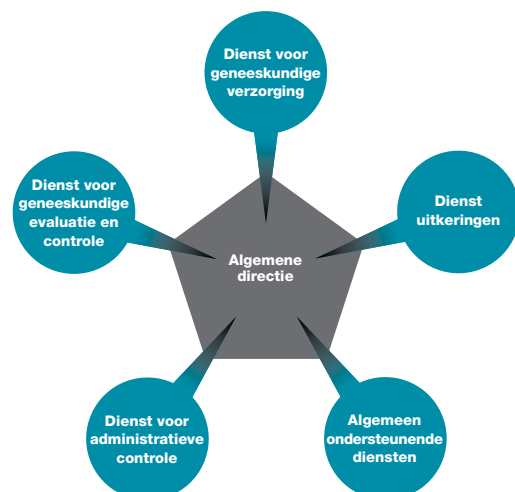
De GVU-verzekering heeft een rechtstreekse invloed op het dagelijkse leven, aangezien zij zorgt voor de:

- gedeeltelijke vergoeding van de medische kosten (behalve bij arbeidsongevallen en beroepsziekten)
- betaling van de uitkeringen in geval van arbeidsongeschiktheid, moederschap, vaderschap of adoptie.

Het RIZIV:

- organiseert de vergoeding van de medische kosten zodat de kwalitatief hoogstaande verzorging toegankelijk is voor zoveel mogelijk mensen en in overeenstemming met de tariefafspraken
- zorgt voor een passend vervangingsinkomen bij arbeidsongeschiktheid, invaliditeit, moederschap, vaderschap of adoptie
- werkt samen met de minister van Sociale Zaken en andere partners de reglementering uit betreffende de GVU-verzekering
- organiseert het overleg tussen de verschillende partners van de GVU-verzekering
- zorgt voor een correcte financiering van de activiteiten van de zorgverleners (artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, ziekenhuizen, rustoorden, enz.) en ziekenfondsen
- informeert, evalueert en controleert de zorgverleners, de ziekenfondsen en, in sommige gevallen, de patiënten (de sociaal verzekerden).


II. Organigram van het RIZIV



De algemene directie bestaat uit het Directiecomité en het Algemeen beheerscomité.

Het Algemeen beheerscomité zorgt voor het beheer van het RIZIV, meer bepaald het bijhouden van de rekeningen, de opmaak van het budget van de administratiekosten en de beslissingen in verband met het personeel en de infrastructuur (gebouwen, informatica, enz.).

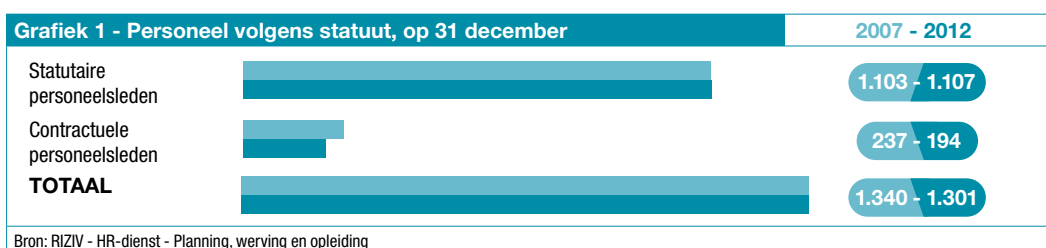
De Administrateur-generaal en de Adjunct-administrateur-generaal zorgen samen met het Directiecomité voor het dagelijks bestuur van het RIZIV. Dat comité bestaat uit de leidend ambtenaren van elke dienst en de diensthoofden informatica, human resources en communicatie.

 Voor meer informatie over de organen en de administratieve structuur van de verschillende diensten van het RIZIV, kunt u de website van het RIZIV raadplegen: www.riziv.be, rubriek Het RIZIV.

III. Personeel van het RIZIV

In een instituut als het RIZIV, gericht op administratie en beleidsondersteuning in het kader van openbare dienstverlening, is het personeel het belangrijkste middel om de operationele doelstellingen te verwezenlijken. Het is dus belangrijk om even de situatie en personeelsevoluties in 2012 te schetsen.

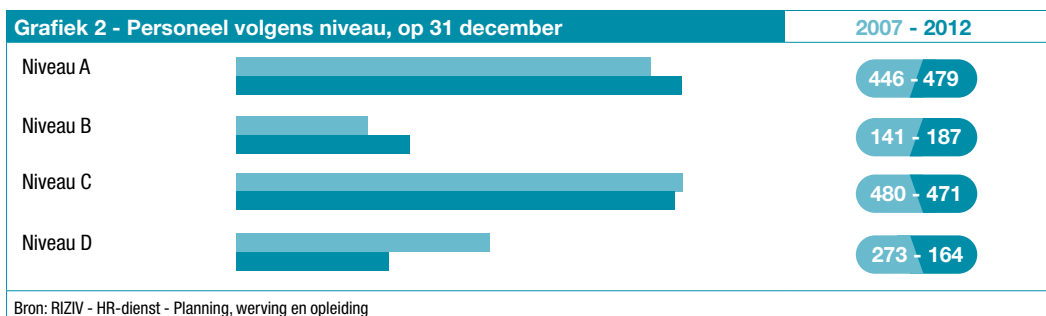
1. Personeel volgens statuut



We stellen vast dat, gedurende de voorbije 5 jaar, het statutair personeel met 0,36% is toegenomen en het aantal contractuele personeelsleden met ruim 18% is gedaald.

Die cijfers geven weer wat het beleid van de federale administratie inzake aanwervingen beoogt: bij voorkeur statutair personeel aanwerven.

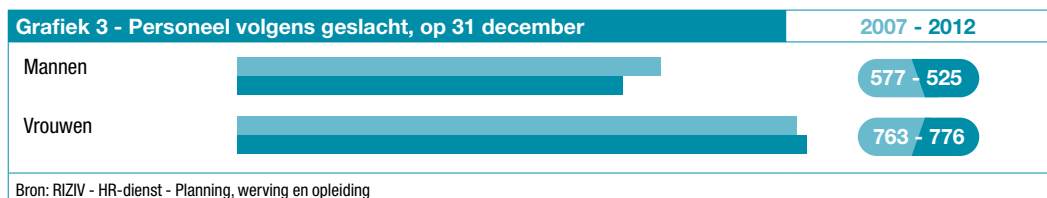
2. Personeel volgens niveau



Er is een sterke stijging van het personeel in de niveaus B (+33%) en A (+7%), en een kleine vermindering in het niveau C (-2%). Er is een belangrijke vermindering in niveau D (-40%).

De stijging van het personeel in de niveaus A en B is te verklaren door de vele projecten en opdrachten die aan het RIZIV worden toevertrouwd (bestuursovereenkomst en strategisch plan). Steeds meer gespecialiseerde expertisefuncties en een opgedreven basisopleiding zijn dus vereist. Deze evolutie is bovendien een indicator van een grotere professionalisering in functie van een groeiende complexiteit van de inzet en de opdrachten.

3. Personeel volgens geslacht



De vrouwen zijn in de meerderheid en de tendens is niet veranderd sinds 2007. In 2012 is meer dan 59% van het totale aantal personeelsleden van het vrouwelijk geslacht.

IV. Administratiekosten van het RIZIV

Tabel 1 - Administratiekosten van het RIZIV (in EUR)			
Uitgaven	Realisaties 2010	Realisaties 2011	Voorlopige realisaties 2012
Personeelsuitgaven	77.920.041	83.561.671	88.989.150
Gewone werkingsuitgaven	16.883.411	17.159.780	15.993.754
Werkingsuitgaven informatica	17.370.726	15.024.422	15.229.136
Investeringsuitgaven	854.703	1.534.167	1.357.671
Onroerende investeringen	3.740	76.771	427.985
Investeringen informatica	543.158	1.114.302	810.011
Roerende investeringen	307.805	343.094	119.675
Totaal uitgaven	113.028.881	117.280.040	121.569.711
Ontvangsten	825.625	1.543.410	126.880
Netto administratiekosten	112.203.256	115.736.630	121.442.831

(*) Ingevolge het afsluiten van een bestuursovereenkomst in 2002 maken een aantal uitgaven- en ontvangstenrubrieken geen deel meer uit van de beheersbegroting. Dit is o.m. het geval voor de uitgaven voor betwiste zaken waar het grootste deel van de uitgaven werd ondergebracht in de opdrachtenbegroting.

Bron: RIZIV - Financiële dienst

V. Inkomsten en uitgaven (verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen)

1. Inkomsten in 2012

Tabel 2 - Begroting van de verzekering GVV - Dienstjaar 2012 - Ontvangsten (in duizenden EUR)					
	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
Ontvangsten globaal beheer	23.901.360	6.036.325	358.369	2.655	30.298.709
Ontvangsten §1bis - Loontrekkenden	20.208.514	6.036.325	-	2.655	26.247.494
Ontvangsten §1bis - Zelfstandigen	1.993.545	-	358.369	-	2.351.914
Alt. financiering §1 quater - Loontrekkenden	1.431.293	-	-	-	1.431.293
Alt. financiering §1 quater - Zelfstandigen	141.195	-	-	-	141.195
Overdracht zelfstandigen - Gemengde loopbanen	126.813	-	-	-	126.813
Opbrengst BTW - Tabaksaccijnzen	2.718.554	0	0	0	2.718.554
Alt. Financiering - Wet ziekenhuizen	1.824.842	-	-	-	1.824.842
Alt. Financiering - Diversen	893.712	-	-	-	893.712
Bijdragen	963.196	400	0	0	963.596
Persoonlijke bijdragen	12.183	400	-	-	12.583
Bijdragen gepensioneerden	951.013	-	-	-	951.013
Toegewezen ontvangsten	1.071.462	130.844	18.683	0	1.220.989
Ontvangsten revalidatie	501.642	-	-	-	501.642
Automobielverzekering	178.068	130.844	18.683	-	327.595
Bijdragen hospitalisatieverzekering	124.564	-	-	-	124.564
Vergoeding op verpakkingen geneesmiddelen	4.248	-	-	-	4.248
Heffing zakencijfer farmaceutische producten	262.940	-	-	-	262.940
Participatiefonds	P.M.	-	-	-	P.M.
Artikel 104quater	P.M.	-	-	-	P.M.
Overdrachten	0	0	0	63	63
R.V.P. - Inval. Pens. Mijnwerkers	-	-	-	63	63
Opbrengsten van beleggingen	4.217	120	10	0	4.347
Interesten op beleggingen V.I.	713	120	10	-	843
Beleggingen bijdragefondsen	3.500	-	-	-	3.500
Beleggingen fondsen boni's	4	-	-	-	4
Diversen	409.210	7.947	110	25	417.292
Vernieuwing SIS-kaarten	760	-	-	-	760
Internationale Verdragen	382.163	1.000	60	-	383.223
Gerechtelijke interesten	4.920	2.000	50	-	6.970
Terugvorderingen artikel 157 (Zorgverleners)	5.111	-	-	-	5.111
Recuperatie FOD Justitie (Gedetineerden)	1.047	-	-	-	1.047
Terugvordering Inval. pens. mijnwerkers	-	-	-	25	25
Referentiebedragen: Stortingen ziekenhuizen	5.000	-	-	-	5.000
Overdracht chronische ziekten	-	4.947	-	-	4.947

Tabel 2 - Begroting van de verzekering Gvu - Dienstjaar 2012 - Ontvangsten
(in duizenden EUR) (vervolg)

	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
Syndicale premie depositokas	4.000	-	-	-	4.000
Fiscale maribel	3.157	-	-	-	3.157
Terugstorting KCE dienstjaar 2011	1.052	-	-	-	1.052
Contracten Art. 81 geneesmiddelen	2.000	-	-	-	2.000
TOTAAL ONTVANGSTEN	29.067.999	6.175.636	377.172	2.743	35.623.550

Bron: RIZIV - Financiële dienst

2. Uitgaven in 2012

Tabel 3 - Begroting van de verzekering Gvu - Dienstjaar 2012 - Uitgaven
(in duizenden EUR)

	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
Prestaties	25.627.379	5.927.419	363.144	2.067	31.920.009
Geneeskundige verstrekkingen - Basisbedrag	25.627.379	-	-	-	25.627.379
Primaire arbeidsongeschiktheid	-	1.534.392	76.099	-	1.610.491
Moederschaps- en vaderschapsrust	-	648.418	18.264	-	666.682
Invaliditeit	-	3.738.033	268.781	-	4.006.814
Begraveniskosten	-	6.576	-	-	6.576
Invalideitpensioenen mijnwerkers	-	-	-	1.854	1.854
Vakantiegeld	-	-	-	93	93
Verwarmingstoelage	-	-	-	120	120
Administratiekosten V.I.	891.951	212.177	12.451	0	1.116.579
Forfait administratiekosten 5 V.I.	838.166	191.344	11.740	-	1.041.250
Forfait administratiekosten NMBS	17.687	-	-	-	17.687
Administratiekosten HZIV	24.288	5.528	339	-	30.155
Bijkomende administratiekosten:					
• 20% intresten op beleggingen en boni's	146	40	2	-	188
• % op terugvorderingen	10.904	15.265	370	-	26.539
Vernieuwing SIS-kaarten	760	-	-	-	760
Lasten RIZIV	623.543	19.890	1.378	625	645.436
Administratiekosten RIZIV					
• Beheerskosten	101.651	19.180	1.244	625	122.700
• Opdrachtenkosten	1.007	60	4	-	1.071
Expertise	1.774	-	-	-	1.774
Sociaal statuut	169.015	-	-	-	169.015
Stagemeeesters	20.276	-	-	-	20.276
Artikel 56 - 22	96.116	-	-	-	96.116
Campagnes	2.093	-	-	-	2.093
Overdracht kenniscentrum	6.909	650	130	-	7.689
Bestrijding tabaksgebruik	2.000	-	-	-	2.000
Sociaal akkoord	89.625	-	-	-	89.625

Tabel 3 - Begroting van de verzekering Gvu - Dienstjaar 2012 - Uitgaven
(in duizenden EUR) (vervolg)

	GENEESKUNDIGE VERZORGING	UITKERINGEN		MIJN- WERKERS	TOTAAL
		ALG. REG.	ZELFST.		
IMA - steekproef	200	-	-	-	200
Dotatie (E-care, kankerregister, enz.)	16.724	-	-	-	16.724
Dotatie (eHealth)	14.650	-	-	-	14.650
Oorlogsinvaliden	1.256	-	-	-	1.256
Patientenvereniging	103	-	-	-	103
Kas der zeelieden - Autoverzekering	5	-	-	-	5
Subsidie SISD	2.108	-	-	-	2.108
Syndicale premie depositokas	4.000	-	-	-	4.000
Fiscale Maribel	3.157	-	-	-	3.157
Geschillen klinische biologie	90.000	-	-	-	90.000
Adviserend geneesheren accreditering	874	-	-	-	874
FOD Volksgezondheid - Wet ziekenhuizen	1.824.842	0	0	0	1.824.842
Ziekenhuizen - 22,77% ligdagprijs	1.785.850	-	-	-	1.785.850
Sluiting bedden - PVT - Beschut wonen	31.260	-	-	-	31.260
Gedetineerden	7.732	-	-	-	7.732
Overdrachten	0	0	0	31	31
R.V.P. - Inval. Pens. Mijnwerkers	-	-	-	31	31
Diversen	100.284	16.150	199	20	116.653
Internationale verdragen	637.268	600	20	-	637.888
Internationale verdragen - Ziekenhuizen	-146.000	-	-	-	-146.000
Aanvullende uitkering grensarbeiders	-	70	-	-	70
Gerechtelijke intresten	82	350	50	-	482
Verhoogde kosten tarificatiediensten	4.448	-	-	-	4.448
Assignatiekosten	-	-	-	8	8
Oninvorderbare prestaties	-	-	-	12	12
Intresten op fonds bijdragen en boni's	3.590	-	-	-	3.590
Vermindering heffing zakencijfer farmaceutische producten	36.500	-	-	-	36.500
Negatieve uitgaven onderbenutting	-340.391	-	-	-	-340.391
Negatieve uitgaven	-112.720	-	-	-	-112.720
Dotatie fonds medische ongevallen	12.507	-	-	-	12.507
Toekomstfonds referentiebedragen	5.000	-	-	-	5.000
Overdracht herscholing uitkeringen	-	15.130	129	-	15.259
TOTAAL UITGAVEN	29.067.999	6.175.636	377.172	2.743	35.623.550

Bron: RIZIV - Financiële dienst



2^e Deel
Behoorlijk beheer en
bestuur

I. Inleiding: modernisering op het RIZIV

De jongste jaren heeft het RIZIV sterk geïnvesteerd in de modernisering van haar organisatie, werkomstandigheden, processen en dienstverlening. Die modernisering is in sterke mate verbonden aan de introductie van de driejaarlijkse bestuursovereenkomst, en ook aan de strategische en operationele planning.

Als stafdienst van de algemene directie van het RIZIV heeft de Moderniseringscel een centrale coördinerende rol inzake de ontwikkeling en implementatie van een geïntegreerde visie op beleid en beheer in de instelling. De modernisering van het RIZIV is echter niet enkel een zaak van de Moderniseringscel. Binnen de verschillende diensten is in dit verband een decentrale cel opgericht die als partner van de Moderniseringscel optreedt. Het is de ambitie om de komende jaren een sterk partnerschap te ontwikkelen van de Moderniseringscel als coördinerende motor en decentrale cellen binnen alle diensten. Daarnaast worden ook partnerschappen ontwikkeld met bv. de HR-dienst, de ICT-dienst, de Financiële dienst en de nieuw opgerichte Dienst interne audit.

II. 3^e bestuursovereenkomst 2010-2012

Het jaar 2012 is het 3^e uitvoeringsjaar van de 3e bestuursovereenkomst van het RIZIV, die loopt over de periode 2010-2012. In die bestuursovereenkomst zijn een 41-tal projecten opgenomen. Elk project bevat een aantal verbintenissen. Die verbintenissen hebben betrekking op één of meerdere van de volgende krachtlijnen of principes:

- ontwikkelen van systemen, instrumenten en informatie die nodig zijn voor de beheersing van de uitgaven aangaande de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU)
- strijd tegen sociale fraude
- administratieve vereenvoudiging
- procesverbetering en informatisering, met als gevolg een verbetering van de dienstverlening aan de gebruikers (om te kunnen beantwoorden aan de bepalingen van het handvest van de sociaal verzekerde en om de toegankelijkheid tot de verstrekkingen van de verzekering te waarborgen) en aan de verschillende partners
- meewerken, op adequate wijze, aan de uniforme toepassing van de GVU-wetgeving
- versterken van de externe communicatie
- stimuleren van innovatieve benaderingen in de gezondheidszorg
- verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg.

Alle verbintenissen zijn bovendien ondergebracht in een van de 10 externe strategische domeinen die geformuleerd zijn in het 2^e strategisch plan van het RIZIV.

Enkele realisaties van de 3^e bestuursovereenkomst in 2012:

- een rapport over de Balanced Scorecard voor de huisartsengeneeskunde en aansluitende communicatie over de performantie van de huisartsengeneeskunde aan de huisartsen
- een nieuwe toepassing voor de berekening van de bedragen voor de financiering van de rusthuizen
- een rapport over de impact van de vergrijzing voor de cardiologie
- een rapport met detailgegevens 2009 inzake de gestandaardiseerde regionale gegevens over de uitgaven geneeskundige verzorging
- een rapport over de werking van het systeem van toegestane deeltijdse werkhervatting tijdens een arbeidsongeschiktheid
- een samenwerking met de arbeidsbemiddelingsdiensten van de verschillende gewesten, verzekeringsinstellingen (V.I.) en andere betrokken actoren, in het kader van de Taskforce arbeidsongeschiktheid.




Het 2^e strategisch plan, dat loopt over de periode 2010-2015, geeft de richting aan waar het RIZIV naartoe wil en legt het algemene kader vast waarbinnen alle diensten van het RIZIV zich situeren. Het plan bevat een charter met:

- de missie of bestaansreden van het RIZIV
- de visie van het RIZIV op extern en intern vlak
- de waarden en normen waarvoor het RIZIV staat.


Het RIZIV heeft de missie vertaald in een reeks strategische en operationele doelstellingen

 De **Taskforce arbeidsongeschiktheid** werd opgericht om de uitdagingen op het vlak van de arbeidsongeschiktheid in kaart te brengen en voorstellen te formuleren om het systeem terzake doeltreffender en efficiënter te maken. Dat is een uitdaging die het RIZIV overstijgt. Niet enkel het RIZIV maakt dus deel uit van de Taskforce, maar ook verschillende partners, zoals de sociale partners, de V.I., het Nationaal intermutualistisch college (NIC), het Intermutualistisch agentschap (IMA), de universiteiten, enz.

- o een jaarverslag over de activiteiten en resultaten in het kader van de ICE-strategie (informatie, communicatie en evaluatie) van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
- o uitwerken van reglementaire bepalingen en informeren (via omzendbrief en de RIZIV-website) van alle betrokken actoren in het kader van de stelselmatige uitrol van “MyCareNet” naar verschillende doelgroepen van zorgverleners (thuisverpleegkundigen, labo’s, tarifieringsdiensten, rusthuizen, enz.)

 **MyCareNet** laat zorgverleners toe via het internet op een rechtstreekse en veilige manier te communiceren met de verzekeringsinstellingen (V.I.). MyCareNet is een initiatief van het RIZIV, het Nationaal intermutualistisch college (NIC) en eHealth, het gezondheidsplatform van de overheid.

- o uitbreiden van de webtoepassing “E-care - Quality oriented electronic registration of medical implant devices” (Qermid) voor de coronaire stents
- o opmaken van de reglementaire teksten over de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming en een betere bescherming van chronisch zieken
- o optimaliseren van de leesbaarheid van administratieve documenten:
 - o de interne herwerking van 2 bestaande formulieren voor verzekerden op basis van de leesbaarheidsprincipes:
 - o Aangifte van een ongeval
 - o Aanvraag van een adoptieuitkering zelfstandigen
 - o leesbaarheidsadvies voor alle nieuwe formulieren voor verzekerden
- o de voortgezette administratieve, financiële en beleidsmatige coördinatie en ondersteuning van de zorgvernieuwingprojecten in de ouderenzorg
- o een model voor gegevensoverdracht van de zorgtrajecten via webapplicatie voor de huisartsen (ACHIL)
- o een conventie voor de terugbetaling van genetische opsporingsanalyses die in het buitenland zijn uitgevoerd
- o uitvoeren van diverse geneeskundige evaluatieprojecten en impactmetingen
- o een rapport per V.I. met een cartografie van de activiteiten van de adviserend geneesheren op het niveau van het ziekenfonds en de V.I. (inclusief feedback aan de V.I.)
- o verder uitbouwen van een systeem (Flowdos) om de enquêtedossiers ten aanzien van de zorgverleners op een meer doeltreffende en efficiënte wijze te beheren
- o een rapport over de resultaten op het vlak van sociale fraude
- o “datamatching” (kruisen van databanken) met de gegevens “Déclaration multifonctionnelle/ Multifunctionele aangifte” (DMFA) en de databank van de invaliden en onderzoeken van de relevante gevallen in het ziekenfonds
- o kwaliteitsanalyse van de feedback van de V.I. betreffende de dossiers van fictieve onderwerping
- o 2 themacontrole rapporten: één over geneeskundige verzorging en een over uitkeringen
- o brochure over de opdrachten en procedures van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)
- o COOPAMI: ontwikkelen van een opleidingsprogramma en organiseren van opleidingen in het Engels en in het Frans
- o de oprichting van een Dienst interne audit voor het RIZIV (zie verder: III)

 **COOPAMI** is een samenwerkingsplatform dat landen ondersteunt die een universele, solidaire en duurzame sociale bescherming in het belang van de bevolking wensen te ontwikkelen of te moderniseren.

III. De Dienst interne audit: een nieuwe partner in het proces van permanente verbetering

Het management, de medewerkers en de beheerders van het RIZIV hebben sinds november 2012 een nieuwe partner gekregen: de Dienst interne audit (DIA). Samen werken ze aan hetzelfde doel: de organisatie en werking van het RIZIV permanent verbeteren, vanuit een “streven naar deugdelijk overheidsbestuur”.

De oprichting van een DIA in het RIZIV past binnen een gemeenschappelijk project van het College van Openbare instellingen van sociale zekerheid (OISZ). Alle 16 OISZ zullen de komende jaren een soortgelijke interneauditfunctie in het leven roepen (of hun bestaande interneauditfunctie bijwerken), volgens een gemeenschappelijke visie en aanpak. Dit project komt tegemoet aan verwachtingen vanwege onder meer de Staat en het Rekenhof om meer redelijke zekerheid over het goede functioneren van de OISZ te verkrijgen. Het RIZIV heeft het gemeenschappelijk project inzake interne audit overigens gecoördineerd.

Door 5 belangrijke vragen te beantwoorden, houdt de DIA toezicht op de manier waarop het RIZIV zijn organisatie en werking beheerst. Meer bepaald zal de DIA 5 dimensies van organisatiebeheersing of “interne controle” evalueren.

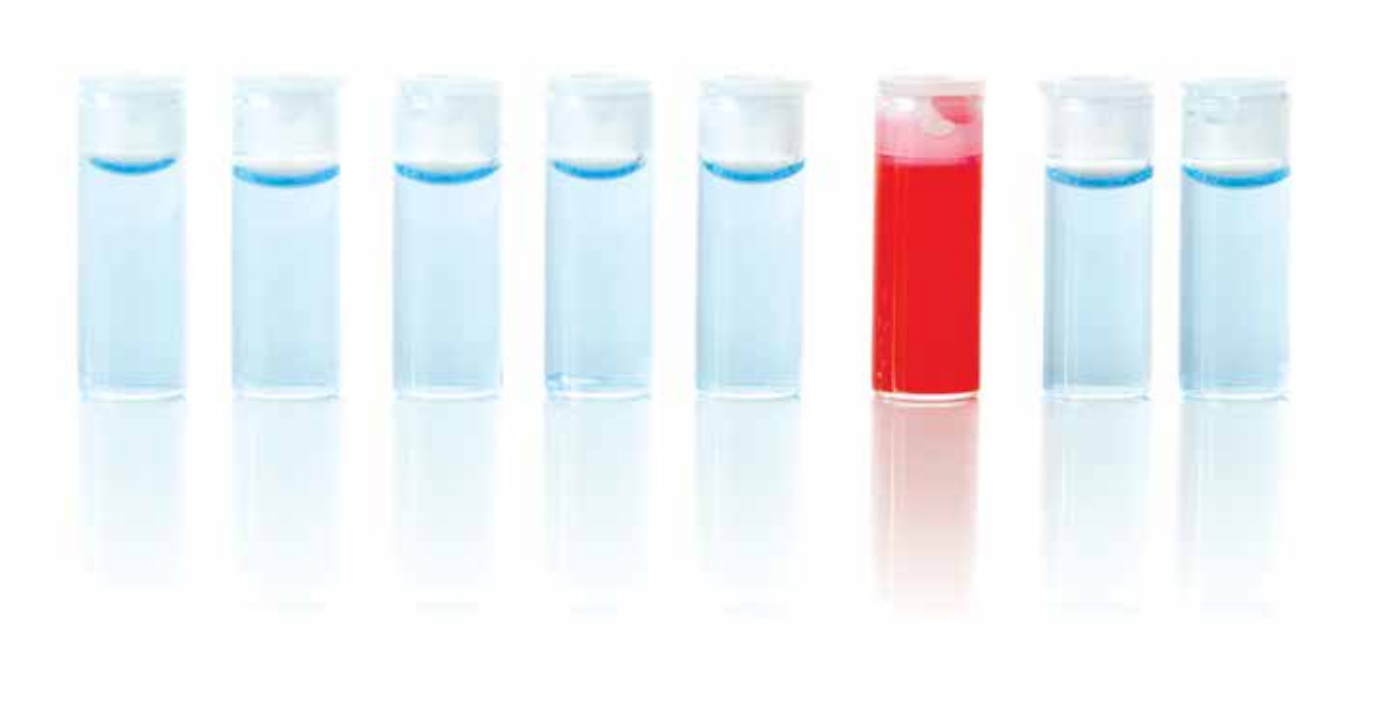
- Doelbereiking: zijn de doelstellingen van het RIZIV duidelijk geformuleerd, goed gecommuniceerd en in lijn met de strategie van de organisatie? En worden de doelstellingen effectief gerealiseerd?
- Operationele excellentie: werkt het RIZIV goed georganiseerd, efficiënt en zuinig?
- Conformiteit: leeft het RIZIV de reglementering en de interne procedures na?
- Kwaliteit van de rapportering: is de externe en interne rapportering door het RIZIV geldig, juist, tijdig, bruikbaar en volledig?
- Integriteit: neemt het RIZIV voldoende maatregelen om wangebruik van zijn middelen en interne fraude te voorkomen?

De DIA voert in dit verband concrete auditopdrachten uit en formuleert aanbevelingen, en dat op een objectieve en onafhankelijke manier. De opdrachten en aanbevelingen hebben altijd betrekking op een welbepaalde activiteit of proces van het RIZIV. De DIA is niet bevoegd om het functioneren van personen te evalueren. De DIA werkt tijdens zijn opdrachten nauw samen met het betrokken management en hun medewerkers en begeleidt en ondersteunt hen ook, zodat ze de aanbevelingen achteraf in de praktijk kunnen omzetten. Belangrijk is dat de DIA zeker geen ‘negatieve politiefunctie’ mag hebben. De focus ligt zowel op de sterke punten als op de verbeterpunten.

De DIA voert niet enkel de klassieke auditopdrachten uit, maar speelt ook een belangrijke rol inzake het sensibiliseren, ondersteunen en begeleiden van de diensten van het RIZIV op vlak van hun organisatiebeheersing. Met name op vlak van het identificeren en evalueren van strategische en operationele risico’s en het formuleren van adequate en doeltreffende controle- of beheersingsmaatregelen zal de DIA een coördinerende rol opnemen.

Tot slot zal de DIA ook instaan voor een goede coördinatie en afstemming met de andere toezichtsactoren van het RIZIV, met name het Rekenhof, de revisoren, de regeringscommissarissen en eventuele andere externe auditoren. Hierdoor is het mogelijk om de planning, activiteiten en rapporten van de DIA en deze toezichtsactoren op elkaar af te stemmen.

Sinds november 2012 heeft de DIA alvast een 1^e auditopdracht over het beheersysteem van de informatieveiligheid in het RIZIV afgerond en een 50-tal aanbevelingen geformuleerd. In de loop van het 1^e trimester van 2013 zal de DIA ook een Auditplan opstellen. Dit plan omvat de strategie en planning van de DIA in samenspraak met het management en de beheerders van de organisatie voor de periode 2013 tot en met 2015.



3^e Deel Evolutie van de verzekering

Deze tekst is maar een selectie van de voornaamste reglementaire wijzigingen in 2012 en heeft niet de bedoeling exhaustief te zijn. Een vollediger overzicht van de reglementering over 2012 is beschikbaar in de Informatiebladen van het RIZIV (nrs. 2012/2, 2012/3, 2012/4 en 2013/1).

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Maatregelen geneesmiddelen

Het koninklijk besluit van 12 maart 2012 geeft uitvoering aan een aantal maatregelen voorzien in de gezondheidswet van 17 februari 2012:

- Verplichte aflevering van de goedkoopste geneesmiddelen bij voorschrijven op stofnaam.
- Creatie van een terugbetaling van geneesmiddelen op basis van een forfaitair bedrag (vergoedingscategorie "F"). Het persoonlijk aandeel en/of de terugbetaling kan gedefinieerd worden als een vast bedrag per indicatie, behandeling of onderzoek, voor een geneesmiddel of het geheel van geneesmiddelen die voor deze indicatie, deze behandeling of dit onderzoek verstrekt worden.
- Uitvoering van de bij de wet voorziene vermindering met de helft van de uitzondering voor de verschillende vormen van de moleculen buiten patent.
- Deconnectie van de generieken: afschaffing van de beperking volgens welke de vergoedingsbasis van een generiek, eenmaal opgenomen in de terugbetaling niet hoger mag zijn dan deze van de referentiespecialiteit.
- Aanpassing van de referentierugbetaling voor geneesmiddelen met volledige terugbetaling (categorie "A") om de prijsverlaging ook in de post-patentsector te stimuleren.
- De erythroëitines die van rechtswege buiten het forfait vallen worden geschrapt van deze lijst van geneesmiddelen. Dit laat toe om deze geneesmiddelen met een toekomstige wijziging van de reglementering op te nemen in het ziekenhuisforfait.

2. Geestelijke gezondheidszorg

Op 1 april 2012 treedt het nieuwe koninklijk besluit van 27 maart 2012 in werking op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg. Dit is het vervolg van de therapeutische projecten waarin gedurende 5 jaar op experimentele wijze overleg rond de patiënt ontwikkeld werd.

De nieuwe reglementering behandelt volgende aspecten:

- afbakening van de doelgroep van patiënten met een psychiatrische problematiek
- omschrijving van het concept "begeleidingsplan"
- voorwaarden voor de vergoeding van de zorgverleners die deelnemen aan het overleg rond de patiënt
- taakomschrijving en vergoeding van de referentiepersoon
- taakomschrijving en vergoeding van de organisator en coördinator van het overleg:

Daarnaast is ook een vergoeding voorzien voor de afhandeling van de administratie en facturatie van het overleg.

Een belangrijke rol in de nieuwe regelgeving is weggelegd voor de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT). Ze spelen immers een sleutelrol op het vlak van de organisatie en coördinatie van het overleg. Ze kunnen deze taak zelf op zich nemen of hiervoor een akkoord sluiten.

3. Groeïnorm

België heeft zich geëngageerd tot een strikte en structurele sanering van de begroting: ook de groei van de uitgaven voor geneeskundige verzorging moet worden verminderd om een draaglijke groei van de sector te garanderen.

Voor 2013 legt de wet van 22 juni 2012 de groeïnorm ten opzichte van de globale begrotingsdoelstelling op 2%, verhoogd met de te verwachten stijging van het gezondheidsindexcijfer en met 40 miljoen EUR voor nieuwe banen in de social profitsector.

4. Sociale akkoorden

a. Sociaal akkoord 2000

Op 1 maart en 28 november 2000 werden voor de private en publieke sector sociale akkoorden gesloten die betrekking hebben op de federale gezondheidssectoren.

Het koninklijk besluit van 20 juli 2012 legt het bedrag voor 2012 vast ter financiering van de fondsen die de vergoedingen voorzien voor de werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis. Het is 53.258.385 EUR. Hiervan gaat 52.171.730 EUR naar de private sector en 1.086.655 EUR naar de publieke sector.

b. Sociaal akkoord 2005

Op 26 april en 18 juli 2005 werden voor de private en publieke sector sociale bijkomende akkoorden gesloten.

Voor 2012 legt het koninklijk besluit van 20 juli 2012 bijkomende vergoedingen vast voor de werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis. In totaal gaat het om 13.277.712 EUR waarvan 13.000.000 EUR is bestemd voor de private sector en 277.712 EUR voor de publieke sector.

Daarnaast zijn er ook maatregelen voorzien voor de overdracht van kennis en ervaring van oudere werknemers aan jongeren met minder basisopleiding. Er is ook een maatregel van bijkomend verlof voor personeelsleden die niet genieten van de voordelen inzake eindeloopbaan. Voor 2012 voorziet het koninklijk besluit van 13 juli 2012 een bedrag van 17.831.154 EUR. Dit wordt als volgt opgesplitst:

- maatregel peterschap: 7.719.114 EUR, waarvan 2.894.668 EUR voor de publieke sector en 4.824.446 EUR voor de private sector
- maatregel bijkomend verlof voor personeelsleden van minstens 50 jaar die niet genieten van de maatregelen in het kader van de eindeloopbaan: 10.112.040 EUR, waarvan 3.859.557 EUR voor de publieke sector en 6.252.483 EUR voor de private sector.

c. Sociaal akkoord 2010

Op 4 maart 2010 is er een akkoord gesloten betreffende het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep in een beperkt aantal sectoren.

Het koninklijk besluit van 20 juli 2012 legt de bijkomende vergoeding voor 2012 vast van de onregelmatige prestaties van werknemers tewerkgesteld in de sector van respectievelijk de thuisverpleging en de wijkgezondheidscentra. De bedragen zijn 713.071 EUR en 69.606 EUR, in totaal dus 782.677 EUR. Daarvan gaat 761.238 EUR naar de private sector en 21.349 EUR naar de publieke sector.

d. Mini sociaal akkoord 2011

Op 4 februari en 21 februari 2011 werd een “mini sociaal akkoord” gesloten over de tewerkstelling, ongemakkelijke prestaties, 2e pensioenpijler, vakbondspremie en statutarisering van de publieke sector.

De bijkomende vergoeding voor de creatie van tewerkstelling en voor de onregelmatige prestaties van werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, de wijkgezondheidscentra en de openbare psychiatrische verzorgingstehuizen wordt door het koninklijk besluit van 20 juli 2012 voor het jaar 2012 vastgesteld op 7.020.256 EUR. Hiervan is 6.496.749 EUR bestemd voor de private sector en 523.507 voor de publieke sector.

Daarnaast voorziet het koninklijk besluit van 2 juni 2012 de transfer van middelen naar Unisoc (koepel van werkgevers in de social profit sector) vanuit het budget van financiële middelen waarbij het RIZIV deze tegemoetkoming rechtstreeks stort aan Unisoc voor een bedrag van 645.107 EUR voor 2011 en 1.290.214 EUR vanaf 2012.

II. Geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

a. Maximumfactuur geneesmiddelen

De wet van 27 december 2012 inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg brengt 3 wijzigingen aan die betrekking hebben op de kosten van geneesmiddelen voor de verzekerde.

- In de maximumfactuur zit het persoonlijk aandeel van geneesmiddelen dat de verzekerde draagt. De wetgeving voorziet dat het persoonlijk aandeel van de geneesmiddelen van categorie A, B en C in aanmerking worden genomen voor de toepassing van de maximumfactuur. Vanaf 1 maart 2012 komen daar ook de nieuwe vergoedingscategorieën Fa en Fb bij, gecreëerd bij de wet van 17 februari 2012.
- Wanneer het forfaitair persoonlijk aandeel voor geneesmiddelen verstrekt aan rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf of andere instellingen die de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken zal worden vastgesteld, zal dit ook in aanmerking worden genomen voor de maximumfactuur. Dit is al het geval voor het forfaitair persoonlijk aandeel van gehospitaliseerde rechthebbenden en voor het forfaitair persoonlijk aandeel voor geneesmiddelen die worden verstrekt aan rechthebbenden die verblijven in psychiatrische verzorgingstehuizen.
- Het artikel dat bepaalt in welke gevallen de tegemoetkoming van de verplichte verzekering ongewijzigd blijft, ook als het referentiebedrag van de door de rechthebbende ten laste genomen persoonlijke aandelen is bereikt, wijzigt om ook de terugbetaling van de 2 bovenstaande categorieën van persoonlijke aandelen mogelijk te maken.

b. Statuut chronische aandoening

De wet van 27 december 2012 legt de wettelijke basis voor het statuut van persoon met een chronische aandoening. Dit statuut moet toelaten dat zo'n persoon automatisch van bepaalde rechten genieten.

Eén of meer van de volgende 3 criteria laten toe deze rechthebbenden te identificeren (een koninklijk besluit moet die criteria nog vastleggen):

- o een minimumbedrag aan uitgaven voor geneeskundige verzorging over een bepaalde tijdsperiode om de chronische aard van de ziekte aan te tonen. Concreet zou het gaan om een minimumbedrag van 300 EUR per trimester gedurende een periode van 2 jaar
- o het forfait chronisch zieke ontvangen
- o lijden aan een zeldzame ziekte of een weesziekte.

2. Zorgverleners

a. Artsen

NATIONAAL AKKOORD GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN

Op 23 januari 2013 heeft de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ) een akkoord gesloten voor de jaren 2013-2014. De krachtlijnen ervan zijn de volgende:

o **Besparingen**

Een besparing van 105 miljoen EUR wordt in 2013 gerealiseerd. De besparing zal uitgevoerd worden door een beperking en herverdeling van de beschikbare indexmassa.

o **Maatregelen met betrekking tot huisartsen**

- o Indexeren van de honoraria van de huisartsen met 2% vanaf 1 februari 2013.
- o Verlengen van de maatregel "Permanentie en beschikbaarheid" met een verhoging van de het betrokken honorarium met 1 EUR.
- o Handhaven van de praktijktoelage voor een bedrag van 1.650 EUR per jaar.
- o Verhogen van de bedragen van de beschikbaarheidshonoraria en de vergoedingen in het kader van de Impulseo-regeling met 2,76% in 2013.
- o Vaststellen van het bedrag van het forfait telematica op 806 EUR.
- o Verlengen van het beheer van het globaal medisch dossier (GMD) zal vanaf 1 januari 2014 verlopen via het systeem MyCareNet voor de artsen die daarvoor kiezen.
- o Vrijmaken van een budget van 6 miljoen EUR voor de uitbreiding van huisartsenwachtposten en daarmee gelijkgestelde projecten. Bij het opstellen van de begroting 2014 zal getracht worden een marge vrij te maken om dit bedrag niet langer ten laste van de indexmassa te leggen.

o **Maatregelen met betrekking tot geneesheren-specialisten**

- o De honoraria voor raadpleging, toezicht en andere intellectuele verstrekkingen van geneesheren-specialisten worden geïndexeerd met 2% vanaf 1 februari 2013.
- o Evenwel worden de raadplegingen voor neurologen, pneumologen, reumatologen, geriaters met 5% geherwaardeerd. Ook de raadplegingen van de dermatologen worden extra verhoogd. Het honorarium voor het consult aan bed in het ziekenhuis wordt ook fors geherwaardeerd.
- o De speciale verstrekkingen en de verstrekkingen klinische biologie worden geïndexeerd met 1% vanaf 1 februari 2013. De verstrekkingen inzake medische beeldvorming, heelkunde en gynaecologie worden geïndexeerd met 1,5% vanaf 1 februari 2013. De honoraria voor dialyse worden niet aangepast. De speciale verstrekkingen voor fysiotherapie worden met 2% geïndexeerd vanaf 1 februari 2013.

- Evenwel worden een aantal technische verstrekkingen opgewaardeerd: echografie, gynaecologie, otoplastie, bepaalde heelkundige verstrekkingen waaronder de reconstructieve borstchirurgie na operatie. Voor deze laatste zullen met de betrokken beroepsgroep duidelijke afspraken worden gemaakt.
- De enveloppes “medische beeldvorming” en “klinische biologie” zijn vastgelegd op respectievelijk 1.173.196 duizend EUR en 1.284.419 duizend EUR. Voor de medische beeldvorming zal een meerjarenplan worden ontwikkeld, in overleg met de betrokken beroepsgroep. Dat moet toelaten een betere infrastructuur te creëren en grotere toegankelijkheid en een betere kwaliteit van de zorg te realiseren. In afwachting van structurele correcties worden de tarieven van de verstrekkingen inzake echocardiografie en coronarografie tijdelijk met 6,7% verminderd.
- **De NCGZ wil conventionering aanmoedigen**

Er is een aanpassing van de tegemoetkoming voor het sociaal statuut en voor de geconventioneerde artsen met een bepaalde activiteitsdrempel ook een forfaitaire toelage van 434 EUR.
- **De NCGZ heeft volgend werkprogramma vastgesteld voor 2013 en 2014:**
 - terugdringen van de administratieve belasting in verband met de controles geneesmiddelen hoofdstuk IV
 - verdere ondersteuning van de huisartsenwachtposten
 - modulering van de telematicapremie in functie van het gebruik ervan
 - evaluatie van het systeem sociaal derde-betalende en de voorbereiding van de verruiming ervan via de ontwikkeling van MyCareNet
 - evaluatie van de zorgtrajecten en van de preventiemodule van het GMD
 - creëren van een grotere transparantie voor patiënten via de invoering van een patiëntenfactuur
 - de problematiek van burn-out bij artsen
 - vereenvoudiging van de structuur van sommige honoraria en remgelden
 - evaluatie en analyse van het bestaande overlegsysteem met het oog op de modernisering ervan.

IMPULSFONDS HUISARTSGENEESKUNDE

Het koninklijk besluit van 23 maart 2012 breidt het impulsfonds voor huisartsgeneeskunde verder uit vanaf 1 april 2012.

Het voorziet thans een tegemoetkoming in:

- een deel van de loonkost van het secretariaat van een individuele huisarts
- een deel van de kosten van een medisch telesecretariaat voor een individuele arts of een huisartsengroepering

Het voorziet ook in de vestiging van extra huisartsen in een nieuwe reeks zones

◦ **Ondersteuning van de bediende van de huisarts**

Het bedrag van de tegemoetkoming is gelijk aan de helft van de werkelijke loonkost met een maximum van 6.047 EUR per jaar voor de erkende huisarts, onder volgende voorwaarden:

- De huisarts beheert minstens 150 globaal medische dossiers (GMD).
- De huisarts stelt minstens een derde van één voltijds equivalent te werk met een arbeidsovereenkomst
- De huisarts maakt gebruik van een gelabeld elektronisch medisch dossier.

De nieuwe reglementering bepaalt ook de mogelijkheid voor de huisarts om een aanvraag in te dienen voor de loonkost die hij in 2008, 2009 en 2010 heeft gedragen.

Voor die jaren zijn de maximumbedragen van de tegemoetkoming respectievelijk:

- 5.740 EUR voor 2008
- 5.790 EUR voor 2009
- 5.872 EUR voor 2010.

- **Ondersteuning van de kosten van een medisch telesecretariaat**

Voor de huisartsengroepering is het bedrag van de tegemoetkoming gelijk aan de helft van de werkelijke loonkost met een maximum van 3.474 EUR per jaar per erkende huisarts die deel uitmaakt van een huisartsengroepering onder volgende voorwaarden:

- Er is een samenwerkingsakkoord tussen de erkende huisartsen van de groepering.
- De groepering beheert minstens 150 globaal medische dossiers (GMD) vermenigvuldigd met het aantal erkende huisartsen die het samenwerkingsakkoord hebben ondertekend.

- **Nieuwe zones voor de ondersteuning van de vestiging van huisartsen**

Impulseo moedigt de vestiging aan van huisartsen in een 3e type zone. Het gaat om specifieke, geografisch afgebakende zones (die niet noodzakelijk samenvallen met het grondgebied van een gemeente) waarvoor de huisartsenkringen hebben aangetoond dat er extra huisartsen nodig zijn. Eerder waren er al tegemoetkomingen voor de vestiging van een huisarts in een zone waar relatief weinig huisartsen per inwoner beschikbaar zijn of in een zone afgebakend voor positieve acties in het kader van het grootstedenbeleid.

LOKALE KWALITEITSGROEPEN

Vanaf het werkingsjaar 2011 maakt het koninklijk besluit van 12 december 2012 het mogelijk een tegemoetkoming te krijgen voor de werkingskosten van lokale kwaliteitsgroepen (LOK). De tegemoetkoming is vastgelegd op 200 EUR per vergadering per LOK, met een maximum van 4 vergoedbare vergaderingen per kalenderjaar. Ze is afhankelijk van de volgende 3 voorwaarden:

- per kalenderjaar 4 volwaardige LOK-vergaderingen hebben georganiseerd
- de datum, het onderwerp en de deelnames aan deze vergaderingen binnen de vastgestelde termijn aan de Dienst voor geneeskundige verzorging meedelen
- geen tegemoetkoming ontvangen vanwege de farmaceutische industrie of enige andere sponsor die een belangenconflict zou kunnen veroorzaken.

SOCIALE VOORDELEN

Het koninklijk besluit van 30 september 2012 legt het bedrag van de sociale voordelen voor de artsen die tot het nationaal akkoord zijn toegetreden op 4.324,69 EUR voor het jaar 2012. Voor de artsen die slechts gedeeltelijk tot het akkoord zijn toegetreden bedraagt het 2.127,03 EUR.

Afwijken van de honorariumbedragen kan uitsluitend:

- wat betreft de huisartsen: voor de raadplegingen, afspraken en verstrekkingen in de spreekkamer, maximum driemaal per week per blok van maximum 4 aaneengesloten uren. De rest van de praktijk vertegenwoordigt minstens drie vierden van het totaal van de praktijk
- wat betreft de geneesheren-specialisten: voor de verstrekkingen voor de ambulante patiënten (niet-gehospitaliseerde patiënten en patiënten buiten het dagziekenhuis of forfait), maximum viermaal per week per blok van maximum 4 aaneengesloten uren. De helft van al de verstrekkingen voor de ambulante patiënten moet worden verricht tegen de vastgestelde honorariumbedragen.

Het bedrag van het rustpensioen is voor 2012 vastgelegd op 5.307,07 EUR, dat van het overlevingspensioen op 4.422,68 EUR.

b. Apothekers

BIJDRAGE APOTHEKERS

De programmawet van 22 juni 2012 voert een bijdrage in ten laste van de apothekers op de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten. Deze bijdrage recupereert de kortingen die de farmaceutische bedrijven toekennen in het kader van de maatregel “voorschrijven op stofnaam” in de voor het publiek opengestelde apotheken.

Bij de vaststelling van de bijdrage wordt dan ook rekening gehouden met de mogelijkheden van de apotheken om in functie van hun grootte betere commerciële voorwaarden te bedingen.

De apotheken worden ingedeeld in 3 klassen volgens het bedrag van de honoraria die ze ontvangen voor de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten. Daarbij wordt enkel rekening gehouden met de honoraria die bestaan uit een vast bedrag per aflevering en niet met het honorarium voor de begeleiding van de 1^e aflevering. De indeling van de apotheken in de groepen gebeurt op basis van de percentages uitgaande van het globaal bedrag van de honoraria die ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging werden betaald door de verzekeringsinstellingen.

De bijdrage wordt vastgesteld op 0,32 EUR per verpakking. Deze bijdrage wordt verminderd tot 0,20 EUR voor de kleine apotheken en vermeerderd tot 0,38 EUR voor de grote apotheken.

Vanaf 2013 dient elke apotheek het aantal afgeleverde verpakkingen en het totaal bedrag van de vermindering aan te geven aan de Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV.

SOCIAAL STATUUT

Het koninklijk besluit van 1 oktober 2012 indexeert het bedrag van het sociaal statuut van de apothekers waardoor het voor 2011 op 2.636,2 EUR wordt vastgesteld. Het bedrag wordt verminderd tot:

- 1.977,15 EUR indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 28 uur per week op jaarbasis bereikt maar korter is dan 38 uur per week op jaarbasis
- 1.318,1 EUR indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 19 uur per week op jaarbasis bereikt maar korter is dan 28 uur per week op jaarbasis.

c. Verpleegkundigen

MYCARENET

Vanaf 1 juli 2012 wijzigt de verordening van 27 juni 2012 de formulieren “Evaluatieschaal” en “Kennisgeving van verpleegkundige verzorging voor een palliatieve patiënt”. De formulieren worden vervolledigd met gegevens die noodzakelijk zijn voor het gebruik van MyCareNet waardoor de elektronische en papieren documentatie op elkaar afgestemd geraken.

Op dezelfde datum treedt het koninklijk besluit van 27 maart 2012 in werking dat een administratieve vereenvoudiging invoert. Het zorgt immers voor een betere afstemming van de regels van MyCareNet met de bepalingen uit de nomenclatuur:

- de vaststelling van een arts van de noodzakelijkheid van een toilet voor een persoon die gedesoriënteerd is in tijd en ruimte, moet bij de kennisgeving via MyCareNet niet aan de adviserend geneesheer gestuurd worden maar alleen bijgehouden in het verpleegdossier
- het attesteren van bepaalde specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen moet door de verpleegkundige niet meer aangevraagd worden bij de adviserend geneesheer. Deze aanvraag wordt vervangen door een kennisgeving waarbij de verpleegkundige volgende elementen meldt aan de adviserend geneesheer:
 - het RIZIV-nummer van de verpleegkundige die de kennisgeving doet
 - het RIZIV-nummer van de voorschrijver
 - het inschrijvingsnummer sociale zekerheid (INSZ) van de rechthebbende
 - het type verstrekking
 - de begindatum en de einddatum van de periode.

Het verzorgingsplan moet ter beschikking gehouden worden van de adviserend geneesheer. Een bijkomend omstandig medisch verslag van de behandelende geneesheer is geen voorwaarde meer.

d. Tandartsen

SOCIALE VOORDELEN

Het koninklijk besluit van 30 september 2012 legt de jaarlijkse bijdrage tot instelling van de regeling van sociale voordelen voor tandheekkundigen op 2.149,29 EUR voor het jaar 2012.

e. Kinesitherapeuten

Het koninklijk besluit van 4 oktober 2012 legt de jaarlijkse bijdrage tot instelling van de regeling van sociale voordelen voor 2011 op 1 423,07 EUR per kinesitherapeut die aan de voorwaarden voldoet.

f. Rustoorden voor bejaarden (ROB), rust- en verzorgingstehuizen (RVT) en centra voor dagverzorging (CDV)

NIEUWE CATEGORIE "D"

Vanaf 1 juli 2012 voert het koninklijk besluit van 5 december 2012 een nieuwe categorie D in voor de ROB's. Vanaf 1 juli 2013 wordt deze categorie ook in de RVT ingevoerd. De categorie "D" bevat rechthebbenden waarvoor de diagnose van dementie is vastgesteld of bevestigd. Concreet worden er 200 nieuwe voltijdse eenheden (VTE) in de sector gecreëerd. Dit moet leiden tot een betere omkadering van dementie. De nieuwe reglementering bevat volgende bepalingen:

- definitie van de categorie rechthebbenden en het onderscheid met andere categorieën zoals de categorie Cd die de fysiek afhankelijke gedesoriënteerde personen bevat
- de te volgen procedure bij de aanvraag tot tegemoetkoming bij de verzekeringsinstelling voor een rechthebbende die in categorie D is ondergebracht
- met het oog op financiering van de bijkomende personeelsleden, actualiseren van de lijst van kwalificaties waarover deze moeten beschikken
- wijzigen van het percentage en de berekeningswijze van de onregelmatige en de ongemakkelijke prestaties van de kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en van de leden van het personeel voor reactivering
- invoeren van regels voor de berekening van het aantal VTE dat in de instelling voor vergoeding in aanmerking kan komen. Omgekeerd wordt ook de lijst geactualiseerd van de VTE die niet in aanmerking komen voor vergoeding via het forfait
- preciseren van de prestaties van de gekwalificeerde, zelfstandige, loontrekkende of statutaire directeurs, die in geval van een tekort in aanmerking kunnen worden genomen
- de regels betreffende flexibiliteit wijzigen: in een instelling die minstens 7 VTE verpleegkundigen tewerkstelt, kan tot 30% van de norm van het verpleegkundig personeel worden overgenomen door personeel voor reactivering en/of door verzorgingspersoneel
- bepalen van de regels voor de berekening van de anciënniteit
- vastleggen van de formules voor het berekenen van de tegemoetkoming voor verzorgingsmateriaal
- preciseren en vereenvoudigen van de regelgeving betreffende de voorwaarden die moeten worden vervuld om de financiering van een referentiepersoon voor dementie te verkrijgen
- vastleggen van de financieringsregels en hun inwerkingtreding. Voor de ROB is er een tussentijdse financiering voorzien. Voor de RVT is de financiering van de nieuwe norm nog nader te bepalen
- voor de berekening van de voorwaarden inzake zorgcontinuïteit worden op meerdere plaatsen de patiënten uit de categorie D toegevoegd, wat een uitbreiding van de norm is, zonder bijkomende financiering
- alle berekeningen (formules) gaan uit van het aantal patiënten en dus niet meer van het aantal rechthebbenden.

De aanvraagformulieren voor tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven voor de ROB's en RVT wijzigen met de verordening van 22 oktober 2012, alsook de katzschaal die daarbij hoort.

Daarnaast wijzigt de verordening van 17 december 2012 ook de individuele kostennota, het aanvraagformulier voor tegemoetkoming, de kennisgeving en betalingsverbintenis en komen er 2 nieuwe formulieren: een attest van de behandelend arts voor de CDV en een correctiekostennota voor de ROB/RVT/CDV.

De nieuwe formulieren zijn vanaf 1 januari 2013 in gebruik.

SOCIALE AKKOORDEN RUSTOORDEN VOOR BEJAARDEN EN RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN

In de begroting van 2011 bepaalt het koninklijk besluit van 12 december 2012 een bedrag met het oog op de creatie van tewerkstelling en met het oog op de uitbreiding van de financieringsregel voor de ongemakkelijke prestaties:

- de bedragen aan de instellingen betaald, omvatte en de financiering van de vergoeding van de ongemakkelijke prestaties voor het personeel voor reactivering en voor het logistiek en administratief personeel
- de aanwending van middelen die voor een creatie van tewerkstelling (165 VTE) zorgen, gebeurt op volgende manier:
 - de privésector verkrijgt financiering voor 105 VTE
 - de openbare sector verkrijgt financiering voor 60 VTE

De instellingen die voldoen aan de criteria voor financiering worden opgenomen op een lijst. Wanneer RVT of ROB die zijn opgenomen op de lijst verzaken aan de nieuwe tewerkstelling kan de financiering ervan ten goede komen aan andere instellingen op deze lijst. De lijst zal dan ook jaarlijks worden aangepast.

3. Verstrekkingen

a. Artsen

SPOEDGEVALLENZORG

Het koninklijk besluit van 27 maart 2012 wijzigt de nomenclatuur vanaf 1 juni 2012 op het vlak van het dringendheidsupplement en cumulverbod in spoed:

- het dringendheidsupplement van de aanwezige permanentiearts wordt verminderd, het supplement van de specialist die zich moet verplaatsen wordt verhoogd
- de C-honoraria voor de consultatie van de bijgeroepen specialist in de spoedgevallendienst en het toezichtshonorarium de 1^e dag voor volwassen patiënten mogen niet worden gecumuleerd. Dit cumulverbod in spoeddiensten geldt vanaf 18 jaar.

BEROERTE

Het koninklijk besluit van 6 juni 2012 heeft vanaf 1 september 2012 de multidisciplinaire beroertezorg ingevoegd in de nomenclatuur.

De doelgroep is de patiënten met een recent cerebrovasculair accident (CVA-patiënten). Een juiste diagnose en snelle behandeling zijn van groot belang bij deze patiënten met een CVA die niet langer dan 2 weken geleden is opgetreden.

Ook het opstellen van een "zorgplan", dat de verdere zorg voor de patiënt omvat en niet louter het behandelingsplan, en de multidisciplinaire context zijn hierbij onontbeerlijk.

REANIMATIENOMENCLATUUR

Het koninklijk besluit van 20 september 2012 wijzigt de nomenclatuur van artikel 13 grondig vanaf 1 december 2012.

Artikel 13, §1 krijgt 3 subrubrieken:

- De verstrekkingen van subrubriek A zijn toegankelijk voor alle geneesheer-specialisten die de oude verstrekkingen van artikel 13 kunnen aanrekenen én voor de nieuwe specialismen urgentiegeneeskunde, acute geneeskunde, medische oncologie en geriatrie.
- De verstrekkingen van subrubriek B zijn voorbehouden aan de geneesheer-specialisten houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg. Bovendien zijn ze alleen aanrekenbaar indien ze worden uitgevoerd in de lokalen van een erkende functie Intensieve Zorg.
- De verstrekkingen van subrubriek C zijn toegankelijk voor de geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de neonatologie, en zijn enkel aanrekenbaar indien ze worden uitgevoerd in de lokalen van een erkende dienst neonatale Intensieve zorg (NIC), tenzij anders bepaald.

De omschrijvingen van verscheidene verstrekkingen en toepassingsregels van artikel 13 worden aangevuld, gewijzigd of geschrapt. Nieuwe verstrekkingen die aansluiten op de huidige technische evolutie worden in de nomenclatuur ingevoerd. Een aantal verstrekkingen worden verplaatst. Verstrekkingen uit andere artikels zijn aangepast waar nodig.

Artikel 13 krijgt een nieuwe paragraaf §3 waarin toepassingsregels zijn opgenomen. Hierin wordt nader gespecificeerd wanneer verstrekkingen zoals “continu toezicht op de vitale en niet-vitale functies” mogen worden aangerekend, alsook overgangsmaatregelen om het huidige tekort aan geneesheer-specialisten met bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg op te vangen.

GENETISCHE ONDERZOEKEN

Vanaf 1 januari 2013 vernieuwt het koninklijk besluit van 10 november 2012 de nomenclatuur van artikel 33, die betrekking heeft op de pathologische anatomie en het genetisch onderzoek. De verstrekkingen zijn onderverdeeld in 5 categorieën: cytogenetische onderzoeken, prenatale onderzoeken, kweek, moleculaire onderzoeken en dosering.

De hervorming van de nomenclatuur heeft als doel:

- een grotere transparantie in de activiteiten inzake genetica tot stand brengen
- de omschrijvingen van de gebruikte methode (soort test) en van de klinische indicaties verduidelijken
- de uitgaven van de sector beter controleren
- aangepast zijn aan de huidige kwaliteitseisen.

b. Tandheekundigen

Vanaf 1 mei 2012 kunnen de algemeen tandarts, de tandarts-specialist en de geneesheer-tandarts een bijkomend honorarium aanrekenen tijdens een georganiseerde wachtdienst op maximum 4 bruggen per jaar.

De voorwaarden beschreven in het koninklijk besluit van 26 april 2012 zijn de volgende:

- De verstrekking vindt plaats tijdens een georganiseerde wachtdienst die beantwoordt aan de FOD-regelgeving
- De bruggen worden vastgelegd door het Verzekeringscomité op voorstel van de nationale commissie tandheekundigen ziekenfondsen
- De raadpleging of technische verstrekking moet dringend zijn: ze kan niet worden uitgesteld en wordt niet om persoonlijke redenen van de tandarts of bijzondere eis van de patiënt op een opgegeven dag of uur uitgevoerd
- Ook voor radiografieën, exclusief de craniofaciale radiografie, is er mogelijkheid tot het aanrekenen van een bijkomend honorarium

Het persoonlijk aandeel voor de bijkomende honoraria bij dringende technische verstrekkingen wordt berekend volgens dezelfde voorwaarden als voor de verstrekking zelf. Voor het bijkomende honorarium voor de dringende raadpleging legt het koninklijk besluit van 26 april 2012 het persoonlijk aandeel op 25% van het honorarium voor verzekerden zonder verhoogde tegemoetkoming. De verzekerden met verhoogde tegemoetkoming moeten niets betalen.

c. Verpleegkundigen

WEKELIJKSE VOORBEREIDING VAN GENEESMIDDELEN PER OS

Het koninklijk besluit van 27 maart 2012 voorziet vanaf 1 juni 2012 in 2 nieuwe verstrekkingen:

- verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os (oraal toegediend), gevolgd door een akkoord van de behandelend arts
- wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os.

De doelgroep zijn personen met inadequate therapietrouw aangetoond via de verpleegkundige diagnostiek en gelieerd aan dementie, een niet-gecorrigeerd visueel gebrek, tijdelijke of definitieve motorische gebreken aan een of beide bovenste ledematen of een complexe medicatie. Deze verstrekkingen kunnen niet aangerekend worden bij forfaitpatiënten. Ze kunnen alleen bij de patiënt thuis en in de week aangerekend worden. Ze kunnen alleen geattesteerd worden door een verpleegkundige. Het honorarium bedraagt 22 EUR voor het verpleegkundig advies en overleg en is integraal terugbetaald en 10 EUR voor de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os.

d. Logopedisten

Vanaf 1 augustus 2012 wijzigt het koninklijk besluit van 6 juni 2012 de nomenclatuur van de logopedische verstrekkingen:

- De verschillende geneesheren-specialisten die de behandelingen van verschillende logopedische stoornissen mogen voorschrijven worden voorgesteld in een tabel
- De geneesheer-specialist in de geriatrie wordt toegevoegd als voorschrijver van de bilans en van de behandeling van de stoornissen afasie, dysartrie en dysfagie. Deze specialist wordt in het bijzonder met deze stoornissen geconfronteerd bij de patiënten die hij moet behandelen
- Voortaan is er, als voorwaarde voor verzekeringstegemoetkoming voor de stoornissen van de ontwikkeling van het mondelinge taalgebruik en dysfasie, de verplichting opgenomen om een beroep te doen op een IQ-test die is opgenomen in de limitatieve lijst die door de overeenkomstencommissie logopedisten-ziekenfondsen is goedgekeurd. Voorheen was niet precies aangegeven welke tests de logopedist moest gebruiken.

Volgens het koninklijk besluit van 10 november 2012 komen logopedische behandelingen van ten minste 60 minuten vanaf 1 januari 2013 niet langer in aanmerking voor terugbetaling voor patiënten jonger dan 10 jaar, ongeacht om welke logopedische verstrekkingen het gaat. Zittingen van 30 minuten zullen in de praktijk de zittingen van 60 minuten vervangen.

e. Ziekenhuizen en verzorgingsinrichtingen

ONCOLOGISCH REVALIDATIEPROGRAMMA

In 7 ziekenhuizen is een onderzoeksproject gelanceerd dat een uniform multidisciplinair oncologisch revalidatieprogramma wil creëren dat een combinatie is van fysieke training en psycho-educatie voor vrouwen met borstkanker (post therapie). Vanaf 1 mei 2011 schrijft het koninklijk besluit van 26 mei 2012 de financiering ervan in de reglementering.

Het programma is gebaseerd op reeds bestaande revalidatieprogramma's en richt zich op levenskwaliteitsverbetering en re-integratie van adjuvant behandelde vrouwen met borstkanker door middel van fysieke training en levensstijlbegeleiding. De handboeken voor zorgverlener en patiënt zijn reeds ontwikkeld, een volgende fase in het project is het nagaan van de effectiviteit van het uitgeschreven gestandaardiseerd multidisciplinair oncologisch revalidatieprogramma. Tot slot zal een kosten-batenanalyse worden gehouden.

f. Opticiens

Het koninklijk besluit van 30 september 2012 herschrijft de tekst van de nomenclatuur van de opticiens volledig: de bepalingen van artikel 30, 30bis en 30ter zijn samengevoegd. De wijzigingen vinden ingang vanaf 1 december 2012 en de voornaamste elementen ervan zijn als volgt weer te geven:

- De hernieuwingstermijn van brilglazen met hoge sterkte (> 8 dioptrie) verlaagt voor rechthebbenden jonger dan 18 jaar.
- De verzekering voor geneeskundige verzorging komt tegemoet in de bifocale en multifocale brilglazen met een sterkte lager dan 8,25 dioptrie voor personen jonger dan 18 jaar.
- De rechthebbenden vanaf de 65ste verjaardag hebben recht op terugbetaling van minerale brilglazen en bifocale en van multifocale organische brilglazen.
- De voorhangsystemen en overzetbrillen met medische filter met vaste tint komen voor vergoeding in aanmerking.
- Specifieke contactlenzen voor onregelmatigheden van de cornea komen voor vergoeding in aanmerking.
- De hernieuwingstermijn voor contactlenzen verlaagt. Voor de vormstabiele lenzen en de optische sclerale lenzen gaat de termijn van 5 naar 3 jaar, voor de soepele lenzen van 3 naar 1 jaar.
- De rechthebbende heeft elk jaar recht op een forfait voor onderhoud van een oogprothese.
- De occluder met microporiën kan voortaan maximaal 3 maal hernieuwd worden voor de rechthebbende tot de 18^e verjaardag in plaats van 1 maal.
- Personen met een diplopie én een oogafwijking lager dan 8,25 dioptrie hebben recht op een forfait voor een optische prisma ingeslepen in een brillenglas.

Het model van voorschrift voor de verstrekkingen van artikel 30 is door de verordening van 22 oktober 2012 vastgelegd vanaf 1 december 2012. Tot 1 februari 2013 mogen oftalmologen volgens de verordening van 17 december 2012 ook nog hun eigen formulier gebruiken.

g. Audiciens

Vanaf 1 december 2012 wijzigt het koninklijk besluit van 22 oktober 2012 de nomenclatuur van de gehoorprothesisten:

- De terugbetaling van hoorapparaten verbetert door een uitbreiding van de vergoedingsvoorwaarden naar bepaalde groepen van mensen met een gehoorverlies lager dan 40 dB. Het gaat om kinderen met taal- en/of spraakproblemen en volwassenen met een atypische audiogram.
- De terugbetaling voor contralaterale toerusting breidt uit.
- De rechthebbenden die om medische redenen moeten overschakelen van een toerusting met luchtgeleiding naar een toerusting met beengeleiding of omgekeerd kunnen hun hoorapparaten hernieuwen voor het verstrijken van de hernieuwingstermijn.
- De administratieve procedures krijgen verduidelijking.
- Er wordt een gestandaardiseerde vragenlijst (COSI) ingevoerd om de tevredenheid van de patiënt te verbeteren.

Het koninklijk besluit van 19 november 2012 past het remgeld aan dat ten laste van de patiënt valt, volgens de veranderde nomenclatuur.

De verordening van 12 november 2012 vernieuwt de formulieren overeenkomstig de nieuwe nomenclatuur.

h. Implantaten

NEUROCHIRURGIE

Vanaf 12 juli 2012 betaalt de verzekering voor geneeskundige verzorging de schedelbeenprothese op maat terug op basis van het koninklijk besluit van 3 juli 2012. Voorheen werden de implantaten op maat voor cranioplastie terugbetaald door het Bijzonder solidariteitsfonds.

INTERPRETATIEREGELS

Een interpretatieregule van 5 maart 2012 geeft met retroactieve werking vanaf 1 april 2010 de mogelijkheid tot terugbetaling van het preventief verwijderen van een "PIP"-borstprothese. Deze tegemoetkoming komt er na advies van de Hoge gezondheidsraad van de FOD Volksgezondheid dat alle gescheurde prothesen van de bedoelde types dringend zouden verwijderd worden en dat de niet-gescheurde prothesen weliswaar niet dringend maar toch binnen een redelijke termijn verwijderd zouden worden. Er bestaat een abnormaal hoog risico dat deze zullen scheuren.

i. Farmaceutische verstrekkingen

VOORSCHRIFTEN OP STOFNAAM

Bij een aflevering in een voor het publiek opengestelde apotheek van een farmaceutische specialiteit die is voorgeschreven op stofnaam, is de afgeleverde specialiteit vanaf 1 april 2012 enkel vergoedbaar als ze behoort tot de groep van de goedkoopste specialiteiten. De groep van goedkoopste specialiteiten omvat volgens het koninklijk besluit van 12 maart 2012 telkens de goedkoopste specialiteit (rekening houdend met werkzaam bestanddeel, sterkte en verpakkingsgrootte) en alle specialiteiten die maximum 5% duurder zijn (opnieuw rekening houdend met werkzaam bestanddeel, sterkte en verpakkingsgrootte).

Een bijkomend koninklijk besluit van 12 juni 2012 verzekert dat deze groep minstens 3 specialiteiten zouden bevatten, in het geval geen andere specialiteiten binnen de vork van 5% zouden vallen. Hiermee werd de garantie gecreëerd dat bij de uitvoering van een dergelijk voorschrift door de apotheker, in geval van onbeschikbaarheid van de goedkoopste optie, telkens ten minste 1 specialiteit beschikbaar zou zijn die overeenstemt met het voorschrift en die voldoet aan alle voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen.

GOEDKOOPSTE GENEESMIDDELEN

In het geval van een voorschrift op stofnaam levert de apotheker vanaf 1 april 2012 verplicht een farmaceutische specialiteit af die behoort tot de groep van de "goedkoopste" geneesmiddelen. Vanaf 20 november 2012 brengt een koninklijk besluit van 5 november 2012 een aantal preciseringen aan in de bepalingen die deze groep van geneesmiddelen identificeren en bekend maken.

o Onbeschikbaarheid

In het geval farmaceutische specialiteiten die aangeduid werden als de goedkoopste geneesmiddelen, niet beschikbaar zijn in de handel mag de apotheker een ander beschikbaar (zo goedkoop mogelijk en terugbetaalbaar) geneesmiddel buiten de groep van "de goedkoopste geneesmiddelen" afleveren. Dit moet worden aangeduid en bovendien moet op het voorschrift worden vermeld dat het een onbeschikbaarheid betreft.

o Statuut van goedkoopste

De voorlopige versie van de tabel met de aanduiding of een farmaceutische specialiteit al dan niet tot de groep van de “goedkoopste geneesmiddelen” behoort, wordt 6 weken op voorhand bekend gemaakt door de Dienst geneeskundige verzorging. Deze voorlopige versie geeft, per groepering, de hoogste waarde voor de vergoedingsbasis aan die nog toelaat om tot de groep van de “goedkoopste geneesmiddelen” te behoren. De bedrijven hebben de mogelijkheid geboden om via een versnelde procedure nog tot de laatste werkdag van de maand vrijwillige prijsdalingen in te dienen om tot de groep van de “goedkoopste” te behoren.

j. Medische hulpmiddelen

ZUURSTOFTHERAPIE

De programmawet van 29 maart 2012 legt de wettelijke basis voor de hervorming van de reglementering van de zuurstoftherapie. Deze hervorming heeft 3 luiken: terugbetaling van materiaal, terugbetaling van de gasvormige zuurstof en opvolging van chronische patiënten via overeenkomsten.

Vanaf 1 juli 2012 treedt het uitvoerend koninklijk besluit van 17 mei 2012 in werking. Er wordt onderscheid gemaakt tussen patiënten met een chronische zuurstofbehandeling en patiënten met een acuut zuurstofgebrek.

o Chronische patiënten

Patiënten die chronisch een zuurstofbehandeling nodig hebben zullen door de huisarts naar een longspecialist/kinderspecialist in een ziekenhuis worden verwezen. Als na een onderzoek blijkt dat een chronische behandeling aangewezen is, krijgt de patiënt de zuurstof thuis via een overeenkomst met het ziekenhuis. De patiënten die al gedurende lange tijd zuurstof voorgeschreven kregen door hun huisarts moeten via een pneumoloog in een ziekenhuis een bilan opmaken van hun behoefte aan zuurstof en van het materiaal dat het best is aangepast aan hun persoonlijke situatie.

De wijzigingen voorzien eveneens in de terugbetaling van nieuwe technieken: mobiele oxyconcentratoren en oxyconcentratoren met compressor. Deze laten de patiënt meer vrijheid toe om zich te verplaatsen.

In ieder geval is de continuïteit van de verzorging gegarandeerd. De huisarts kan een tijdelijke terugbetaling voor 3 maand aanvragen in afwachting dat chronische patiënten een afspraak krijgen met de pneumoloog voor de voortzetting of het opstarten van een behandeling.

o Patiënten met een acuut zuurstofgebrek

Patiënten die acuut zuurstofgebrek hebben, kunnen een zuurstofbehandeling krijgen via de apotheker op voorschrift van de huisarts of specialist. Hierin onderscheidt men 3 situaties:

- o Patiënten met acuut, door de arts vastgesteld zuurstofgebrek (hypoxemie): terugbetaling is toegestaan voor periodes van 1 maand, tot maximaal 3 periodes per jaar, na medisch onderzoek en een machtiging van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds zowel voor gasvormige zuurstof via flessen als voor het gebruik van een oxyconcentrator. Deze bepaling geldt vanaf 1 oktober 2012 zowel voor nieuwe patiënten als voor patiënten die reeds terugbetaling kregen in de voorafgaande maanden (B.S. van 27.12.2012).
- o Palliatieve patiënten genieten zonder enige beperking de terugbetaling van hun zuurstofbehandeling (gasfles of oxyconcentrator). De huisarts moet het ziekenfonds informeren over de palliatieve situatie van de patiënt.
- o Clusterhoofdpijn: voor de terugbetaling is een machtiging nodig van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. Hiervoor is een verslag nodig van een neuroloog, neurochirurg of neuropsychiater dat de diagnose bevestigt.

RADIO-ISOTOPEN

De terugbetalingsprocedure voor radio-isotopen wijzigt met de wet van 27 december 2012 en kent thans veel gelijkenissen met de procedure voor terugbetaling van geneesmiddelen.

Concreet betekent dit dat radio-isotopen worden ingeschreven op een lijst van terugbetaalbare specialiteiten na evaluatie van een aanvraagdossier door de Technische raad radio-isotopen, binnen een vastgestelde termijn.

De wijzigingen zijn de volgende:

- De oude procedure uit artikel 35, §2ter vereenvoudigt: de lijst met nomenclatuurvoorstellen moet niet meer worden doorgestuurd door het Verzekeringscomité. Om een vlotte aanpassing van de lijst mogelijk te maken kan deze, op voorstel van de Technische raad radio-isotopen, aangepast worden door de minister zonder passage bij het Verzekeringscomité.
- Er is geen verplicht advies meer van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.
- De lijst moet trimestrieel worden overgemaakt aan de Commissie voor begrotingscontrole.
- Radioactieve producten of producten die radioactief gemaakt worden en die behoren tot andere categorieën van geneeskundige verstrekkingen kunnen via koninklijk besluit aan vergoedbare radio-isotopen worden gelijkgesteld.
- De firma die terugbetaling aanvraagt van een radiofarmaceutisch product is verplicht tot het bevoorraden van de markt. Uit deze verplichting vloeit voor de leveranciers tevens een informatieplicht voort. Het gevolg wanneer de markt niet bevoorrad kan worden is een van rechtswege schrapping van de lijst van vergoedbare producten.

III. Uitkeringen

1. Arbeidsongeschiktheid werknemers

a. Toegelaten activiteitshervatting

De wet van 4 juli 2011 voorzag al dat, vanaf een nog door de Koning te bepalen datum van inwerkingtreding, de arbeidsongeschikte gerechtigde die een werkzaamheid gedeeltelijk wil hervatten en de erkenning van zijn arbeidsongeschiktheid wenst te behouden, de toelating van de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling ook onder bepaalde voorwaarden na de werkhervatting kan krijgen.

Vanaf 9 april 2012 bepaalt de wet van 29 maart 2012 dat:

- een koninklijk besluit zal vastleggen onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen toch toegekend zullen kunnen worden voor de periode die de beslissing van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling voorafgaat
- de beslissing inzake het weigeren van de toelating tot werkhervatting of het beëindigen van de arbeidsongeschiktheid omdat de gerechtigde, van een geneeskundig oogpunt uit, geen vermindering van zijn vermogen van ten minste 50% behoudt, slechts kan ingaan daags na de datum van verzending of van de afgifte van de beslissing aan de gerechtigde.

b. Beroepsherscholing

Vanaf 1 september 2011 verhoogt de programmawet van 29 maart 2012 het bedrag van de stimuli die worden toegekend aan de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden die een door de Geneeskundige raad voor invaliditeit goedgekeurd programma van beroepsherscholing volgen. Deze verhoging wil de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden ertoe aanzetten een programma van beroepsherscholing aan te vatten en volledig te beëindigen en maakt dus deel uit van het re-integratieproces in het arbeidsmilieu.

Het bedrag van de premie wordt opgetrokken van 1 EUR naar 5 EUR per gevolgd uur van opleiding, en het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming voor de gerechtigde die met succes een programma van beroepsherscholing heeft beëindigd, wordt opgetrokken van 250 EUR naar 500 EUR.

2. Zelfstandigen

Moederschapsuitkering en adoptieuitkering

De periode van moederschapsrust voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten bedraagt vandaag maximaal 8 weken (9 weken in geval van de geboorte van een meerling), waarvan er 3 weken verplicht zijn (1 week voor de vermoedelijke bevallingsdatum en een periode van 2 weken die aanvat op de dag van de bevalling).

Het bedrag van de aan de zelfstandige toegekende moederschapsuitkering is een forfaitair bedrag dat is gekoppeld aan de spilindex. Het koninklijk besluit van 20 juni 2012 verhoogt dit bedrag van 308,22 EUR naar 333,84 EUR vanaf 1 juli 2012. Met de indexaanpassing betekent dit dat de verzekerde een uitkering van 431,86 EUR krijgt voor elke opgenomen week van moederschapsrust.

Aangezien sinds 1 augustus 2009 het bedrag van de adoptie-uitkering gelijk is aan het bedrag van de moederschapsuitkering, is deze verhoging ook doorgevoerd voor de adoptie-uitkering die wordt toegekend voor elke opgenomen week van adoptieverlof. De zelfstandige gerechtigde heeft recht op maximaal:

- 6 weken adoptieverlof als het kind bij het begin van het adoptieverlof nog geen 3 jaar oud is
- 4 weken adoptieverlof als het kind tussen 3 en 8 jaar oud is.

In geval van een erge lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van het geadopteerde kind verblijft het koninklijk besluit van 20 juli 2012 deze maximumduur.

3. Uitkering voor begrafeniskosten

De programmawet van 27 december 2012 schaft de forfaitaire uitkering voor begrafeniskosten van 148,74 EUR af voor de overlijdens die plaatsvinden vanaf 1 januari 2013. Deze uitkering werd betaald op voorwaarde dat de overledene:

- hetzij de hoedanigheid van gerechtigde in de uitkeringsverzekering voor werknemers had
- hetzij een werknemer was die recht had op een rustpensioen
- hetzij een rechthebbende op een rust- of invaliditeitspensioen als mijnwerker was.

Voor de gerechtigde op een rustpensioen gold als bijkomende voorwaarde dat hij op de dag van het overlijden in de hoedanigheid van gerechtigde aanspraak kon maken op geneeskundige verstrekkingen.

Deze uitkering werd toegekend aan de personen die de begrafeniskosten werkelijk hebben gedragen. De begrafenisondernemers (behalve als zij de echtgenoot of een bloed- of aanverwant tot de 3^e graad van de overledene waren) en de privaatrechtelijke rechtspersonen die in uitvoering van een verzekeringscontract de begrafeniskosten geheel of gedeeltelijk hadden gedragen, werden nooit als dergelijke personen beschouwd.

IV. Geneeskundige evaluatie en controle

De wetten van 29 maart 2012 houdende diverse bepalingen (I) en (II), en de wet van 15 februari 2012 brengen een aantal wijzigingen aan in de bepalingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet) die betrekking hebben op:

- de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC)
- de geschillen die beslecht worden door de organen van het contentieux bij deze Dienst
- deze organen zelf.

De wet van 15 februari 2012 treedt in werking op 18 maart 2012, de wetten houdende diverse bepalingen (I) en (II) op 9 april 2012.

1. Plichten van de zorgverleners

De wijzigingen van artikel 73bis, dat een aantal administratiefrechtelijke inbreuken definieert, hebben tot doel te onderlijnen dat:

- met “reglementaire documenten”, de documenten worden bedoeld die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen (cf. art. 73bis, 1^o)
- de geneeskundige verstrekkingen in overeenstemming moeten zijn met de GVU-wet, haar uitvoeringsbesluiten of krachtens deze wet afgesloten overeenkomsten en akkoorden, en met de verordeningen (cf. art. 73bis, 2^o).

De bestaande administratiefrechtelijke inbreuk bedoeld in artikel 73bis, 7^o, “tekortkomingen te begaan die betrekking hebben op louter administratieve formaliteiten” werd geherformuleerd en terminologisch in overeenstemming gebracht met de andere onderdelen van het artikel 73bis. De verplichting van de voorafgaande verwittiging werd opgeheven omdat de sociale inspecteurs reeds een beoordelingsbevoegdheid hebben die hen toelaat een waarschuwing te geven in plaats van automatisch een proces-verbaal van vaststelling op te stellen (cf. artikel 21 van het sociaal strafwetboek).

2. Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

De wijzigingen aan artikel 139, dat de opdrachten van de DGEC vastlegt, hebben tot doel de overeenstemming te verzekeren:

- tussen artikel 73bis, 2^o, en artikel 139, tweede lid, 3^o. De opdracht van de DGEC bestaat er in de verstrekkingen van de geneeskundige verzorging te controleren op het vlak van de realiteit en de conformiteit met de bepalingen van de gecoördineerde wet, haar uitvoeringsbesluiten of krachtens deze wet afgesloten overeenkomsten en akkoorden, en met de verordeningen
- tussen artikel 143, dat de bevoegdheid van de Leidend Ambtenaar als orgaan van het contentieux bepaalt, en artikel 139, tweede lid, 5^o, dat de opdracht van de DGEC vastlegt. Vermits volgens artikel 143 de Leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar kennis neemt van en oordeelt in geschillen indien aan welbepaalde voorwaarden is voldaan, moet de Dienst ook belast worden met de uitvoering van de beslissingen van die aangewezen ambtenaar.

3. Artikel 169 van de GVU-wet en de processen-verbaal van de sociaal inspecteurs

- Artikel 169 van de gecoördineerde wet werd een 1^e maal gewijzigd door de wet van 6 juni 2010 tot invoering van het sociaal strafwetboek. Met de wet van 15 februari 2012 werd het artikel andermaal gewijzigd. Concreet houdt deze wijziging in dat:

- o de inbreuken op de bepalingen van de gecoördineerde wet, haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen worden opgespoord en vastgesteld overeenkomstig het sociaal strafwetboek
- o deze inbreuken worden bestraft overeenkomstig het sociaal strafwetboek, met uitzondering van de inbreuken lastens de in artikel 2, n, gedefinieerde zorgverleners en gelijkgestelde personen, die vervolgd worden overeenkomstig de artikelen 73, 73bis, 138 tot 140, 142 tot 146bis, 150, 156, 157, 164 en 174.
- o Als gevolg van de inwerkingtreding van het sociaal strafwetboek op 1 juli 2011, wordt thans in artikel 142, § 2, van de gecoördineerde wet ook uitdrukkelijk verwezen naar de bepalingen van artikel 64 van het sociaal strafwetboek wat betreft de inhoud van de processen-verbaal tot vaststelling van een inbreuk, de kennisgeving en de bewijskracht van deze processen-verbaal.

4. Kamers van eerste aanleg en Kamers van beroep

De Kamers van eerste aanleg hebben, zoals de Kamers van beroep, volheid van rechtsmacht, zowel in de beroepen tegen de beslissingen van de Leidend ambtenaar, als in de zaken die rechtstreeks bij hen aanhangig gemaakt worden.

De regels van het gerechtelijk wetboek voor de vereffening van de uitgaven en kosten zijn niet van toepassing op de procedures voor de administratieve rechtscolleges ingesteld bij de DGEC.

De door de Leidend ambtenaar aangewezen ambtenaar kan thans een dossier aanhangig maken bij de Kamer van eerste aanleg, beroep instellen tegen beslissingen van de Kamer van eerste aanleg, of administratief cassatieberoep instellen tegen de beslissingen van de Kamer van beroep.

5. De bevoegdheid van de Leidend ambtenaar

De criteria die de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar (of de door hem aangewezen ambtenaar) bepalen worden gewijzigd met de bedoeling een achterstand in de afhandeling van de dossiers door de Kamers van eerste aanleg te voorkomen.

De gelijktijdige toepassing van de criteria “aanwijzingen van bedrieglijke handelingen” en “antecedenten in de 5 jaar die voorafgaan aan de vaststelling van de inbreuk”, kon tot gevolg hebben dat een dossier waarin het onverschuldigde lager was dan 25.000 EUR, bijvoorbeeld wanneer reeds het geheel of een deel van het onverschuldigde was terugbetaald, moest worden overgemaakt van de Leidend ambtenaar naar de Kamer van eerste aanleg. Bovendien was het criterium “aanwijzingen van bedrieglijke handelingen” niet nader gedefinieerd en in de praktijk moeilijk hanteerbaar.

Thans is de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar (of de door hem aangewezen ambtenaar) bepaald door één enkel criterium, namelijk de waarde van de betwiste verstrekkingen die lager moet zijn dan 25.000.

De wet verduidelijkt thans ook dat de dossiers die tot de bevoegdheid behoren van de Leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar, aanhangig worden gemaakt met de uitnodiging om de verweermiddelen te bezorgen.

6. De beslissingen van de Leidend ambtenaar en van de administratieve rechtscolleges

Dezelfde wetten hebben ook volgende verduidelijkingen of aanvullingen aangebracht.

- Hoe afbetalingstermijnen kunnen worden gevraagd en toegekend werd verduidelijkt. Afbetalingstermijnen kunnen enkel worden toegestaan op een met redenen omklede aanvraag en gestaafd door alle nuttige bewijsstukken die moeten toelaten de gegrondheid ervan te beoordelen.
- Artikel 156, § 1, 2^e lid, van de GVU-wet bepaalde reeds dat de sommen van rechtswege verwijlinteressen opbrengen aan de wettelijke rentevoet. Thans wordt verduidelijkt dat onder “verwijlinteressen aan de wettelijke rentevoet”, moet worden verstaan: de wettelijke rentevoet in sociale zaken, zoals voorzien in artikel 2, § 3, van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening tegen interest. Hetzelfde artikel bepaalde ook dat verwijlinteressen verschuldigd waren vanaf de dag volgend op de datum van de beslissing. Thans wordt verduidelijkt dat deze interesten verschuldigd zijn vanaf de 1^e werkdag die volgt op de kennisgeving van de beslissing.
- Het beginpunt van de beroepstermijn voor de beroepen tegen de beslissingen van de Leidend ambtenaar en de Kamers bij de Kamers van eerste aanleg, wordt aangepast. Naar analogie met artikel 53bis van het gerechtelijk wetboek, loopt de beroepstermijn vanaf de 1^e werkdag die volgt op deze waarop de aangetekende zending met ontvangstbewijs werd aangeboden in de woonplaats van de bestemming, of, in voorkomend geval, in zijn verblijfplaats, of in zijn gekozen verblijfplaats.
- In de kennisgeving van de beslissingen van de Leidend ambtenaar, en dus niet meer in de beslissing zelf, moet de vermelding van de mogelijke rechtsmiddelen worden opgenomen. Zo volgt de kennisgeving van de beslissingen van de Leidend ambtenaar de regels die reeds golden voor de beslissingen van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep.
- De Leidend ambtenaar kan om bepaalde handelingen te vervullen en een beslissing uit te spreken ook een ambtenaar aanduiden. In de logica van de bestaande reglementering houdt dit in dat deze aangewezen ambtenaar de bevoegdheid moet hebben te beslissen of de administratieve geldboete geheel of gedeeltelijk met uitstel wordt opgelegd.
- Op de website van het RIZIV moeten enkel nog de definitieve beslissingen van de Leidend ambtenaar of de administratieve rechtscolleges gepubliceerd.
- De beslissingen van de Leidend ambtenaar of de administratieve rechtscolleges tot terugvordering van bedragen of tot het betalen van geldboetes, genieten van het voorrecht voorzien in artikel 19, eerste lid, 4^o, van de Hypotheekwet van 16 december 1851. Dit naar analogie met de terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties door de Dienst voor administratieve controle.

7. Verjaring

De verjaringstermijn, bedoeld in artikel 174, 6^o van de gecoördineerde wet is niet van toepassing op procedures inzake terugvordering ingesteld door de DGEC tegen een zorgverlener. Hier gelden de bepalingen van het gemeen recht (artikel 2262bis, §1 B.W.).

V. Administratieve controle

Terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties

Wanneer uitkeringen of gezondheidszorgen ten onrechte betaald werden moeten de verzekeringsinstellingen (ziekenfondsen) de onverschuldigde bedragen terugvorderen overeenkomstig artikel 164 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, binnen de termijn van artikel 326, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. Ofwel bekomt de verzekeringsinstelling (ziekenfonds) de terugvordering, ofwel niet.

Artikel 327 § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt dat de bedragen van de ten onrechte betaalde prestaties, die nog niet zijn teruggevorderd binnen 3 maanden na het aflopen van de terugvorderingstermijnen bepaald in artikel 326 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, afgeschreven worden door ze als administratiekosten te boeken.

Als de verzekeringsinstelling de terugvordering niet verkregen heeft, maar de terugvorderingsprocedure gevoerd werd als een goede huisvader, d.w.z. de nodige middelen werden aangewend, dan kan de vrijstelling "boekings administratiekosten" toegekend worden door de Leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle, overeenkomstig artikel 327 § 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het koninklijk besluit van 30 september 2012 heeft 3 belangrijke wijzigingen doorgevoerd:

- Het begrip "verlenging" werd afgeschaft en de redenen voor opschorting van de terugvorderingstermijn van 2 jaar werden geactualiseerd en meer coherent gemaakt.
- De termijn waarbinnen de ziekenfondsen een aanvraag kunnen indienen bij de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV na afloop van de terugvorderingstermijn werd verlengd van 3 tot 6 maanden.
- De drempel om een aanvraag in te dienen bij de leidend ambtenaar van de dienst voor administratieve controle werd verhoogd van 300 EUR tot 600 EUR.



4^e Deel Thematische uiteenzettingen



Het rapport “Performantie van de huisartsgeneeskunde” past in het kader van de verbintenis van artikel 11 van de bestuursovereenkomst van het RIZIV 2010-2012, die in het bijzonder tot doel heeft om een “balanced scorecard” (BSC) te ontwikkelen voor de huisartsgeneeskunde¹:

“Via dit artikel wenst het RIZIV een geïntegreerde informatiestrategie naar de zorgverleners uit te bouwen. Deze informatiestrategie heeft als doel om de professionelen die ingeschreven zijn bij het RIZIV aan te zetten tot het reflecteren over hun performantie (als groep en als individu).”

De BSC moet een algemeen beeld geven van de gezondheidsindicatoren voor de huisartsgeneeskunde. Aan de hand van bepaalde sleutelindicatoren zal bijgevolg de evolutie van de situatie van de huisartsgeneeskunde periodiek worden gevolgd.

Daarbij worden meerdere domeinen beoogd:

- de middelen (bv. de follow-up van de uitgaven van de huisartsen)
- de productieactiviteit (bv. aantal ingeschreven patiënten bij de huisarts per inwoner)
- De “learning” (bv. percentage GMD's per arts)
de patiënt (bv. percentage griepvaccins bij bejaarden).

Dit rapport kon tot stand komen dankzij de intensieve medewerking van de experts van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie (NRKP), van de NRKP-werkgroep “Huisartsen” die op zijn beurt een beroep kon doen op tal vrijwillige experts die bij de huisartsgeneeskunde betrokken zijn.

¹ Meeus P., Van Aubel X. Performantie van de huisartsgeneeskunde, een check-up. Health Services Research (HSR). Brussel: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). 2012. D/2012/0401/11.

I. Huisartsgeneeskunde in België: sterke en zwakke punten



Dit rapport is in 2012 op de website van het RIZIV gepubliceerd: www.riziv.be, rubriek Wilt u meer weten? > Studies en onderzoek.

Deze thematische uiteenzetting heeft tot doel de performantie samen te vatten en daarbij de sterke en zwakke punten te benadrukken.

De voornaamste conclusies zijn:

- een grote tevredenheidsgraad bij de bevolking
- een goede toegankelijkheid
- de centrale rol van de huisarts.

De zwakke punten zijn terug te vinden op het vlak van:

- het waarborgen van de kwaliteit
- de duurzaamheid van het systeem.

Er worden oplossingen aangedragen om de huisartsgeneeskunde, die de basis vormt van het gezondheidszorgsysteem, overeind te houden.

LIJST VAN DE AFKORTINGEN

BSC	Balanced scorecard
CHF	Congestive heart failure
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
NRKP	Nationale raad voor kwaliteitspromotie
GMD	Globaal medisch dossier
VTE	Voltijds Equivalent
EMD	Elektronisch medisch dossier
KCE	Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg
H.A.	Huisarts
M.H.	Medisch huis
ROB	Ruistoord voor bejaarden
RVT	Rust- en verzorgingstehuis
RVV	Rechthebbende op verhoogde verzekeringstegemoetkoming
TSH	Thyroidstimulerend hormoon
mSv	Millisievert

1. Inleiding

In juli 2012 publiceerde het RIZIV een brochure over de performantie van de huisartsgeneeskunde in België. De brochure werd opgesteld onder toezicht van de Nationale raad voor kwaliteitspromotie (NRKP) en was bestemd voor de beleidsverantwoordelijken en de huisartsen. In de volgende thematische uiteenzetting worden de sleutelpunten ervan op een rijtje gezet en de pistes tot verbetering naar voren geschoven.

2. Concept en methode

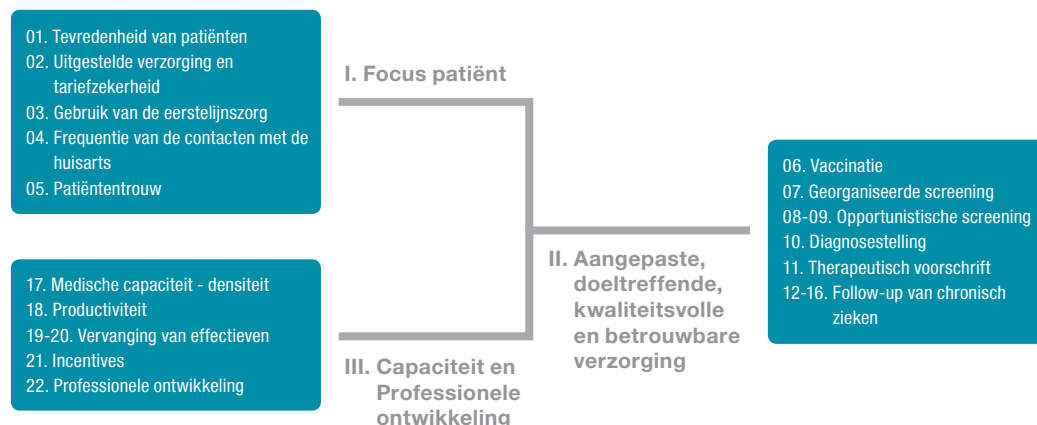
Om de performantie van de huisartsgeneeskunde in België te waarborgen en te behouden, moet die:

- toegankelijk zijn
- aanvaardbaar zijn
- worden uitgeoefend door huisartsen die:
 - gekwalificeerd zijn
 - open staan voor evoluties in de moderne geneeskunde
 - gevoelig zijn voor multidisciplinaire samenwerking en voor geïnformatiseerd beheer van de informatie
 - oog hebben voor de duurzaamheid van het systeem.

Het evenwicht tussen die concepten wordt schematisch voorgesteld in de vorm van een “balanced scorecard” met 3 pijlers om de 3 belangrijkste vereisten te benadrukken:

- een duurzaam antwoord op de behoeften aan gezondheidszorg dichtbij huis (patiënt-georiënteerd)
- medische verzorging: op maat, kwaliteitsvol, betrouwbaar en doeltreffend
- voldoende capaciteit aan gemotiveerde huisartsen.

Grafiek 1 - Conceptueel kader van de performantie van de huisartsgeneeskunde: 3 pijlers opgesplitst in 22 thema's



Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie research, development and quality (RDQ)

Elke pijler staat voor een van de waarden van het systeem:

- pijler “patiënt-georiënteerd”: geografische en financiële toegankelijkheid, tevredenheid van de patiënt ten aanzien van het voorgestelde systeem, zorgcontinuïteit en -complementariteit
- pijler “medische verzorging”: aangepaste, doeltreffende, kwaliteitsvolle en betrouwbare verzorging
- pijler “capaciteit en professionele betrokkenheid”: voldoende bekwame en gemotiveerde artsen.

Elk van de 3 pijlers is opgesplitst in thema's die de experten-huisartsen als belangrijk of prioritair hebben bestempeld. Aan de hand van een beperkt aantal indicatoren wordt elk¹ van de 22 thema's geëvalueerd. Die indicatoren worden geselecteerd op basis van de indicatoren uit de rapporten van het Kenniscentrum (KCE) en van Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL).

¹ Meeus P, Van Aubel X. Performantie van de huisartsgeneeskunde, een check-up. Health Services Research (HSR). Brussel: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). 2012. D/2012/0401/11

3. Resultaten

a. Komt de huisartsgeneeskunde tegemoet aan de behoeften op het vlak van gezondheidszorg dichtbij huis?

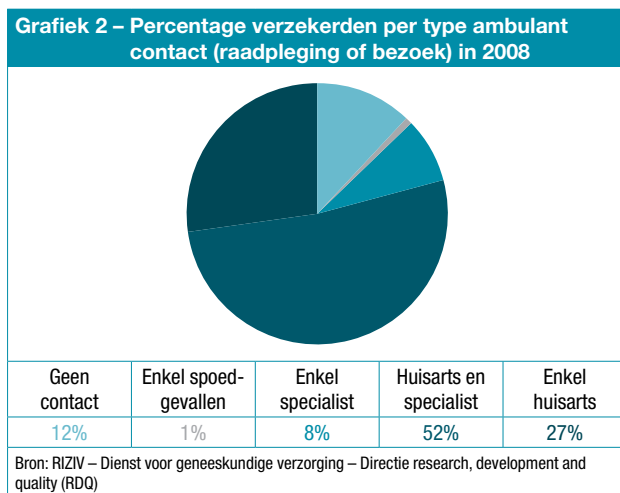
Meerdere thema's zijn geëvalueerd om die vraag te antwoorden:

- tevredenheid van patiënten over hun huisarts
- uitgestelde verzorging, financiële toegankelijkheid en tariefzekerheid
- contact met de huisarts: frequentie en aard van het contact met de huisarts
- gebruik van de eerstelijnszorg
- patiëntentrouw bij de huisarts.

De bevolking lijkt tevreden te zijn over de huisarts (95% is tevreden).

Het rechtstreeks financieel aandeel van de verzekerden in de uitgaven voor geneeskundige verzorging blijkt de toegang tot de zorgverlening niet te belemmeren. Er is geen verschil inzake zorgconsumptie naargelang van de categorie van rechthebbenden sinds het stelsel ook de "kleine risico's" voor de zelfstandigen dekt. Het blijft wel nodig tariefzekerheid te waarborgen in zones met een kleinere concentratie van geconventioneerde artsen en de opgegeven redenen voor het uitstellen van verzorging te onderzoeken.

De bevolking kiest voor het contact met de huisarts (raadpleging of bezoek). 95% van de patiënten die een ambulante contact hebben met een arts, hebben contact met een huisarts.



79% van de verzekerden heeft in 2008 een huisarts geraadpleegd.

90% van de verzekerden heeft tussen 2006 en 2008 een huisarts geraadpleegd.

Patiënten die enkel een specialist raadplegen zijn zeldzaam, ongeacht de categorie van verzekerde, het geslacht, de leeftijd, het gewest of de provincie.

Verschillende tekenen wijzen echter op een probleem op het vlak van de toegang in Brussel.

De patiëntentrouw bij de huisarts, vertaald in een globaal medisch dossier (GMD), bedraagt 46% in 2009. De dekking is groter bij ouderen (78% bij 75-plussers) en bij vrouwen (50%). Het gebruik van het GMD stijgt in de 3 gewesten van het land voor alle categorieën van rechthebbenden.

Toch hebben Brussel en Wallonië, met een bereik dat tweemaal kleiner is dan in Vlaanderen, een grote achterstand.

Het GMD lijkt evenwel een positieve factor te zijn voor het gestructureerde gebruik van de eerstelijnszorg en voor het gebruik van gespecialiseerde zorg.

Bij patiënten die jaarlijks minstens één contact hebben met ambulante diensten heeft het hebben van een vaste behandelend geneesheer (geïdentificeerd via een GMD) het volgende effect:

- Bij deze patiënten stijgt:
 - het aantal contacten (10,47 tegenover 6,76)
 - het aantal contacten met de huisarts (7,42 tegenover 4,66)
 - het percentage patiënten dat contact heeft met de geneesheer-specialist (67% tegenover 54%)
- maar daalt:
 - de frequentie van de contacten met de geneesheer-specialist (4,29 tegenover 4,86)
 - het aantal gevallen waarin zij een beroep doen op spoedgevallendiensten (0,18 tegenover 0,22).

b. Is de zorgkwaliteit in de huisartsgeneeskunde adequaat?

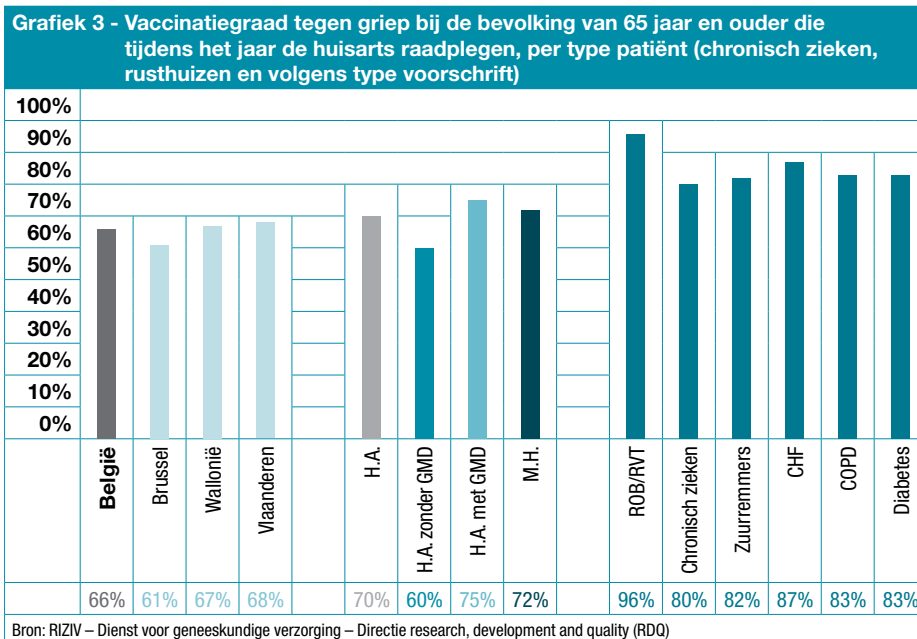
Er zijn meerdere concrete situaties gemeten om die vraag te beantwoorden:

- preventie
- screening
- diagnosestelling
- therapeutisch voorschrift
- follow-up van chronisch zieken.

De patiënten krijgen een concreet en doeltreffend antwoord op sommige van hun verwachtingen maar over het algemeen genomen zou de medische praktijk doeltreffender en vooral doelmatiger kunnen zijn (aangezien bijvoorbeeld sommige onderzoeken te vaak als screening worden voorgeschreven).

DE PREVENTIEMAATREGELEN INZAKE GRIEPPVACCINATIE BIJ OUDEREN WORDEN CORRECT TOEGEPAST

De vaccinatiegraad is hoger bij patiënten die met de huisarts contact hebben dan bij de algemene bevolking (70% in 2008).



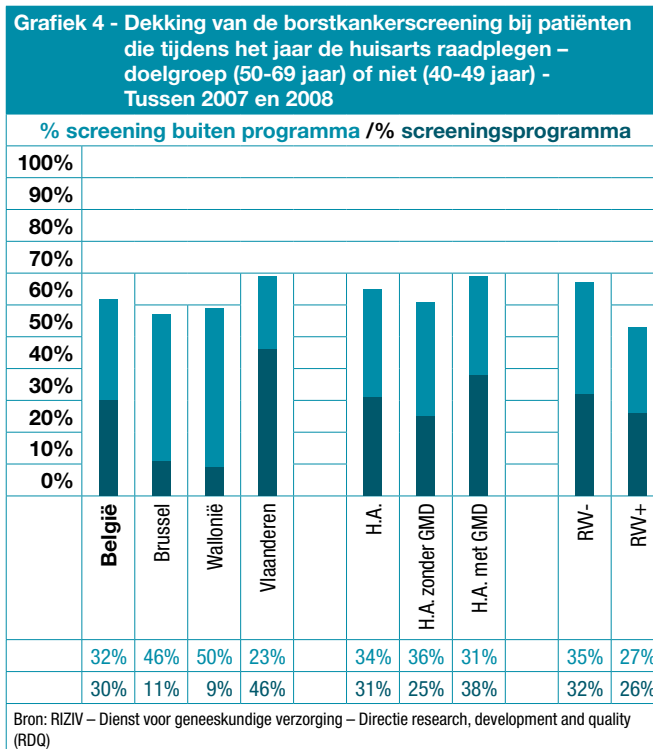
Ook risicopatiënten worden goed bereikt: de vaccinatiegraad ligt op 80%, wat zeer geruststellend is.

DE SCREENINGSACTIVITEITEN Zouden DOELTREFFENDER EN VOORAL DOELMATIGER MOGEN ZIJN

De screening van borst- en baarmoederhalskanker is geselecteerd om dit thema te illustreren. In beide gevallen is de rol van de huisarts van wezenlijk belang, zowel via de sensibilisering van patiënten als via een uitstekende en noodzakelijke samenwerking met de gynaecologen.

In de huidige aanbevelingen wordt voorgesteld om vrouwen van 50 tot 69 jaar tweejaarlijks op borstkanker te screenen en om vrouwen van 25 tot 64 jaar driejaarlijks op baarmoederhalskanker te screenen. Buiten die leeftijdsgroepen is screening niet nodig (bij afwezigheid van alarmsignalen), aangezien die tot een ontzettend hoog aantal valse positieve testen zal leiden met soms schadelijke aanvullende onderzoeken als gevolg. Het is ook niet nodig om de frequentiegraad van de screening te verhogen. Daarom worden door de overheden officiële screeningsprogramma's uitgewerkt om die screening optimaal te maken. De rol die de huisarts daarbij speelt, is dus essentieel.

Uit de resultaten blijkt dat de patiënten die de huisarts raadplegen een screeningsgraad van 59% bereiken voor baarmoederhalskanker en van 65% voor borstkanker. Vrouwen van 50 tot 69 jaar worden echter niet altijd aangemoedigd om de officiële programma's voor borstkankerscreening te volgen (slechts 48% van borstkankerscreening gebeurt via het officiële programma).



Meerdere indicatoren vertonen tekenen van inefficiëntie en wijzen op onaangepaste initiatieven, zoals bijvoorbeeld:

- vrouwen die zich laten screenen, doen dat te vaak: bv. bij vrouwen van 25 tot 64 jaar wordt een uitstrijkje gemiddeld om de 19 maanden herhaald terwijl een uitstrijkje om de 36 maanden zou moeten volstaan
- personen die niet tot de doelgroep behoren en zich soms te vaak laten screenen: bv. 36% van de vrouwen van 40 tot 49 jaar ondergaan een mammografie.

DE DIAGNOSESTELLINGEN WORDEN GEËVALUEERD OP BASIS VAN DE VOORSCHRIFTEN VOOR MEDISCHE BEELDVORMING EN KLINISCHE BIOLOGIE

Het gebruik van medische beeldvorming en klinische biologie ligt heel wat hoger dan wat kan worden verwacht op basis van de aanbevelingen van de sector. Het onaangepaste gebruik van beeldvorming wordt gemeten door het theoretisch niveau van blootstelling aan ionstralen van medische oorsprong te berekenen. Het bestralingsniveau wordt uitgedrukt in millisievert (mSv). Een totale dosis van 100 mSv over drie jaar (of 30 mSv/jaar) houdt een risico in. Die blootstelling aan stralen van medische oorsprong is bijzonder groot in België, vooral wegens het gebruik van de scanner en van het aantal voorschriften voor medische beeldvorming, waarvoor de meeste indicaties in onbruik zijn geraakt (bv. radiologische opname van de borstkas, de wervelkolom, de schedel, enz.).

Ondanks de richtlijnen voor medische beeldvorming (gepubliceerd in 2002), die de blootstelling aan straling van medische oorsprong zouden moeten doen afnemen, zijn de volgende zaken gestegen tussen 2006 en 2008:

- het percentage patiënten die een onderzoek medische beeldvorming ondergingen: van 49 tot 51%
- het theoretisch bestralingsniveau per patiënt die een onderzoek onderging: van 4,60 tot 5,23 mSv/onderzochte patiënt
- het percentage patiënten die een hogere dosis dan 30 mSv toegediend krijgen: van 5,4% tot 6,4%.

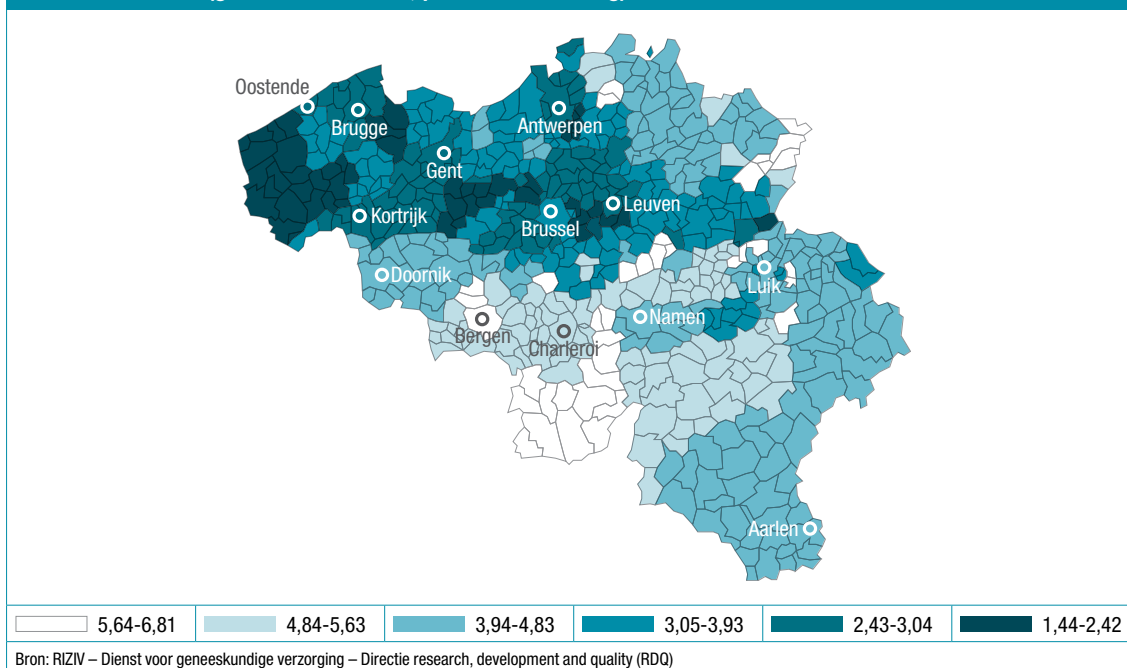
Tabel 1 - Aantal patiënten bij de huisarts met een voorschrift voor medische beeldvorming (ongeacht de voorschrijver), de jaarlijkse gemiddelde totale dosis en het percentage patiënten die de grens van 30 mSv per jaar (of 100 mSv) overschrijden - Tussen 2006 en 2008

Indicator	2006	2007	2008	2006-08
Aantal patiënten met contact H.A.	183.389	185.310	198.596	198.598
% chronisch zieken	7%	7%	7%	7%
% patiënten met RX	49%	50%	51%	78%
Gemiddelde gecumuleerde stralingsdosis (patiënt RX)	4,60	5,01	5,23	9,11
% risicopatiënten (jaardosis >30)	5,4%	6,0%	6,4%	0,6%

Bron: RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging – Directie research, development and quality (RDQ)

De huisarts is daar gedeeltelijk verantwoordelijk voor want hij vertegenwoordigt bijna 25% van de totale voorgeschreven bestraling en 33% van de bestraling bij ambulante patiënten. Bovendien blijkt dat het bestralingsniveau in sommige arrondissementen dubbel zo groot is als in andere.

Grafiek 5 - Gemiddelde gecumuleerde stralingsdosis per patiënt voor de zogenaamde verouderde onderzoeken (gemiddelde in 2008, per huisartsenkring)



De situatie is gelijkaardig in de klinische biologie, die wordt geëvalueerd op basis van het voorschrijven van schildkliertesten bij patiënten die geen schildklierbehandeling volgen. De screening van schildklierstoornissen wordt immers niet aanbevolen bij asymptomatische patiënten, ongeacht hun leeftijd of geslacht.

Bij patiënten die geen schildkliermedicatie voorgeschreven krijgen, stellen we echter een stelsmatige stijging van de onderzoeken vast, zowel op het vlak van frequentie als van volume, ongeacht de leeftijd of het geslacht. In 2008 kreeg slechts 46,3% van de patiënten die regelmatig een huisarts raadplegen, geen onderzoek. Gespreid over een observatieperiode van 3 jaar (2006-2008) ondergaat nauwelijks 23% van de patiënten geen schildklieronderzoek, hoewel de indicaties op het vlak van diagnose beperkt zijn (symptomen van chronische vermoeidheid, enz.).

Als er wel een onderzoek is gerealiseerd, bedraagt het gemiddelde aantal onderzoeken 4,39 per jaar (terwijl wordt aangeraden om bij een test enkel de TSH-waarden na te gaan). Het gemiddelde aantal gevraagde onderzoeken is evenwel tussen 2006 en 2008 gestegen van 4,12 tot 4,39.

Tabel 2 - Percentage patiënten dat bij de huisarts gaat zonder jaarlijkse schildkliertest en gemiddeld aantal schildkliertesten bij patiënten met een schildklieronderzoek – Evolutie 2006-2008				
Indicator	2006	2007	2008	2006-08
% verzekerden zonder testen	49%	48%	46%	23%
Bij de verzekerden met test:				
gemiddeld aantal schildkliertesten	4,12	4,24	4,39	
gemiddeld aantal TSH	0,9	0,93	0,96	
Bron: RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging – Directie research, development and quality (RDQ)				

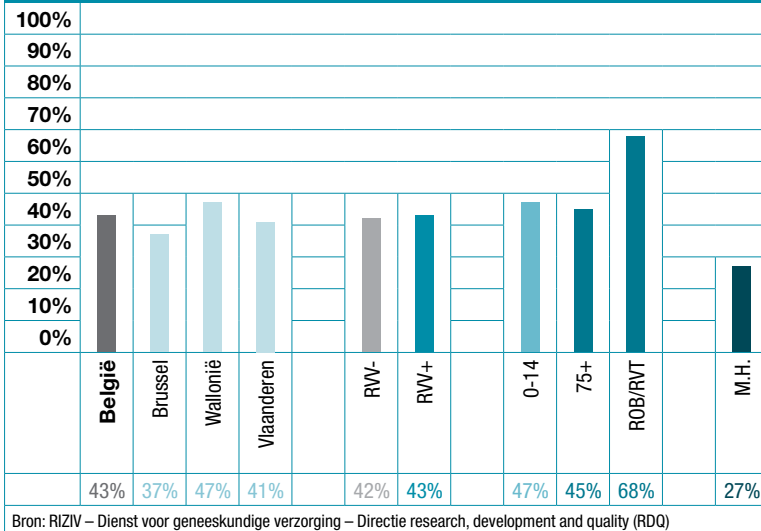
HET THERAPEUTISCH VOORSCHRIFT WORDT GEËVALUEERD OP BASIS VAN HET VOORSCHRIJVEN VAN ANTIBIOTICA

Sinds het begin van de jaren 2000 sensibiliseert de overheid de bevolking en de artsen voor de problematiek van de antibioticaresistentie. Antibiotica mogen alleen worden voorgeschreven wanneer ze echt noodzakelijk zijn, de keuze moet bij voorkeur gaan naar “antibiotica van de eerste keuze”. Indien bijvoorbeeld amoxicilline wordt voorgeschreven, moet de voorkeur worden gegeven aan de verpakkingen zonder clavulaanzuur.

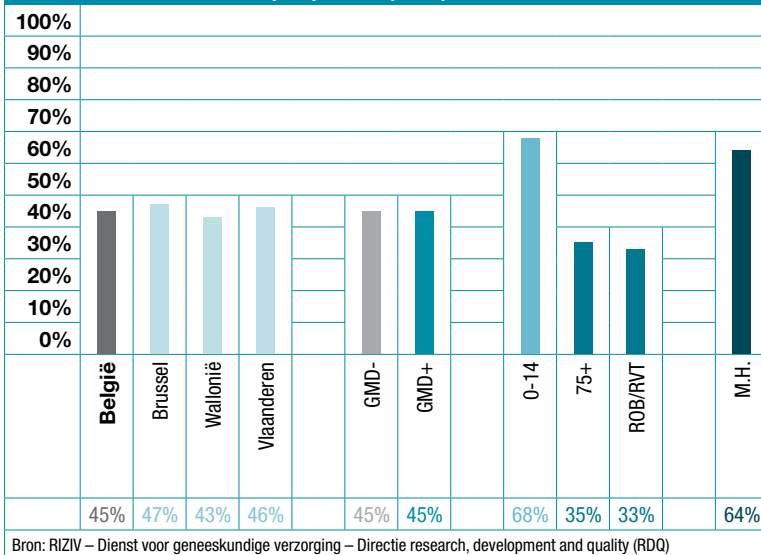
43% van de patiënten die de huisarts raadplegen, krijgt minstens één antibioticavoorschrift per jaar. Dat cijfer is hoog, maar sinds 2006 toch stabiel.

Het gemiddelde aantal behandelingsdagen per jaar stijgt (23,9 in 2008 tegenover 21,2 in 2006). Bovendien worden “antibiotica van de eerste keuze” niet in het bijzonder gepromoot. De associatie amoxicilline – clavulaanzuur wordt bijvoorbeeld zeer vaak voorgeschreven, terwijl het voorschrijven van amoxicilline alleen eigenlijk volstaat.

Grafiek 6 - Percentage patiënten bij de huisarts met een jaarlijks antibioticavoorschrift (2008)



Grafiek 7 - Percentage patiënten bij de huisarts met een jaarlijks antibioticavoorschrift en ratio amoxicilline/ amoxicilline + clavulaanzuur per patiënt (2008)



Men stelt echter een lichte verbetering vast op het vlak van het voorschrijven van antibiotica bij kinderen, zowel op het vlak van de voorschrijffrequentie die tussen 2006 en 2008 daalde van 51% naar 47%, als op het vlak van de gunstige evolutie van de ratio amoxicilline versus amoxicilline - clavulaanzuur, die stijgt van 63% tot 68%.

Men stelt eveneens vast dat het overdreven voorschrijven vaker voorkomt bij patiënten ouder dan 75 jaar die in een rusthuis verblijven, dan bij patiënten van boven de 75 in het algemeen.

Kortom, men stelt vast dat antibiotica nog steeds zeer vaak en ondoordacht worden voorgeschreven, met het gevaar op een toename van de antibioticaresistentie, ondanks sensibiliseringscampagnes voor de bevolking en de voorschrijvers. De antibioticavoorschriften in de wijkgezondheidscentra wijzen nochtans op een veel gematigder voorschrijfgedrag dat beter strookt met de geldende aanbevelingen.

FOLLOW-UP VAN CHRONISCH ZIEKEN: BEHANDELING VAN DIABETESPATIËNTEN IN HET ALGEMEEN

Aan de hand van verscheidene situaties kan de kwaliteit van de follow-up van chronisch zieken worden geëvalueerd, in het bijzonder de geïntegreerde en multidisciplinaire behandeling van de diabetespatiënt.

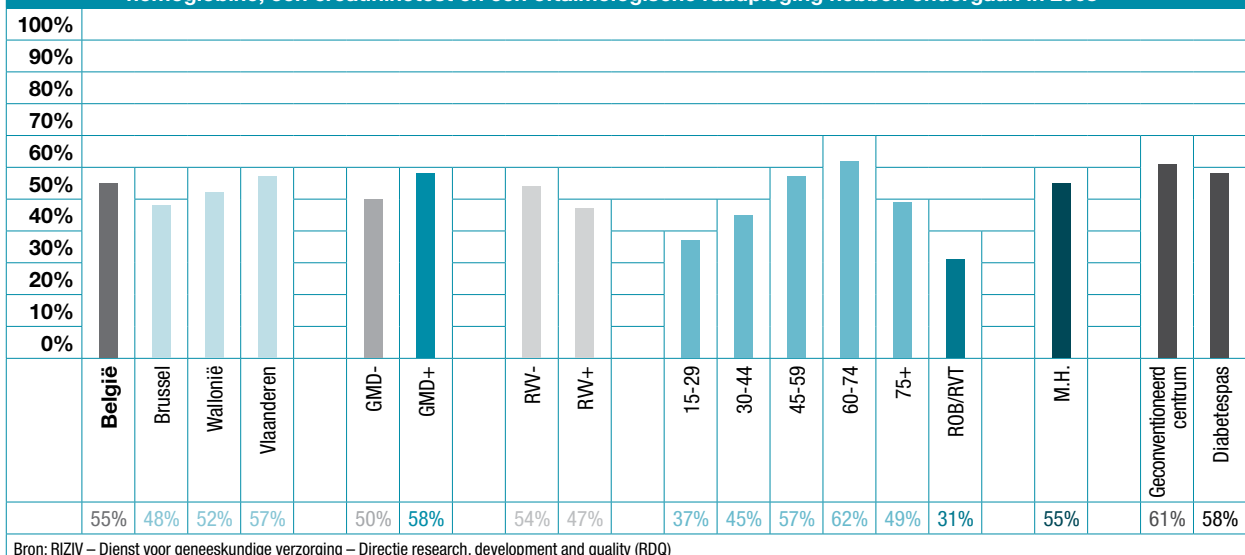
Bij een diabetespatiënt wordt aanbevolen om minstens eenmaal per jaar een follow-up uit te voeren van het gehalte aan geglycolyseerd hemoglobine (HbA1C), creatinine en micro-albumine. Er wordt ook aanbevolen om elk jaar de oogfundus te laten onderzoeken bij de oftalmoloog, om oogcomplicaties te vermijden.

In 2008 heeft 55% van de insulinedependente patiënten al die onderzoeken ondergaan. De resultaten zijn nog minder goed wanneer de patiënt niet over een GMD beschikt, sociaal zwakker staat, jonger is, in een instelling verblijft (ROB, RVT) of geen bijzonder programma volgt (bv. een diabetespaspoort).

De verklaring voor deze weinig fraaie resultaten ligt voornamelijk in het criterium van de oftalmologische raadpleging: nauwelijks 57% van de patiënten onderging tijdens de laatste 12 maanden een oftalmologisch onderzoek. Over een periode van 3 jaar heeft 20% van de patiënten geen enkele oftalmologische raadpleging gehad.

De situatie is over het algemeen nog minder gunstig bij patiënten die geen insuline innemen.

Grafiek 7 - Percentage insulinedependente diabetespatiënten bij de huisarts die minstens één geglycolyseerde hemoglobine, één creatininetest en één oftalmologische raadpleging hebben ondergaan in 2008



De huisarts heeft natuurlijk niet altijd vat op het al dan niet beschikbaar zijn van de oftalmoloog (die zich zelden verplaatst naar een rusthuis) of op het besef dat de patiënt al dan niet heeft van de ernst van zijn ziekte (cf. het feit dat jongeren zelden spontaan een oftalmoloog raadplegen als zij geen gezichtsproblemen hebben). Daarbij willen we echter ook de nadruk leggen op de belangrijke eerstelijnsrol die de huisarts vervult naar de patiënten toe: de opvoeding van de patiënt ten aanzien van zijn ziekte en van zijn capaciteit tot zelfredzaamheid en de ondersteuning die hij op dat vlak krijgt door zijn deelname aan de zorgtrajecten.

Stemmen de maatregelen inzake secundaire preventie beter overeen met de aanbevelingen als er geen derde persoon bij betrokken is? Bij angorpatiënten wordt aanbevolen om (behoudens contra-indicatie) medicatie die de aggregatie van bloedplaatjes tegengaat voor te schrijven, alsook hypo-lipidemiërende middelen. Een jaarlijkse controle van de lipiden is wenselijk.

De preventie van bloedplaatjes anti-aggregantia bij angorpatiënten is bevredigend (69%), rekening houdende met het feit dat een aantal onder hen contra-indicaties vertoont. De controle van de lipiden en de secundaire preventie van hypo-lipidemiërende middelen zijn echter niet optimaal.

FOLLOW-UP VAN CHRONISCH ZIEKEN: VOORZORGSMAATREGELEN BIJ DE BEHANDELING VAN OUDEREN IN HET BIJZONDER

Worden aan het begin van de behandeling van chronisch zieken alle voorzorgsmaatregelen en de noodzakelijke follow-up in acht genomen?

Wij onderzoeken dat alles bij patiënten die antihypertensiva innemen, en in het bijzonder bij patiënten die angiotensine-conversie-enzym-inhibitoren (ACE) krijgen, alsook bij 75-plussers die anti-diuretica innemen. Personen die ACE-inhibitoren gebruiken en oudere patiënten die diuretica innemen, moeten bij voorkeur een creatininedosering krijgen in de maand die volgt op de start van de behandeling.

35% van de patiënten hebben baat bij de aanbevelingen inzake creatininedosering zowel na de start van de behandeling met ACE-inhibitoren als bij de behandeling van ouderen die anti-diuretica innemen. Het toezicht zou nauwkeuriger mogen zijn.

Tabel 3 - Percentage patiënten bij de huisarts die een creatininetest laten uitvoeren gedurende de maand die volgt op de start van de behandeling, patiënten met een ACE-inhibitor en 75-plussers die diuretica innemen, in 2008

Indicatoren	2008
Aantal nieuwe patiënten met ACE-inhibitoren sinds 3 jaar	21.840
% controle creatinine na het begin van de behandeling	35%
aantal nieuwe patiënten >75 met diuretica sinds 3 jaar	9.460
% controle creatinine na het begin van de behandeling	34%

Bron: RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging – Directie research, development and quality (RDQ)

c. Hoe zit het met de huisartsgeneeskunde op het vlak van capaciteit en inzet?

De volgende thema's zijn geëvalueerd:

- medische capaciteit en productiviteit
- vervanging van huisartsen
- incentives
- professionele betrokkenheid.

DE PRAKTIJK EN DE PRODUCTIVITEIT OP HET VLAK VAN HUISARTSGENEESKUNDE IS STERK AAN HET EVOLUEREN

De totale productiviteit, die sinds 2000 gestaag aan het stijgen is, evolueert sterk:

- de omvang van het patiëntenbestand stijgt (van 802 patiënten in 2000 tot 1.003 in 2009)
- het gemiddelde aantal contacten per jaar neemt toe (van 5.532 tot 5.686)
- de frequentie van de contacten per patiënt daalt (van 6,89 tot 5,67)
- de structuur van de activiteit verplaatst zich naar de raadpleging, ten nadele van de huisbezoeken (die dalen van 40% in 2000 tot 29% in 2009)
- steeds meer huisartsen werken in een groepspraktijk (¼ van de VTE).

Afhankelijk van de huisartscategorie is er een duidelijk verschil op het vlak van de productiviteit:

- Oudere huisartsen zijn meer geneigd om hun patiënten terug te zien en gaan vaker thuis bij hen langs.
- Jongere en vrouwelijke artsen zien hun patiënten minder vaak terug en geven de voorkeur aan contacten in de spreekkamer.

Die resultaten moeten natuurlijk worden gekruist met de leeftijd van het patiëntenbestand (die samen met de leeftijd van de arts evolueert).

Tabel 4 - Productiviteitsindicatoren op het vlak van huisartsgeneeskunde per categorie van huisarts (VTE) (2000-2009)

Indicatoren					Geslacht	Leeftijdscategorie arts					
	2000	2004	2008	2009	V	65+	35-	35-44	45-54	55-64	65-74
aantal H.A. in VTE (zonder M.H.)	8.515	8.472	8.336	8.283	2.161	663	500	1.479	2.813	2.829	545
% activiteit				100%	22%	7%	5%	17%	36%	35%	6%
Totaal patiëntenbestand	802	815	981	1.003	973	768	839	1.015	1.098	986	795
Gemiddeld aantal GMD	108	353	518	543	461	379	397	530	601	557	399
% GMD/patiëntenbestand	13%	43%	53%	54%	47%	49%	47%	52%	55%	56%	50%
Gemiddeld aantal contacten	5.532	5.271	5.512	5.686	5.019	5.072	4.707	5.431	5.996	5.827	5.133
Aantal contacten/patiënt	6,89	6,47	5,62	5,67	5,16	6,60	5,61	5,35	5,46	5,91	6,46
% niet-dringende bezoeken	40%	36%	31%	29%	22%	38%	24%	25%	27%	33%	37%
Totaal inkomsten (in EUR)	74.600	95.980	125.071	135.479	115.468	119.085	111.014	128.805	143.286	139.376	121.026

Bron: RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging – Directie research, development and quality (RDQ)

Op nationaal vlak bekeken zijn de praktijken niet homogeen. Het bedrag van het inkomen van de huisartsen is in sommige arrondissementen dubbel zo groot als in andere. Dat houdt verband met verschillen die tot dubbel zo groot zijn wat betreft de omvang van het patiëntenbestand (53%) of het gemiddelde aantal contacten (43%). Het gewicht van de bezoeken kan bovendien tot driemaal zo groot zijn (34%). Die verschillen, in combinatie met een zeer variabele toepassing van het GMD, leiden tot verschillen die tot driemaal zo groot zijn op het vlak van de gemiddelde inkomsten van de huisartsen.

VIA DE INDICATOREN OP HET VLAK VAN DE PROFESSIONELE BETROKKENHEID KAN MEN NAGAAN IN WELKE MATE ARTSEN:

- openstaan voor evaluatie, innovatie, navorming
- betrokken zijn bij de promotie van het beroep
- deelnemen aan de collectieve organisatie.

De huisartsen genieten aanmoedigingsmaatregelen om de uitdagingen op het vlak van navorming, informatisering en gedeelde praktijkvoering het hoofd te bieden. Veel van die initiatieven zijn recent en kunnen nog niet correct worden bestudeerd.

De geselecteerde indicatoren - bij gebrek aan beter - zijn het percentage geaccrediteerde artsen en de informatiseringsgraad.

De accrediteringsmaatregel wordt ruimschoots gevolgd (91%). Die maatregel werd aangevuld met een informatiseringsprogramma (75%) en de terbeschikkingstelling van aanbevelingen voor een goede praktijk door de wetenschappelijke verenigingen.

Die programma's vinden gemakkelijker ingang bij jonge artsen (97% is geaccrediteerd en 89% ontvangt de informaticapremie).

Over het algemeen stelt men ook vast dat Brussel en het zuiden van het land minder geneigd zijn om gebruik te maken van die incentives: 84% geaccrediteerde artsen, 60% vraagt de informaticapremie aan.

Tabel 5 - Indicatoren op het vlak van professionele betrokkenheid bij de huisartsen (VTE) - 2000-2009

Indicatoren					Geslacht	Leeftijdscategorie arts					
	2000	2004	2008	2009	V	65+	35-	35-44	45-54	55-64	65-74
Aantal H.A. in VTE (zonder M.H.)	84%	78%	83%	84%	87%	79%	93%	87%	82%	82%	80%
% geconventioneerd	89%	90%	92%	91%	93%	86%	97%	90%	92%	92%	89%
% geaccrediteerd	77%	73%	79%	80%	83%	63%	92%	85%	79%	78%	67%
% sociale premie		78%	85%	84%	87%	38%	94%	91%	89%	84%	43%
% inschrijvingen voor wachtdienst		61%	72%	75%	79%	44%	89%	84%	79%	70%	49%
% informaticapremie	6%	11%	10%	11%	10%	4%	1%	9%	13%	13%	5%
% stagemeester				27%	41%	11%	64%	41%	22%	19%	11%

Bron: RIZIV – Dienst voor geneeskundige verzorging – Directie research, development and quality (RDQ)

DE CAPACITEIT OP HET VLAK VAN HUMAN RESOURCES IS MOMENTEEL NOG VOLDOENDE MAAR BEREIKT STILAAN EEN KRITIEK PUNT

- De capaciteit zal snel afnemen zonder snelle vernieuwing/vervanging. Dat zal waarschijnlijk de beroepsuitoefening van de huisartsgeneeskunde fundamenteel veranderen en misschien leiden tot problemen qua toegang tot de zorgverlening. Zullen de huisartsen nog even gemakkelijk nieuwe patiënten aanvaarden?
- Dankzij grootse stimuleringsmaatregelen kon het beroep in het laatste decennium worden herwaardeerd, maar dat lijkt niet te volstaan om nieuwe huisartsen aan te trekken. Over het algemeen stelt men vast dat er een nieuwe generatie artsen aankomt: ze zijn meer geneigd zijn om in nieuwe initiatieven te stappen (accreditering, informatisering, groepspraktijken, enz.), maar ze zijn nog onvoldoende talrijk om de oudere generatie te vervangen. De nieuw afgestudeerden moeten ervan worden overtuigd om snel en massaal voor de richting huisartsgeneeskunde te kiezen.

d. Wat kan men doen om de performantie van de huisartsgeneeskunde te behouden en te verbeteren?

1. De huisartsenpraktijk is van essentieel belang om gezondheidszorg dichtbij huis te garanderen. De bevolking erkent dat.
Het feit dat patiënten een vaste huisarts hebben die het GMD beheert, blijkt een positieve factor te zijn voor de structurering van de eerstelijnszorg aangezien hij de draaischijf vormt waar rond alle andere zorgverleners werken.
Het is de taak van de huisarts om alle informatie betreffende de patiënt te centraliseren. Hij is het geheugen, staat borg voor continuïteit, vervult een synthesefunctie, waakt over de risicofactoren, zorgt voor de coördinatie en de communicatie van de informatie. Die 5 functies zijn trouwens de belangrijkste functies van een elektronisch medisch dossier (EMD).

2. De huisartsgeneeskunde is een complexe praktijk en omvat preventie, sensibilisering voor screening, opvang van acute aandoeningen, diagnose en follow-up van chronisch zieken. Die praktijk zou strikter kunnen zijn om doeltreffender en vooral doelmatiger te zijn. Op locoregionaal vlak zou een ruime verspreiding van aanbevelingen die aan de huisartsgeneeskunde zijn aangepast en door de huisartsen worden aanvaard, de situatie kunnen verbeteren.

De “navormingsprogramma’s”, gekoppeld aan een individuele feedback waardoor de arts zichzelf kan evalueren en vergelijken met zijn collega’s, zouden ook daartoe kunnen bijdragen. Dat volstaat echter niet aangezien de patiënt veeleisend is en soms slecht geïnformeerd is. De overheden en ziekenfondsen moeten via een regelmatige bewustmaking bijdragen tot de verbetering van de kennis van de bevolking, naar het voorbeeld van de informatiecampagnes over de antibioticaresistentie of over het risico dat voortvloeit uit een hoge blootstelling aan stralingen van medische oorsprong.

De zorgtrajecten vergemakkelijken eveneens de integratie en de continuïteit van de zorgverlening. Ten slotte zullen de informatisering – met software, aangevuld met regelmatig geactualiseerde beslissingsondersteunende programma’s – het dagelijkse beslissings-, evaluatie-, leer- en navormingsproces vereenvoudigen.

3. Wat het voortbestaan van het beroep betreft, moet de huisarts, naast een financiële herwaardering ook de voldoening worden geschonken om een aangenaam beroep uit te oefenen via de ontwikkeling van groepspraktijken, de vermindering van het aantal wachtdiensten of een administratieve steun (door de consolidatie van de programma’s die de laatste jaren zijn opgezet). Ook daarbij zal de administratieve ondersteuning die het elektronisch medisch dossier (op het vlak van het beheer) kan bieden evenals de mogelijkheid tot uitwisseling van dossiers een cruciale rol spelen¹.

¹ Kringos, D.S., Boerma, W.G.W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Pavlick, D.R., Svab, I., Tedeschi, P., Wilson, A., Windak, A. The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Family Practice, vol. 11, 2010, no. 81.



De Nationale raad voor kwaliteitspromotie (NRKP) wil zorgkwaliteit bij artsen promoten en initiatieven ondersteunen die de kwaliteit verbeteren. De NRKP is uitsluitend samengesteld uit artsen, verdeeld over 4 groepen, en streeft altijd naar overeenstemming bij de keuze van prioritaire thema's.

De voorbije 10 jaar zijn er heel wat projecten uitgevoerd. Denk bijvoorbeeld aan de individuele feedbackdocumenten voor artsen (met hun eigen voorschrijfgegevens en bijbehorende aanbevelingen op basis van "evidence based medicine") of aan de jaarlijkse "Quality award" voor huisartsenprojecten.

Tijdens het NRKP-symposium eind 2012 kwamen meerdere pistes naar voor om de huidige werking te vernieuwen. Kernelementen hierbij zijn:

- beter samenwerken
- beschikbare databronnen kwaliteitsvol gebruiken
- kwaliteitstrajecten met integratie van moderne technieken herdenken
- artsen-specialisten meer betrekken bij de NRKP-werking
- NRKP-adviezen sterker afdwingbaar maken.

II. 10 jaar Nationale raad voor kwaliteitspromotie: balans en perspectief

1. De Nationale raad voor kwaliteitspromotie in een notendop


Op 6 december 2012 hield de Nationale raad voor kwaliteitspromotie (NRKP) een symposium ter gelegenheid van zijn 10-jarig bestaan. Ruim 150 deelnemers maakten de balans op van de voorbije werking en schetsten een vernieuwend toekomstperspectief.


De NRKP wil zorgkwaliteit bij artsen promoten en initiatieven ondersteunen die de kwaliteit verbeteren. Dit is wettelijk vastgelegd ¹.

a. Opdrachten van de Nationale raad voor kwaliteitspromotie

ARTSEN INFORMEREN EN VORMEN

De belangrijkste taak van de NRKP is de prioritaire thema's aanduiden van de "peer review" binnen de lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) en van de kwaliteitsbevorderende navormingprogramma's. De NRKP baseert zich hiervoor op wetenschappelijke evidentie (evidence based medicine - EBM).

 Een lokale kwaliteitsgroep (LOK) bestaat uit een 12-tal (minimaal 8 en maximaal 25) artsen van dezelfde discipline, die zich in het kader van de accreditering vrijwillig verenigen om samen hun eigen praktijkvoering rond een zorgthema kritisch te bespreken. Ze doen dat enkele keren per jaar. De klemtoon ligt op interactieve uitwisseling van kennis en ervaring tussen collega's onderling, in een open en dynamisch leerproces tot kwaliteitsverbetering.

 "Peer review" is de evaluatie van het eigen werk (als individu, als groep) in een open discussie tussen gelijkwaardige collega's van dezelfde discipline. Het is een vorm van zelfregulatie binnen de beroepsgroep om aan kwaliteitsbevordering en professionele ontwikkeling te doen. De NRKP draagt bij tot een efficiënt "peer review"-proces door individuele feedbackrapporten te leveren en ook bijbehorende aanbevelingen van goede medische praktijkvoering.

In dit kader geeft de NRKP zijn toestemming voor kwaliteitspromotiecampagnes die de professioneel-inhoudelijke discussie willen losweken bij de artsen op het terrein en in de LOK's. De campagnes spreken de artsen het meest aan als ze individuele feedback geven, gesitueerd in het licht van (inter)nationaal erkende aanbevelingen en kwaliteitsindicatoren.

INDICATOREN VAN KWALITEIT BEPALEN

De NRKP speelt een belangrijke rol bij de responsabilisering van de individuele artsen. Concreet evalueert de NRKP het overbodig karakter van bepaalde verstrekkingen via indicatoren van manifeste afwijking. Die indicatoren zijn vastgesteld op basis van aanbevelingen van goede medische praktijkvorming. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV kan die indicatoren gebruiken volgens bepaalde procedures.

¹ K.B. van 13.07.2001 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996, tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, B.S. van 29.08.2001.

COMMUNICATIE EN TEAMWORK PROMOTEN

De NRKP-aanbevelingen over het goed gebruik van het globaal medisch dossier (GMD) gaan vooral over de onderlinge communicatie (met klinische informatie-uitwisseling over een patiënt) tussen de verschillende zorgverleners. Ze promoten de communicatie en ook het teamwork op het terrein.

INFORMATIE UITWISSELEN MET DE ACCREDITERINGSSTUURGROEP

De NRKP en de Accrediteringsstuurgroep (AS) staan in nauw contact en wisselen informatie uit over hun activiteiten en beslissingen.



De Accrediteringsstuurgroep (AS) beheert de programma's van continue opleiding en erkent de individuele accreditering.

Zowel de NRKP als de AS spelen een belangrijke rol binnen de accreditering van artsen: het is dan ook belangrijk dat ze "schouder aan schouder" samenwerken.

b. Start van de Nationale raad voor kwaliteitspromotie

De installatievergadering van de NRKP vond plaats op 23 december 2002, in aanwezigheid van de toenmalige ministers Vandenbroucke en Tavernier.

Tijdens die vergadering is er op gewezen¹ dat:

- de domeinen waarin de NRKP zich kan waarmaken bijna onuitputtelijk zijn: van therapie (medicatie) over diagnose (labo, RX, enz.) tot organisatie van de praktijk
- de NRKP het sluitstuk is in de structurele omkadering van een werkelijk professionele autonomie van de artsen: doorheen responsabilisering en kwaliteitspromotie en het beheer van de "peer review"
- er in ons land grote, niet altijd verantwoorde praktijkverschillen bestaan. Die vaststelling moeten we plaatsen in de bredere context van de enorme, voortdurende evolutie in de praktijkvoering, met nood aan samenvattende praktijkrichtlijnen. Aanbevelingen zijn een instrument om de arts houvast te geven bij het integreren van die evolutie, uitgedrukt in "evidence", in de alledaagse klinische praktijk. Elke richtlijn moeten we toetsen en eventueel aanpassen aan onze eigen Belgische gezondheidszorg. Het artsencorps stelt dergelijke richtlijnen zelf op: er is dus respect voor de professionele autonomie van artsen.
- de NRKP de onderwerpen moet bepalen en de initiatieven moet nemen om permanent de kwaliteit te ontwikkelen op basis van informatie, voorstellen, aanbevelingen en stimulansen. Voor de arts op het terrein zal het werk van de NRKP zichtbaar zijn via onafhankelijke en betrouwbare informatie en aanbevelingen voor een goede medische praktijkvoering en via regelmatige feedbackcampagnes die de NRKP moet goedkeuren. Individuele feedbackgegevens, zowel voor huisartsen als specialisten, zijn geassocieerd met aanbevelingen. Het is de bedoeling dat de artsen de gegevens nadien in de LOK-groep bespreken en dat een deskundig opgeleid animator hen daarbij begeleidt.

¹ De Nationale raad voor kwaliteitspromotie: sluitstuk voor responsabilisering in het kader van een versterkte professionele autonomie van de artsen. Toespraak van minister Frank Vandenbroucke tijdens de Installatievergadering van de NRKP op 23.12.2002.

c. Structuur

De NRKP is een van de accrediteringsorganen voor artsen, ingesteld bij de Dienst geneeskundige verzorging (DGV) van het RIZIV. De DGV verzorgt het secretariaat van de NRKP.

De samenstelling is wettelijk bepaald: in het “plenum” van de NRKP zetelen 44 effectieve en 44 plaatsvervangende leden, allemaal artsen, verdeeld over 4 groepen (of 4 “banken”):

- bank van de representatieve beroepsorganisaties: 12 leden (6 huisartsen en 6 specialisten)
- bank van de universiteiten/wetenschappelijke verenigingen: 14 leden
- bank van de verzekeringsinstellingen: 12 leden
- bank van de overheid: 6 leden.

De voorzitter komt uit de bank van de beroepsorganisaties, de 3 andere banken hebben ieder een ondervoorzitter.

Naast het NRKP-plenum, dat tweemaandelijks vergadert, zijn er nog andere structuren actief binnen de NRKP:

- de Werkgroep huisartsgeneeskunde, die ook wettelijk is ingesteld
- het NRKP-bureau, samengesteld uit de voorzitter, de 3 ondervoorzitters en de voorzitter van de Werkgroep huisartsgeneeskunde
- de Werkgroep prioriteiten
- vele “ad hoc”-werkgroepen vanuit de NRKP of waar NRKP-experten aan deelnemen, al dan niet samen met externe experts, zoals:
 - de Werkgroep performantie van de huisartsgeneeskunde
 - de Werkgroep burn-out bij huisartsen
 - de Werkgroep feedback.

De werkstijl van het “plenum” en de verschillende werkgroepen is gebaseerd op overleg. Overeenstemming over de banken heen is het streefdoel. Het komt dan ook uiterst zelden tot een stemming.

2. Realisaties van 10 jaar Nationale raad voor kwaliteitspromotie

Tijdens de installatievergadering van de NRKP in 2002 is er gesteld dat de werkdomeinen van de NRKP bijna onuitputtelijk zijn. Tien jaar later blijkt de realiteit dat te bevestigen.

Een (onvolledig) overzicht van de belangrijkste acties van de NRKP:

a. Feedbacks

Van bij de start van de NRKP-werking zijn er individuele feedbackdocumenten ontwikkeld rond geselecteerde thema's, zoals antibiotica, antihypertensiva, borstkankerscreening en prenatale zorg.

Tussen 2001 en 2009 ontvingen huisartsen 8 feedbackdocumenten over die thema's en de relevante disciplines van specialisten ontvingen er 5.

De sterktes van de feedbacks:

- De artsen kregen informatie over hun eigen voorschrijfgedrag.
- De artsen konden hun eigen gegevens vergelijken met die van collega's (in de LOK, in het arrondissement, in het land).
- De artsen kregen aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering.

- Als dat mogelijk was, kregen de feedbacks een plaats in bredere “multifacet”-campagnes, ook van externe partners. Bv. die van het Belgian antibiotic policy coordination committee (BAPCOC), via didactisch materiaal zoals de antibioticagids, een handige overzichtskaart, publieksfolders, enz.
- Samenwerking was het sleutelwoord: een groot netwerk van relevante partners werkte er aan mee.

b. Medflashes

Deze korte nieuwsbrieven van 4 bladzijden ondersteunden de feedbacks, als een “up-to-date”-herinnering aan de thema’s van de feedbacks.

Zo ontvingen artsen in 2004 en 2005 enkele “Medflashes” over antibiotica en antihypertensiva.

Die “Medflashes”:

- brachten nieuwe en levendige informatie, via recente statistieken en interviews
- gingen in op problemen op het terrein, bv. over omgaan met een patiënt die een voorschrift voor een antibioticum “eist”
- herinnerden aan de aanbevelingen in de feedbacks.

c. Aanbevelingen

De NRKP werkte de aanbevelingen rond kwaliteit mee uit, in het kader van allerlei RIZIV-projecten. Dat gebeurde meestal op verzoek van andere organen of commissies, zoals de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ) in het kader van de lopende akkoorden.

- Enkele projecten:
 - aanbeveling over het zorgtraject diabetes type 2 en chronische nierinsufficiëntie
 - aanbeveling over kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk (basis voor het Kaderakkoord voor kwaliteit van zorg, zie punt f.)
 - aanbeveling over prioriteiten inzake preventie (inhoud van GMD+).

In het kader van haar eigen NRKP-opdrachten werkte de Werkgroep huisartsgeneeskunde het document “Aanbeveling voor goed gebruik van het GMD” uit.

Dit document focust op:

- het belang van een performante en veilige uitwisseling van relevante klinische informatie tussen artsen en andere zorgverleners
- de beslissende rol hierbij voor het elektronisch medisch dossier (EMD) en het doordacht gebruik van diensten van het eHealth-platform.

d. Quality award - huisartsgeneeskunde

In de periode 2007-2011 is er jaarlijks een brede oproep verspreid naar huisartsen en hun LOK-verantwoordelijken om kwaliteitsverbeteringsprojecten in de eigen praktijk in te dienen, uitgevoerd via de kwaliteitscirkel (plan-do-check-act).

Op die 5 jaar tijd zijn er 95 projecten ingediend door praktijken (solo of groep), LOK-groepen en huisartsenorganisaties (zoals kringen, wachtposten, enz.). Jaarlijks koos een NRKP jury 3 Nederlandstalige en 3 Franstalige laureaten. De bekroonde projecten zijn als “best practices” bekend gemaakt via de RIZIV-website en via de wetenschappelijke huisartsenverenigingen.

e. Aanpassing van het LOK-evaluatieformulier

In 2008 liet de NRKP een evaluatiestudie over de LOK-werking uitvoeren, op basis van de ingevulde (papieren) LOK-formulieren van 2006.

Op basis van die evaluatie is het LOK-formulier in 2010 aangepast, na akkoord van de Accreditingsstuurgroep. Zo kan vanaf 2013 de evaluatie van de LOK-werking sneller, kwaliteitsvoller, gericht en automatisch gebeuren op basis van online gegevens.

f. Andere NRKP-prioriteiten

Projecten die de overheid “top-down” aanbrengt en financiert, in het kader van een moderne verzekering voor geneeskundige verzorging, bepalen deels de prioriteiten van de NRKP-werking.

- > Projecten zoals:
- de preventiemodule van het globaal medisch dossier (GMD+) uitwerken
 - artsen via e-learning vormen rond de thema's dementie en urine-incontinentie, in uitvoering van het plan “Prioriteit voor chronisch zieken”. Hiervoor is er een generiek e-learningplatform uitgewerkt, ook bruikbaar voor andere thema's en voor andere zorgverleners.

Er zijn ook projecten die “bottom-up”, vanuit het werkerterrein bij de NRKP zelf, aan bod komen. Het is niet mogelijk om al die voorstellen te financieren, maar als dat mogelijk is, komen er wel linken tussen de projecten. Het is de taak van de Werkgroep prioriteiten om de voorstellen te beoordelen naar prioriteit, op basis van een goedgekeurde methodologie.

- > Projecten zoals:
- NRKP-e-learning “leren coderen”. Dankzij de uitbouw van een generiek e-learningplatform kan de NRKP via e-learning artsen motiveren om hun softwarepakket voor het elektronisch medisch dossier (EMD) goed te gebruiken. Door correct de parameters in de juiste rubrieken van het EMD in te vullen zal de achterliggende codering tal van voordelen opleveren op het vlak van de individuele zorgverlening en voor de ondersteuning van het praktijkmanagement.
 - Projecten voor evidence based medicine (EBM) in het “Kaderakkoord voor de kwaliteit van zorg”
 - Cebam digital library for health (CDLH): een virtuele EBM-bibliotheek
 - EBMPacticeNet: een EBM-aanbevelingenbank, ook beschikbaar vanuit het EMD
 - Minerva: een tijdschrift dat recente internationale EBM-literatuur bespreekt.

Tijdens het symposium van 6 december 2012 zijn er verschillende projecten overlopen, met hun sterke en zwakke punten. De voorbije 10 jaar hebben resultaten opgeleverd, maar niet met de bedoeling om “op de lauweren” te gaan rusten.

3. Toekomst van de Nationale raad voor kwaliteitspromotie: opdracht voor vernieuwing

Het paneldebat en de besluiten van het symposium toonden vooral aan dat vernieuwing noodzakelijk was. Verschillende pistes zijn hiervoor aangegeven.

a. Beter samenwerken

De NRKP en de Accreditingsstuurgroep moeten beter samenwerken. Door te overleggen moet accreditering transparanter worden, in de eerste plaats voor de artsen zelf. Het nieuwe LOK-evaluatieformulier kan daar de komende jaren toe bijdragen.




Na elke LOK-vergadering vult de verslaggever een LOK-evaluatieformulier in met een beknopt aantal gegevens, zoals het aantal aanwezigen en het onderwerp van de “peer review”-vergadering.

Stappen in de richting van multidisciplinaire samenwerking zijn ook mogelijk: samenwerking tussen de verschillende arts disciplines maar ook met andere zorgverleners, zoals verpleegkundigen en kinesitherapeuten. Geïntegreerde zorg is nodig om tot kwaliteitsvolle zorg te komen.

b. Beschikbare databronnen kwaliteitsvol gebruiken

Door data uit het EMD actiever te gebruiken wordt het mogelijk om sneller individuele feedback aan artsen te geven, op basis van zeer recente en persoonlijke praktijkgegevens. Door die data te analyseren en te integreren in een gepersonaliseerde kwaliteitscirkel (op basis van plan-do-check-act) leidt dit tot betere kwaliteit.


Het RIZIV-rapport “Performantie van de huisartsgeneeskunde” is een andere toepassing van praktijkgerichte “datamining”. De analyse in dit rapport gebeurt op basis van gegevens uit bestaande administratieve databanken, aangevuld met externe wetenschappelijke databanken. De huidige praktijk van huisartsen wordt vertaald in leesbare indicatoren en ondersteund door relevante informatie. Dergelijke rapporten kunnen (huis)artsen stimuleren om na te denken over hun performantie als groep (LOK, Kring, enz.) en in hun eigen praktijk. Allerlei tools en acties kunnen erdoor ontwikkeld worden, opnieuw op basis van een kwaliteitscirkel (plan-do-check-act).

 Het rapport “Performantie van de huisartsgeneeskunde” staat op de website van het RIZIV: www.riziv.be > rubriek Wilt u meer weten? > Studies en onderzoek > Performantie van de huisartsgeneeskunde in België

c. Kwaliteitstrajecten met integratie van moderne technieken herdenken

Moderne technieken, zoals “portfolio” en e-learning, ondersteunen de ontwikkeling van gedifferentieerde verbetertrajecten op maat van iedere individuele arts.

Via een persoonlijke “portfolio” kunnen artsen hun eigen sterke en zwakke punten in kaart brengen en gericht aan kwaliteitsverbetering werken.

 Een “portfolio” schetst de eigen professionele evolutie en geeft een overzicht van de activiteiten die iemand zelf onderneemt om zijn kwaliteit als zorgverlener te behouden en verder te ontwikkelen. Een persoonlijke leeragenda (“Welke zwakke punten moet ik bijwerken en hoe ga ik dat aanpakken?”) helpt hen daar stapsgewijs bij e-learning maakt het mogelijk om een eigen traject van klinische thema’s te doorlopen uit een ruime collectie van een e-bibliotheek, met kwaliteitsslabel bijvoorbeeld van NRKP, en dit alles op eigen ritme en timing.

d. Artsen-specialisten meer betrekken bij de NRKP-werking

Wettelijk is er geen NRKP-werkgroep van specialisten ingesteld. Misschien is dat ook niet nodig: een structurele band tussen de NRKP en specialistengroepen zou eventueel kunnen verlopen via de bestaande Colleges van specialisten, actief bij de Federale overheidsdienst Volksgezondheid.

Aangezien de disciplines erg divers zijn, is het niet gemakkelijk om alle specialisten rond een thema te mobiliseren. Toch zijn er specifieke projecten mogelijk. Als inspirerend voorbeeld kan de samenwerking van het Federaal kenniscentrum van de gezondheidszorg (KCE) met het College van oncologie dienen bij de uitwerking van verschillende aanbevelingen rond kankerzorg.

e. NRKP adviezen sterker afdwingbaar maken

Dat de NRKP “slechts” een adviserend orgaan is, betekent niet dat het geen beslissende invloed kan uitoefenen doorheen de geformuleerde adviezen. De NRKP kan zich binnen zijn werkdomein onmisbaar maken door doelgerichte te interageren met relevante partners, zowel binnen als buiten het RIZIV.

Zo werd rond het thema “burn-out bij huisartsen” een breed NRKP-netwerk opgebouwd van overheidsdiensten en allerlei instanties en initiatieven op het terrein, om de prioritaire acties te bepalen en een “cartografie van zorg rond burn-out” op te maken. Deze NRKP- studie kan zeker bijdragen tot de verdere besluitvorming rond dit thema, dat ook in het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen (2013-2014) opgenomen is.



Onze sociale zekerheid wordt de jongste jaren in toenemende mate geconfronteerd met gevallen van fictieve onderwerping aan de sociale zekerheid. Het gaat om ondernemingen die personen in dienst melden en voor deze personen prestaties aangeven bij de Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ) zonder dat er effectief prestaties zijn geleverd en zonder betaling van sociale bijdragen. Wanneer de RSZ hen aanmaant om de sociale bijdragen te betalen voor hun werknemers wordt de onderneming failliet verklaard en verdwijnen de zaakvoerders met de noorderzon.

Hoewel voor de betrokken werknemers geen bijdragen zijn betaald, komen zij wel voor in de databanken van de RSZ. De andere instellingen van de sociale zekerheid gebruiken deze databanken om rechten toe te kennen. Zo kan bijvoorbeeld het ziekenfonds recht op geneeskundige zorgen openen op basis van een attest van tewerkstelling in een fictieve onderneming. Bovendien is het mogelijk dat een persoon opeenvolgende prestaties in verschillende sectoren van de sociale zekerheid geniet, bijvoorbeeld iemand die op basis van een fictieve onderwerping werkloosheidsuitkeringen aanvraagt en daarna arbeidsongeschikt wordt.

Deze complexe vorm van fraude vraagt een aanpak waarbij de verschillende instellingen en inspectiediensten samenwerken. De Dienst voor administratieve controle (DAC) werkt sinds 2008 samen met de ziekenfondsen om de impact van de fictieve onderwerpen op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen te onderzoeken en de ten onrechte verleende prestaties terug te vorderen. Er is een project lopende bij de DAC om de gegevensuitwisseling in het kader van deze samenwerking te optimaliseren.

Bovendien werkt de DAC met de RSZ en andere instellingen van sociale zekerheid samen om de fictieve ondernemingen op te sporen. Fraudeplegers worden echter ook inventiever. Daarom wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van nieuwe opsporingsmethodes zoals datamining. De strijd tegen de frauduleuze onderwerpen aan de sociale zekerheid is eveneens opgenomen in het actieplan van Dhr. J. Crombez, staatssecretaris voor de bestrijding van sociale en fiscale fraude.


III. De DAC en de strijd tegen de fictieve ondernemingen


Onze sociale zekerheid wordt de jongste jaren in toenemende mate geconfronteerd met gevallen van fictieve onderwerping aan de sociale zekerheid. Het doel is aanspraak te maken op sociale voordelen, zoals prestaties ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. De Dienst voor administratieve controle (DAC) van het RIZIV werkt mee aan het opsporen en bestrijden van deze vorm van fraude. Fraudeplegers worden echter ook inventiever. Daarom wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van nieuwe opsporingsmethodes.

1. Fictieve onderwerpingen aan de sociale zekerheid

Uit een grootschalig onderzoek van de Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ) is gebleken dat er een netwerk bestaat van fictieve ondernemingen die tegen betaling sociale documenten bezorgen aan personen die nooit voor hen hebben gewerkt.

Die documenten zijn de basis om rechten te openen in de sociale zekerheid, bv. in de ziekteverzekering. De fraudeurs gebruiken deze documenten ook voor andere doeleinden zoals het afsluiten van leningen of het verkrijgen van een verblijfsvergunning. Het gaat om valse papieren attesten zoals loonbrieven en arbeidsovereenkomsten maar ook om elektronische indienstmeldingen (Dimona) en kwartaalaangiften (DMFA) die de werkgever doet bij de RSZ.

 **Dimona:** de “déclaration immédiate/onmiddellijke aangifte” is een elektronisch bericht waarin de werkgever iedere aanwerving en iedere uitdiensttreding van een werknemer meldt aan de RSZ. De onmiddellijke aangifte is verplicht voor elke werkgever en werknemer in België en moet uiterlijk de dag dat de werknemer begint te werken of de eerstvolgende werkdag na de uitdiensttreding gebeuren. De Dimona-gegevens komen terecht in een beveiligde databank van de RSZ: het personeelsregister.

 **DMFA:** de “déclaration multifonctionnelle/multifunctionele aangifte” is een elektronisch bericht waarin de werkgever per kwartaal de loon- en arbeidstijdgegevens van zijn werknemers meedeelt aan de RSZ. Deze aangifte is de basis waarop de RSZ de verschuldigde sociale bijdragen berekent. Ook de instellingen van de sociale zekerheid die belast zijn met het toekennen van rechten binnen de sociale zekerheid en het uitbetalen van vergoedingen gebruiken de DMFA, van daar de benaming “multifunctioneel”.

De instellingen van de sociale zekerheid consulteren en gebruiken deze elektronische gegevens om rechten toe te kennen of te verlengen. Ze maken over deze rechten elektronische attesten op en versturen ze naar de andere instellingen van de sociale zekerheid. Op die manier kan de fictieve tewerkstelling het volledige netwerk van de sociale zekerheid treffen. Het gaat dus om een zeer gesofisticeerde vorm van fraude.

2. Impact op de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

De fictieve onderwerpen aan de sociale zekerheid kunnen een impact hebben op de verplichte verzekering, zowel in de sector uitkeringen als in de sector geneeskundige verzorging. Bovendien kunnen er niet alleen rechten worden geopend op basis van valse attesten van tewerkstelling, maar ook op basis van attesten van de werkloosheid die op hun beurt gebaseerd zijn op fictieve tewerkstelling.

Enkele voorbeelden:

- Een persoon wenst zich in te schrijven bij een ziekenfonds als werknemer en legt daarvoor een arbeidsovereenkomst van een fictieve werkgever voor met als datum van indiensttreding 1 maart 2010. Het ziekenfonds consulteert het Dimona-bestand en ziet dat deze persoon inderdaad vanaf 1 maart 2010 tewerkgesteld is bij de vermelde werkgever. De betrokken persoon wordt dus vanaf 1 januari 2010 ingeschreven als gerechtigde werknemer en er worden rechten toegekend tot 31 december 2011.
- Een persoon doet aangifte van arbeidsongeschiktheid vanaf 1 november 2010. Het ziekenfonds ontvangt een inlichtingsblad van een fictieve werkgever en consulteert de DMFA-gegevens om te zien of betrokkene recht heeft op uitkeringen. De uitkeringen worden berekend op basis van het gederfd loon bij de fictieve werkgever, wat niet zelden een zeer hoog loon is.
- Een persoon was ingeschreven bij een fictieve werkgever van 1 oktober 2009 tot 31 januari 2010. Op basis van een C4 van de fictieve werkgever worden werkloosheidsuitkeringen toegekend vanaf 1 februari 2010. Van deze werkloosheidsuitkeringen wordt een bijdragebon opgemaakt die elektronisch wordt verstuurd naar het ziekenfonds in 2011. Het ziekenfonds verlengt op basis daarvan het recht op geneeskundige verzorging tot 31 december 2012.

3. De DAC werkt mee aan de fraudebestrijding

De fictieve ondernemingen zijn enkel opgericht of overgenomen om mensen in dienst te melden en hebben dan ook geen enkele reële activiteiten. Bovendien komen zij hun sociale verplichtingen, zoals het betalen van de sociale bijdragen, niet na. Op het moment dat de RSZ hen aanmaant om de sociale bijdragen te betalen voor hun werknemers wordt de onderneming failliet verklaard en verdwijnen de zaakvoerders met de noorderzon.

Dat is het teken voor de RSZ om een onderzoek te beginnen naar de activiteiten van de onderneming en de aangegeven werknemers uit te nodigen voor verhoor. Op basis van dit onderzoek kan de RSZ overgaan tot de schrapping van de aangiften van de fictieve werkgever. De gegevens van de werknemers worden dan verwijderd uit de databanken Dimona en DMFA en de RSZ brengt de andere instellingen van de sociale zekerheid, zoals het RIZIV, daarvan op de hoogte.

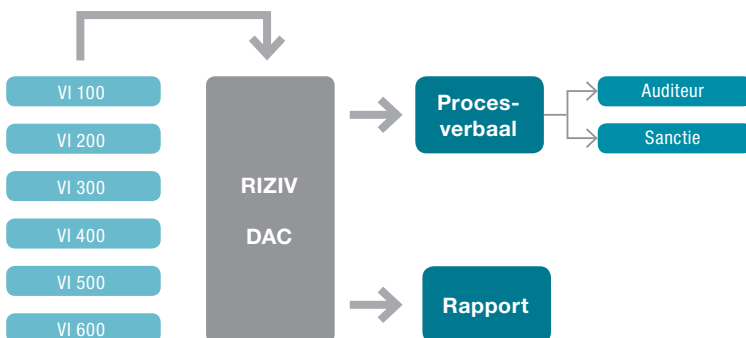
De RSZ deelt de beslissing in verband met de schrapping van de aangiften van een fictieve onderneming mee aan de DAC van het RIZIV. Indien de betrokken persoon werkloosheidsuitkeringen ontving, neemt de DAC contact op met de RVA om na te gaan of zij de werkloosheidsuitkeringen hebben teruggevorderd. De DAC gaat daarna, samen met de ziekenfondsen, na of er rechten werden toegekend in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op basis van de fictieve tewerkstelling. Sinds 2008 bestaat daarvoor een protocol van samenwerking tussen de DAC en de ziekenfondsen.

Procedure voor de controle op fictieve onderwerpen binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging:

1. De DAC stuurt via een elektronische gegevensstroom de gegevens van de RSZ, indien nodig aangevuld met de gegevens van de RVA, naar het ziekenfonds waarbij de persoon aangesloten is.
2. Het ziekenfonds onderzoekt of er een impact is op de rechten van betrokkene in de verzekering voor geneeskundige verzorging en stelt indien nodig een terugvordering in.
3. Om de terugvordering te onderbouwen bezorgt de DAC aan het ziekenfonds een samenvatting van het onderzoeksverslag van de RSZ waaruit de frauduleuze intentie van het systeem blijkt.



4. Het ziekenfonds bezorgt het resultaat van het onderzoek op elektronische wijze aan de DAC. Het betreft hier zowel de gevallen met terugvordering van uitkeringen of geneeskundige zorgen als de gevallen waarbij er geen impact is op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.
5. De DAC verwerkt de gegevens tot globale resultaten, voor de rapportering aan onder andere SIOD (Sociale Inlichtings- en OpsporingsDienst).
6. De sociaal inspecteur van de DAC maakt een proces-verbaal van vaststelling op. Op basis hiervan kan de arbeidsauditeur strafrechtelijk vervolgen of kan de Leidend ambtenaar van de DAC een administratieve sanctie uitspreken. Deze administratieve sanctie is een uitsluiting van het recht op uitkeringen of (indien de fraude betrekking had op de sector geneeskundige verzorging) een geldboete.



De DAC werkt momenteel aan een project om de gegevensuitwisseling met de ziekenfondsen te optimaliseren via een nieuwe elektronische stroom.

4. Fraudeurs worden inventiever... maar de inspectiediensten ook

De laatste jaren heeft de RSZ 2 opvallende tendensen in de fictieve onderwerpen vastgesteld:

- een verschuiving van grootschalige netwerken van met elkaar verbonden fictieve ondernemingen naar meerdere kleinere netwerken of individuele gevallen van fictieve tewerkstelling
- ondernemingen die niet volledig fictief zijn. Zij oefenen wel degelijk activiteiten uit en hebben daarvoor personeel in dienst, maar een gedeelte van hun personeelsbestand bestaat uit fictieve werknemers. Daardoor moet de RSZ geval per geval de personeelslijst overlopen en beoordelen wie effectief prestaties als werknemer verricht heeft.

De inspectiediensten hebben de laatste jaren heel wat kennis opgedaan waarmee zij fictieve ondernemingen sneller kunnen detecteren.

Enkele voorbeelden van criteria om mogelijke fictieve ondernemingen te ontdekken zijn:

- retroactief en laattijdig in dienst melden van personeel
- ontbreken van leveranciers of klanten
- vele schulden bij de RSZ, vennootschapsbelasting en BTW.

Wanneer deze gegevens eenduidig en meetbaar zijn en opgenomen in de databanken van de instellingen van de sociale zekerheid, is het mogelijk om ondernemingen met een hoog risicoprofiel automatisch te identificeren op basis van statistische modellen (predictive modelling). De inspectiediensten controleren dan deze ondernemingen en het resultaat van het onderzoek gebruiken ze om de gebruikte criteria te evalueren en het statistisch model bij te sturen. Het geheel van deze operaties wordt datamining genoemd.

Om de fraude nog vroeger te kunnen detecteren onderzoeken de instellingen van sociale zekerheid of het mogelijk is om ook criteria te vinden die kunnen leiden tot een risicoprofiel van een fictieve werknemer en niet enkel van een werkgever. De DAC neemt daarvoor actief deel aan de werkgroep "datamining uitkeringsfraude" bij de Kruispuntbank van de sociale zekerheid. Deze oefening is veel moeilijker aangezien er zeer veel werknemers zijn en de werknemerskenmerken privacygevoelig zijn. De DAC werkt momenteel mee aan een proefproject binnen deze werkgroep.

De strijd tegen de frauduleuze onderwerpen aan de sociale zekerheid is eveneens opgenomen in het actieplan van dhr. J. Crombez, staatssecretaris voor de bestrijding van sociale en fiscale fraude.



De constante stijging van het aantal invaliden in België laat het grote publiek en de politieke verantwoordelijken niet onberoerd. Het is belangrijk om te weten waarom het aantal stijgt. Er zijn redenen genoeg tot actie, ook al blijft België op dit vlak in het gemiddelde van de geïndustrialiseerde landen.

Alvorens acties te ondernemen is het belangrijk om de redenen te analyseren die het fenomeen zouden verklaren. Naast de economische parameter zijn er ook:

- demografische factoren
- epidemiologische factoren.

De demografische factoren houden vooral verband met het volgende: vrouwen nemen meer deel aan de arbeidsmarkt en de bevolking vergrijsst. De geleidelijke “opslorping” van de “babyboomgeneratie” door het stelsel van de pensioenen zou logischerwijze moeten leiden tot een vertraagde toename van het aantal invaliden.

De epidemiologische factoren in verband met de prevalentie van de chronische ziekten in onze maatschappij zullen daarentegen de uitkeringsverzekering blijven beïnvloeden.

Daarom zal het op termijn alleen via een actief beleid inzake preventie en re-integratie op de arbeidsmarkt mogelijk zijn om het hoofd te bieden aan de budgettaire en maatschappelijke uitdagingen die de invaliditeit met zich meebrengt.

IV. Evoluties en oorzaken van arbeidsongeschiktheid

1. Inleiding

In het sociaalzekerheidsbeleid kreeg de sector van de arbeidsongeschiktheid (primaire ongeschiktheid en invaliditeit) lange tijd een lagere prioriteit. De voortdurende toename van het aantal arbeidsongeschikte personen plaatst de uitkeringsverzekering echter voor grote uitdagingen waaraan het sociaal systeem het hoofd moet bieden.

Sinds het einde van de jaren 90 neemt het aantal invaliden voortdurend toe. Tussen 2001 en 2011 zijn er 42% meer personen vergoed voor invaliditeit.

Wat het gebruik van de middelen van de sociale zekerheid betreft, staat de sector van de arbeidsongeschiktheid op de 4^e plaats, na de geneeskundige verzorging, de pensioenen en de werkloosheid. België blijft nochtans een van de zeldzame landen van de OESO waar de werkloosheidsuitgaven hoger zijn dan de uitgaven van de uitkeringsverzekering, terwijl de prevalentie van de arbeidsongeschiktheid bij de actieve bevolking in het gemiddelde van de OESO¹ ligt.

Het stijgende aantal invaliden heeft een aanzienlijke budgettaire weerslag gehad. Het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering heeft dan ook aan de Dienst uitkeringen gevraagd om elke 2 jaar een verslag te maken over de verklarende factoren van de arbeidsongeschiktheid. Het laatste verslag dateert van 2011, het verslag van 2013 is in de maak.

2. De stijging van de prevalentie van de invaliditeit

De stijging van de prevalentie van de invaliditeit heeft vooral betrekking op de sociaal verzekerden ouder dan 45 jaar. Hoe hoger de leeftijdscategorieën, hoe sterker de stijging. In 2011 was meer dan 75% van de invaliden ouder dan 45. Tussen 2001 en 2011 is het aantal invaliden van 60 tot 64 jaar met 74% gestegen.

Die situatie roept vragen op. Op een ogenblik dat de levensverwachting voortdurend stijgt, zouden de loopbanen logischerwijs langer moeten duren. Maar er zijn alsmaar meer werknemers die in de 2^e helft van hun loopbaan invalide worden.

3. De voornaamste oorzaken van de stijging van de invaliditeit in België

Uit de verslagen van de Dienst uitkeringen komen grote tendensen naar voor.

¹ OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*, 2010



Het deelnamepercentage = het percentage werknemers op de arbeidsmarkt

Drie factoren kunnen de stijging van het aantal invaliden verklaren:

a. De demografische factor.

Sinds 2001 is het deelnamepercentage in de leeftijdscategorieën boven de 45 jaar voortdurend gestegen. De 2 voornaamste oorzaken zijn:

- de vergrijzing van de actieve bevolking, die natuurlijk een stijging van het aantal invaliden in de hogere leeftijdscategorieën meebrengt. De vergrijzing houdt niet alleen uitdagingen in voor het systeem van de geneeskundige verzorging, maar ook voor de uitkeringsverzekering. Vanaf 50 jaar verdubbelt immers de kans op een chronisch gezondheidsprobleem. Werknemers van die leeftijdscategorieën op de arbeidsmarkt behouden zal des te moeilijker zijn aangezien de volgende jaren de prevalentie van de chronische ziekten zal toenemen. De stijging van het invaliditeitspercentage in die leeftijdscategorieën bevestigt die vaststelling.
- de verhoging van de pensioenleeftijd voor de vrouwen vanaf 1997, die een grote weerslag heeft gehad op het deelnamepercentage en dus op de toename van het aantal invaliden in de categorie 60-64 jaar.

b. De epidemiologische factor

Sinds een twintigtal jaar ondergaat de structuur van de pathologieën die de invaliditeit veroorzaken structurele wijzigingen. De “welvaartsziekten” (psychische en mentale stoornissen, musculoskeletale aandoeningen (RSI¹, enz.) veroorzaken alsmear meer gevallen van invaliditeit, in tegenstelling tot de “traditionele” pathologieën (hart- en vaatziekten, kanker, enz.). Die 2 grote groepen van pathologieën liggen ondertussen aan de basis van meer dan 70% van de gevallen van invaliditeit in België.

Rekening houdend met die situatie zou grondig moeten nagedacht worden over het systeem van vergoeding van de arbeidsongeschiktheid, dat lange tijd geïsoleerd is gebleven binnen het algemene vraagstuk van de arbeidsmarkt.

Lange tijd had het geen zin om de vraag te stellen. De wetgever heeft immers een zeer strikt onderscheid willen maken tussen enerzijds de vergoeding van de beroepsrisico's (beroepsziekten en arbeidsongevallen) en anderzijds de vergoeding van de gevallen van arbeidsongeschiktheid die binnen de “privésfeer” vallen. Dat onderscheid is volkomen gerechtvaardigd, maar de invloed van de arbeidsvoorwaarden op het stijgende aantal invaliden is niet te onderschatten.

Een literatuurstudie, onlangs uitgevoerd door een universitair team op vraag van de Dienst uitkeringen², heeft verbanden gelegd tussen de evolutie van de arbeidsomstandigheden en de toename van de invaliditeit.

Uit de meting van de stressintensiteit in de verschillende geanalyseerde studies blijkt het volgende:

- tussen 2001 en 2009 is de invaliditeit vrij aanzienlijk gestegen
- in België is stress stilaan de belangrijkste factor voor absentisme.

PSYCHISCHE EN MENTALE STOORNISSEN

Die evolutie zou dus een verklaring kunnen bieden voor de stijging van het aantal verzekerden die arbeidsongeschikt zijn door psychische en mentale stoornissen. Niettemin is er meestal geen uniek oorzakelijk verband te leggen tussen arbeidsongeschiktheid en stress. De situaties die leiden tot een vergoeding door de uitkeringsverzekering zijn immers uiteenlopend. De complexiteit van de klinische tabellen zou een reden moeten zijn om te onderzoeken hoe de preventie van de invaliditeit in de systemen van preventie en welzijn op het werk te integreren is.

¹ RSI: Repetitive strain injury.

² GÜNGÖR KARAKAYA, ROBERT PLASMAN, “Task force incapacité de travail”, Dulbea, maart 2011.

MUSCULOSKELETALE AANDOENINGEN (RSI)

Terwijl de prevalentie van de psychische en mentale pathologieën een neiging tot stabiliteit vertoont, neemt de prevalentie van RSI in België en Europa constant toe, wat voor de sociale systemen en de arbeidsmarkt een ware uitdaging op het vlak van volksgezondheid betekent. Nog meer dan in het voorgaande voorbeeld is de epidemiologische factor een geldige verklaring voor het feit dat de uitkeringsverzekering alsmear meer verzekerden vergoedt die aan RSI lijden.

Ook in dat domein omvatten de klinische tabellen verschillende aspecten (waaronder vaak een psychisch aspect). Ze leiden niet tot een eenduidige benadering waardoor een rechtstreeks oorzakelijk verband tussen de stoornis en de arbeidsongeschiktheid vast te stellen zou zijn. Zoals voor de psychische en mentale pathologieën leiden de RSI dus tot relatief langdurige en moeilijk te vatten gevallen van invaliditeit.

c. De weerslag van de economische cycli

De 2 voornaamste gevolgen van de recessiecycli zijn:

- de vertraagde creatie van tewerkstelling, die vooral personen met een handicap of met chronische aandoeningen treft
- slechtere arbeidsomstandigheden, vooral op het vlak van stress.

4. Te verwachten evoluties

Op korte termijn is het zeer waarschijnlijk dat het aantal invaliden aanzienlijk zal stijgen. Door de toegenomen deelname van de vrouwen zal het aantal vrouwelijke invaliden forser stijgen dan het aantal mannelijke invaliden. Die evoluties stemmen overeen met de evoluties van de laatste jaren.

Op middellange termijn lijken de vooruitzichten met betrekking tot het deelname- en invaliditeitspercentage minder evident. Daarom heeft de Dienst uitkeringen ervoor gekozen om de berekeningsparameters voor de ramingen 2015-2020 niet te wijzigen. In dat geval zal alleen de evolutie van de bevolking een invloed kunnen hebben op het aantal invaliden, dat dan beduidend minder sterk zal toenemen.

Als de stijging van het deelnamepercentage echter wordt bevestigd, dan moet de berekening van de volgende ramingen daarmee rekening houden.

Tabel 1 - Ramingen van het aantal invaliden:			
	Mannen	Vrouwen	Totaal
2015	135.494	159.022	294.516
2016	136.173	159.521	295.694
2017	136.899	160.065	296.964
2018	137.332	160.347	297.679
2019	137.719	160.520	298.239
2020	137.992	160.490	298.482

Bron: RIZIV – Dienst uitkeringen

Enkel de evolutie van de bevolking als invloedsfactor in aanmerking nemen, zal leiden tot een stagnatie van het aantal invaliden vanaf 2020. Op dat ogenblik zullen de meeste verzekerden van de “babyboomgeneratie” de wettelijke pensioenleeftijd bereiken. Het effect van de vergrijzing op de pensioenen zal volop merkbaar zijn, maar zal op het vlak van de invaliditeit een neiging tot daling vertonen.

In dit stadium houden die modellen echter geen rekening met de doorgevoerde of geplande hervormingen van de voorwaarden met betrekking tot de toegang tot het pensioen. Maar in het verleden hadden maatregelen tot verhoging van de pensioenleeftijd via de verhoging van het deelnamepercentage echter rechtstreekse gevolgen voor het aantal arbeidsongeschikte personen en des te meer omdat het tewerkstellingspercentage van de oudere werknemers een van de voornaamste zwakheden van de arbeidsmarkt in België is.

Het probleem van de invaliditeit draait dus de volgende 5 jaar rond de vergrijzing van de actieve bevolking. Er zijn geen gegevens die wijzen in de richting van een vertraagde stijging van de invaliditeit wegens epidemiologische factoren.

5. De aangebrachte oplossingen

Het Belgische systeem voor de vergoeding van de arbeidsongeschiktheid is een van de meest restrictieve in de landen van de OESO, en wel om de volgende redenen.

- In tegenstelling tot andere landen bestaat er geen gedeeltelijke invaliditeit, wat de vergoeding van talrijke “limietgevallen” uitsluit.
- Het verlies van verdienvermogen dat iemand voor zijn erkenning moet bereiken, is aanzienlijk: 66% ongeschiktheid.
- De ongeschiktheid kan nooit worden geconsolideerd, waardoor de arbeidsongeschiktheid eindigt als iemand niet langer aan de erkenningsvoorwaarden voldoet.

De vermeende gulheid van het systeem, die men vaak als verklaring geeft voor de stijging van het aantal arbeidsongeschikte personen, volstaat dus niet. De verbetering van de controlemiddelen voor de sociale fraude en een alsmear systematischer gebruik van “data matching” doen die heersende opvatting zelfs helemaal teniet.

De toegangsvoorwaarden tot de uitkeringsverzekering beperken zou waarschijnlijk geen enkel rechtstreeks effect hebben en zou de problemen slechts naar andere takken van de sociale zekerheid of naar de systemen van sociale bijstand verplaatsen. De meeste landen die met dit type van hervorming hebben geëxperimenteerd, zijn daarvan snel moeten terugkomen omdat de sociale en sanitaire situatie van de personen die van de vergoeding waren uitgesloten, snel achteruitging.

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat de gezondheidsproblemen van een werknemer niet noodzakelijk tot verlies van zijn baan leiden. Overal waar ze zijn toegepast hebben actieve beleidsmaatregelen, gericht op personen zonder werk (jongeren met een handicap, personen met psychische en mentale aandoeningen), tot afdoende resultaten geleid.

De invaliditeit is dus geen demografische of epidemiologische fataliteit.

De regeling van de uitkeringsverzekering moet echter een duurzame verandering ondergaan.

Eenzijds is het essentieel dat de ingezette hervorming van de procedures voor de geneeskundige evaluatie van de invaliditeit tot een goed einde komt. Vanaf het begin van de arbeidsongeschiktheid moet de mogelijkheid van terugkeer naar werk in aanmerking worden genomen, de huidige procedures zijn daarvoor onvoldoende aangepast. In die context is het nodig om een pluridisciplinaire begeleiding van de sociaal verzekerden op te zetten, met enerzijds de medische actoren (behandelende geneesheer, adviserend geneesheer, arbeidsgeneesheer) en anderzijds actoren die beroepsmatig werken aan socioprofessionele integratie. In die context heeft het RIZIV een fundamentele stap gezet door overeenkomsten te sluiten met de verzekeringsinstellingen en met de instellingen van gewesten en gemeenschappen die verantwoordelijk zijn voor integratie en opleiding.

Anderzijds is het nodig om een geïntegreerd beleid van preventie van de arbeidsongeschiktheid uit te stippelen. In die optiek zijn momenteel besprekingen tussen alle actoren in de Nationale arbeidsraad aan de gang om te komen tot beter gecoördineerde en beter geïntegreerde acties.

Door te kiezen voor een voluntaristisch beleid inzake preventie en terugkeer naar werk kan het aantal intredes in de invaliditeit evolueren naar een aanzienlijke en vooral kwalitatieve stijging van de uittrades.



Vanuit een groeiend besef dat internationale samenwerking in de EU noodzakelijk is om de fraude in de gezondheidszorg beter onder controle te houden, heeft het RIZIV in 2005 samen met bevoegde organisaties uit andere landen in Europa het “European healthcare fraud and corruption network” (EHFCN) opgericht.

De problematiek van de fraudebestrijding is in alle landen van de EU complex en niet eenduidig. Alhoewel de fraude-typologieën over het algemeen dezelfde zijn, zijn er toch verschillende definities van “fraude” gehanteerd en ook de fraude-instrumenten – van preventie tot en met sanctionering – lopen uiteen.

Uit de rapporten van het EHFCN blijkt ook dat de resultaten en de ingezette middelen in de lidstaten aanzienlijk verschillen.

Een aantal factoren die eigen zijn aan de sector van de gezondheidszorg in de EU, zoals het universeel gebrek aan systematische risicometingen van fraude, staan doelmatige fraudecontrole in de weg. Daarnaast zijn er ook een aantal andere problemen die specifiek aan fraudeonderzoek gelinkt zijn, zoals het “dynamische karakter” van het fraudefenomeen.

Alhoewel er in een tiental lidstaten al goed georganiseerde eenheden bestaan om fraude te bestrijden in de gezondheidszorg, hebben de andere landen toch nog een lange weg af te leggen. Voorwaarde hierbij is dat de bevoegde overheden beseffen dat er financiële crisis is en dat het bijgevolg hoog tijd is om verliesposten door fraude af te schrijven. Uiteraard mogen zij daarbij niet raken aan de basisprincipes van goede gezondheidszorg.

V. Het RIZIV en de internationale samenwerking om fraude in de Europese gezondheidszorg te controleren

1. Inleiding

In de Europese Unie (EU) stijgen de kosten van de gezondheidszorg sneller dan de economische groei. De uitgaven voor gezondheidszorg in de EU bedroegen in 2010 gemiddeld ongeveer 9% van het bruto nationaal product. Dat was een stijging met 1,7% ten opzichte van 2000¹.

Hoewel die uitgaven overwegend noodzakelijke zorgen en prestaties bekostigen (correct gebruik), stellen we vast dat er verliezen zijn door verspilling. Met “verspilling” bedoelen we kosten die te vermijden zijn zonder in te boeten aan de kwaliteit van de gezondheidszorg².

Politici en burgers zijn bovendien ook bekommerd om de juiste aanwending van de publieke en de private middelen. Vooral in landen waar de financiële crisis hard toeslaat, is het essentieel dat de overheidsuitgaven de doelgroepen bereiken voor wie ze bestemd zijn.

Veel soorten van “verspilling” in de gezondheidszorg staan ter discussie, zoals overconsumptie en onnodig dure behandelingen.



Overconsumptie is onnodig dure of overbodige prestaties attesteren of voorschrijven.

Uitgaven veroorzaakt door “fraude” daarentegen krijgen internationaal en eenstemmig het etiket mee van “flagrant oneigenlijk gebruik van de middelen van de gezondheidszorg”.

Omdat internationale samenwerking belangrijk is bij fraudebestrijding, is het European healthcare fraud and corruption network (EHFCN) opgericht.



Het **European healthcare fraud and corruption network (EHFCN)** is een internationale vzw naar Belgisch recht met hoofdzetel in Brussel, opgericht in 2005. Het moet de verliezen in de gezondheidszorg in Europa die het gevolg zijn van verspilling, fraude en corruptie aanzienlijk doen verminderen. De leden van het EHFCN krijgen hulp om de fraudeproblematiek op een efficiënte en doelmatige wijze aan te pakken. Het RIZIV is stichtend lid van het EHFCN.

Internationaal samenwerken betekent:

- informatie en “best practices” uitwisselen tijdens opendeurdagen, werkgroepen en conferenties
- instrumenten voor risicometing uitwerken
- standaarden van fraudebestrijding uitwerken.

Het EHFCN is ook een ongebonden laboratorium, een denktank die beleidslijnen suggereert aan de overheid en bewustwordingscampagnes voert.

1 WHO, “NHA Indicators”.

2 T. REUTERS, “Where Can \$700 Billion in Waste Be Cut Annually From the U.S. Healthcare System?”, White Paper, oktober 2009

EHFCN heeft momenteel 17 leden uit 12 landen van Europa, waarvan 80% overheidsorganisaties en 20% privéverzekeraars.

Het RIZIV heeft het EHFCN van bij de start zeer prominent ondersteund en uitgebouwd:

- door materieel en lokalen ter beschikking te stellen
- door personeel ter beschikking te stellen dat in de administratie en het Uitvoerend comité een vooraanstaande rol speelt. De huidige voorzitter is de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV.

2. Een bruikbare “Europese” definitie van fraude

Europa is een divers gegeven. Op internationale fora gebruikt men daarom het Engels als “eenheidstaal”: een goede, pragmatische oplossing. Containerbegrippen als “fraude”, die iedereen blijkbaar anders invult, maken het echter moeilijk. Er is geen uniforme standaarddefinitie van fraude, laat staan een uniforme strafrechtelijke kwalificatie van dat begrip in Europa. Voor “fraude in de gezondheidszorg” bestaat al helemaal geen standaarddefinitie.

- ○ België kwalificeert in het sociaal strafwetboek iedere overtreding van het sociale zekerheidsrecht als “sociale fraude”.
- Oostenrijk hanteert in de definitie uitdrukkelijk de voorwaarde van “intentioneel bedrog”.
- Tsjechië vindt “intentie” dan weer geen substantieel element¹.

Cijfers vergelijken is in deze context dan ook een moeilijke, zelfs bijna onmogelijke opdracht. Bovendien zijn de begrippen “fraude”, “misbruik” en “fout” in rapporteringen vaak in één en dezelfde adem vermeld, zodat het onmogelijk is om de relevantie ervan te onderscheiden.

In opdracht van het EHFCN heeft het Swiss institute of comparative law een onderzoek uitgevoerd in de EU om een definitie van “fraude” te formuleren die hanteerbaar is in elk van de lidstaten voor het uitvoeren van risicometingen naar fraude in de gezondheidszorg.

Dit is de definitie:

“Fraude is de aanwending van valse, onjuiste of onvolledige verklaringen en/of documenten of het niet verschaffen van informatie in overtreding van een wettig afdwingbare informatieplicht, met als resultaat de onrechtmatige toe-eigening van fondsen of eigendom van anderen of het misbruik ervan voor andere doeleinden dan waarvoor ze bestemd zijn².”

Hoewel deze definitie geen enkele wettelijke basis heeft, aanvaarden de leden van het EHFCN ze toch als nuttige standaard en gebruiken zij ze als ze risico’s meten en gegevens vergelijken.

Maar zelfs als de definitie van “fraude” vastligt, blijft er een grijze zone bestaan die vatbaar is voor uiteenlopende interpretaties. Wat zijn bv. de criteria om veelvuldig gebruik van ineffectieve en dure behandelingen te beschouwen als frauduleuze overconsumptie? Wanneer is een fout meer dan een loutere vergissing?

Met uitzondering van Nederland, Frankrijk en België maakt men in Europa in de gezondheidszorg nog geen duidelijk onderscheid tussen “fraude”, “misbruik” en “fout”.

Nochtans vraagt elk begrip een afzonderlijke en bijzondere benadering. Het EHFCN wil hierin meer duidelijkheid te brengen.

¹ EHFCN, “Directory 2012”.

² SWISS INSTITUTE OF COMPARATIVE LAW, “Comparative study on fraud and corruption, Synoptic definitions”, Lausanne, 2005.

3. Fraudegevoeligheid van de Europese gezondheidssystemen

Iedere EU-lidstaat heeft een eigen specifiek gezondheidssysteem, dat in mindere of meerdere mate afwijkt van dat van de andere landen. Toch zijn er ook een aantal gemeenschappelijke factoren die de sector gevoelig maken voor fraude.

- Er zijn vele belanghebbenden (“stakeholders”): van overheid, verzekeraars en patiënten, over zorgverleners tot leveranciers en producenten van medische apparatuur en geneesmiddelen. Zij behartigen hun belangen elk op een relatief autonome manier en veelal afzonderlijk van elkaar. Overleg naar Belgisch model is eerder de uitzondering dan de regel.
- Het gaat om aanzienlijke bedragen. Een hoge graad van decentralisatie en balkanisering van het terrein en van de beschikbare gegevens zorgt ook voor beperkt toezicht en weinig transparantie. Zo is in vele gezondheidssystemen de betaler van de zorg verschillend van de ontvanger ervan, waardoor er geen intrinsieke controle is op de verleende prestaties. De betaler kan niet nakijken of de zorg effectief verleend is en de patiënt heeft geen zicht op de facturatie door de zorgverlener.
- Bepaalde betalingssystemen werken specifieke vormen van fraude in de hand.
- Het “fee-for-service”-systeem in de landen waarin het wordt toegepast blijkt een “incentive” te zijn om niet-verleende of buitenmatig veel zorg aan te rekenen.
- Centraal georganiseerde gezondheidszorg leidt tot gans andere fraudefenomenen. Uiteindelijk beschouwen zowel consumenten als leveranciers in vele landen de overheid en de verzekeraars als gemakkelijke en veelal apathische doelwitten van fraude.



In het “fee-for-service”-systeem wordt elke prestatie afzonderlijk vergoed.

In systemen van centraal georganiseerde gezondheidszorg, zoals het National health system in het Verenigd Koninkrijk, zijn er meestal forfaitaire bedragen voor gegroepeerde prestaties.

4. Fraude-typologieën

Volgens het EHFCN kennen alle landen van de EU dezelfde types van fraude, die er in mindere of meerdere mate voorkomen naargelang van het gezondheidssysteem.



Meer informatie staat op de website van het EHFCN: www.ehfcn.org.

a. Patiëntenfraude

Als patiënten fraude plegen, is dat moeilijk op te sporen. Het gaat immers meestal om kleinere bedragen en er in veel gevallen zijn er geen geaggregeerde gegevensbestanden die onregelmatigheden kunnen blootleggen.

Enkele types in EU-lidstaten:

- onrechtmatig vrijstelling verkrijgen om remgelden te betalen
 - ten onrechte kosten vorderen voor zorg die niet is verleend
 - vervalste gezondheidsattesten voorleggen om een toelage te verkrijgen
 - identiteitsfraude om zorg of prestaties te verkrijgen waarop men geen recht heeft
 - voorschriften vervalsen of doorverkopen.
- ○ In Frankrijk is een 50-jarige patiënt veroordeeld omdat hij een dozijn ziekenfondsen had opgelicht. Hij vroeg bij de verschillende ziekenfondsen terugbetaling voor dezelfde ontvangen zorg, voor in totaal 450.000 EUR.
- Een Engelse patiënt is veroordeeld tot een gevangenisstraf omdat hij valselijk – bij verschillende artsen – aanzienlijke hoeveelheden pijnstillers kreeg, die hij dan illegaal doorverkocht.

b. Fraude door zorgverleners

Fraude die zorgverleners (zowel individuen als instellingen) plegen in lidstaten van de EU valt:

- ofwel onder de categorie “verkeerd aanrekenen van zorg en prestaties”.
Controle van deze categorie toetst:
 - de aanrekening aan de realiteit (= Werd de zorg werkelijk verleend?)
 - de conformiteit (= Werd de zorg correct aangerekend?).
- ofwel onder de categorie “verlenen en aanrekenen van ondoelmatige (“inappropriate”) zorg of prestaties”.

Onderzoek naar fraude in deze categorie toetst de vaststellingen af aan richtlijnen, indicatoren of algemene principes, zoals die van de “goede huisvader”, wat de bewijslast moeilijker maakt.

VERKEERD AANREKENEN VAN ZORG EN PRESTATIES

Enkele types in EU-lidstaten:

- zorg aanrekenen die niet is verleend
 - “upcoding” of aanrekenen met een te hoge waarde
 - “split billing” of niet-toegelaten opsplitsing van zorgen in meerdere aanrekeningen met hogere totaalwaarde.
- ○ In Nederland rekende een tandarts, over een periode van 4 jaar, behandelingen aan die hij nooit had uitgevoerd. Bovendien declareerde hij op naam van andere patiënten (voor patiënten die hij niet in behandeling had of die een gedeclareerde behandeling niet hadden gekregen), en dat alles voor een totaal van 400.000 EUR. Hij werd veroordeeld: hij moest het bedrag terugbetalen en kreeg bovendien een boete van 500.000 EUR.
- In Portugal stelde men vast dat ziekenhuizen per patiënt volledige verpakkingen medicatie aanrekenden, terwijl ze slechts de helft daarvan gebruikten.

VERLENEN EN AANREKENEN VAN ONDOELMATIGE ZORG OF PRESTATIES

Enkele types in EU-lidstaten:

- systematisch te dure zorg of prestaties verlenen in plaats van goedkopere, evenwaardig alternatieven
- systematisch zorg of prestaties verlenen die niet nodig zijn
- systematisch zorg of prestaties verlenen die niet effectief zijn.

> In een ziekenhuis in Milaan ondergingen patiënten onnodige chirurgische ingrepen onder het voorwendsel van vastgestelde kanker of tuberculose. Er vielen 2 doden en 13 artsen zijn er veroordeeld tot gevangenisstraffen.

c. Fraude door producenten en leveranciers van geneeskundige apparatuur en geneesmiddelen

Fraude doet zich voor vanaf de research en ontwikkeling tot en met de verkoop van medisch materiaal en geneesmiddelen. Vaak gaat dit gepaard met corruptie bij procedures van certificatie, autorisatie, aanbesteding of prijszetting en met betwistbare marketingpraktijken.

Enkele types in EU-lidstaten:

- leveren van namaak of van producten van minderwaardige kwaliteit
- vervalsen van gegevens bij de procedure voor marktautorisatie.

> In Spanje heeft een leverancier van minderwaardige rolstoelen 200 patiënten en de verzekering voor geneeskundige verzorging opgelicht. Het verlies bedroeg 500.000 EUR.

d. Fraude door personeel in verzorgingsinstellingen

Dit is “administratieve” fraude, die regelmatig voorkomt in de meeste EU-landen.

Enkele types in EU-lidstaten:

- diefstal van medicatie of apparatuur uit publieke ziekenhuizen voor gebruik in een private praktijk
- diploma's of kwalificaties vervalsen.

> In een publiek ziekenhuis in Bulgarije vroeg men aan patiënten om hun eigen medicatie te kopen. Er was immers een tekort in de voorraden: artsen hadden medicatie gestolen om ze te gebruiken in hun private praktijk.

e. Grensoverschrijdende fraude in de gezondheidszorg

Een bijzonder fenomeen dat in de context van de recente EU-richtlijn over “cross border health care”¹ zeker de nodige aandacht verdient, is de “crossborder fraud” of de grensoverschrijdende fraude in de gezondheidszorg.

De risico's op grensoverschrijdende fraude zijn toegenomen om de volgende redenen:

- Patiënten hebben het recht om in een andere lidstaat zorg te krijgen, terwijl hun land van herkomst die zorg terugbetaalt.
- Er is vrij verkeer van zorgverleners in de EU.

> Een voorbeeld is het fenomeen “cross-border shopping” of frequente aankoop (meer dan 1 keer per maand) van geneesmiddelen door Belgische patiënten in Nederlandse apotheken dicht bij de grens.

¹ Directive 2011/24/EU of the European parliament and of the council on the application of patients' rights in cross-border healthcare, 9 maart 2011.

De Belgische patiënt:

- ontloopt het remgeld dat hij normaal gezien moet betalen, ten koste dus van de Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging.
- krijgt toegang tot geneesmiddelen waarvoor in België een bijzondere toelating is vereist (via de adviserend geneesheer van het ziekenfonds)
- krijgt geneesmiddelen terugbetaald die in België niet terugbetaald zijn.

Dit gebeurt allemaal onder de **onrechtmatige** dekking van de Europese ziekteverzekeringskaart.

Dergelijke “cross-border”-aankopen betekenen uiteraard een meerkost voor de Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging. Als dezelfde terugbetaalde geneesmiddelen in België zouden gekocht zijn, hadden de uitgaven ongeveer 42% lager gelegen. Dat blijkt uit een analyse voor 2011 van de E-125 formulieren, die de terugbetaling tussen de betrokken lidstaten regelen.

5. Omvang van de fraude

Er zijn momenteel, nationaal noch internationaal, betrouwbare ramingen van de totale kostprijs van fraude in de Europese gezondheidszorg. Sommige ramingen situeren de verliezen tussen de 3 en 10% van de beschikbare middelen in 2009¹. De auteurs weigeren echter hun onderzoeksbronnen kenbaar te maken.

Andere ramingen extrapoleren enkel de cijfers van fraude die effectief is opgespoord.

6. Fraude sanctioneren

Effectief sanctioneren van de opgespoorde fraude, als sluitstuk van een doelgerichte controlestrategie, is problematisch in een aantal lidstaten. Het “Standing Operational Committee Report 2010” van het EHFCN vermeldt voor 5 ledenorganisaties of een bepaald soort sancties gerapporteerd is en, als dat het geval is, hoeveel sancties er genomen zijn.

! Als er “niet-gerapporteerd” staat, dan is de organisatie niet bevoegd om een bepaald soort sanctie uit te spreken.



CNAMTS = Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
 DGEC = Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV
 HELFO = Helseøkonomiforvaltningen
 ZN = Zorgverzekeraars Nederland
 IGAS = Inspeccão-Geral das Actividades em Saúde

Tabel 1 - Aantal sancties voor fraude in 2010

	CNAMTS Frankrijk	DGEC België	HELFO Noorwegen	ZN Nederland	IGAS Portugal
Disciplinair	289	Niet-gerapporteerd	Niet-gerapporteerd	Niet-gerapporteerd	Niet-gerapporteerd
Administratief	521	161	818	Niet-gerapporteerd	35
Burgelijk	200	Niet-gerapporteerd	229	Niet-gerapporteerd	Niet-gerapporteerd
Strafrechtelijk	211	Niet-gerapporteerd	2	Niet-gerapporteerd	Niet-gerapporteerd

Bron: “Standing Operational Committee Report 2010” van het EHFCN

¹ J.GEE, M. BUTTON en het CENTER FOR COUNTER FRAUD STUDIES AT UNIVERSITY OF PORTSMOUTH, “The financial cost of Healthcare Fraud”, januari 2010

7. Beschikbare middelen

Slechts 13 EU-lidstaten hebben een gespecialiseerde eenheid om fraude in de gezondheidszorg te controleren. In de andere lidstaten pakken de politie en het Openbaar Ministerie een fraudezaak rechtstreeks aan als er voldoende grond is voor onderzoek en strafrechtelijke vervolging. Dat is meestal zo als er een vermoeden is van belastingontduiking. Vooral in een aantal Oost-Europese landen ligt de nadruk op de bestrijding van “corruptie”, eerder dan op controle van fraude in de strikte zin van het woord.

Onderstaande tabel geeft voor 5 EHFCN ledenorganisaties weer hoeveel gespecialiseerde onderzoekers fraude controleren.

Tabel 2 - Aantal onderzoekers van fraude in 2010

	CNAMTS Frankrijk	DGEC België	HELFO Noorwegen	ZN Nederland	IGAS Portugal
Oprichtingsjaar	2006	1963	2009	2007	1999
Statuut	Publiek	Publiek	Publiek	Privaat	Publiek
Aantal personeelsleden	40	100	20	40	60
% verzekerden	85%	100%	100%	100%	100%

Bron: “Standing Operational Committee Report 2010” van het EHFCN

8. Factoren die controle van fraude in de gezondheidszorg moeilijker maken

De internationale literatuur omschrijft “fraude” wel eens als “miserable business”:
“Failure to detect fraud is bad news, and finding fraud is bad news too”.

Waarom is dat zo?

- Wat je ziet, is nooit het echte probleem. Je ziet enkel wat je opspoort. De meeste witteboordencriminaliteit, zoals fraude in de gezondheidszorg, valt onder de categorie “non-self-revealing” misdrijven.
- Performantie-indicatoren zijn op hun best dubbelzinnig en in het slechtste geval pervers en misleidend. Als het bedrag van de gedetecteerde fraude stijgt, dan kan dat ofwel betekenen dat het apparaat om fraude op te sporen verbeterd is, of dat er gewoonweg meer fraude is. Successen in opsporing en vervolging zijn ook te beschouwen als mislukkingen in preventie.
- Een organisatie investeert werkmiddelen gemakkelijker in productie-eenheden dan in controle van fraude. Het “terugverdieneffect” van een reorganisatie in de productie is misschien klein, maar ze is ook onmiddellijk zichtbaar. Inzetten op controle van fraude kan grote bedragen doen terugvloeien naar de organisatie, maar dat resultaat is niet onmiddellijk zichtbaar.
- Controle van fraude is dynamisch en niet statisch. Creatieve fraudeurs zullen morgen voorzien en omzeilen wat vandaag nog werkt.
- Onderzoek is geen controle. Onderzoek is een instrument. Controle is het doel. Effectieve onderzoeken resulteren per definitie niet altijd in effectieve controle.

Er zijn ook een aantal factoren in de gezondheidszorg die de controle van fraude nog extra bemoeilijken.

1 M. SPARROW, “Licence To Steal. How Fraud Bleeds America’s Healthcare System”, Reviewed Version 2009.

- Een groot maatschappelijk segment beschouwt publieke en private verzekeraars als gemakkelijke doelwitten (zie punt 3.). De ziekteverzekeraars zelf beschouwen financiële verliezen die het gevolg zijn van fraude vaak als “moral hazard”, een risico dat er nu eenmaal is en waar men niets kan aan doen. Ze beschouwen de verliezen dus niet als een substantiële “business”-kost die een krachtige aanpak vraagt.
- De georganiseerde beroepsgroepen in de zorgverlening hebben vaak een corporatistische “verdedigingsreflex” wanneer ze met het fraudefenomeen worden geconfronteerd.
- Wanneer bedrog wordt gelinkt aan de vraag of er een medische noodwendigheid is, dan is het onderscheid tussen fraude en misbruik plots niet meer zo voor de hand liggend.
- Er is een compleet gebrek aan systematische risicometingen van fraude, wat eigen is aan de verzekeringsindustrie. Vrije toegang tot betrouwbare gegevensbestanden ontzeggen, is contraproductief. Het debat focust bijgevolg vooral op de omvang van het probleem eerder dan op de mogelijke oplossingen. Dit kan leiden tot massieve onderbesteding van middelen om fraude te controleren.

9. Besluit

Controle van fraude in de gezondheidszorg heeft in Europa nog een lange weg af te leggen. Een drietal landen pakt de problematiek op een relatief doeltreffende wijze aan, een achtstal doet dat maar gedeeltelijk en de overige doen dat helemaal niet. De privéverzekeraars hebben begrepen dat fraudebestrijding uiteindelijk een competitief voordeel betekent en dat samenwerking dit niet in de weg staat.

De overheden moeten beseffen dat het hoog tijd is om op een rationele manier nutteloze verliesposten af te schrijven in de gezondheidszorg. Ze mogen daarbij uiteraard niet raken aan de basisprincipes van goede gezondheidszorg: een grote toegankelijkheid en een hoge kwaliteit, conform aan de beschikbare technologie en de actuele medische wetenschap. Fraude staat die principes in de weg.



In 2002 kreeg de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) een nieuwe informatieopdracht toevertrouwd, met de bedoeling de zorgverleners te helpen en fouten te voorkomen dankzij een goede kennis van de reglementering. In het kader van die opdracht is er een eerste reeks brochures gepubliceerd onder de noemer “Educatief project”.

Het concept is dan in 2006 herzien, wat leidde tot het ontstaan van een nieuwe reeks, getiteld “INFOBOX”. De afdeling Informatie en Communicatie van de DGEC (I & C-team) wil informatie verstrekken die bovendien ook handig is. Dat blijkt op inhoudelijk vlak uit de benaming “Wegwijzer naar de reglementering voor...” en wat de vorm betreft uit de vlot leesbare en hanteerbare brochure.

De eerste brochure “INFOBOX voor de huisarts” is in 2006 gepubliceerd. Sindsdien is de reeks in de loop der jaren aangevuld en zijn de INFOBOXen beschikbaar als brochure of op de website van het RIZIV. De brochures richten zich tot nog toe tot 5 groepen van zorgverleners. Met de publicatie van de laatste 2 brochures in 2013 zullen alle zorgverleners een INFOBOX hebben.

De onderwerpen zijn ruim en bestrijken ook andere wettelijke domeinen dan de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (zoals volksgezondheid en sociale zekerheid). Zij belichten het wettelijke kader, de getuigschriften, de voorschriften, de patiënt, de arbeidsongeschiktheid en de communicatie met het RIZIV.

De afdeling Informatie en Communicatie van de DGEC maakt de INFOBOXen in samenwerking met de andere diensten van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG). Aanvankelijk werden de INFOBOXen gedrukt en verspreid onder de doelgroepen en waren zij daarnaast ook toegankelijk via de website van het RIZIV. De reeks zal evolueren in de richting van digitale versies, met zo regelmatig mogelijk bijwerkingen, die toegankelijk zullen zijn via de nieuwe communicatietechnologieën.

VI. Van educatief project naar INFOBOX

De informatiebrochures van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, bestemd voor de zorgverleners

1. Voorgeschiedenis

In 2002 wijzigde de naam van de Dienst voor geneeskundige controle (DGC). De Dienst heet vanaf dan Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC). Hiermee wou de Dienst zijn strategie veranderen: overstappen van op individuele controle gerichte actie naar verschillende benaderingen, zowel individueel als collectief.

Wat die nieuwe benaderingen betreft, wou de DGEC niet alleen controleren en evalueren, maar ook een informatieopdracht uitvoeren met verschillende doelen:

- inbreuken voorkomen: door de zorgverleners te informeren is het mogelijk om inbreuken op de regelgeving uit onwetendheid te voorkomen, iets wat de zorgverleners vroeger vaak aanhaalden om hun fouten te rechtvaardigen
- uniformiseren: op basis van gemeenschappelijke informatie is het mogelijk om de reglementering op een eenvormige wijze toe te passen
- bijdragen tot een optimaal beheer van de middelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- de zorgverleners helpen bij hun zoektocht naar correcte informatie.

De Bestuursovereenkomst 2002-2004 omschrijft dit educatieve project als volgt:

“Informatie aan de zorgverleners – Die doelstelling beoogt een verbetering van de kennis van de zorgverleners op het gebied van organisatie, wetgeving, regelgeving en rechtspraak met betrekking tot de verzekering voor geneeskundige verzorging door modules te verspreiden.”

De DGEC publiceert brochures in het kader van het educatieve project. Ze bevatten delen van de wetgeving en zijn bestemd voor alle zorgverleners.

Lijst van modules die in het kader van het educatieve project zijn uitgegeven:

- het aanrekenen van ambulante verstrekkingen
- het medisch voorschrift
- de huisarts
- de kandidaat-specialist
- verwante verstrekkingen
- kinesitherapie
- verpleegkundige zorg.

In 2005 is binnen de DGEC een afdeling Informatieverstrekking en Communicatie (I&C) opgericht.

Die afdeling contacteerde scholen en universiteiten om te vragen welke informatie studenten krijgen. Uit de antwoorden bleek een grote verscheidenheid tussen de onderwijsinstellingen.

De afdeling I&C heeft daarop het concept van de educatieve modules herbekeken en stelde de INFOBOX-informatiebrochures voor (zie Bestuursovereenkomst 2006-2012).

De INFOBOXen zijn een realisatie van de afdeling Informatie en Communicatie (I&C) van de DGEC, in samenwerking met de andere diensten van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (FAGG).

2. De INFOBOX-informatiebrochures

De oorspronkelijke doelstelling was informatie bundelen die de zorgverlener van pas kan komen in zijn praktijk (in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen) en ook informatie uit andere domeinen van de wetgeving (bijvoorbeeld Volksgezondheid).

Dat gebeurt op een uiterst toegankelijke manier, wat blijkt uit de formulering “Wegwijzer naar de reglementering voor...” en uit de vraag- en antwoordvorm. Het zijn vlot leesbare, handige brochures met praktische informatie.

In 2006 heeft de DGEC de “INFOBOX Huisarts” uitgegeven, als eerste van een reeks. Door de wijzigingen in de wetgeving moesten er nieuwe, bijgewerkte versies komen. In de onderstaande tabel krijgt u de reeks brochures met hun publicatiedatum.

Titel	Editie
INFOBOX Huisarts	Eerste editie 2006
INFOBOX Huisarts	Herziene editie 2007
INFOBOX Geneesheer-specialist	Eerste editie 2008
INFOBOX Huisarts	Herziene editie 2009
INFOBOX Kinesitherapeut	Eerste editie 2010
INFOBOX Verpleegkundige	Eerste editie 2011
INFOBOX Apotheker	Eerste editie 2011
INFOBOX Geneesheer-specialist	Herziene editie 2013

In 2013 volgt de publicatie van nog 2 andere INFOBOXen:

- INFOBOX Tandarts
- INFOBOX Algemeen (bestemd voor de zorgverleners die hierboven niet zijn vermeld).

3. Inhoud van de INFOBOXen

De INFOBOXen hebben de volgende inhoud, die telkens aangepast is aan de doelgroep:

- Deel 1: “Algemeen kader”. Dit deel belicht de administratieve aspecten van het beroep (opleiding, erkenning, accreditering, verantwoordelijkheid, overeenkomsten).
- Deel 2: “Het aanrekenen van verstrekkingen” licht toe hoe men de verstrekkingen moet aanrekenen (nomenclatuur).
- Deel 3 is gewijd aan het voorschrift.
- Deel 4: “De zorgverlener en zijn patiënt” gaat over de verzekering voor geneeskundige verzorging vanuit het perspectief van de patiënt (verzekeraarbaarheid, tarieven, rechten, patiëntendossier).
- Deel 5 heeft betrekking op de arbeidsongeschiktheid.
- Deel 6: “Communicatie” licht toe hoe de communicatie met het RIZIV en in het bijzonder met de DGEC verloopt.
- Deel 7 somt de adressen op van de Provinciale geneeskundige commissies van de Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu (FOD Volksgezondheid).

4. De brochure “De DGEC, opdrachten en procedures”

De brochure “De DGEC, opdrachten en procedures” bevat essentiële informatie voor zorgverleners:

- de opdrachten van de DGEC
- de basisbegrippen met betrekking tot de relaties tussen de DGEC en de zorgverleners
- de categorieën van inbreuken, sancties en de beschrijving van de bijhorende procedures.

Met deze brochure wil de DGEC antwoorden op vragen die de zorgverleners vaak stellen tijdens hun contacten met de DGEC. Ze krijgen de brochure meer bepaald tijdens een verhoor in het kader van een onderzoek en ze vinden er informatie in over het verloop van een onderzoek, over de mogelijke procedures en over de rechten van de verdediging.

5. Verspreiding van de brochures

Tot 2012 zijn de brochures naar de volgende doelgroepen gestuurd:

- pas afgestudeerde zorgverleners
- stagebegeleiders
- het Comité van de DGEC (verzekeringsinstellingen, vertegenwoordigers van de zorgverleners)
- de Orde van geneesheren
- de Orde van apothekers
- provinciale geneeskundige commissies
- wetenschappelijke verenigingen
- scholen en universiteiten.

Bovendien kon iedereen die er belangstelling voor had een exemplaar aanvragen.

De DGEC heeft enkele duizenden exemplaren verdeeld. Al snel bleek ook bij andere lezers interesse voor de brochures te bestaan.



De publicaties zijn beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Zorgverleners > Algemene info.

De doelgroepen krijgen momenteel via een folder informatie over nieuwe brochures. Zij kunnen:

- de brochures online bekijken
- aan de afdeling I&C van de DGEC vragen om een gedrukte versie op te sturen.

6. De INFOBOXen: zeer positief onthaald

De INFOBOXen vallen zeer in de smaak bij hun lezers. Dat blijkt uit:

- de reacties op een nieuwe publicatie
- het feit dat lesgevers de INFOBOXen als documentatiemateriaal gebruiken
- het aantal raadplegingen op de website van het RIZIV
- de aanvragen voor bijkomende exemplaren of inlichtingen
- enz.

7. Toekomst van de INFOBOXen

De INFOBOXen zullen de hedendaagse trends volgen:

- milieuvriendelijkheid: minder afdrucken en papieren exemplaren niet meer systematisch versturen, maar uitsluitend op aanvraag
- elektronische beschikbaarheid: publiceren van digitale versies op de website van het RIZIV, die meer interactief is en voortdurend wordt bijgewerkt
- technologie: toegang tot de brochures via mobiele apparaten (QR-scancode, smartphone, iPad, enz.)
- budgettaire aanpassing aan de beschikbare middelen.

8. Besluit

Het oorspronkelijke doel is bereikt. De zorgverleners hebben informatiebrochures over de reglementering van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. De reeks zal in 2013 volledig zijn. Het succes van de reeks toont aan dat ze beantwoordt aan een reële behoefte van de zorgverleners. Een verbeterde toegang via de nieuwe communicatietechnologieën zal helpen om het succes verder te laten duren.



Het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) is opgericht volgens de wet van 31 maart 2010.

Deze uiteenzetting beschrijft:

- de algemene context die tot deze wetgeving heeft geleid
- de 2 belangrijkste vernieuwingen
- de krachtlijnen van het stelsel dat is ingevoerd
- de opdrachten en de procedures
- de structuur van het FMO en de ontwikkeling ervan, door de integratie in het RIZIV als nieuwe dienst in de loop van 2013.

Er staat ook wat informatie in over het personeel en over het aantal dossiers dat van september 2012 tot 1 maart 2013 is ingediend.



Meer informatie over de activiteiten van het FMO vindt u in het jaarverslag op hun website: www.fmo.fgov.be, rubriek Wat is het Fonds? > Jaarverslagen.

VII. Het Fonds voor de medische ongevallen

1. Context

De toepassing van het traditioneel stelsel (gemeen recht) van burgerlijke aansprakelijkheid op het vlak van de medische fouten en de medische ongevallen voldoet niet meer, noch voor de patiënt, noch voor de professionals in de gezondheidszorg, noch voor de verzekeraars.

Vóór de oprichting van het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) moest het slachtoffer de fout van de zorgverlener of het ziekenhuis aantonen om een vergoeding te kunnen krijgen (tenzij in geval van toepassing van het vermoeden van fout of aansprakelijkheid of objectieve aansprakelijkheid). De patiënt moest dikwijls een echte lijdensweg afleggen: talrijke deskundigenonderzoeken en medische tegenonderzoeken, veel kosten, een procedure die bij de rechtbanken en hoven jaren kon aanslepen. Uiteindelijk was de patiënt zo vaak 2 keer slachtoffer.

Om zich tegen vorderingen inzake burgerlijke aansprakelijkheid in te dekken, moesten de zorgverleners zware verzekeringspremies betalen of durfden ze in sommige gevallen zelfs geen medische handelingen meer uitvoeren die buiten de gewone ingrepen vielen. Het aantal processen nam toe en ook de verzekeringspremies stegen. Bovendien ontstond er een soort angst waardoor zich een meer defensieve geneeskunde ontwikkelde, wat voor de patiënt niet noodzakelijk beter is.

2. Evolutie van de wetgeving

In een 1e fase heeft de wetgever 2 wetten van 15 mei 2007 goedgekeurd over de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg. Het was de bedoeling om een globale oplossing te bieden voor de verschillende problemen op het terrein, door een origineel vergoedingssysteem uit te werken voor de slachtoffers, dat niet langer uitging van de fout van de zorgverlener.

Die wetten zijn echter nooit in werking getreden. De goedkeuring van de toepassingsnormen bracht problemen met zich mee en bovendien zijn de politici niet tot een overeenstemming gekomen om de wetten te laten uitvoeren.

Drie jaar later heeft de wetgever dan gekozen voor een systeem dat uitgaat van het Franse vergoedingsmodel voor medische schade: het zogenaamde 'tweesporensysteem'.

Die keuze van de wetgever leidde tot de oprichting van het Fonds voor de medische ongevallen (wet van 31 maart 2010 over de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg).

3. Belangrijkste vernieuwingen voor de patiënt

Het FMO brengt 2 belangrijke vernieuwingen mee voor de patiënt:

- een nieuw recht op schadeloosstelling van medische ongevallen die niet veroorzaakt zijn door een fout (medisch risico of therapeutisch falen)
- een minnelijke procedure om geschillen op te lossen over alle medische ongevallen via het FMO.



Frankrijk heeft dat 'tweesporensysteem' in 2002 goedgekeurd en ondertussen al aangetoond dat het efficiënt is.

4. Krachtlijnen van het systeem

Het nieuwe systeem dekt de schade die voortvloeit uit een feit dat zich vanaf 2 april 2010 heeft voorgedaan. Het FMO is sinds 1 september 2012 operationeel (behandeling van de ontvangen dossiers).

De voornaamste krachtlijnen van het systeem zijn de volgende.

- Het slachtoffer kan op elk ogenblik kiezen om voor het FMO of voor de rechter een procedure in te stellen (burgerlijk rechtscollege): dat is het 'tweesporensysteem'. De keuze voor de ene procedure schort de andere op. De procedure voor het FMO heeft voorrang op die voor het burgerlijk rechtscollege.
- De regels van gemeen recht inzake burgerlijke aansprakelijkheid en schadevergoeding zijn van toepassing. Het beginsel van de volledige vergoeding (volledige dekking van de schade, van de verschillende onderdelen en de gevolgen) is met name behouden.
- De procedure is snel en doeltreffend. Zo kan het slachtoffer van schade als gevolg van gezondheidszorg van het FMO snel een advies krijgen over het feit of er sprake is van aansprakelijkheid van een zorgverlener of van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid en eventueel over de vergoeding die de verantwoordelijke of zijn verzekeringsmaatschappij voorstelt.
- Het systeem voorziet een vergoeding ten laste van de staat als het een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid is, voor zover dat ongeval een minimale ernstgraad heeft.
- De slachtoffers van schade als gevolg van gezondheidszorg, waarvoor een zorgverlener al dan niet aansprakelijk is, krijgen daadwerkelijk een vergoeding voor zover de wettelijke voorwaarden vervuld zijn.

Twee mogelijkheden:


 - de verantwoordelijke of zijn verzekeringsmaatschappij (op uitnodiging van het FMO) vergoedt de slachtoffers
 - het FMO betaalt zelf de schadevergoeding uit. In bepaalde gevallen zal het zich in de plaats stellen van de gebrekige verantwoordelijke, tegen wie het zich achteraf zal kunnen keren om de gestorte vergoeding terug te vorderen.
- Het systeem is van toepassing op nosocomiale infecties, voor zover die schade veroorzaken die voldoet aan de wettelijke voorwaarden.
- Het FMO is zeer toegankelijk:
 - de procedure is kosteloos en houdt weinig formaliteiten in voor het slachtoffer
 - het FMO behandelt zelf de aanvraag en heeft echte dwangbevoegdheden.
- Het systeem bevordert minnelijke schikkingen die veel sneller verlopen en die alle partijen aanvaarden.
- De door de zorgverleners betaalde verzekeringspremies zouden moeten stabiliseren.
- Het systeem moet op begrotingsvlak evenwichtig en financierbaar zijn: bijna uitsluitend de staat financiert het.
- Dankzij dit systeem zal het mogelijk zijn om de medische ongevallen te registreren en te analyseren om op middellange termijn aanbevelingen te formuleren om schade als gevolg van gezondheidszorg te voorkomen.

5. Opdrachten van het FMO


a. Medische ongevallen zonder aansprakelijkheid

Bij een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid vergoedt het FMO de schade. Er zal bijvoorbeeld een betere vergoeding zijn voor nosocomiale infecties: de infecties die na een geneeskundige verstrekking optreden, zullen in de toekomst vergoed kunnen worden als ze een zekere ernstgraad vertonen. Het FMO vergoedt de slachtoffers van medische ongevallen zonder aansprakelijkheid onder de volgende voorwaarden.

- Het ongeval moet voortvloeien uit een **geneeskundige verstrekking**

 Een **geneeskundige verstrekking** is een door een zorgverlener verleende dienst om de gezondheidstoestand van de patiënt te bevorderen, vast te stellen, te behouden, te herstellen of te verbeteren of om de patiënt bij het sterven te begeleiden¹.

- Het ongeval mag **niet voortvloeien uit de toestand van de patiënt** (d.w.z. de gewone evolutie van de ziekte).
- De **schade** moet **abnormaal** zijn. Dat is zo wanneer ze zich niet had mogen voordoen rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief te verwachten evolutie.
- De schade moet **een zekere ernstgraad** hebben:
 - een blijvende invaliditeit van minstens 25%
 - een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens 6 opeenvolgende maanden of 6 niet-opeenvolgende maanden over een periode van 12 maanden
 - de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt
 - de patiënt is overleden.

 Therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout zijn geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.

Het FMO vergoedt de schade volledig: er is dus geen grensbedrag of franchise.

b. Schadevergoeding door het FMO buiten medische ongevallen zonder aansprakelijkheid

Het FMO heeft ook als opdracht om de **aanvragen van alle slachtoffers van schade als gevolg van gezondheidszorg te onderzoeken en de dossiers te behandelen**, eventueel door zelf een medische expertise te financieren.

Het FMO kan bij een zorgverlener (een individuele beroepsbeoefenaar of verzorgingsinstelling) of elke andere persoon alle informatie opvragen die nodig is om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade als gevolg van gezondheidszorg te kunnen beoordelen.

Het FMO vormt bovendien **een waarborg voor het slachtoffer tegen het feit dat de zorgverlener niet verzekerd is**: het vergoedt het slachtoffer als de aansprakelijke zorgverlener niet of onvoldoende verzekerd is.

Als de zorgverlener of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid van deze zorgverlener betwist, dan vergoedt het FMO zelf het slachtoffer, voor zover de schade een zekere ernstgraad heeft. Het FMO keert zich daarna tegen de zorgverlener of de verzekeraar.

Het FMO vergoedt het slachtoffer dus snel en definitief en over de kwestie van de burgerlijke aansprakelijkheid kan er later een proces zijn voor de rechtbanken waar de zorgverlener of zijn verzekeraar en het FMO partij zijn.

¹ Wet van 31-03-2010, art. 2, 4°



Het FMO vergoedt ook de schade als een verzekeraar het slachtoffer van een medisch ongeval als gevolg van gezondheidszorg een schadevergoeding aanbiedt **die duidelijk ontoereikend is**. Ook in dat geval zal het zich nadien tegen de verzekeraar keren om de door het FMO gestorte vergoeding terug te vorderen.

Bovendien kan het FMO bij hem een bijkomende **forfaitaire vergoeding** vorderen, die gelijk is aan **15%**:

- van het bedrag van de volledige vergoeding door het FMO
- van het eventueel door de rechter vastgestelde bedrag (voor zover de rechter bevestigt dat het aanbod van de verzekeraar duidelijk ontoereikend was).

6. Eigenschappen van de procedure bij het FMO

De procedure via het FMO is:

- **gratis** voor het slachtoffer
 - **betalend** voor de zorgverlener (of zijn verzekeraar), **enkel als** de aansprakelijkheid uiteindelijk is vastgesteld: hij zal de kosten van de tegenexpertise die het FMO organiseert, moeten betalen
 - **snel**:
 - advies van het FMO: ongeveer 6 maanden op basis van een volledig dossier
 - vergoedingsvoorstel: 3 maanden
 - aanvaarding door het slachtoffer: 3 maanden (met de mogelijkheid om de termijn te verlengen)
 - betaling: 1 maand
 in het ideale geval dus iets langer dan een jaar.
 - **eenvoudig**: een formulier om advies aan te vragen is beschikbaar via de website van het FMO, of via brief of telefonisch te verkrijgen. Het FMO zal alle nodige inlichtingen verzamelen om de oorzaken van de schade die voortvloeit uit gezondheidszorg en het schadeverloop te evalueren.
-  Het formulier staat op de website van het FMO: www.fmo.fgov.be, Rubriek Patiënt > Een nieuwe advies- en vergoedingsprocedure > Hoe een aanvraag indien bij het Fonds?
-  Fonds voor de medische ongevallen, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel
Tel.: 02/790 10 90 (call center).
- **doeltreffend**: een medische tegenexpertise is mogelijk, zelfs verplicht voor de gevallen met een zekere ernstgraad. Het FMO organiseert die en betaalt die vooraf, maar zal de kosten bij de zorgverlener (of zijn verzekeraar) terugvorderen als zijn aansprakelijkheid uiteindelijk vaststaat.

7. Structuur van het FMO

a. Het FMO als instelling van openbaar nut

Het FMO is als een instelling van openbaar nut (ION) in de categorie B opgericht ¹. Volgens de wet is het FMO een autonome instelling, op praktisch vlak (HR, ICT, gebouwen, enz.) ondersteund door het RIZIV (de wet van 31 maart 2010 bepaalt in artikel 11 de aanleuning van het Fonds bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering).

Sinds die datum heeft een projectteam van RIZIV-ambtenaren de effectieve start van het FMO voorbereid, zowel op het vlak van de middelen, instrumenten, procedures voor de behandeling van de toekomstige vergoedingsdossiers als van de oprichting van het FMO als ION.

De Raad van bestuur is sinds 23 september ingesteld en heeft nauw en positief samengewerkt met het projectteam en het RIZIV.

b. Het FMO als 5e operationele dienst van het RIZIV

Na analyse en door de nodige afstand te nemen, heeft men kunnen aantonen wat de moeilijkheden waren van de co-existentie van het RIZIV en het FMO als afzonderlijke instellingen.

Het verschil in statuut tussen het RIZIV (OISZ) en het FMO (ION, categorie B) maakt het moeilijk om het aanleuningsmechanisme toe te passen en de verwachte schaalvoordelen te bereiken, met name op het vlak van ter beschikking stellen en eventueel overhevelen van personeel, het statuut van die personeelsleden, enz.

De eigen rechtspersoonlijkheid van het FMO brengt bovendien verplichtingen met zich mee inzake personeelsmanagement en financieel beheer (begroting, rekeningen, enz.), die de oprichting en het beheer van het FMO aanzienlijk verzwaren. Bovendien verminderen ze de verwachte schaalvoordelen zonder een echte meerwaarde te geven aan de verwezenlijking van de opdrachten van het FMO.

Daarom werd het FMO op 1 april 2013 de **5e operationele dienst van het RIZIV**, met zijn specifieke organen en heeft het hierdoor de oorspronkelijk vastgelegde eigen rechtspersoonlijkheid verloren.

De wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-wet) bevat een nieuwe titel '**Vibis - DE VERGOEDING VAN SCHADE ALS GEVOLG VAN GEZONDHEIDSZORG**', en creëert zo bij het RIZIV een nieuwe ondersteunende dienst, namelijk het 'Fonds voor de medische ongevallen'.

Artikel 1 van de GVU-wet voorziet ook een **regeling voor de vergoeding van de medische ongevallen** en organiseert die als **een aparte 3e sector** van de wet, naast de geneeskundige verzorging en de uitkeringen.

Deze integratie biedt onder meer de volgende waarborgen:

- een autonomie en een strikte afscheiding van de dienst en zijn specifieke organen bij de uitoefening van zijn wettelijke opdrachten ten opzichte van de andere diensten van het RIZIV
- een functionele integratie van de dienst met betrekking tot de verschillende beheersaspecten (HR, ICT, boekhouding, logistiek, enz.) behalve voor de taken die specifiek verband houden met de opdrachten (vergoedingsdossiers).

De Raad van bestuur is nu het Beheerscomité van deze nieuwe dienst geworden. De Professoren Geneviève Schamps en Steven Lierman zijn daar respectievelijk voorzitter en ondervoorzitter van.

¹ Wet van 31-03-2010, art. 6

Het FMO zal – na de aanwervingen die nog aan de gang zijn – uit een twintigtal ambtenaren bestaan: een directeur-generaal, 2 juristen, 2 teams van dossierbeheerders (1 jurist en 3 beheerders in elk team: Nederlands en Frans), een team van 4 artsen voor de medische expertises, een secretariaat van 2 personen en een ondersteuningsteam (ICT, Financiën, HR, enz.) dat met het RIZIV wordt gedeeld. Het FMO zal een beroep kunnen doen op externe juridische en medische expertise (aangesteld via een offerteaanvraag).

8. Eerste cijfers

Op 1 maart 2013 had het FMO 757 dossiers ontvangen (465 Franstalige, 290 Nederlandstalige en 2 Duitstalige), waarvan er 94 als onontvankelijk of afgesloten zijn beschouwd.

De overige 663 dossiers waren als volgt onder te verdelen:

- 181 bevonden zich in de 1e fase: indiening en analyse van de ontvankelijkheid van de adviesaanvragen
- 482 bevonden zich in de 2e fase: juridische en geneeskundige evaluatie (termijn van 6 maanden om een advies uit te brengen).

9. Besluit

De wet van 31 maart 2010 is het resultaat van een lang proces van overleg tussen alle betrokken partijen: patiënten, zorgverleners, ziekenfondsen, verzorgingstellingen en verzekeringsmaatschappijen. Uiteindelijk is een evenwichtige en langdurige oplossing uitgewerkt in een domein dat zeer gevoelig ligt en waar de verwachtingen hooggespannen zijn, ongeacht of het nu gaat om het slachtoffer van een medisch ongeval of om zijn familie of de zorgverlener. Naast de vraag of een zorgverlener al dan niet burgerlijk aansprakelijk kan worden gesteld, is het vooral belangrijk om de partijen binnen de kortst mogelijke termijn een wetenschappelijk onderbouwde oplossing te bieden en eventueel een effectieve en gepaste schadeloosstelling van het slachtoffer te waarborgen.

Dit nieuwe dispositief is één van de elementen die moeten bijdragen tot de kwaliteitsverbetering van de therapeutische relatie tussen de zorgverlener en de patiënt, wat uiteindelijk iedereen ten goede zal komen.

Als gevolg van de verlengde periode van lopende zaken is de datum opgeschoven waarop het FMO concreet met de behandeling van de dossiers is gestart, namelijk naar september 2012. Dat heeft evenwel geen gevolgen gehad voor de rechten van de burgers. Alle schade die voortvloeit uit een feit dat zich vanaf 2 april 2010 voordeed (bekendmakingsdatum van de wet in het Belgisch Staatsblad) is gedekt. Bovendien heeft het RIZIV zich ingezet om de wet nog vóór de publicatie ervan uit te voeren. Dankzij dit voorbereidend werk heeft het FMO zijn activiteiten in september 2012 in gunstige omstandigheden kunnen opstarten en kon het hierbij rekenen op een gemotiveerd basisteam. Sinds die datum is er geleidelijk aan versterking gekomen voor dat basisteam. Het FMO zal dus binnenkort zijn advies kunnen uitbrengen over de 1e ingediende dossiers.

Ten slotte is het FMO, dat in het RIZIV en in de sociale zekerheid is geïntegreerd, de beheerder van een nieuwe maatschappelijke bescherming. Het vertrouwen in de verzekering voor geneeskundige verzorging versterkt doordat onvoorziene gebeurtenissen, risico's en medische ongevallen zijn gedekt. Meer algemeen toont dit aan dat de maatschappelijke bescherming nog verder kan en moet evolueren, om meer rekening te houden met de sociale risico's.



5^e Deel

Statistische gegevens

I. Statistieken van de geneeskundige verzorging

1. Aantal individuele zorgverleners

a. Grondige herziening

De wijze waarop de individuele zorgverleners worden geteld, is sinds 2009 sterk geëvolueerd. Een methodologische herziening bleek nodig om de samenhang te waarborgen van de gegevens die aan de internationale instellingen (de OESO, de WGO, Eurostat) worden verstrekt.

De tabellen over de individuele zorgverleners in dit jaarverslag hebben dezelfde structuur als die in het jaarverslag 2009. Ze waren oorspronkelijk bedoeld voor het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging, maar worden nu gebruikt voor zeer uiteenlopende doeleinden, bv. planning en onderzoek. Ook in het kader van internationale vergelijkingen worden enkel deze statistieken geleverd.

Het RIZIV gebruikt sinds 2009 de volgende benamingen:


- zorgverleners: beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en inrichtingen/instellingen in het kader van de verzekering
- beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging die vroeger “zorgverleners in activiteit” werden genoemd (zie punt c)
- actieve beroepsbeoefenaars op basis van bepaalde activiteitscriteria die vroeger “zorgverleners met een activiteit of met een profiel” werden genoemd (zie punt c).

De tabellen bevatten niet de beroepsbeoefenaars die verzorging verlenen buiten de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, en ook niet degenen die niet-verzorgende functies uitoefenen in het gezondheidssysteem (bv. arbeidsgeneesheer, enz.). Ze bevatten ook nog niet de loontrekkende beroepsbeoefenaars (die dus niet attesteren) in ziekenhuizen, in revalidatiecentra, in het kader van beschermd wonen of in psychiatrische verzorgingstehuizen.

De categorie van de zorgkundigen is niet meer opgenomen in de tabellen. Sinds juni 2010 gebeurt de registratie van de zorgkundigen immers door de Federale overheidsdienst Volksgezondheid. Het RIZIV beschikt dus niet meer over een globaal overzicht.


b. Hergroepering van de bevoegdheden

De in tabellen 1 en 2 vermelde specialismen en beroepen zijn gegroepeerd volgens hun bevoegdheidscode.

 Opdat verzorging door gezondheidsprofessionelen zou terugbetaald worden, moeten die professionelen bij het RIZIV ingeschreven zijn. Het RIZIV kent een [bevoegdheidscode](#) van 3 cijfers toe volgens het specialisme. Die bevoegdheidscode maakt deel uit van het RIZIV-nummer.

HERGROEPING VAN DE MEDISCHE SPECIALISMEN

De internationale instellingen onderscheiden 6 categorieën van specialismen: huisartsgeneeskunde, kindergeneeskunde, gynaecologie-verloskunde, psychiatrie, medische specialismen en heilkundige specialismen.

 Ter herinnering: De Federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid erkent **de gediplomeerde geneesheren** voor een bepaald specialisme. Om verzorging te verlenen moeten de geneesheren ook bij de Orde van geneesheren ingeschreven zijn.

Elk specialisme is gehergroepeerd in een van die categorieën, met uitzondering van de niet-erkennde geneesheren (zie hierna). Conform aan die internationale richtlijnen:

- zijn de urgentiegeneesheren, de geneesheren van acute geneeskunde en ook de anesthesisten ondergebracht bij de heelkundige specialismen
- zijn de geneesheren-specialisten met een dubbel specialisme (bv. kinderarts met brevet van acute geneeskunde) geklasseerd in hun oorspronkelijk specialisme
- zijn de stomatologen gegroepeerd met de tandartsen en dus niet hernomen bij de geneesheren.


In tegenstelling tot de internationale richtlijnen zijn de zeldzame kinderartsen met een dubbel specialisme buiten de kindergeneeskunde opgenomen in de groep van de kindergeneeskunde.

Bepaalde specialismen die de FOD Volksgezondheid erkent, hebben geen RIZIV-nummer en zijn dus niet in de tabellen opgenomen (bv. arbeidsgeneeskunde, gegevensbeheer, enz.).

Tabellen 1 en 2 hernemen enkel de beroepsbeoefenaars met een activiteit in 2011.

De **niet-erkende geneesheren** die bij de FOD Volksgezondheid zonder bijzondere erkende beroepstitel zijn geregistreerd maar die zijn ingeschreven bij de Orde van geneesheren, worden in een nieuwe categorie "niet-gespecialiseerd" ingedeeld. Hun RIZIV-nummer verwijst niet naar een erkenning als huisarts of geneesheer-specialist. Zij mogen slechts een beperkt aantal vergoedbare prestaties uitvoeren. De algemeen geneeskundigen met verworven rechten die niet als huisarts zijn erkend, bevinden zich eveneens in die categorie.

De **geneesheren in opleiding** zijn afzonderlijk in de telling opgenomen. Er wordt geen rekening gehouden met hun volume van prestaties (bepaalde of alle prestaties zijn geregistreerd op naam van hun stagemeester). Zij zijn niet opgenomen in het totaal van de beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten, en ook niet in het totaal van de actieve beroepsbeoefenaars.

 **Geneesheren in opleiding** zijn personen van wie het stageplan als geneesheer-specialist of algemeen geneeskundige door de FOD Volksgezondheid is erkend en die bij de Orde van geneesheren zijn ingeschreven.

HERGROEPING VAN DE NIET-MEDISCHE GEZONDHEIDSBEROEPEN

Sommige actieve beroepsbeoefenaars staan voor bepaalde specialismen dubbel geregistreerd (bandagist en verstreker van implantaten, bandagist en orthopedist, vroedvrouw en verpleegster, enz.). Om dubbele registraties te verwijderen zijn bepaalde beroepen gegroepeerd.

Apothekers: personen met een diploma van apotheker die een inschrijvingsnummer als apotheker hebben verkregen bij de FOD Volksgezondheid. In deze groep zijn de **apothekers-biologen** (apothekers die door de FOD Volksgezondheid erkend zijn om prestaties inzake klinische biologie te verrichten) de enige waarvan de activiteit individueel bij het RIZIV is geregistreerd.

Tandheelkundigen: ("tandartsen" in de tabellen): gediplomeerden in de tandheelkunde die door de bevoegde provinciale geneeskundige commissies voor tandheelkundigen (FOD Volksgezondheid) gemachtigd zijn om hun beroep uit te oefenen. Volgens de internationale richtlijnen zijn de geneesheren-specialisten in stomatologie die een erkenning als tandarts-stomatoloog hebben in deze categorie opgenomen vanaf het jaarverslag 2009. Dit was ook zo in de jaarverslagen tot 2006. In de jaarverslagen 2007 en 2008 waren ze opgenomen bij de geneesheren.

Vroedvrouwen: gediplomeerden die door de bevoegde provinciale geneeskundige commissies voor vroedvrouwen (FOD Volksgezondheid) gemachtigd zijn om hun beroep uit te oefenen en van wie daarboven bij het RIZIV bekend is dat ze hun beroep nog uitoefenen. Vroedvrouwen die ook een bekwaamheid van verpleegster hebben, zijn gegroepeerd in de groep verpleegkundigen-vroedvrouwen.

Verpleegkundigen: gediplomeerden die door de bevoegde provinciale geneeskundige commissies voor verpleegkundigen (FOD Volksgezondheid) gemachtigd zijn om hun beroep uit te oefenen en die door de Dienst voor geneeskundige verzorging ingeschreven zijn op de lijst van de verpleegkundigen. De verpleegkundigen die ook een bekwaamheid van vroedvrouw hebben, zijn gegroepeerd in de groep verpleegkundigen-vroedvrouwen.

Kinesitherapeuten: gediplomeerden in de kinesitherapie die erkend zijn door de FOD Volksgezondheid om hun beroep uit te oefenen.

Paramedici: personen erkend door de bevoegde erkenningsraden, die meerdere RIZIV-bevoegdheidscodes kunnen bezitten. Zij zijn hoofdzakelijk gegroepeerd in 2 categorieën om dubbels te vermijden:

- een categorie die materiaal kan afleveren: bandagisten, orthopedisten, verstrekkers van implantaten (enkel degenen die geen apotheker zijn), audiciens, opticiens of orthoptisten (enkel degenen die geen apotheker zijn)
- een categorie die geen materiaal aflevert: logopedisten en voortaan ook de ergotherapeuten.

In de tabellen waren de omschrijvingen van de 2 categorieën de voorbije jaren verkeerd maar de cijfers stemden overeen met de categorieën zoals hierboven gedefinieerd.


N.B.: Diëtisten en podologen hebben hun categorie behouden omdat er geen dubbels zijn.

Zorgkundigen: deze categorie die vanaf 2010 niet meer is opgenomen (zie hoger) omvatte de personen die specifiek zijn opgeleid om de verpleegkundigen onder hun toezicht bij te staan inzake zorgverlening, gezondheidsopvoeding en logistiek in het kader van door de verpleegkundige gecoördineerde activiteiten in een gestructureerde equipe.

c. Definitie van beroepsbeoefenaars met recht om prestaties te verrichten en actieve beroepsbeoefenaars

Het RIZIV maakt in de statistieken een onderscheid tussen de beroepsbeoefenaars die administratief gezien recht hebben om prestaties te verrichten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de actieve beroepsbeoefenaars. Die laatste worden geïdentificeerd op basis van bepaalde activiteitscriteria.

BEROEPSBEOEFENAARS MET HET RECHT OM PRESTATIES TE VERRICHTEN IN HET KADER VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING

 Dat een **beroepsbeoefenaar het recht heeft om prestaties te verrichten** in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging impliceert de volgende zaken:

- Zijn aangerekende prestaties geven recht op terugbetaling van de verzekering.
- Hij ontvangt de administratieve briefwisseling van het RIZIV.
- Hij kan getuigschriften van verstrekte hulp en voorschriften bestellen.

Tabellen 1 en 2 vermelden het aantal beroepsbeoefenaars dat op 31 december 2011 en 31 december 2012 bij het RIZIV is ingeschreven met het “recht om prestaties te verrichten”.

Beroepsbeoefenaars hebben het recht om prestaties te verrichten als ze ingeschreven zijn bij het RIZIV en als hen geen van de volgende situaties van inactiviteit werd toegekend: voorlopige erkenning, overleden, in buitenland, schorsing, schrapping, onderbreking of stopzetting. De beoefenaars in opleiding maken er dus theoretisch gezien deel van uit, maar ze worden apart geteld.



Statistieken over de aantallen van de verschillende subgroepen (bv. bandagisten, logopedisten, opticiens) blijven beschikbaar bij het RIZIV.

De gepensioneerde beroepsbeoefenaars die hun stopzetting niet aan het RIZIV hebben meege-deeld, hebben recht om prestaties te verrichten en worden meegeteld.

De beroepsbeoefenaars die op 31 december het recht hebben om prestaties te verrichten, wor-den opgedeeld volgens leeftijd:

- “65 en +”: de beroepsbeoefenaars van 65 jaar en ouder
- “- 65”: de beroepsbeoefenaars jonger dan 65 jaar.

ACTIVITEITSCRITERIA VAN DE ACTIEVE BEROEPSBEOEFENAARS

Bij de beroepsbeoefenaars zijn er verschillende activiteitsgraden op basis van:

- de kwantificering van de praktijken - de telling en de weging van patiëntencontacten (raad-plegingen, bezoeken, adviezen, enz.) en aktes (voorschrift van geneesmiddelen, verzorging, technische onderzoeken)
- de bijzondere praktijkcontext (stagemeeester, stagiair, medisch huis, ziekenhuis, geïntegreerde diensten, apotheek, enz.).


Een activiteitsgraad is te vergelijken met een activiteitsdrempel of gelijk te stellen met een derge-lijke vergelijking. Statuten (erkenning, accreditering, conventionering) kunnen verbonden worden aan een of meerdere activiteitsgraden.

In de verschillende tabellen worden de volgende activiteitscriteria toegepast:

- Beroepsbeoefenaars met “profielen”: beroepsbeoefenaars die tijdens het betreffende jaar meer dan 1 verstrekking hebben uitgevoerd krijgen een "profiel" bij het RIZIV.
- Sommige beroepsbeoefenaars hebben geen “profiel”, maar het RIZIV heeft hun activiteit wel geregistreerd. Dat is het geval voor actieve beroepsbeoefenaars (jonger dan 65 jaar) die wer-ken in een medisch huis (MH) dat het forfaitair betalingssysteem toepast, in een rust- en ver-zorgingstehuis (RVT), in een rustoord voor bejaarden (ROB) of in een openbare apotheek.

Als aan een van de criteria is voldaan, is de beroepsbeoefenaar in kwestie als “actieve beroepsbe-oefenaar” in de tabellen opgenomen.

De beroepsbeoefenaars moeten bovendien ook nog recht hebben om prestaties te verrichten op het einde van het bestudeerde jaar (niet geschrappt, niet vertrokken naar het buitenland, niet over-leden).

 Patiënten kunnen zich inschrijven in “medische huizen” die een akkoord hebben met de zie-kenfondsen. Het akkoord kan betrekking hebben op de raadplegingen en de bezoeken van huisartsen en/of kinesitherapie en/of thuisverpleging. Het medisch huis ontvangt een maandelijks forfaitair bedrag per ingeschreven patiënt. In de meeste gevallen zal de patiënt geen remgeld moeten betalen.

d. Telling van de beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten en de actieve beroepsbeoefenaars

De telling van de actieve beroepsbeoefenaars gedurende een bepaald jaar (bv. 2011) houdt slechts rekening met de beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten op 31 december van dat jaar.

De telling is gebaseerd op het rijksregisternummer, om overblijvende dubbele registraties te ver-mijden. Met andere woorden: personen die aan meerdere activiteitscriteria voldoen, zijn maar 1 keer meegeteld.

Tabel 1 - Beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten (31-12-2011 en 31-12-2012) en actieve beroepsbeoefenaars (2011) per beroepsgroep									
Specialismen/beroepen	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2011			Actief 2011	In opleiding 2011		Dichtheid 2011	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2012	
	65 en +	-65	Totaal	Aantal	Aantal	%	/10.000 inw.	Aantal	Evolutie 2011-2012
Geneesheren	7.875	33.391	41.266	32.182	4.493	14%	29,2	41.840	1%
Huisartsen	2.593	12.067	14.660	12.290	708	6%	11,1	14.799	1%
Kinderartsen	418	1.322	1.740	1.350	335	25%	1,2	1.765	1%
Gynaecologen	356	1.197	1.553	1.352	247	18%	1,2	1.582	2%
Psychiaters	543	1.637	2.180	1.865	292	16%	1,7	2.238	3%
Medische specialismen	2.118	8.546	10.664	8.866	1.593	18%	8,0	10.838	2%
Heelkundige specialismen	1.373	6.019	7.392	6.059	1.318	22%	5,5	7.523	2%
Niet-gespecialiseerde artsen	474	2.603	3.077	400	-	0%	0,4	3.095	1%
Niet-medische beroepen	9.214	141.205	150.419	93.180	203	0%	84,4	156.394	4%
Apothekers	2.167	12.953	15.120	12.845	-	0%	11,6	15.544	3%
Tandartsen	1.200	7.679	8.879	7.777	203	3%	7,0	9.031	2%
Verpleegkundigen en vroedvrouwen	2.802	81.119	83.921	44.836	-	0%	40,6	87.432	4%
Kinesitherapeuten	1.619	26.169	27.788	18.342	-	0%	16,6	28.560	3%
Paramedische beroepen	1.426	13.285	14.711	9.380	-	0%	8,5	15.827	8%
Algemeen totaal	17.089	174.596	191.685	125.362	4.696	4%	113,6	198.234	3%

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)

- **Recht om prestaties te verrichten:** zie punt c.
- **Actieve beroepsbeoefenaars:** Het aantal actieve beroepsbeoefenaars in de kolom "actief" komt overeen met de actieve beroepsbeoefenaars die aan een van de activiteitscriteria hierboven beantwoorden. Het gaat dus om de actieve beroepsbeoefenaars met meer dan 1 prestatie tijdens het jaar ("geattesteerde" praktijk), aangevuld met het aantal loontrekkende actieve beroepsbeoefenaars, voor zover hun prestaties individueel bij het RIZIV gekend zijn.
- **In opleiding:** De actieve beroepsbeoefenaars die op 31 december 2011 in opleiding zijn, worden afzonderlijk in de tabel opgenomen, op basis van hun toekomstig specialisme. Die parameter geeft de geneesheren of tandartsen in opleiding dus los van een eventuele activiteit. Het percentage is de verhouding tussen de actieve beroepsbeoefenaars in opleiding en de actieve beroepsbeoefenaars.
- **Dichtheid:** Dit stemt overeen met het aantal actieve beroepsbeoefenaars (zonder degenen in opleiding) per 10.000 inwoners. Het betreft de verhouding tussen het aantal actieve beroepsbeoefenaars en de totale bevolking gedeeld door 10.000.

Tabel 2 detailleert de beroepen, gebundeld per gelijksoortige bevoegdheidscode. Voor de geneesheren zijn de gemengde bevoegdheden gehandhaafd, voor zover actieve beroepsbeoefenaars ze specifiek uitoefenen (bijzonder profiel, kan niet met een ander specialisme worden gelijkgesteld).

Tabel 2 - Beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten (31-12-2011 en 31-12-2012) en actieve beroepsbeoefenaars (2011) per beroep/specialisme

Specialismen/beroepen	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2011			Actief 2011	In opleiding 2011		Dichtheid 2011	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2012	
	65 en +	-65	Totaal	Aantal	Aantal	%	/10.000 inw.	Aantal	Evolutie 2011-2012
Geneesheren	7.875	33.391	41.266	32.182	4.493	14%	29,2	41.840	1%
Huisartsen	2.593	12.067	14.660	12.290	708	6%	11,1	14.799	1%
Kinderartsen	418	1.322	1.740	1.350	335	25%	1,2	1.765	1%
Kinderartsen	412	1.267	1.679	1.297	335	26%	1,2	1.698	1%
Neuropediaters	6	55	61	53	-	0%	0,0	67	10%
Gynaecologen	356	1.197	1.553	1.352	247	18%	1,2	1.582	2%
Psychiaters	543	1.637	2.180	1.865	292	16%	1,7	2.238	3%
Psychiaters	340	1.515	1.855	1.697	292	17%	1,5	1.932	4%
Neuropsychiaters	203	122	325	168	-	0%	0,2	306	-6%
Medische specialismen	2.118	8.546	10.664	8.866	1.593	18%	8,0	10.838	2%
Algemeen inwendige geneeskunde	389	925	1.314	943	548	58%	0,9	1.326	1%
Inwendige en nucleaire geneeskunde	42	28	70	48	-	0%	0,0	70	0%
Geriaters	72	255	327	276	49	18%	0,3	291	-11%
Geriaters-Endocrinologen	1	15	16	16	-	0%	0,0	-	-100%
Endocrinologen	38	207	245	232	-	0%	0,2	263	7%
Medisch oncologen	12	190	202	195	34	17%	0,2	223	10%
Hematologen	9	112	121	116	-	0%	0,1	130	7%
Reumatologen	9	112	121	116	-	0%	0,1	130	7%
Reumatologie en fysische geneeskunde	58	189	247	212	12	6%	0,2	252	2%
Pneumologen	23	-	23	10	-	0%	0,0	22	-4%
Gastro-enterologen	54	451	505	458	47	10%	0,4	533	6%
Cardiologen	94	585	679	608	63	10%	0,6	701	3%
Neurologen	197	939	1.136	976	104	11%	0,9	1.163	2%
Fysische geneeskunde	24	451	475	451	104	23%	0,4	497	5%
Dermatologen	89	431	520	449	68	15%	0,4	533	3%
Neus-keel-oorartsen	168	605	773	687	75	11%	0,6	789	2%
Radiotherapeuten	153	555	708	614	84	14%	0,6	714	1%
Radiotherapeuten-nuclearisten	13	207	220	172	49	28%	0,2	216	-2%
Nucleaire geneeskunde	46	32	78	51	-	0%	0,0	76	-3%
Biologen	11	186	197	173	36	21%	0,2	206	5%
Biologie en nucleaire geneeskunde	172	298	470	272	47	17%	0,2	470	0%
Biologie en pathana	51	191	242	186	-	0%	0,2	239	-1%
Pathologische anatomie	34	9	43	19	-	0%	0,0	43	0%
Radiologen	55	291	346	282	48	17%	0,3	349	1%
Heelkundige specialismen	1.373	6.019	7.392	6.059	1.318	22%	5,5	7.523	2%
Anesthesiologen	286	1.963	2.249	1.770	422	24%	1,6	2.290	2%
Acute geneeskunde en urgentie-geneeskunde	6	331	337	307	164	53%	0,3	351	4%
Algemene heelkunde	430	1.246	1.676	1.281	275	21%	1,2	1.693	1%
Orthopedisten	218	877	1.095	943	181	19%	0,9	1.105	1%
Urologen	85	333	418	366	72	20%	0,3	430	3%
Neurochirurgen	31	173	204	177	42	24%	0,2	209	2%
Plastische chirurgen	42	226	268	224	48	21%	0,2	275	3%
Oftalmologische heelkunde	275	870	1.145	991	114	12%	0,9	1.170	2%

Tabel 2 - Beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten (31-12-2011 en 31-12-2012) en actieve beroepsbeoefenaars (2011) per beroep/specialisme (vervolg)									
Specialismen/beroepen	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2011			Actief 2011	In opleiding 2011		Dichtheid 2011	Recht om prestaties te verrichten 31/12/2012	
	65 en +	-65	Totaal	Aantal	Aantal	%	/10.000 inw.	Aantal	Evolutie 2011-2012
Niet-gespecialiseerde artsen	474	2.603	3.077	400	-	0%	0,4	3.095	1%
Andere niet-gespecialiseerde huisartsen	431	1.189	1.620	259	-	0%	0,2	1.594	-2%
Andere niet-gespecialiseerde of ongekende specialisatie	43	1.414	1.457	141	-	0%	0,1	1.501	3%
Niet-medische beroepen	9.214	141.205	150.419	93.180	203	0%	84,4	156.394	4%
Apothekers	2.167	12.953	15.120	12.845	-	0%	11,6	15.544	3%
Apothekers gerechtigden	801	5.119	5.920	5.119	-	0%	4,6	5.919	0%
Apothekers niet-gerechtigden	1.204	7.334	8.538	7.334	-	0%	6,6	8.955	5%
Apothekers-biologen	162	500	662	392	-	0%	0,4	670	1%
Tandartsen	1.200	7.679	8.879	7.777	203	3%	7,0	9.031	2%
Tandartsen	1.084	6.880	7.964	6.953	104	1%	6,3	8.086	2%
Paradontologen	-	145	145	139	22	16%	0,1	151	4%
Orthodontisten	25	401	426	399	42	11%	0,4	439	3%
Stomatologen	91	253	344	286	35	12%	0,3	355	3%
Verpleegkundigen en vroedvrouwen	2.802	81.119	83.921	44.836	-	0%	40,6	87.432	4%
Vroedvrouwen	453	3.625	4.078	2.006	-	0%	1,8	4.301	5%
Verpleegkundigen	1.627	69.850	71.477	38.758	-	0%	35,1	74.673	4%
Verpleegkundigen-vroedvrouwen	101	1.766	1.867	1.042	-	0%	0,9	1.995	7%
Verpleegassistenten	621	5.878	6.499	3.030	-	0%	2,7	6.463	-1%
Kinesitherapeuten	1.619	26.169	27.788	18.342	-	0%	16,6	28.560	3%
Paramedische beroepen	1.426	13.285	14.711	9.380	-	0%	8,5	15.827	8%
Diëtisten	13	2.038	2.051	778	-	0%	0,7	2.210	8%
Podologen	1	313	314	223	-	0%	0,2	354	13%
Logopedisten, audic., optic., orthopedisten	57	6.498	6.555	4.958	-	0%	4,5	7.340	12%
Bandag., orthoped., verstrekkers implantaten	1.355	4.436	5.791	3.421	-	0%	3,1	5.923	2%
Algemeen totaal	17.089	174.596	191.685	125.362	4.696	4%	113,6	198.234	3%

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)

e. Telling van de actieve beroepsbeoefenaars per jaar (2003-2011)

Bij de telling (tabel 3) is van 2003 tot 2011, jaar na jaar, rekening gehouden met alle actieve beroepsbeoefenaars die een "geattesteerde" praktijk hebben, binnen de groep beroepsbeoefenaars met het recht om prestaties te verrichten. Het jaarlijkse groeipercentage is berekend voor de periode 2003 tot 2011 volgens de geijkte formule.

Sinds het jaarverslag 2010 omvat de categorie van de apothekers naast de apothekers-biologen ook de loontrekkende apothekers (in openbare apotheken) van minder dan 65 jaar.

OPMERKING

"Actieve beroepsbeoefenaars" zijn beroepsbeoefenaars van wie men meer dan 1 getuigschrift per jaar terugvindt ("geattesteerde" praktijk). Er is geen rekening gehouden met:

- loontrekkende actieve beroepsbeoefenaars
- degenen die maar bepaalde jaren hebben geattesteerd
- beroepsbeoefenaars in opleiding
- degenen die zorg verlenen buiten de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (bepaalde homeopaten, osteopaten, enz.).

Tabel 3 - Aantal actieve beroepsbeoefenaars met een geattesteerde praktijk per specialisme/beroep - Evolutie 2003-2011

Specialismen/beroepen	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Jaarlijkse gemiddelde evolutie
Geneesheren	29.646	29.891	30.081	30.440	30.868	31.281	31.561	31.794	32.164	1,02%
Huisartsen	12.394	12.412	12.405	12.415	12.336	12.273	12.272	12.217	12.273	-0,12%
Kinderartsen	1.148	1.161	1.174	1.197	1.236	1.269	1.301	1.331	1.350	2,05%
Kinderartsen	1.148	1.161	1.174	1.197	1.236	1.220	1.251	1.281	1.297	1,54%
Neuropediaters	-	-	-	-	-	49	50	50	53	
Gynaecologen	1.183	1.203	1.211	1.233	1.265	1.317	1.331	1.346	1.352	1,68%
Psychiaters	1.771	1.797	1.803	1.840	1.855	1.891	1.914	1.932	1.865	0,65%
Psychiaters	568	1.356	1.469	1.516	1.547	1.593	1.626	1.656	1.697	14,66%
Neuropsychiaters	1.203	441	334	324	308	298	288	276	168	-21,81%
Medische specialismen	7.559	7.680	7.829	8.027	8.193	8.372	8.500	8.627	8.866	2,01%
Algemeen inwendige geneeskunde	1.716	1.720	1.713	1.542	1.319	1.328	1.276	959	943	-7,21%
Interne en nucleaire geneeskunde	71	69	66	64	59	57	57	52	48	-4,78%
Geriaters	-	-	-	210	219	225	237	262	276	
Geriaters-endocrinologen	1	1	1	1	15	15	16	16	16	41,42%
Endocrinologen	-	-	-	-	187	195	201	219	232	
Medisch oncologen	-	-	-	-	-	-	3	193	195	
Hematologen								112	116	
Reumatologen	206	206	209	208	208	203	204	205	212	0,36%
Reumatologie en fysische geneeskunde	16	13	11	12	10	10	10	10	10	-5,71%
Pneumologen	299	322	348	370	381	395	411	431	458	5,47%
Gastro-enterologen	386	407	443	461	488	523	588	605	608	5,84%
Cardiologen	761	779	802	826	898	922	942	959	976	3,16%
Neurologen	184	203	231	253	276	297	314	330	451	11,86%
Fysische geneeskunde	397	407	409	418	421	432	439	443	449	1,55%
Dermatologen	605	615	632	641	652	670	675	682	687	1,60%
Neus-keel-oorartsen	544	546	550	561	576	590	604	602	614	1,52%
Radiotherapeuten	130	136	138	144	149	152	158	166	172	3,56%
Radiotherapeuten-nuclearisten	69	67	65	64	59	60	56	54	51	-3,71%
Nucleaire geneeskunde	143	144	147	147	157	160	166	169	173	2,41%
Biologen	271	272	270	275	264	265	265	268	272	0,05%
Biologie en nucleaire geneeskunde	207	203	201	199	198	194	195	188	186	-1,33%
Biologie en pathana	37	32	31	28	26	26	21	22	19	-7,99%
Pathologische anatomie	237	245	251	259	262	264	266	276	282	2,20%
Radiologen	1.279	1.293	1.311	1.344	1.369	1.389	1.396	1.404	1.420	1,32%
Heelkundige specialismen	4.907	5.012	5.155	5.231	5.510	5.717	5.806	5.916	6.059	2,67%
Anesthesiologen	1.393	1.435	1.505	1.537	1.586	1.633	1.678	1.710	1.770	3,04%
Acute geneeskunde	-	-	-	-	150	244	257	306	307	
Algemene heelkunde	1.163	1.195	1.209	1.221	1.232	1.261	1.261	1.261	1.281	1,22%
Orthopedisten	823	828	857	869	893	902	917	930	943	1,72%
Urologen	311	315	322	328	339	342	352	355	366	2,06%
Neurochirurgen	129	138	141	149	155	161	163	169	177	4,03%
Plastische chirurgen	177	180	191	193	201	209	211	213	224	2,99%
Oftalmologische heelkunde	911	921	930	934	954	965	967	972	991	1,06%
Niet-gespecialiseerde artsen	684	626	504	497	473	442	437	425	399	-6,52%
Andere niet-gespecialiseerde huisartsen	684	626	356	346	316	292	282	268	259	-11,43%
Andere niet-gespecialiseerde of ongekende specialisatie	-	-	148	151	157	150	155	157	140	

Tabel 3 - Aantal actieve beroepsbeoefenaars met een geattesteerde praktijk per specialisme/beroep - Evolutie 2003-2011 (vervolg)

Specialismen/beroepen	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Jaarlijkse gemiddelde evolutie
Niet-medische beroepen	51.420	51.976	52.600	53.561	59.397	57.937	59.220	60.901	63.086	2,59%
Apothekers-biologen	374	364	367	364	363	388	383	389	392	0,59%
Tandartsen	7.680	7.712	7.694	7.748	7.677	7.663	7.655	7.675	7.777	0,16%
Tandartsen	7.421	7.451	7.440	7.484	6.934	6.881	6.859	6.862	6.953	-0,81%
Parodontologen	-	-	-	-	108	118	124	134	139	
Orthodontisten	-	-	-	-	375	395	392	394	399	
Stomatologen	259	261	254	264	260	269	280	285	286	1,25%
Verpleegkundigen en vroedvrouwen	20.129	20.782	21.564	22.477	23.159	23.978	24.814	25.849	27.215	3,84%
Vroedvrouwen	1.242	1.357	1.482	1.559	1.659	1.619	1.690	1.846	1.960	5,87%
Verpleegkundigen	16.791	17.388	18.099	18.955	19.613	20.464	21.268	22.118	23.344	4,20%
Verpleegkundigen-vroedvrouwen	715	743	768	768	767	819	821	876	923	3,24%
Verpleegassistenten	1.381	1.294	1.215	1.195	1.120	1.076	1.035	1.009	988	-4,10%
Kinesitherapeuten	17.338	17.317	17.310	17.451	17.544	17.716	17.786	18.003	18.325	0,69%
Paramedici	5.899	5.801	5.665	5.521	10.654	8.192	8.579	8.985	9.377	5,96%
Diëtisten	-	-	-	-	591	625	657	722	776	
Podologen	-	-	-	-	177	176	194	203	223	
Logopedisten, audic., optic., orthopedisten	2.034	2.040	2.023	2.005	6.415	4.237	4.456	4.683	4.958	11,78%
Bandag., orthoped., verstrekkers implantaten	3.865	3.761	3.642	3.516	3.471	3.154	3.272	3.377	3.420	-1,52%

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)

2. Uitgaven voor gezondheidszorg



De gegevens van 2012 zijn voorlopige gegevens. Voor 2013 stemmen de opgegeven bedragen overeen met de verschillende partiële begrotingsdoelstellingen die door de Algemene raad en het Verzekeringsscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV zijn vastgesteld op 24 april 2013.

Tabel 4 en grafiek 1 geven de evolutie, van 2009 tot 2013, van de jaarlijkse uitgaven voor de vergoeding van geneeskundige verzorging. Die informatie is uitgesplitst per type van verstrekking en omvat alle verzekeringsinstellingen (V.I.).

Ten opzichte van het jaarverslag 2011 zijn de gegevens voor 2011 in tabel 4 gewijzigd en dit naar aanleiding van wijzigingen aan de eigen uitgaven van het RIZIV.

Vanaf 1 januari 2008 hebben alle zelfstandigen in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging recht op terugbetaling van de kleine risico's. Daarvoor was dat maar voor een beperkt deel van de zelfstandigen het geval, namelijk de gehandicapten, de starters en de personen met inkomensgarantie voor ouderen (IGO). Men moet daarmee rekening houden bij de analyse van de uitgavenevolucie van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de jaren vóór 2008, het jaar 2008 en in de volgende jaren.

De uitgavenposten waarin kleine risico's zijn opgenomen (raadplegingen, bezoeken en adviezen van geneesheren, kinesitherapeuten, tandheeskundigen, verpleegkundigen, farmaceutische verstrekkingen, enz.) vertonen dan ook een belangrijke stijging ten opzichte van 2007, en dat zowel op het niveau van de uitgaven zelf, als op de niveaus van de remgelden, het aantal gevallen en het aantal dagen.

Het zijn dan ook voornamelijk de verstrekkingen waarin de kleine risico's vervat zitten die de stijgingen van de remgelden veroorzaken.

De uitgaven zijn in 10 hoofdrubrieken en in één rubriek “rest” gegroepeerd.

De rubriek “paramedische medewerkers” omvat:

- de verzorging door bandagisten, orthopedisten, opticiens en audiciens
- de implantaten en implanteerbare hartdefibrillatoren
- de verlossingen door vroedvrouwen.

De rubriek “andere verblijven” omvat de volgende posten:

- rust- en verzorgingstehuizen (RVT)
- rustoorden voor bejaarden (ROB)
- dagverzorgingscentra
- psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)
- initiatieven van beschut wonen
- revalidatie en herscholing
- medisch-pediatrie centra
- palliatieve zorgen en geïnterneerden.

De maximumfactuur (MAF) is een maatregel die erop gericht is de financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging te vergroten. Zodra de remgelden van bepaalde geneeskundige verstrekkingen, tijdens een kalenderjaar verleend aan een gezin met recht op de MAF, een bepaald grensbedrag overschrijden, is het remgeld van de gezinsleden voor de verstrekkingen die ze de rest van dat kalenderjaar genieten volledig vergoed. Er zijn 3 types MAF, met verschillende grensbedragen en regels, onder meer wat de gezinssamenstelling betreft. Die regels en grensbedragen bepalen de berekening van de MAF.

In de rubriek “rest” zijn de volgende prestaties opgenomen: dialyse, einde loopbaan, Bijzonder solidariteitsfonds, logopedie, andere kosten van verblijf en reiskosten, regularisaties en herfacturatie, chronische ziekten, palliatieve zorgen (patiënt), menselijk lichaamsmateriaal, multidisciplinaire eerstelijnszorg (SISD, COMA en therapeutische zorgen), multidisciplinaire teams rolwagens, tabaksontwenning, psychiatrisch verzorgingscircuit, Fonds verslaving, chronische ziekten extra, medische huizen, diversen (telematica apothekers, oncologische revalidatie, magistrale bereidingen (voorschrift op stofnaam), expertise gezondheidswet, financiering artsensyndicaten, kankerplan, project E-learning, transfer uitkeringsverzekering, eenmalige informaticapremie verpleegkundigen, thuisverpleging (sociaal akkoord), informaticapremie bandagisten, ROB/ROB/dagcentra (eenmalige informaticapremie), ROB/ROB/dagcentra (geriatrische verpleegkunde), PVT (sociaal akkoord), medische huizen (sociaal akkoord), Project PBNbis), MS/ALS/Huntington, zeldzame ziekten, sociaal akkoord, fonds voor medische ongevallen, compensatie uitgaven buiten doelstelling en bevrozing gereserveerde bedragen.



De details van de uitgaven voor de verstrekkingen in de rubriek “rest” zijn beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Wilt u meer weten > Statistieken van het RIZIV > Statistieken van de geneeskundige verzorging.

Tabel 4 - Jaarlijkse uitgaven voor alle verzekeringsinstellingen voor de periode 2009-2012 - Verdeling van de partiële begrotingdoelstellingen van 2013 volgens de verschillende categorieën van prestaties en/of zorgverleners (in duizenden EUR)

	2009	2010	2011	2012	Doelstelling 2013 (*)
Geneesheren	6.637.649	6.665.919	6.955.943	7.265.430	7.538.422
Verpleegkundigen	1.001.744	1.063.302	1.122.136	1.200.395	1.302.569
Tandartsen	733.995	756.408	775.562	804.462	841.457
Kinesitherapeuten	549.049	580.007	606.694	624.859	657.250
Farmaceutische verstrekkingen	4.120.388	4.249.222	4.395.249	4.366.572	4.250.645
Paramedische medewerkers	781.548	834.888	889.167	983.748	1.098.766
Ziekenhuisopname	4.711.393	4.836.026	5.207.108	5.428.277	5.781.279
Andere verblijven	2.665.194	2.847.789	3.042.726	3.194.114	3.410.919
MAF	304.212	326.335	329.653	328.002	372.949
Rest	916.628	666.523	753.146	788.993	1.422.330
Totaal	22.421.800	22.826.419	24.077.384	24.984.852	26.676.586

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)

(*) Doelstelling 2013 goedgekeurd door de Algemene raad op 22 april 2013

Grafiek 1 - Verdeling van de partiële begrotingdoelstellingen van 2013 volgens de verschillende categorieën van prestaties en/of van zorgverleners (in %)

Geneesheren	28,3	
Verpleegkundigen	4,9	
Tandartsen	3,2	
Kinesitherapeuten	2,5	
Farmaceutische verstrekkingen	15,9	
Paramedische medewerkers	4,1	
Ziekenhuisopname	21,7	
Andere verblijven	12,8	
MAF	1,4	
Rest	5,3	

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)

3. Persoonlijk aandeel

Tabel 5 en grafiek 2 bevatten voor 2009 tot 2011 de bedragen ten laste van patiënten (persoonlijk aandeel). Ze zijn berekend op basis van de officiële tarieven van de honoraria. De bedragen die de patiënt als honoraria betaalt bovenop die officiële tarieven (bv. bij niet-geconventioneerde zorgverleners) en de bedragen voor de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen zijn in deze tabel niet opgenomen.

De rubrieken zijn dezelfde als die van tabel 4, maar voor bepaalde verstrekkingen is er geen remgeldbedrag, bv. verblijven in RVT/ROB en de MAF. Zo bevat de rubriek "andere verblijven" in tabel 5 bijvoorbeeld enkel de remgelden voor verblijven inzake revalidatie en herscholing.

Tabel 5 - Jaarlijks persoonlijk aandeel van de patiënt (in duizenden EUR)

	2009	2010	2011
Geneesheren	749.168	742.894	752.481
Verpleegkundigen	7.672	7.821	8.133
Tandartsen	113.110	116.087	119.816
Kinesitherapeuten	141.519	144.536	150.083
Farmaceutische verstrekkingen	602.601	559.938	544.223
Paramedische medewerkers	116.935	129.711	144.987
Ziekenhuisopname	204.642	203.572	205.498
Andere verblijven	10.235	12.622	11.294
Rest	18.305	19.622	20.641
Totaal	1.964.187	1.936.803	1.957.156

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)

Grafiek 2 - Jaarlijks persoonlijk aandeel van de patiënt in 2011 (in %)

Geneesheren	38,4	
Verpleegkundigen	0,4	
Tandartsen	6,1	
Kinesitherapeuten	7,7	
Farmaceutische verstrekkingen	27,8	
Paramedische medewerkers	7,4	
Ziekenhuisopnames	10,5	
Andere verblijven	0,6	
Rest	1,1	

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)

4. Uitsplitsing volgens de situatie van de rechthebbende: ambulant of opgenomen in een ziekenhuis

Een interessante statistiek waarover het RIZIV beschikt, is de uitsplitsing van de uitgaven naargelang de rechthebbende ambulant wordt verzorgd of ter verpleging is opgenomen.

Tabel 6 en grafiek 3 omvatten, voor 2006 en 2011, de uitgaven die zijn gedaan voor de ambulante patiënten en voor de opgenomen patiënten, en ook het totaal.

Bepaalde uitgaven zijn onmogelijk uit te splitsen volgens het criterium "ambulant-opgenomen". Het gaat dan vooral om uitgaven voor geneeskundige verzorging die door het RIZIV zijn gedaan en waarvoor geen precieze link met een rechthebbende bestaat (uitgaven opgenomen in tabel 6bis). De uitsplitsing daarvan staat dus niet in tabel 6.

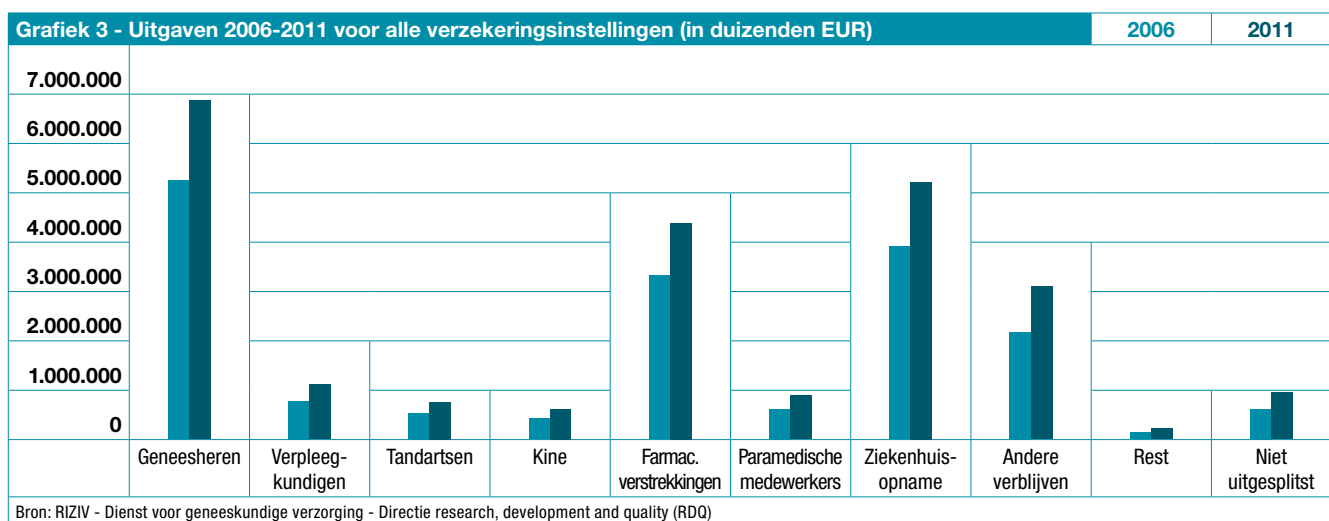
Van de totale uitgaven 2011 heeft 63,2% betrekking op ambulante patiënten en 36,8% op patiënten die in een ziekenhuis opgenomen zijn. Van 2006 tot 2011 is het aandeel van de uitgaven voor ambulante patiënten gestegen van 60,9% naar 63,2%, wat neerkomt op een stijging met 2,3 procentpunten.

Tabel 6 gebruikt dezelfde indeling in rubrieken als tabellen 4 en 5.

+
De uitsplitsing "ambulant-opgenomen" is afhankelijk van de toestand van de patiënt en hangt dus niet af van de plaats waar de verstrekking is uitgevoerd. Zo gebeuren sommige ambulante verstrekkingen in een ziekenhuis, maar zonder opname.

Tabel 6 - Uitgaven van 2006 en 2011 voor alle verzekeringsinstellingen (in duizenden EUR)									2006	2011
	Ambulant		%		Gehospitaliseerd		%		Totaal	
Geneesheren	3.376.208	4.514.781	64,4	66,0	1.869.949	2.327.851	35,6	34,0	5.246.157	6.842.632
Verpleegkundigen	786.595	1.122.136	100,0	100,0	-	-	0,0	0,0	786.595	1.122.136
Tandartsen	538.810	760.218	99,7	99,7	1.590	2.057	0,3	0,3	540.400	762.275
Kinesitherapeuten	377.462	550.849	90,4	91,8	39.962	49.033	9,6	8,2	417.424	599.882
Farmaceutische verstrekkingen	2.721.904	3.810.189	82,4	87,0	580.184	569.136	17,6	13,0	3.302.088	4.379.325
Paramedische medewerkers	240.438	385.867	39,2	43,4	373.203	503.300	60,8	56,6	613.641	889.167
Ziekenhuisopname	184.752	294.576	4,7	5,7	3.719.152	4.912.532	95,3	94,3	3.903.904	5.207.108
Andere verblijven	2.074.747	2.968.651	95,3	95,7	101.263	132.516	4,7	4,3	2.176.010	3.101.167
Rest	136.021	212.360	94,9	96,8	7.261	7.116	5,1	3,2	143.282	219.476
Totaal	10.436.937	14.619.627	60,9	63,2	6.692.564	8.503.541	39,1	36,8	17.129.501	23.123.168
Niet uitgesplitst									610.676	954.216
Algemeen totaal									17.740.177	24.077.384

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)



Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)

Tabel 6bis geeft het detail en de evolutie van 2006 naar 2011 van de rubriek "niet uitgesplitst" weer.

Tabel 6 bis - Verdeling van de rubriek "niet uitgesplitst" van tabel 6 (in duizenden EUR)

	2006	2011
Honoraria van geneesheren		
Accreditering	12.891	10.617
Forfait medisch dossier	1.238	0
Forfait telematica (1)	5.159	6.547
Kwaliteitscontrole klinische biologie (2)	1.829	9.075
Beschikbaarheidshonoraria	7.055	64.252
Medische huizen (3)	36.386	84.834
Tandheelkundigen - Accreditering	9.380	13.287
Einde loopbaan	43.964	98.023
Regularisaties + Herfacturatie	-93.591	-99.826
MAF	288.916	329.653
Multidisciplinaire eerstelijnszorg	436	1.424
Loonharmonisering RVT	254.095	284.128
Syndicale premie	2.120	4.293
RVT/ROB/Dagcentra: eenmalige informaticapremie	0	17
RVT/ROB/Dagcentra: geriatrische verpleegkunde	0	15
Kinesitherapeuten - Forfait telematica (1)	4.322	6.812
Zorgvernieuwing	2.077	13.474
Multidisciplinaire teams rolwagens	164	535
Tabaksontwenning	0	837
Impulso I + II + III	553	6.908
Praktijkondersteuning huisartsgeneeskunde	0	15.912
Geïnterneerden	17.352	30.863
Provisioneel bedrag sociaal akkoord	4.886	18.076
Inhaalbedragen ziekenhuizen	864	0
Algologie (art. 56)	55	0
2 ^e pijler pensioenfonds verstrekkers	8.306	0
Herceptine (art. 56)	2.219	0
Pneumokokkenvaccin (art. 56)	0	15.924
Magistrale bereidingen (voorschrift op stofnaam)	0	220
AIDS	0	0
Oncologische revalidatie	0	0
Vinca-project verpleegkundigen	0	0
Eenmalige informaticapremie verpleegkundigen	0	8.903
Project zorgkundigen begeleiding (art. 56)	0	0
Verpleegkundigen - Thuisverpleging: sociaal akkoord	0	5.058
Palliatieve dagcentra	0	277
Psychiatrische verzorgingstehuizen: sociaal akkoord	0	245
Fonds verslaving	0	3.000
Expertise gezondheidswet	0	1.078
eHealth	0	0
Dading klinische biologie laboratoria	0	0
Financiering artsensyndicaten	0	1.085
Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	1.774
Telematica apothekers (1)	0	1.778
Chronisch zieken - MS/ALS/Huntington	0	6.432
Medische huizen: sociaal akkoord	0	2.391
Toekomstfonds	0	0

Tabel 6 bis - Verdeling van de rubriek "niet uitgesplitst" van tabel 6 (in duizenden EUR) (vervolg)

	2006	2011
Kankerplan	0	851
Project E-Learning	0	617
Transfer uitkeringsverzekering	0	4.810
Informaticapremie bandagisten	0	17
Totaal	610.676	954.216
Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)		
(1) Hulp van het RIZIV aan de zorgverlener om zich te informatiseren		
(2) Controle van de laboratoria klinische biologie		
(3) Vroeger waren deze uitgaven opgenomen in de rubrieken: geneesheren, verpleegkundigen en kinesitherapeuten		

5. Uitgaven, ledentallen, gemiddelde kostprijs per regeling, leeftijd en geslacht

De statistieken van tabel 7 bevatten per regeling, per leeftijdscategorie en per geslacht de volgende gegevens:

- de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging in 2011
- de leden van de ziekenfondsen (ledentallen) in 2011
- de berekende gemiddelde kostprijzen per rechthebbende in 2011
- de evolutie van de gemiddelde kostprijzen van 2010 naar 2011 en van 2009 naar 2011.

Bovendien is er in de algemene regeling een onderscheid gemaakt al naargelang de verzekerden al dan niet recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (ook voorkeurregeling genoemd).

abc De **verhoogde tegemoetkoming** zorgt ervoor dat bepaalde categorieën van rechthebbenden een lagere persoonlijke bijdrage (remgeld) betalen bij een ziekenhuisverblijf, voor een raadpleging van een geneesheer of voor geneesmiddelen.

Bij de zelfstandigen is dat onderscheid niet gemaakt. De verhoogde tegemoetkoming is immers vooral belangrijk voor het raadplegen van een zorgverlener en het voorschrijven van geneesmiddelen. Aangezien het aantal rechthebbende zelfstandigen ook kleiner is, zouden de aantallen per leeftijdscategorie, uitgesplitst over mannen en vrouwen, statistisch soms ook te klein zijn.



Sinds het boekjaar 2005 ontvangt het RIZIV nieuwe boekhoudkundige documenten en statistieken van de V.I. Daardoor is het mogelijk om de statistieken in dit punt ook op te splitsen volgens de leeftijd en het geslacht van de verzekerden. Daarvoor was een opsplitsing enkel mogelijk volgens de regeling waartoe de verzekerden behoren.

Tabel 7 - Uitgaven, ledentallen, gemiddelde kostprijs en evolutie van de gemiddelde kostprijs - Per regeling, leeftijd en geslacht

Uitgaven in 2011 (in duizenden EUR)									
Leeftijd	VROUWEN					MANNEN			Algemeen totaal
	Algemene regeling		Regeling der zelfstandigen		Totaal	Totaal			
	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling					
0 tot 9 jaar	300.386	384.642	107.305	151.333	943.666	33.636	45.318	78.954	1.022.619
10 tot 19 jaar	283.139	273.975	129.681	150.393	837.188	38.369	37.786	76.155	913.343
20 tot 29 jaar	564.925	308.537	181.405	158.702	1.213.569	38.592	27.430	66.022	1.279.591
30 tot 39 jaar	763.210	422.720	226.308	211.919	1.624.157	66.872	59.480	126.352	1.750.510
40 tot 49 jaar	799.306	624.302	346.608	307.059	2.077.275	89.704	124.219	213.923	2.291.199
50 tot 59 jaar	1.014.760	943.864	475.023	412.975	2.846.623	113.702	176.429	290.131	3.136.754
60 tot 69 jaar	1.055.094	1.179.211	577.673	488.203	3.300.180	113.286	155.996	269.282	3.569.463
70 tot 79 jaar	1.170.991	1.200.220	864.065	546.159	3.781.435	161.286	149.774	311.060	4.092.495
80 tot 89 jaar	1.207.591	790.165	1.374.057	507.153	3.878.966	216.810	139.633	356.443	4.235.409
90 jaar en +	318.476	117.287	491.072	103.384	1.030.220	80.329	26.001	106.330	1.136.550
Totaal	7.477.879	6.244.924	4.773.196	3.037.280	21.533.279	952.586	942.067	1.894.653	23.427.932

Ledentallen van de rechthebbenden in 2011									
Leeftijd	VROUWEN					MANNEN			Algemeen totaal
	Algemene regeling		Regeling der zelfstandigen		Totaal	Totaal			
	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling					
0 tot 9 jaar	437.231	457.206	79.058	83.732	1.057.227	50.247	53.081	103.328	1.160.555
10 tot 19 jaar	444.892	462.468	93.153	98.884	1.099.397	57.489	60.113	117.602	1.216.999
20 tot 29 jaar	533.461	536.859	79.705	68.551	1.218.576	44.305	53.935	98.240	1.316.816
30 tot 39 jaar	561.413	549.361	74.670	57.934	1.243.378	54.694	92.395	147.089	1.390.467
40 tot 49 jaar	598.169	583.050	92.298	69.775	1.343.292	77.126	130.969	208.095	1.551.387
50 tot 59 jaar	564.665	544.888	105.609	77.175	1.292.337	68.249	111.055	179.304	1.471.641
60 tot 69 jaar	436.492	429.498	115.966	82.112	1.064.068	43.330	55.463	98.793	1.162.861
70 tot 79 jaar	299.299	273.581	128.925	72.862	774.667	36.569	30.127	66.696	841.363
80 tot 89 jaar	172.066	120.019	129.630	51.146	472.861	26.633	18.438	45.071	517.932
90 jaar en +	26.344	11.838	31.671	7.492	77.345	5.709	2.281	7.990	85.335
Totaal	4.074.032	3.968.768	930.685	669.663	9.643.148	464.351	607.857	1.072.208	10.715.356

Gemiddelde kostprijs per rechthebbende in 2011 (in EUR)									
Leeftijd	VROUWEN					MANNEN			Algemeen totaal
	Algemene regeling		Regeling der zelfstandigen		Totaal	Totaal			
	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling					
0 tot 9 jaar	687,02	841,29	1.357,29	1.807,35	892,59	669,41	853,75	764,11	881,15
10 tot 19 jaar	636,42	592,42	1.392,12	1.520,91	761,50	667,41	628,59	647,56	750,49
20 tot 29 jaar	1.058,98	574,71	2.275,95	2.315,09	995,89	871,05	508,57	672,04	971,73
30 tot 39 jaar	1.359,45	769,48	3.030,77	3.657,94	1.306,25	1.222,66	643,76	859,02	1.258,94
40 tot 49 jaar	1.336,26	1.070,75	3.755,31	4.400,71	1.546,41	1.163,08	948,46	1.028,01	1.476,87
50 tot 59 jaar	1.797,10	1.732,22	4.497,94	5.351,15	2.202,69	1.665,99	1.588,66	1.618,10	2.131,47
60 tot 69 jaar	2.417,21	2.745,56	4.981,40	5.945,57	3.101,48	2.614,50	2.812,61	2.725,72	3.069,55
70 tot 79 jaar	3.912,45	4.387,08	6.702,07	7.495,80	4.881,37	4.410,46	4.971,43	4.663,85	4.864,13
80 tot 89 jaar	7.018,18	6.583,67	10.599,84	9.915,79	8.203,18	8.140,66	7.573,12	7.908,49	8.177,54
90 jaar en +	12.089,14	9.907,70	15.505,42	13.799,22	13.319,80	14.070,60	11.398,93	13.307,88	13.318,68
Totaal	1.835,50	1.573,52	5.128,69	4.535,54	2.233,01	2.051,44	1.549,82	1.767,06	2.186,39

Tabel 7 - Uitgaven, ledentallen, gemiddelde kostprijs en evolutie van de gemiddelde kostprijs - Per regeling, leeftijd en geslacht (vervolg)

Evolutie van de gemiddelde kostprijs per rechthebbende van 2010 tot 2011 (2010=100)										VROUWEN - MANNEN	
Leeftijd	Algemene regeling				Regeling der zelfstandigen			Algemeen totaal			
	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling	Totaal		Totaal						
0 tot 9 jaar	104,33	103,39	95,01	98,03	104,03	104,11	104,15	104,12	103,97		
10 tot 19 jaar	102,37	104,03	100,03	96,34	103,84	105,93	103,29	104,60	103,88		
20 tot 29 jaar	102,20	101,48	100,14	99,27	103,40	101,89	101,50	101,88	103,30		
30 tot 39 jaar	103,14	103,49	97,85	97,67	104,33	104,89	103,11	103,88	104,39		
40 tot 49 jaar	103,18	103,35	98,44	98,02	104,61	105,36	105,27	105,26	104,70		
50 tot 59 jaar	103,31	103,93	103,18	102,97	104,10	102,51	103,21	102,91	103,98		
60 tot 69 jaar	103,44	102,91	105,01	105,28	103,87	103,24	105,00	104,29	103,94		
70 tot 79 jaar	103,17	102,81	105,58	105,70	103,67	102,83	102,89	102,84	103,62		
80 tot 89 jaar	102,68	101,64	105,91	105,62	103,71	102,53	105,65	103,70	103,71		
90 jaar en +	104,53	102,55	104,88	107,05	104,16	104,28	104,24	104,02	104,14		
Totaal	104,43	104,28	100,85	100,14	104,55	103,08	104,05	103,52	104,47		

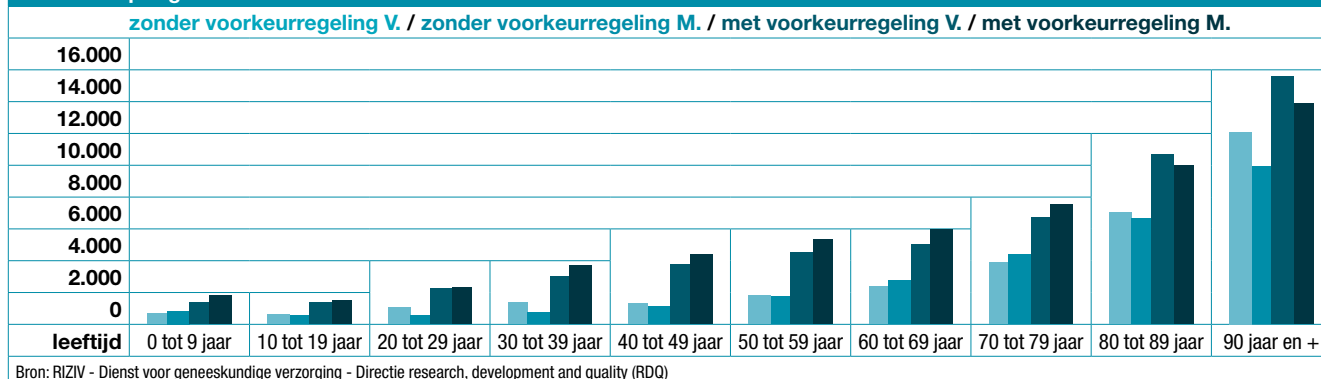
Evolutie van de gemiddelde kostprijs per rechthebbende van 2009 tot 2011 (2009=100)										VROUWEN - MANNEN	
Leeftijd	Algemene regeling				Regeling der zelfstandigen			Algemeen totaal			
	Zonder voorkeurregeling	Met voorkeurregeling	Totaal		Totaal						
0 tot 9 jaar	105,12	103,35	93,50	92,89	105,01	104,37	102,86	103,54	104,76		
10 tot 19 jaar	101,44	104,44	96,87	97,02	104,65	106,83	106,54	106,70	104,76		
20 tot 29 jaar	101,72	100,73	98,77	94,35	103,88	98,73	104,31	101,23	103,65		
30 tot 39 jaar	105,12	106,34	95,44	94,15	107,22	106,78	102,51	104,41	107,17		
40 tot 49 jaar	103,94	104,96	98,09	94,19	106,39	107,21	108,59	107,91	106,56		
50 tot 59 jaar	104,36	104,95	106,81	103,86	105,82	104,66	104,99	104,81	105,72		
60 tot 69 jaar	103,62	104,01	109,46	108,92	105,41	106,61	103,82	105,09	105,44		
70 tot 79 jaar	104,25	104,13	108,41	110,03	105,36	104,15	105,15	104,60	105,32		
80 tot 89 jaar	103,52	102,76	108,82	108,25	105,28	103,46	107,16	104,82	105,25		
90 jaar en +	104,59	103,63	107,03	108,17	104,80	102,42	98,07	100,98	104,40		
Totaal	106,40	106,77	101,37	99,22	106,92	104,14	105,07	104,51	106,72		

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)

Bij de opsplitsing volgens geslacht en leeftijd van de rechthebbenden is men uitgegaan van de nieuwe statistische gegevens met betrekking tot de ledentallen, op basis van de SIS-kaart. Sinds 1 januari 2007 zijn de oude statistieken definitief vervangen door de nieuwe.

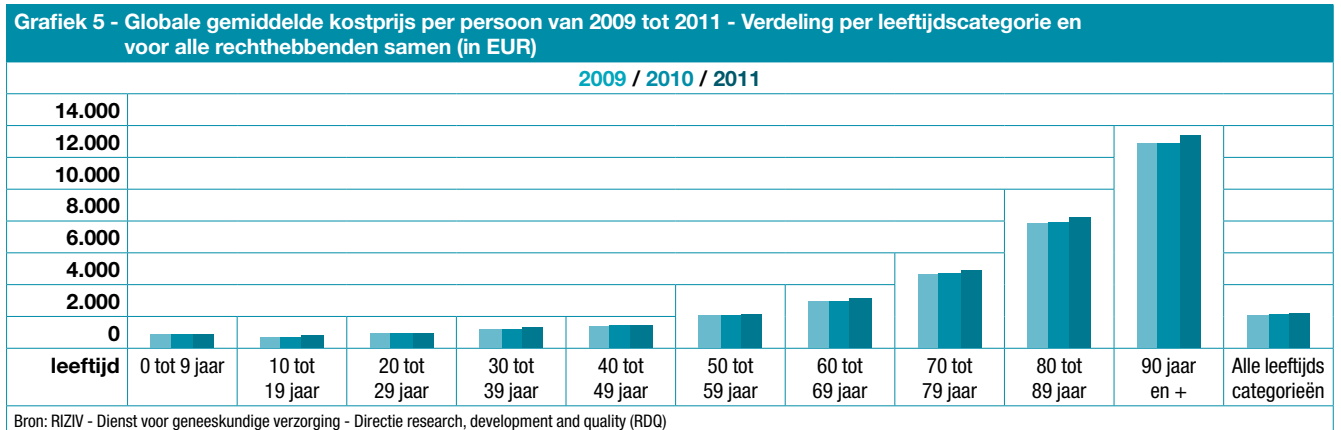
Grafiek 4 bevat de gegevens van de gemiddelde kostprijs 2011 voor de algemene regeling, uitgesplitst per geslacht, met of zonder voorkeurregeling, en per leeftijd.

Grafiek 4 - Gemiddelde kostprijs voor de algemene regeling in 2011 - Verdeling zonder / met voorkeurregeling, per leeftijd en per geslacht



Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)

Grafiek 5 bevat de globale gemiddelde kostprijs per persoon van 2009 tot 2011, per leeftijdscategorie en voor alle rechthebbenden samen.



6. Terugbetaalde bedragen en aantal akten inzake de voorschriften en verstrekkingen van geneesheren en tandheeskundigen

Tabellen 8 en 9 geven een overzicht van de terugbetaalde bedragen en van het aantal akten voor:

- de voorgeschreven technische handelingen
- de verrichte verstrekkingen.

De voorgeschreven technische handelingen en de verrichte verstrekkingen betreffen de algemeen geneeskundigen, de geneesheren-specialisten in opleiding, de geneesheren-specialisten en de tandheeskundigen tijdens het boekjaar 2011.

De tabellen vermelden de bedragen en akten voor ambulante en gehospitaliseerde patiënten apart en geven ook de totalen (ambulant + gehospitaliseerd).

Tabel 8 bevat het terugbetaalde bedrag, gegenereerd door geneesheren of tandheeskundigen, en het aantal geneesheren of tandheeskundigen dat daarbij betrokken is. Die laatste vermelding is nodig omdat het aantal van die zorgverleners dat aan de basis ligt van de voorschriften of de verstrekkingen, schommelt.

Daarnaast bevat tabel 8, voor een vergelijking met de voorgeschreven technische handelingen, ook de bedragen inzake de voorgeschreven farmaceutische specialiteiten en het aantal betrokken geneesheren of tandheeskundigen.

Bij de voorgeschreven technische handelingen zijn de voorschriften inzake klinische biologie, medische beeldvorming, synthesemateriaal, kinesitherapie, en verpleegkunde de belangrijkste categorieën.

De hoofding “tandheeskundigen” groepeert de zorgverleners die de kwalificatie van geneesheer-specialist in de stomatologie hebben en diegenen die de kwalificatie van tandarts-stomatoloog hebben. De bedragen en akten voor de tandheeskundigen bevatten dus ook die voor de stomatologieverstrekkingen.

Tabel 8 - Terugbetaalde bedragen (in EUR) inzake de voorschriften van technische handelingen en de verstrekkingen - boekjaar 2011

	Algemeen geneeskundigen	Geneesh. -specialisten in opleiding	Geneesheren-specialisten	Totaal geneesheren	Tandheelkundigen
Voorschriften technische handelingen	Bedragen - Aantal voorschrijvers				
Ambulante patiënten	1.186.494.813,87 17.832	59.412.941,12 3.352	1.311.426.312,23 22.641	2.557.334.067,22 43.825	11.447.082,32 4.446
Gehospitaliseerde patiënten	15.933.642,51 7.335	36.947.375,93 3.082	780.313.979,77 16.908	833.194.998,21 27.325	2.688.167,72 463
Totaal - Voorschriften technische handelingen	1.202.428.456,38 18.072	96.360.317,05 3.439	2.091.740.292,00 23.111	3.390.529.065,43 44.622	14.135.250,04 4.493
Voorgescreven farmaceutische specialiteiten	Bedragen - Aantal voorschrijvers				
	1.856.775.293 19.409	44.399.624 3.638	856.010.350 24.491	2.757.185.267 47.538	10.192.629 8.208
Verstrekkingen	Bedragen - Aantal zorgverleners				
Ambulante patiënten	1.149.033.861,79 13.506	3.104.001,20 1.191	3.020.413.420,50 19.648	4.172.551.283,49 34.345	817.081.406,70 7.997
Gehospitaliseerde patiënten	10.493.727,36 3.083	9.186.326,67 1.253	1.755.913.578,45 16.809	1.775.593.632,48 21.145	10.129.731,67 1.031
Totaal - Verstrekkingen	1.159.527.589,15 13.561	12.290.327,87 1.454	4.776.326.998,95 19.890	5.948.144.915,97 34.905	827.211.138,37 7.999


Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)

Tabel 9 bevat het aantal akten, voorgeschreven en verricht door geneesheren en tandheelkundigen, met uitzondering van de farmaceutische specialiteiten.

Tabel 9 - Uitsplitsing van het aantal akten inzake voorschriften technische handelingen en verstrekkingen - boekjaar 2011

	Algemeen geneeskundigen	Geneesheren-specialisten in opleiding	Geneesheren-specialisten	Totaal geneesheren	Tandheelkundigen
Voorschriften technische handelingen	Aantal akten - Aantal voorschrijvers				
Ambulante patiënten	212.575.409 17.832	7.611.283 3.352	137.990.850 22.641	358.177.542 43.825	523.716 4.446
Gehospitaliseerde patiënten	5.559.493 7.335	12.298.874 3.082	92.748.377 16.908	110.606.744 27.325	133.029 463
Totaal - Voorschriften technische handelingen	218.134.902 18.072	19.910.157 3.439	230.739.227 23.111	468.784.286 44.622	656.745 4.493
Verstrekkingen	Aantal akten - Aantal zorgverleners				
Ambulante patiënten	57.671.265 13.506	152.285 1.191	201.934.652 19.648	259.758.202 34.345	29.437.040 7.997
Gehospitaliseerde patiënten	614.481 3.083	198.197 1.253	101.587.571 16.809	102.400.249 21.145	147.853 1.031
Totaal - Verstrekkingen	58.285.746 13.561	350.482 1.454	303.522.223 19.890	362.158.451 34.905	29.584.893 7.999


Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Directie research, development and quality (RDQ)

 Tabellen met detailinformatie over de uitgaven en akten per categorie van voorschriften of verstrekkingen zijn beschikbaar op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Wilt u meer weten? > Statistieken van het RIZIV > Statistieken van de geneeskundige verzorging.

7. Voorschriften van farmaceutische specialiteiten

Tabel 10 geeft de bedragen weer die door de verzekering voor geneeskundige verzorging in 2011 terugbetaald zijn voor voorschriften van farmaceutische specialiteiten.

De bedragen zijn uitgesplitst per grote ATC-klasse (Anatomical Therapeutic Chemical classification) en per type voorschrijver: algemeen geneeskundigen, geneesheren-specialisten in opleiding, geneesheren-specialisten en tandheelkundigen.

 De ingezamelde gegevens slaan enkel op de **terugbetaalde voorgeschreven** farmaceutische specialiteiten, **afgeleverd in publieke apotheken**.

Zijn dus niet opgenomen in de gegevens:

- magistrale geneesmiddelen
- vrij verkochte geneesmiddelen
- geneesmiddelen die wel onderworpen zijn aan de voorschriftplicht maar die niet terugbetaald zijn
- geneesmiddelen die in principe wel terugbetaald zijn, maar die in werkelijkheid zonder terugbetaling zijn afgeleverd
- geneesmiddelen afgeleverd in ziekenhuizen.

Tabel 10 - Terugbetaalde bedragen voor de voorschriften van farmaceutische specialiteiten (in EUR) - Verdeling volgens de ATC-klassen (afleveringsjaar 2011) (1)						
ATC		Algem. geneeskundigen	Geneesheren-specialisten	Geneesheren-specialisten in opleiding	Tandheelkundigen	Totaal
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling (bv. maagproblemen, diabetes)	210.819.056	66.698.296	4.030.741	220.879	281.768.972
B	Bloed en bloedvormende organen (bv. antistollingsmiddelen)	96.782.058	48.643.048	4.836.423	87.924	150.349.453
C	Hart vaatstelsel (bv. hoge bloeddruk, cholesterol)	582.624.430	59.227.811	4.715.592	468.238	647.036.070
D	Dermatologische preparaten (bv. schimmeldodende middelen, acne)	18.130.292	12.708.942	489.094	36.412	31.364.740
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen (contraceptiva)	19.159.526	10.548.176	464.719	31.543	30.203.965
H	Systemische hormoonpreparaten, geslachtshormonen uitgezonderd	44.439.958	39.012.885	2.509.777	71.881	86.034.501
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik (bv. antibiotica, aids, vaccins)	155.279.618	101.980.915	8.124.467	6.732.325	272.117.324
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen (bv. kanker, antibraakmiddelen)	75.939.833	295.612.222	6.912.914	62.155	378.527.125
M	Skeletspierstelsel (bv. ontstekingsremmers)	83.237.888	14.179.717	1.186.254	1.921.143	100.525.002
N	Zenuwstelsel (bv. antidepressiva)	352.020.874	129.564.667	7.652.136	295.444	489.533.120
P	Antiparasitaire middelen	657.073	511.414	54.546	59.904	1.282.937
R	Ademhalingsstelsel (bv. astma, chronische obstructieve brochopneumopathie: COPD)	187.149.601	41.639.275	2.097.786	168.749	231.055.411
S	Zintuiglijke organen (bv. geneesmiddelen voor de ogen)	10.861.386	30.563.923	975.388	33.741	42.434.438
V	Diverse middelen (bv. zuurstof)	19.673.700	5.119.059	349.786	2.291	25.144.837
	Totaal	1.856.775.293	856.010.350	44.399.624	10.192.629	2.767.377.896

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Afdeling Farmanet


(1) Enkel de door de verzekering voor geneeskundige verzorging terugbetaalde bedragen



De totale kostprijs van farmaceutische specialiteiten is de som van het deel dat de verzekering voor geneeskundige verzorging terugbetaalt en van de persoonlijke aandelen van de patiënten.

EVOLUTIE 2007-2011

Tabel 11 geeft de evolutie over de periode 2007-2011 van de terugbetaalde bedragen, de remgelden, de DDD en de gemiddelde kost.

 De DDD (Defined Daily Doses of gemiddelde dagdosissen) geven een indicatie van de evolutie van het volume. Het aantal DDD stemt overeen met een raming van het aantal dagen behandeling, berekend volgens een gemiddelde dagelijkse posologie, door de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) gedefinieerd.

De gemiddelde kost is de verhouding terugbetaalde bedragen / DDD en geeft de kostprijs weer per behandelingsdag voor de verzekering voor geneeskundige verzorging.

De totalen voor 2011 van tabel 11 zijn een beetje hoger dan de totalen in tabel 10, omdat voor een deel van de gegevens de kwalificatie van de voorschrijver niet kon worden bepaald. Die gegevens komen dan ook niet voor in tabel 10.

Tabel 11 - Voorschriften van farmaceutische specialiteiten - Verdeling volgens de ATC-klassen

	Bedragen terugbetaald door de verzekering (in EUR)	2007	2008	2009	2010	2011
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	240.659.973	279.705.354	278.415.495	271.769.652	282.167.627
B	Bloed en bloedvormende organen	136.984.317	154.572.824	167.080.505	155.770.853	150.660.343
C	Hart vaatstelsel	563.254.966	625.355.528	646.713.945	651.806.934	647.884.025
D	Dermatologische preparaten	25.194.911	28.083.790	27.150.841	30.522.242	31.470.410
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	32.945.126	33.390.554	30.984.229	31.311.743	30.270.386
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	66.409.453	73.988.308	75.731.668	82.951.269	86.137.662
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	212.844.204	267.082.459	262.656.771	262.794.023	272.823.293
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	261.521.250	316.006.596	343.136.991	365.913.919	379.068.926
M	Skeletspierstelsel	100.485.217	107.388.025	99.573.539	101.204.437	100.743.443
N	Zenuwstelsel	397.668.685	443.147.506	455.151.608	469.528.049	491.044.943
P	Antiparasitaire middelen	715.914	824.307	855.150	1.146.921	1.286.015
R	Ademhalingsstelsel	200.186.286	218.351.840	228.904.297	226.490.011	231.386.372
S	Zintuiglijke organen	27.782.110	30.982.641	32.306.247	39.052.433	42.574.355
V	Diverse middelen	26.409.858	26.952.634	26.868.189	26.190.405	25.408.843
	Totaal	2.293.062.271	2.605.832.365	2.675.529.474	2.716.452.891	2.772.926.641
	Remgeld (in EUR)	2007	2008	2009	2010	2011
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	53.612.983	59.491.844	55.676.857	50.008.374	49.966.326
B	Bloed en bloedvormende organen	23.578.874	25.834.962	26.947.811	20.756.326	19.729.310
C	Hart vaatstelsel	159.150.834	167.543.724	163.016.218	150.876.395	145.343.244
D	Dermatologische preparaten	6.882.467	7.308.974	6.864.571	6.866.370	6.841.054
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	34.119.352	34.362.015	30.839.633	24.558.548	20.622.687
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	5.245.837	5.714.018	5.519.785	5.394.983	5.302.122
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	56.523.686	62.347.331	61.580.869	54.926.862	52.572.205
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	1.922.963	2.203.631	2.338.356	2.519.164	2.826.208
M	Skeletspierstelsel	32.015.938	33.980.263	32.814.109	27.852.739	24.864.660
N	Zenuwstelsel	96.417.485	104.016.001	100.291.274	95.839.200	96.519.372
P	Antiparasitaire middelen	216.297	249.118	257.846	261.625	269.737
R	Ademhalingsstelsel	72.988.826	80.138.201	84.177.677	78.766.806	79.194.203
S	Zintuiglijke organen	7.093.761	7.802.765	7.943.528	8.206.130	8.653.595
V	Diverse middelen	237.564	239.329	220.809	226.607	230.842
	Totaal	550.006.867	591.232.177	578.489.343	527.060.128	512.935.565
	DDD (in EUR)	2007	2008	2009	2010	2011
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	414.467.002	488.352.508	534.159.805	575.277.996	606.561.097
B	Bloed en bloedvormende organen	83.755.419	139.656.774	321.094.174	357.303.111	380.888.750
C	Hart vaatstelsel	1.590.970.480	1.776.299.518	1.868.216.705	1.925.932.305	1.954.474.114
D	Dermatologische preparaten	23.068.741	25.594.597	25.451.310	25.484.910	25.726.121
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	295.157.175	304.778.026	294.618.058	281.550.154	272.343.351
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	135.033.298	150.610.140	156.388.831	161.361.331	165.288.439
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	110.805.580	122.203.452	126.571.533	125.935.066	129.258.697
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	38.962.407	44.078.319	46.229.525	47.941.189	49.928.480
M	Skeletspierstelsel	219.349.695	240.654.612	243.271.420	242.905.112	246.541.030
N	Zenuwstelsel	403.472.083	446.097.068	464.845.508	486.861.873	509.068.617
P	Antiparasitaire middelen	1.494.117	1.734.936	1.849.328	1.946.998	2.046.724
R	Ademhalingsstelsel	344.693.903	374.374.304	393.055.593	404.667.648	421.805.386
S	Zintuiglijke organen	70.436.619	74.614.081	72.897.768	74.497.380	73.824.440
V	Diverse middelen	1.491.868	1.549.389	1.558.979	1.618.197	1.629.293
	Totaal	3.733.158.386	4.190.597.724	4.550.208.538	4.713.283.269	4.839.384.540

Tabel 11 - Voorschriften van farmaceutische specialiteiten - Verdeling volgens de ATC-klassen (vervolg)

	Gemiddelde kost (terugbetaalde bedragen/DDD) (in EUR)	2007	2008	2009	2010	2011
A	Maagdarmkanaal en stofwisseling	0,58	0,57	0,52	0,47	0,47
B	Bloed en bloedvormende organen	1,64	1,11	0,52	0,44	0,40
C	Hartvaatstelsel	0,35	0,35	0,35	0,34	0,33
D	Dermatologische preparaten	1,09	1,10	1,07	1,20	1,22
G	Urogenitaal stelsel en geslachtshormonen	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11
H	Systemische hormoonpreparaten, uitgezonderd geslachtshormonen	0,49	0,49	0,48	0,51	0,52
J	Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	1,92	2,19	2,08	2,09	2,11
L	Cytostatica en immunomodulerende middelen	6,71	7,17	7,42	7,63	7,59
M	Skeletspierstelsel	0,46	0,45	0,41	0,42	0,41
N	Zenuwstelsel	0,99	0,99	0,98	0,96	0,96
P	Antiparasitaire middelen	0,48	0,48	0,46	0,59	0,63
R	Ademhalingsstelsel	0,58	0,58	0,58	0,56	0,55
S	Zintuiglijke organen	0,39	0,42	0,44	0,52	0,58
V	Diverse middelen	17,70	17,40	17,23	16,18	15,60

Bron: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging - Afdeling Farmanet

In 2007 en 2008 is het stijgingspercentage van de terugbetaalde bedragen (uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging) opnieuw op een niveau vergelijkbaar met de jaren vóór 2005 (+6,3% en +7,8%). Dit na enkele jaren van dalende uitgaven (in 2005 en 2006), hoofdzakelijk te wijten aan budgettaire maatregelen die in de sector genomen zijn en die geleid hebben tot vermindering van de kosten van geneesmiddelen.

In 2008 is het stijgingspercentage eigenlijk 13,6%, maar een deel van die stijging heeft te maken met de uitbreiding van de kleine risico's van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging tot de zelfstandigen. De echte stijging bedraagt 7,8%.

Het stijgingspercentage van de uitgaven in 2009, 2010 en 2011 is nog altijd positief, maar ligt een stuk lager (+2,7%, +1,5% en + 2,1%).

Twee factoren bepalen de globale evolutie van de uitgaven:

- de evolutie van de gemiddelde kost
- de evolutie van het volume (DDD).

EVOLUTIE VAN DE GEMIDDELDE KOST

De gemiddelde kost van bepaalde ATC-klassen stijgt sterk. Het gaat onder meer over de klassen waarin nieuwe specialiteiten op de markt komen, die toelaten om nieuwe patiënten te behandelen of die oude, meestal minder dure therapieën vervangen. De nieuwe geneesmiddelen brengen procentueel de hoogste stijging van de uitgaven mee in de klasse L (cytostatica en immunomodulerende middelen).

De gemiddelde kost van andere klassen daalt, zoals:

- de klasse A (maagdarmkanaal en stofwisseling): het gevolg van budgettaire maatregelen (referentierugbetaling, daling van de prijs van oude geneesmiddelen) en van de stijgende concurrentie van generische geneesmiddelen in die klassen
- de klasse B (bloed en bloedvormende organen): het gevolg van de terugbetaling, vanaf 2008, van aspirine ter preventie van hart- en vaatrisico's (met een zeer lage kost per DDD).

EVOLUTIE VAN HET VOLUME

Er is meestal een stijging qua volume.

De volumestijgingen zijn het hoogst in de volgende klassen:

- A (vooral maagzuurremmers en orale antidiabetica)
- B (aspirine ter preventie van hart- en vaatrisico's)
- C (bepaalde hartvaatgeneesmiddelen: calciumantagonisten en ACE-remmers en geneesmiddelen tegen cholesterol)
- L (immunosuppressiva: TNF-alfa remmers en overige immunosuppressiva)
- N (antidepressiva).

Ondanks de verlaging van de gemiddelde kost, liggen de uitgaven voor de klassen A, B en C een stuk hoger in 2011 dan in 2007. Dit komt door de volumestijgingen.

De sterke stijging van de uitgaven in de klasse J (antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik), voornamelijk in 2007 en 2008, is voor een groot deel toe te schrijven aan de terugbetaling van twee nieuwe vaccins: in 2007 het vaccin tegen het rotavirus en in 2008 het vaccin tegen het menselijk papillomavirus.


II. Statistieken van de uitkeringen

1. Algemene regeling


a. Algemene regeling - Primaire arbeidsongeschiktheid

Tabel 1 - Aantal vergoede dagen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2007-2011					
Vergoede dagen - Uitgaven					
	2007	2008	2009	2010	2011
Arbeiders	18.862.630 687.737.665	20.053.616 761.435.221	20.462.553 816.880.914	21.384.468 873.002.273	22.620.901 938.272.906
Bedienden	8.012.462 311.045.879	8.526.485 346.221.223	8.970.743 393.341.296	9.519.927 412.380.602	10.075.193 458.510.160
Verbeteringen vorige dienstjaren	-108.488	-6.248	1.158	-1.796	-2.706
Algemeen totaal	26.875.092 998.675.055	28.580.101 1.107.650.196	29.433.296 1.210.223.367	30.904.395 1.285.381.079	32.696.094 1.396.780.361
Evolutie t.o.v. vorig jaar	10,48% 11,83%	6,34% 10,91%	2,99% 9,26%	5,00% 6,21%	5,80% 8,67%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

 De eerste periode van arbeidsongeschiktheid wordt “primaire uitkeringsperiode” genoemd. Na één jaar ziekte komt de gerechtigde, die nog als arbeidsongeschikt erkend is, in een periode van invaliditeit (zie cijfers onder punt c).

Tabel 1 geeft het aantal dagen en bedragen weer dat werd uitgekeerd tussen 2007 en 2011 voor de perioden van primaire ongeschiktheid volgens de sociale stand. Het aantal dagen en de uitgekeerde bedragen ligt beduidend hoger bij arbeiders dan bij bedienden. Twee factoren kunnen deze trend verklaren.

- De periode van het gewaarborgd loon, die korter is voor arbeiders dan voor bedienden.
 -  Het gewaarborgd loon is de periode waarin de werknemer nog wordt doorbetaald door de werkgever. Deze periode duurt 14 dagen voor de arbeiders en 30 dagen voor de bedienden. Arbeiders zijn dus vlugger ten laste van de uitkeringsverzekering.
- De aard van de arbeid die beide beroepsgroepen verrichten. Arbeiders voeren vaker fysiek zwaardere en gevaarlijkere taken uit dan een bediende. De kans om een letsel op te lopen of een ongeval te krijgen met een periode van arbeidsongeschiktheid tot gevolg, ligt dan ook hoger bij arbeiders.

Tabel 1 geeft ook percentages die de evolutie tegenover het vorige dienstjaar weergeven.

Tabel 2 - Aantal beëindigde ziektegevallen volgens de duur van arbeidsongeschiktheid - Evolutie 2007-2011						
Duur in dagen	2007	2008	2009	2010	2011	% 2011
1 - 14 dagen	44.037	43.340	45.165	41.534	41.621	10,06%
15 - 98 dagen	224.995	229.588	217.828	223.181	230.138	55,60%
99 - 337 dagen	81.810	85.014	87.108	90.536	95.573	23,09%
338 - 365 dagen	34.072	38.266	41.547	43.824	46.571	11,25%
Totaal	384.914	396.208	391.648	399.075	413.903	100,00%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 2 geeft weer hoe lang een gerechtigde arbeidsongeschikt is in een periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Deze tabel verdeelt de uitgekeerde gevallen volgens de in dagen uitgedrukte, totale duur van de erkende arbeidsongeschiktheid. Enkel de gevallen waarvan de arbeidsongeschiktheid een einde nam in de jaren 2007 tot en met 2011 mogen opgeteld worden in een categorie met bepaalde duur. De gevallen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid niet verder reikt dan het gewaarborgde loon (14 dagen voor de arbeiders en 30 dagen voor de bedienden) en die bijgevolg niet vergoed zijn door de uitkeringsverzekering, zijn niet opgenomen in deze cijfers. Indien de arbeidsongeschiktheid verder reikt dan het gewaarborgde loon, wordt het geval voor de ganse duur van de arbeidsongeschiktheid in aanmerking genomen.

De gevallen met een duur van minder dan vijftien dagen zijn voornamelijk werklozen. De werklozen hebben geen recht op gewaarborgd loon en zijn dus vanaf de 1ste dag ten laste van de uitkeringsverzekering. Deze groep vertegenwoordigt 10,06% van het totaal aantal gevallen.

De meeste primaire arbeidsongeschikten zijn tussen de 15 en 98 dagen werkonbekwaam (55,60%). Binnen de 3 maanden hervat de meerderheid van de arbeidsongeschikten zijn beroepsactiviteiten. Daarna neemt het aantal arbeidsongeschikten gestaag af (23,09% of 95.573 gevallen met een duur tussen 99 en 337 dagen).

De laatste periode in primaire arbeidsongeschiktheid die slechts 1 maand bedraagt, bevat 11,25% van het aantal gevallen. Deze gerechtigden, die bijna een jaar lang arbeidsongeschikt zijn, hebben ernstige gezondheidsproblemen. Binnen deze groep zullen er waarschijnlijk veel in invaliditeit treden.

Tabel 3 - Gemiddelde uitkeringsduur per geval (in dagen) en gemiddeld aantal ziektegevallen per 1.000 gerechtigden - Evolutie 2007-2011										
Gemiddelde uitkeringsduur per geval - Gemiddeld aantal ziektegevallen										
	2007		2008		2009		2010		2011	
Arbeiders	64,04	137,85	66,61	144,61	71,20	147,47	72,14	144,46	73,70	148,20
Bedienden	70,50	57,64	72,10	60,32	73,85	61,81	76,11	65,37	77,00	67,47
Totaal	65,84	99,57	68,15	104,11	71,98	106,12	73,33	106,20	74,68	109,19

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

De tabel 3 toont

- de gemiddelde uitkeringsduur per geval in de periode van primaire ongeschiktheid
- het gemiddeld aantal ziektegevallen per 1000 gerechtigden.


De duur van de periode van gewaarborgd loon (arbeiders: 14 dagen, bedienden: 1 maand) en de aard van het werk verklaren de verschillen tussen de cijfers voor arbeiders en bedienden.

b. Algemene regeling - Moederschap

Tabel 4 - Aantal vergoede dagen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2007-2011										
Nombre de jours - Dépenses										
	2007		2008		2009		2010		2011	
Periode van moederschapsrust										
Arbeidsters	2.599.608	110.280.515	2.670.647	117.905.846	2.653.312	121.439.792	2.616.754	119.776.526	2.577.144	119.135.377
Bedienden	4.353.750	251.595.797	4.512.036	272.963.281	4.533.616	284.373.093	4.633.219	293.609.263	4.612.798	300.093.854
Totaal	6.953.358	361.876.311	7.182.683	390.869.127	7.186.928	405.812.885	7.249.973	413.385.789	7.189.942	419.229.232
Periode van werkverwijdering										
Arbeidsters	548.251	15.646.257	542.159	16.449.901	534.097	15.933.809	618.112	23.989.934	729.386	35.017.007
Bedienden	1.371.627	44.114.049	1.403.942	47.882.444	1.408.552	49.666.484	1.717.433	78.867.440	1.919.316	113.775.420
Totaal	1.919.878	59.760.306	1.946.101	64.332.345	1.942.649	65.600.293	2.335.545	102.857.374	2.648.702	148.792.427
Totaal ten laste van de uitkeringsverzekering (1)	1.411.320		1.462.487		1.466.591		2.335.545		2.648.702	
Vaderschapsverlof	386.759	32.934.836	413.069	36.319.896	392.314	35.550.511	402.648	36.711.043	411.460	38.422.978
Adoptieverlof	8.663	650.251	8.342	641.977	11.676	931.692	12.281	1.001.957	11.179	920.011
Verbeteringen vorige dienstjaren		30		1.695		114		1.104		0
Algemeen totaal	9.268.658	455.221.734	9.550.195	492.165.040	9.533.567	507.895.494	10.000.447	553.957.267	10.261.283	607.364.647
Evolutie t.o.v. vorig jaar	1,84%	4,01%	3,04%	8,12%	-0,17%	3,20%	4,90%	9,07%	2,61%	9,64%
Invaliditeit	78.073	3.398.135	82.960	3.748.476	92.782	4.354.970	104.821	5.071.995	117.209	5.859.140
(1) Aantal dagen ten laste van de uitkeringsverzekering na aftrek van de dagen die het Fonds voor beroepsziekten (FBZ) uiteindelijk uitkeert.										
(2) Vanaf 1 januari 2010 vallen de gevallen van werkverwijdering als gevolg van zwangerschap, die tot dan onder de bevoegdheid van het FBZ vielen, ten laste van het RIZIV. Algemeen genomen, krijgen de zwangere werknemers die van het werk verwijderd zijn vanaf deze datum een daguitkering gelijk is aan 78,237% van hun gederfde loon (beperkt tot het plafond van de uitkeringsverzekering). Deze maatregel betreft enkel de werkverwijdering als gevolg van zwangerschap en de gerechtigden die van het werk verwijderd zijn door borstvoeding ontvangen nog steeds een uitkering van 60% van het gederfde loon (beperkt tot het plafond van de uitkeringsverzekering).										
Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken										

Tabel 4 bevat:

o **Uitgaven betreffende de moederschapsverzekering**

 De **moederschapsverzekering** heeft tot doel tijdens de periode van moederschapsbescherming een vervangingsinkomen te verlenen. De periode van voorbevallingsrust neemt op verzoek van de betrokkene een aanvang, ten vroegste van de zesde week vóór de vermoedelijke datum van bevalling. De nabevallingsrust strekt zich uit over een periode van negen weken die aanvangt op de dag van de bevalling.

Indien de moederschapsrust zich situeert in een periode waarin de gerechtigde invalide is, worden de dagen en de bijhorende uitgaven afzonderlijk opgegeven. In 2011 bedroegen de uitgaven voor deze beperkte groep 117.209 aantal dagen voor 5.859.140 EUR. Dit bedrag is beperkt in verhouding tot de uitgekeerde bedragen in moederschapsrust: 7.189.942 dagen voor 419.229.232 EUR.

o **Uitgaven betreffende de werkverwijdering**

De arbeidswet van 16 maart 1971 legt aan de werkgever bepaalde verplichtingen op die van toepassing zijn wanneer de werknemers zwanger is. Wanneer bij de uitoefening van haar werk, risico's worden vastgesteld, dient de blootstelling aan dat de risico te worden vermeden. De werknemers kan in die periode van het werk worden verwijderd en heeft daardoor recht op een vergoeding. De vergoede dagen en bedragen belopen 2.648.702 dagen en 148.792.427 EUR. De sterke stijging in het aantal uitgekeerde dagen en bedragen in 2010 en 2011 is hoofdzakelijk toe te wijzen aan de overheveling van bevoegdheden van FBZ naar het RIZIV inzake werkverwijdering vanaf 1 januari 2010. Hierdoor gebeurde er een aanpassing aan het uitbetalingspercentage van de prenatale werkverwijdering van 60% naar 78,237%.

o Uitgaven voor vaderschapverlof

Vanaf 1 juli 2002 is de regeling van het vaderschapsverlof van kracht. Dit verlof bedraagt 10 dagen waarvan de eerste 3 door de werkgever worden betaald. De overige 7 dagen geven geen recht meer op loon maar worden gedekt door een uitkering die door het ziekenfonds wordt uitbetaald. Die ingevoerde maatregel is dan ook succesvol.

o Uitgaven voor adoptieverlof

Vanaf 25 juli 2004 heeft de werknemer die een kind in zijn gezin onthaalt in het kader van een adoptie, recht op een adoptieverlof. Het verlof duurt maximum 6 weken indien het kind bij het begin van dit verlof de leeftijd van 3 jaar niet heeft bereikt. Het verlof bedraagt 4 weken in de andere gevallen. Het recht op adoptieverlof loopt af op het moment dat het kind de leeftijd van 8 jaar bereikt. Net als het vaderschapsverlof, kent het adoptieverlof in het algemeen een groeiend succes.

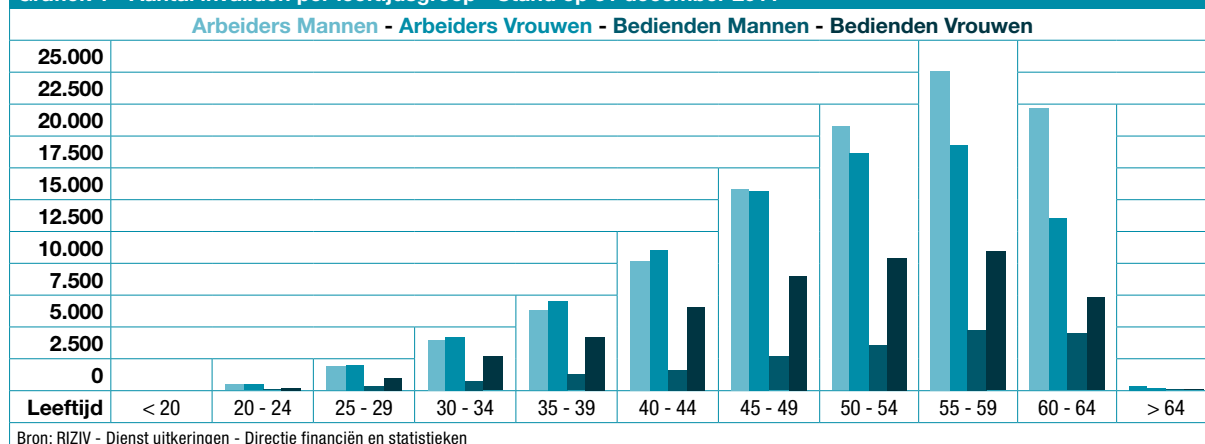
c. Algemene regeling - Invaliditeit

Tabel 5 - Aantal invaliden per leeftijdsgroep - Stand op 31 december 2011

Leeftijdsgroep	Arbeiders Mannen	Arbeiders Vrouwen	Bedienden Mannen	Bedienden Vrouwen	Totaal
< 20	6	1	1	1	9
20 - 24	494	494	60	222	1.270
25 - 29	1.907	2.045	293	1.028	5.273
30 - 34	3.976	4.125	735	2.589	11.425
35 - 39	6.253	6.955	1.215	4.186	18.609
40 - 44	10.148	10.962	1.681	6.487	29.278
45 - 49	15.704	15.608	2.597	8.990	42.899
50 - 54	20.577	18.610	3.536	10.381	53.104
55 - 59	24.991	19.203	4.678	10.808	59.680
60 - 64	22.078	13.458	4.497	7.244	47.277
> 64	304	196	77	98	675
Totaal	106.438	91.657	19.370	52.034	269.499

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Grafiek 1 - Aantal invaliden per leeftijdsgroep - Stand op 31 december 2011



Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 6 - Aantal invaliden per ziektegroep op 31 december - Evolutie 2007-2011

Ziektegroep	2007	2008	2009	2010	2011
1. Besmettelijke en parasitaire ziekten	2.024	2.108	2.131	2.217	2.248
2. Gezwollen	13.592	14.266	15.103	16.083	16.742
3. Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	5.308	5.430	5.598	5.733	5.865
4. Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	390	392	413	433	447
5. Psychische stoornissen	74.054	78.112	83.247	88.535	92.899
6. Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	13.821	14.347	14.883	15.512	16.149
7. Ziekten van het hart vaatstelsel	19.372	19.216	19.427	19.571	19.549
8. Ziekten van de ademhalingswegen	5.664	5.562	5.669	5.689	5.736
9. Ziekten van het spijsverteringsstelsel	6.052	6.143	6.247	6.404	6.532
10. Ziekten van het urogenitaal systeem	2.002	2.009	2.042	2.110	2.230
11. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	436	510	523	481	509
12. Ziekten van de huid en de celweefsels	1.203	1.241	1.320	1.375	1.441
13. Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	58.032	60.595	65.146	69.583	74.192
14. Congenitale afwijkingen	1.510	1.536	1.577	1.602	1.614
15. Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	27	26	19	19	21
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	4.895	4.884	5.260	5.427	5.605
17. Ongevalsletsels en vergiftigingen	15.302	15.776	16.538	17.080	17.635
Niet bepaald	0	0	66	81	85
Totaal	223.684	232.153	245.209	257.935	269.499

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 6 geeft het aantal invaliden op 31 december van de voorbije vijf jaar volgens de ziektegroep waarin de invalide erkend is.

De belangrijkste ziektegroepen zijn de groepen 5, 13 en 7. Op 31 december 2011 bedroegen de percentages van invaliden in deze ziektegroepen respectievelijk 34,47%, 27,53% en 7,25%. In de periode van 2007 tot 2011 kan worden vastgesteld dat het aantal invaliden dat kampt met psychische stoornissen (psychosen, persoonlijkheidsstoornissen, enz.) sterk is toegenomen. Ook de ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel (rugaandoeningen, reuma, enz.) blijven een belangrijke oorzaak van invaliditeit. De ziekten in verband met hart en vaatstelsel (hartinfarct, hartritmestoornissen, hypertensie, trombose enz.) zijn de derde belangrijkste ziektegroep maar nemen in belang af terwijl het aantal gezwollen (borstkanker, leukemie, enz.) elk jaar verhoogt.

Tabel 7 - Aantal vergoede dagen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2007-2011

Vergoede dagen - Uitgaven										
	2007		2008		2009		2010		2011	
Arbeiders - Mannen	28.923.219	1.123.689.505	29.419.743	1.206.384.896	30.038.025	1.273.293.957	31.044.786	1.360.194.604	31.986.210	1.448.912.519
Arbeiders - Vrouwen	20.223.113	626.904.104	21.442.092	708.151.910	23.083.667	791.921.571	24.783.478	882.872.162	26.389.299	981.465.297
Arbeiders - Totaal	49.146.332	1.750.593.609	50.861.835	1.914.536.806	53.121.692	2.065.215.528	55.828.264	2.243.066.766	58.375.509	2.430.377.816
Bedienden - Mannen	5.625.374	230.751.140	5.750.355	246.481.645	5.882.803	260.683.664	6.095.739	280.751.592	6.301.884	298.539.953
Bedienden - Vrouwen	12.339.713	408.064.739	13.105.756	460.639.527	14.228.675	520.069.015	15.433.034	588.344.540	16.534.566	656.694.933
Bedienden - Totaal	17.965.087	638.815.879	18.856.111	707.121.172	20.111.478	780.752.679	21.528.773	869.096.131	22.836.450	955.234.886
Subtotaal	67.111.419	2.389.409.488	69.717.946	2.621.657.979	73.233.170	2.845.968.207	77.357.037	3.112.162.897	81.211.959	3.385.612.702
Allerlei	-1.142	9.705	1.207	135.221	-208	-5.038	-467	-6.771	-308	-405
Algemeen totaal	67.110.277	2.389.419.193	69.719.153	2.621.793.199	73.232.962	2.845.963.169	77.356.570	3.112.156.126	81.211.651	3.385.612.297
Evolutie t.o.v. vorig jaar	3,57%	5,51%	3,89%	9,73%	5,04%	8,55%	5,63%	9,35%	4,98%	8,79%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 7 geeft het aantal dagen en bedragen weer dat uitgekeerd is in invaliditeit vanaf 2007 tot en met 2011.

Uit deze cijfers blijkt duidelijk dat het aantal dagen dat uitgekeerd is in invaliditeit een constante groei kent sinds de laatste jaren. Deze trend hangt samen met de gestage groei van het aantal invaliden. De volgende redenen kunnen de trend verklaren:

- **De verhoging van de pensioenleeftijd van de vrouwen**

De pensioenleeftijd van de vrouwen werd geleidelijk aan gelijkgeschakeld met die van de mannen en de gelijkheid is bereikt in 2009. De verhoging van de pensioenleeftijd voor de vrouwen heeft tot gevolg dat vrouwen langer in invaliditeit kunnen blijven of tot op latere leeftijd in invaliditeit kunnen treden.

- **De groei van de participatiegraad van vrouwen op het arbeidsmarkt**

De afgelopen jaren is vastgesteld dat de participatie van de vrouwen op de arbeidsmarkt sterk is toegenomen en dit tot op hogere leeftijd. De samenleving evolueert meer en meer naar een tweeverdienersmodel waarbij zowel de man als de vrouw deel nemen aan het arbeidsproces. Het aantal uitkeringsgerechtigden die sociale bijdragen betaalt en dat ook in aanmerking komt om arbeidsongeschikt te worden, stijgt dus.

- **De vergrijzing van de bevolking**

De veroudering van de Belgische bevolking is een feit. De groei van de bevolking, zowel bij de mannen als bij de vrouwen is het sterkst, in de leeftijdscategorie tussen de 50 en 59 jaar. In de jongere leeftijdscategorieën is er een dalende trend. Aangezien arbeidsongeschiktheid een fenomeen van ouderen is, leidt het toenemend aantal oudere gerechtigden, tot meer arbeidsongeschiktheid en invaliditeit.

o Preventie

Er treden belangrijke verschuivingen op in de ziektebeelden die leiden tot invaliditeit. Onder andere door de vooruitgang van de medische wetenschap kunnen bepaalde ziekten goed worden behandeld. Dit is het geval voor hart- en vaatziekten. Daartegenover staat een forse toename van invaliden die lijden aan psychische stoornissen, gezwellen en ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel.

De task force arbeidsongeschiktheid heeft bij zijn werkzaamheden het belang van een preventiebeleid en een snelle terugkeer naar tewerkstelling onderstreept. De aanbevelingen van deze task force verwijzen naar de oprichting van een werkgroep met als doel een algemeen kader uit te werken voor een preventiebeleid inzake arbeidsongeschiktheid.

De Beheerscomité van de Dienst Uitkeringen heeft reeds een aantal initiatieven goedgekeurd:

- o een samenwerking met Prevent
- o een overeenkomst met de VDAB, FOREM en ACTIRIS op het vlak van de herscholing van langdurig arbeidsongeschikten om de terugkeer naar de arbeidsmarkt te vereenvoudigen. Het blijft echter een uitdaging voor de toekomst om deze systemen van herinschakeling verder te promoten en uit te breiden

2. Regeling zelfstandigen

a. Regeling zelfstandigen - Primaire arbeidsongeschiktheid

Tabel 1 - Aantal vergoede dagen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2007-2011					
Vergoede dagen - Uitgaven					
	2007	2008	2009	2010	2011
Zelfstandigen	1.587.435 46.829.600	1.644.862 52.929.902	1.778.291 60.039.977	1.823.674 63.655.478	1.881.217 68.221.999
Meehelpende echtgenoten	130.050 3.564.961	122.580 3.644.218	118.101 3.663.219	117.192 3.813.663	120.945 4.138.005
Algemeen totaal	1.717.485 50.394.561	1.767.442 56.574.107	1.896.392 63.703.196	1.940.866 67.469.141	2.002.162 72.360.020
Evolutie t.o.v. vorig jaar	0,88% 15,08%	2,91% 12,26%	7,30% 12,60%	2,35% 5,91%	3,16% 7,25%

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

abc Het eerste jaar arbeidsongeschiktheid wordt “primaire uitkeringsperiode” genoemd. Na 1 jaar ziekte komt de gerechtigde die nog arbeidsongeschikt erkend is, in een periode van invaliditeit.

De tabel 1 geeft het aantal dagen en bedragen weer dat werd uitgekeerd in de jaren 2007 - 2011 voor de periode van primaire ongeschiktheid volgens het type van zelfstandige.

In 2011 nam, ten opzichte van 2010, het aantal uitkeringsdagen toe met 61.296 (+3,16%). (zelfstandigen met 57.543 (+3,16%) en meehelpende echtgenoot met 3.753 (+3,20%)). De stijging van de uitgaven in 2011 ten opzichte van 2010 met 7,25% is veroorzaakt door de toename van het aantal dagen en de herwaardingen van de forfaits van primaire arbeidsongeschiktheid in 2011.



Voor het project “back to work” (activering en herinschakeling van arbeidsongeschikten) heeft de Dienst voor uitkeringen en beroep gedaan op de diensten van “Prevent”. De Prevent groep is ISO 9001 gecertificeerd met volgende missie: een betrouwbare partner zijn op het vlak van preventie en welzijn op het werk; ze is gespecialiseerd in arbeidsomstandigheden, welzijn en preventie. Prevent heeft ook ervaring op het vlak van “disability case manager”; hij kan worden ingeschakeld bij de verzekeringsinstellingen om snel en vlug arbeidsongeschikte gerechtigden te begeleiden en ondersteunen om zo een herinschakeling op de arbeidsmarkt mogelijk te maken.

Tabel 2 - Aantal beëindigde ziektegevallen volgens de duur van arbeidsongeschiktheid - Evolutie 2007-2011

Duur in dagen	2007	2008	2009	2010	2011	% 2011
29 - 98 dagen	3.550	3.528	3.637	3.563	3.804	30,90%
99 - 337 dagen	4.078	4.170	4.407	4.577	4.712	38,28%
338 - 365 dagen	3.640	3.428	3.662	3.830	3.793	30,81%
Totaal	11.268	11.126	11.706	11.970	12.309	100,00%
Evolutie t.o.v. vorig jaar	-0,97%	-1,26%	5,21%	2,26%	2,83%	

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 2 geeft weer hoe lang een gerechtigde arbeidsongeschikt is in een periode van primaire arbeidsongeschiktheid. Deze tabel verdeelt de uitgekeerde gevallen in primaire ongeschiktheid volgens de totale duur van de erkende arbeidsongeschiktheid, uitgedrukt in dagen. Enkel de gevallen waarvan de arbeidsongeschiktheid eindigde in het betreffende jaar zelf mogen opgenomen worden in de categorie met bepaalde duur. De gevallen waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid de carenperiode van 1 maand niet overtreft, worden niet opgenomen in de cijfers. Indien de ongeschiktheid langer dan de carenperiode duurt dan is het geval opgenomen voor de totale duur van de ongeschiktheid.



De **carenperiode** is de periode die niet ten laste valt van de uitkeringsverzekering.

Deze tabel toont dat 30,90% van de gevallen een duur tussen 29 en 98 dagen hebben; 38,28% tussen 99 en 337 dagen en 30,81% tussen 338 en 365 dagen. Deze laatste periode bevat de ziektegevallen die bijna een jaar duren en waarschijnlijk in invaliditeit treden.

Tabel 3 - Gemiddelde uitkeringsduur per geval (in dagen) en gemiddeld aantal ziektegevallen per 1.000 gerechtigden - Evolutie 2007-2011

Gemiddelde uitkeringsduur per geval - Gemiddeld aantal ziektegevallen										
	2007		2008		2009		2010		2011	
Mannen	140,26	20,03	141,82	18,76	142,34	19,55	145,86	19,73	141,83	19,97
Vrouwen	143,40	21,28	140,90	20,13	142,36	21,01	142,60	22,13	142,90	23,14
Totaal	141,32	20,44	141,51	19,20	142,35	20,02	144,75	20,48	142,20	20,97

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 3 toont de gemiddelde uitkeringsduur per geval in de periode van primaire ongeschiktheid. Bij analyse van deze cijfers moet men rekening houden met de carenperiode van een maand waarvoor er geen vergoeding is.

Verder toont deze tabel het gemiddeld aantal ziektegevallen per 1.000 gerechtigden. Zo zien we dat er in 2011 per 1.000 zelfstandige gerechtigden 20,97 ziektegevallen werden geregistreerd. Bij de mannelijke zelfstandige gerechtigden zijn er 19,97 ziektegevallen per 1.000 zelfstandigen terwijl er bij de vrouwelijke gerechtigden 23,14 ziektegevallen zijn.

b. Regeling zelfstandigen - Moederschap

Tabel 4 - Aantal vergoede gevallen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2006-2010					
Gevallen - Uitgaven					
	2007	2008	2009	2010	2010
In primaire arbeidsongeschiktheid					
Zelfstandigen	4.986 11.189.912	5.172 14.210.018	5.242 14.662.395	5.253 15.131.729	5.287 15.724.858
Meehelpende echtgenoten	240 538.069	250 676.360	199 557.540	220 627.283	192 581.874
Totaal	5.226 11.727.981	5.422 14.886.378	5.441 15.219.935	5.473 15.759.012	5.479 16.306.732
In invaliditeit					
Zelfstandigen	11 18.369	14 32.156	7 19.272	16 45.853	19 47.345
Meehelpende echtgenoten	0 -1.924 (1)	0 0	0 0	0 0	2 6.132
Totaal	11 16.445	14 32.156	7 19.272	16 45.853	21 53.477
Evolutie t.o.v. vorig jaar	-2,80% 6,54%	3,80% 27,03%	0,22% 2,15%	0,75% 3,71%	0,20% 3,51%
Adoptieverlof					
Zelfst. + Meehelpende echtgenoten	25 47.554	47 90.051	33 63.442	53 97.824	34 70.453
(1) Regularisatie					
Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken					

Tabel 4 bevat het aantal gevallen en de uitgaven betreffende de moederschapsverzekering.



Het doel van de [moederschapsverzekering](#) is de vrouwelijke zelfstandige gerechtigden een forfaitair vastgesteld vervangingsinkomen toekennen tijdens de periode van moederschapsrust.

Tot en met 30 juni 2007 bestond periode van moederschapsrust 6 weken (+ 1 week in geval van een meerling). Vanaf 1 juli 2007 tot en met 31 december 2008 bestond de moederschapsrust uit een een periode van 8 weken rust. De gerechtigde kan er wel voor kiezen om de periode te beperken tot 6 of 7 weken (+ 1 week in geval van een meerling).

Vanaf 1 juli 2009 is het tijdvak van moederschapsrust een verplichte periode van 3 weken (1 vóór en 2 na de bevalling). De overige weken zijn, per blok van één of meerdere weken, facultatief op te nemen (maximaal 8 weken). Dit tijdvak is met een week verlengd in geval van een geboorte van een meerling.

In 2011 bedragen de uitgaven voor moederschapsrust tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid 16.306.732 EUR (+3,48% in verhouding tot 2010) voor 5.479 gevallen.

Indien de moederschapsrust zich situeert in een periode waarin de gerechtigde invalide is, worden de gevallen en bijhorende uitgaven afzonderlijk opgegeven. In 2011 bedroegen de uitgaven voor deze beperkte groep 47.345 EUR voor 21 gevallen.

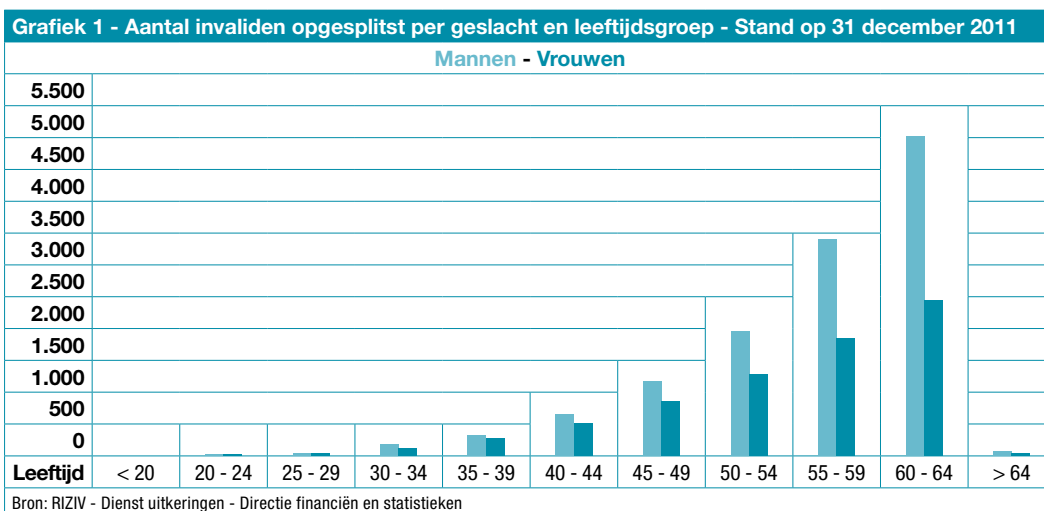
Het adoptieverlof, ingevoerd op 1 februari 2007, telt 34 gevallen in 2011.

c. Regeling zelfstandigen - Invaliditeit

Tabel 5 - Aantal invaliden opgesplitst per geslacht en leeftijdsgroep - Stand op 31 december 2011

Leeftijdsgroep	Mannen	Vrouwen	Totaal
< 20	0	0	0
20 - 24	15	4	19
25 - 29	62	45	107
30 - 34	183	114	297
35 - 39	335	275	610
40 - 44	666	511	1.177
45 - 49	1.173	856	2.029
50 - 54	1.963	1.273	3.236
55 - 59	3.406	1.851	5.257
60 - 64	5.006	2.444	7.450
> 64	87	46	133
Totaal	12.896	7.419	20.315

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken



Tabel 5 en grafiek 1 tonen zeer duidelijk aan dat het aantal invalide zelfstandigen zeer sterk stijgt met de leeftijd. Deze vaststelling is logisch want de kans om ziek te worden, stijgt ook met de leeftijd.

Tabel 6 - Aantal invaliden per ziektegroep op 31 december - Evolutie 2007-2011					
Ziektegroep	2007	2008	2009	2010	2011
1. Besmettelijke en parasitaire ziekten	181	181	186	193	197
2. Gezwollen	1.770	1.837	1.978	2.029	2.036
3. Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	478	450	467	471	446
4. Ziekten van het bloed en bloedvormende organen	32	31	31	31	40
5. Psychische stoornissen	3.397	3.439	3.678	3.890	3.980
6. Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	1.053	1.106	1.168	1.208	1.265
7. Ziekten van het hart vaatstelsel	2.668	2.591	2.551	2.533	2.481
8. Ziekten van de ademhalingswegen	478	464	435	429	409
9. Ziekten van het spijsverteringsstelsel	449	446	463	471	491
10. Ziekten van het urogenitaal systeem	148	160	180	189	197
11. Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	8	5	6	5	8
12. Ziekten van de huid en de celweefsels	107	105	112	122	123
13. Ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel	5.052	5.157	5.526	5.805	5.882
14. Congenitale afwijkingen	68	78	77	72	70
15. Aandoeningen met oorsprong in de perinatale periode	2	5	2	1	1
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	484	436	446	434	402
17. Ongevalsletsels en vergiftigingen	2.027	2.061	2.143	2.241	2.269
Niet bepaald	0	0	10	12	18
Totaal	18.402	18.552	19.459	20.136	20.315

Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken

Tabel 6 geeft het aantal invaliden op 31 december van de voorbije 5 jaar volgens de ziektegroep waarin de invalide erkend is. De belangrijkste ziektegroepen zijn de groepen 13, 5 en 7. Op 31 december 2011 bedroegen de percentages van invaliden in deze belangrijkste ziektegroepen respectievelijk 28,95%, 19,59% et 12,21%. Net zoals in de algemene regeling is het aantal invaliden met psychische stoornissen (psychosen, persoonlijkheidsstoornissen enz.) sterk toegenomen tussen 2007 en 2011. De ziekten van het bewegingstelsel en het bindweefsel (rugaandoeningen, reuma enz.) blijven eveneens belangrijk als reden van invaliditeit. De ziekten in verband met hart en vaatstelsel (infarct, hartritmestoornissen, hypertensie, trombose enz.) zijn de 3^e belangrijkste ziektegroep maar nemen procentueel gezien in belang af terwijl het aantal gezwollen (borstkanker, leukemie, enz.) elk jaar verhoogt.

Tabel 7 - Aantal vergoede dagen en bijhorende uitgaven (in EUR) - Evolutie 2007-2011					
Vergoede dagen - Uitgaven					
	2007	2008	2009	2010	2011
Zelfstandigen					
Mannen	3.728.876 129.467.337	3.751.589 139.037.495	3.815.876 146.425.300	3.900.580 154.223.880	3.963.464 163.326.287
Vrouwen	1.579.321 48.695.992	1.614.299 53.276.767	1.718.627 58.869.484	1.841.670 66.247.719	1.909.973 71.909.251
Totaal	5.308.197 178.163.328	5.365.888 192.314.263	5.534.503 205.294.784	5.742.250 220.471.599	5.873.437 235.235.538
Meehelpende echtgenoten					
Mannen	14.199 433.926	17.894 624.766	21.953 775.060	23.774 795.858	22.986 938.924
Vrouwen	239.336 6.905.722	289.265 9.019.432	330.566 10.554.399	362.250 11.990.904	376.653 13.273.960
Totaal	253.535 7.339.648	307.159 9.644.197	352.519 11.329.459	386.024 12.786.761	399.639 14.212.884
Onbekend	0 0	0 0	0 0	0 0	53 1.827
Algemeen totaal	5.561.732 185.502.976	5.673.047 201.958.460	5.887.022 216.624.243	6.128.274 233.285.360	6.273.129 249.450.250
Evolutie t.o.v. vorig jaar	2,55% 11,62%	2,00% 8,87%	3,77% 7,26%	4,10% 7,68%	2,36% 6,94%
Bron: RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken					

Tabel 7 geeft de vergoede dagen en de uitgaven betreffende de invaliditeit weer. In 2007 stijgen de uitgaven met 11,62% ten opzichte van 2006 door de koppeling van de uitkeringen aan het minimum pensioen voor de gerechtigden met gezinslast en alleenstaanden (minimum pensioen loontrekkenden voor de invaliden die hun bedrijf stopgezet hebben en minimum pensioen voor zelfstandigen voor de invaliden die hun bedrijf niet stopgezet hebben). Tussen 2007 en 2008 is er een stijging van 8,87% in de uitgaven, 3 aanpassingen aan de gezondheidsindex en 2 verhogingen van de forfaits voor invaliden in 2008. kunnen dit verklaren. De groei van 7,26% in 2009, 7,68% in 2010 en 6,94% en 2011 is te wijten aan de toename van het aantal invaliden en aan de verschillenden herwaarderingen van de forfaits die plaatsvonden in 2009, 2010 en 2011.

III. Statistieken van de geneeskundige evaluatie en controle

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) heeft een drieledige opdracht met betrekking tot de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen: informeren, evalueren en controleren. Voor een reeks statistieken over de controleopdracht: zie punt 3 van dit onderdeel.

Met betrekking tot de uitkeringsverzekering en de moederschapsverzekering neemt de DGEC, net als de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen, deel aan de controle van de arbeidsongeschiktheid in de Gewestelijke commissies van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GC-GRI).



Voor een reeks statistieken over de uitkeringen: zie 5e deel, punt II.

1. Informatieopdracht van de DGEC

De DGEC voert zijn informatieopdracht naar de zorgverleners uit via didactische brochures, de “Infoboxen”.

Lijst van de beschikbare “Infoboxen”:

- Infobox voor de geneesheer-specialist
- Infobox voor de huisarts - bijgewerkte versie
- Infobox voor de verpleegkundige in de thuisverzorging
- Infobox voor de kinesitherapeut
- Infobox voor de apotheker.

Door de zorgverleners te informeren over de draagwijdte van de wettelijke of reglementaire bepalingen vervullen de inspecteurs/controleurs van de DGEC hun opdracht van informatie en preventie.

2. Evaluatieopdracht van de DGEC

De DGEC evalueert ook de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging, en wijst zo op overconsumptie of het overdreven voorschrijven van verstrekkingen. De aanbevelingen voor een goede medische praktijk en de indicatoren van manifeste afwijking van die praktijk helpen daarbij.

Evaluatieproject afgesloten in 2012: Impactmeting chinolones.

Chinolones zijn een klasse van dure antibiotica met beperkte en specifieke indicaties. De DGEC had in 2007 het ondoelmatig gebruik ervan door huisartsen aangetoond en een sensibiliseringscampagne opgestart. In 2012 heeft de Dienst de impact van die campagne gemeten.

3. Controleopdracht van de DGEC

De DGEC stelt de inbreuken door zorgverleners vast, zowel op het vlak van de realiteit-conformiteit met de regelgeving als op dat van de overconsumptie en het overdreven voorschrijven. In dit kader voert de dienst thematische enquêtes uit via de CENEC (Cellule d'enquêtes nationales – Nationale enquêtecel), en individuele enquêtes.

a. Thematische enquêtes afgesloten in 2012

- Impactmeting van de enquête 'hemodialyse'
Die enquête onderzocht in welke mate de ziekenhuizen zich, na een voorgaande enquête, hielden aan het cumulverbod tussen de nomenclatuurcodes voor acute hemodialyses of peritoneale dialyses en de forfaits voor chronische hemodialyses.
- PET/CT-scans: onderzoek van de facturatie
De enquête heeft 3 inbreuken geanalyseerd die naar voor kwamen tijdens een gezamenlijk project Evaluatie - CENEC in verband met onderzoeken uitgevoerd door middel van een PET-scan:
 1. een isotoop aanrekenen bij de uitvoering van een PET-onderzoek voor een binnen de nomenclatuur niet-vermelde indicatie
 2. meerdere computergestuurde tomografieën aanrekenen bij een PET-prestatie
 3. onderzoeken in een niet-erkende dienst aanrekenen.

b. Individuele enquêtes

AANTAL AFGESLOTEN ENQUÊTES

Tabel 1 - Enquêtes afgesloten in 2012		
Types betrokkenen	Aantal dossiers	% van dossiers
Huisartsen	69	8,5%
Geneesheren-specialisten	226	27,8%
Apothekers	19	2,3%
Tandheelkundigen	53	6,5%
Verpleegkundigen	179	22,0%
Kinesitherapeuten	19	2,3%
Logopedisten	3	0,4%
Orthesisten	9	1,1%
Bandagisten	11	1,4%
Verstrekkers van implantaten, prothesen en diverse	5	0,6%
Erkende laboratoria	2	10,0%
Gehoorthesisten	6	0,7%
Apothekers-biologen	3	0,4%
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	73	9,0%
ROB	16	2,0%
RVT	2	0,3%
Verzekerden	60	7,4%
Andere	59	7,0%
Totaal	814	100,0%

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

AANTAL OPGESTARTE ENQUÊTES

Tabel 2 - Enquêtes opgestart in 2012		
Types betrokkenen	Aantal dossiers	% van dossiers
Huisartsen	80	8,66%
Geneesheren-specialisten	221	23,92%
Apothekers	24	2,92%
Tandheelkundigen	58	6,28%
Verpleegkundigen	194	21,00%
Kinesitherapeuten	66	7,14%
Logopedisten	1	0,11%
Orthesisten	7	0,76%
Bandagisten	6	0,65%
Verstrekkers van implantaten, prothesen en diverse apparatuur	2	0,22%
Gehoorthesisten	6	0,65%
Apothekers-biologen	1	0,11%
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	89	9,63%
ROB	18	1,95%
Erkende laboratoria	3	0,32%
Verzekerden	78	8,44%
Andere	67	7,25%
Totaal	920	100,00%

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

RESULTATEN VAN DE ENQUÊTES

Tabel 3 - Resultaten van de enquêtes afgesloten in 2012		
Types dossiers	Aantal dossiers	% dossiers
Informatief	65	8,00%
Negatief	254	31,20%
Negatief met actie voor derden	81	10,00%
Verwittiging	96	11,80%
Verwittiging met vrijwillige terugbetaling	203	24,90%
Te vervolgen	115	14,10%
Totaal	814	100,00%

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

- De categorie "**Informatief**" bevat de dossiers die, na verhoor van de klager en/of de zorgverlener, zijn afgesloten zonder dat er een inbreuk is vastgesteld.
- De categorie "**Negatief**" bevat die gevallen waar de vermoedens van vergissingen of bedrog na onderzoek niet gegrond bleken.
- De categorie "**Negatief met actie voor derden**" bevat alle vaststellingen gedaan voor derden die doorgestuurd zijn naar andere instellingen (bv. Procureur des Konings, Orde van geneesheren, Dienst voor administratieve controle).

- De categorieën “**Verwittiging**” en “**Verwittiging met vrijwillige terugbetaling**” bevatten die gevallen waar de zorgverlener bij vergissing, maar te goeder trouw, verstrekkingen ten onrechte aanrekende. In die gevallen wordt er geen procedure bij de administratieve rechtsinstanties ingeleid maar wel een waarschuwing gestuurd, waarbij de zorgverleners de onverschuldigde bedragen, als die er zijn, vrijwillig terugbetalen. De bedragen van deze categorieën staan in tabel 4.
- De categorie “**Te vervolgen**” bevat de dossiers die werden ingediend bij een van de administratiefrechtelijke of strafrechtelijke organen. De statistische gegevens komen aan bod in het volgend punt.

Tabel 4 - Vrijwillige terugbetalingen - Enquêtes afgesloten in 2012

Types betrokkenen	Vrijwillige terugbetalingen (EUR)	%
Huisartsen	87.187,90	3,24%
Geneesheren-specialisten	511.214,16	18,97%
Apothekers	88.526,93	3,29%
Tandheelkundigen	25.474,17	0,95%
Verpleegkundigen	284.133,68	10,55%
Kinesitherapeuten	288.292,67	10,70%
Logopedisten	154,69	0,01%
Orthesisten	7.782,78	0,29%
Bandagisten	16.269,10	0,47%
Prothesisten	484.501,61	13,94%
Gehoorthesisten	1.224,66	0,04%
Apothekers-biologen	1.474,60	0,04%
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	1.667.940,51	48,00%
ROB	1.511,14	0,04%
Verzekerden	295,31	0,01%
Anderen	34.238,85	0,99%
Totaal	3.474.763,36	100,00%

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

PROCEDURES

Wanneer een zorgverlener zich niet houdt aan de wettelijke en reglementaire bepalingen, dan wordt een administratieve procedure opgestart. Die procedure kan leiden tot opgelegde maatregelen, zoals de terugbetaling van het onverschuldigde bedrag en/of een administratieve boete. De rechtscolleges voeren die administratieve procedure.

o Het Comité DGEC

De dossiers betreffende overconsumptie of overdreven voorschrijven van verstrekkingen worden aan het Comité van de DGEC voorgelegd, dat kan beslissen om een dossier af te sluiten zonder gevolg, om het af te sluiten met een waarschuwing, of om het aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg (KEA – zie verder). In 2012 zijn er 3 dossiers voorgelegd aan het Comité. Ze zijn allebei doorgestuurd naar de KEA.

o De Leidend ambtenaar van de DGEC

Door de gezondheidswetten van 2006 kreeg de Leidend ambtenaar (L.A.) van de DGEC de bevoegdheid om kennis te nemen van de vaststellingen ten laste van zorgverleners die niet-uitgevoerde of niet-conforme prestaties hebben aangerekend.

De L.A. kan op basis van die vaststellingen:

- de terugbetaling bevelen van die onterechte aanrekeningen
- en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

Tot 8 april 2012 beperkten 3 cumulatieve voorwaarden deze bevoegdheid:

- De L.A. behandelde slechts die zaken waarvan de waarde van de betwiste verstrekkingen niet hoger was dan 25.000 EUR
- Er mochten geen aanwijzingen zijn van bedrieglijke handelingen.
- Er mochten geen antecedenten zijn binnen de 5 jaar die voorafgingen aan de vaststelling van de inbreuk

Sinds 9 april 2012, geldt er slechts één voorwaarde: hij behandelt slechts die zaken waarvan de waarde van de betwiste verstrekkingen niet hoger is dan 25.000 EUR.

Tabel 5 - Beslissingen van de L.A. in 2012

Types betrokkenen	Beslissingen	Uitgesproken terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	9	186.952,22	99.457,48	72.225,68
Geneesheren-specialisten	10	121.603,47	37.999,99	33.476,29
Apothekers	11	258.268,27	385.456,81	21.295,11
Tandheelkundigen	6	47.032,51	18.802,69	15.442,02
Verpleegkundigen	50	426.181,42	223.140,18	151.009,65
Kinesitherapeuten	7	102.180,71	23.341,21	41.267,59
Orthopedisten	1	12.780,44	12.780,44	
Verstrekkers van implantaten, prothesen en diverse	1	23.756,75		
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	2	13.745,76	6.872,88	5.683,60
Anderen	2	2.291,04	648,91	1.338,19
Totaal	99	1.194.792,59	808.500,58	341.738,11

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle


Het is mogelijk om beroep aan te tekenen tegen de beslissing van de L.A. bij de Kamer van eerste aanleg (KEA).

Tabel 6 - Beroep bij de KEA tegen de beslissing van de L.A. in 2012

Aantal beslissingen van de L.A.	Aantal beroepen bij de KEA	%
99	26	26%

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

- De Kamer van eerste aanleg

 De **Kamer van eerste aanleg (KEA)** is een administratief rechtscollege, voorgezeten door een magistraat van de rechterlijke orde die bijgestaan wordt door 4 leden benoemd door de Koning: 2 leden op voordracht van de verzekeringsinstellingen, en 2 leden op voordracht van de verschillende beroepscategorieën.


De Kamer van eerste aanleg (KEA) doet de volgende uitspraken:

- uitspraken over de beroepen die werden ingesteld tegen de beslissingen van de L.A.

Tabel 7 - Beslissingen van de KEA in 2012, als beroepsinstantie tegen de beslissingen van de L.A.

Types betrokkenen	Aantal beslissingen	Uitgesproken terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Geneesheren-specialisten	6	56.032,65	5.910,38	18.644,40
Tandheelkundigen	3	19.403,05		1.901,44
Verpleegkundigen	38	77.230,54	42.060,23	20.883,44
Kinesitherapeuten	1	19.829,00	19.829,00	
ROB	1	12.290,00		
Totaal	49	184.785,24	67.799,61	41.429,28

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

 De beslissing van de KEA over een dossier is niet gebonden aan het kalenderjaar waarin er beroep is aangetekend. Het totale aantal beslissingen in de loop van een bepaald jaar kan dus hoger of lager zijn dan het totale aantal dossiers waarin er gedurende dat jaar beroep is aangetekend.

- uitspraken in eerste aanleg, in alle zaken die niet tot de bevoegdheid van de L.A. behoren. Net zoals de L.A. kan de KEA:
- de terugbetaling bevelen van de onterechte aanrekeningen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging
- en/of een administratieve geldboete opleggen, al dan niet met uitstel.

Tabel 8 - Beslissingen van de KEA in 2012, in eerste aanleg

Types betrokkenen	Beslissingen	Uitgesproken terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	2	19.830,05	4.693,52	
Geneesheren-specialisten	9	1.201.635,50	314.991,14	399.970,01
Apothekers	5	121.659,61	107.069,44	
Tandheelkundigen	4	588.172,85	430.464,09	
Verpleegkundigen	11	388.795,43	289.613,58	20.276,46
Logopedisten	2	58.164,13	22.800,99	18.843,20
Orthopedisten	1	407.431,42		203.715,71
Ziekenhuizen, instellingen, diensten of zorgcentra	1			
Andere	2	58.677,24	89.476,73	
Totaal	37	2.844.366,23	1.259.109,49	642.805,38

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle


Het is mogelijk om beroep aan te tekenen tegen de beslissing van de KEA bij de Kamer van beroep (KvB).

Tabel 9 - Beroep bij de KvB tegen de beslissingen van de KEA in 2012

Aantal beslissingen KEA eerste aanleg	Aantal beroepen bij de KvB	
	Door de zorgverlener	Door DGEC
86	12	14%
		34
		40%

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle


- De Kamer van beroep

 De **Kamer van beroep** (KvB) is een administratief rechtscollege, met een identieke samenstelling als de Kamer van eerste aanleg (KEA), met dit verschil dat enkel de voorzittende magistraat stemgerechtigd is. De 4 andere leden hebben een adviserende stem. De KvB spreekt zich uit over de beroepen ingesteld tegen de beslissingen van de KEA.

Tabel 10 - Beslissingen van de KvB in 2012


Bevoegdheid van de verstrekker	Beslissingen	Uitgesproken terugbetalingen (EUR)	Effectieve boetes (EUR)	Boetes met uitstel (EUR)
Huisartsen	4	74.907,72	24.184,24	31.266,58
Geneesheren-specialisten	23	2.224.728,34		
Apothekers	4	338.721,55	64.764,95	340.691,21
Tandheelkundigen	8	198.891,51	121.308,05	19.557,06
Verpleegkundigen	14	612.154,01	6.740,30	44.232,56
Kinesitherapeuten	2	30.523,69		12.780,20
Orthopedisten	2	46.042,06		26.927,08
ROB	1	21.805,93		
Anderen	1	76.605,16		
Totaal	59	3.624.379,97	216.997,54	475.454,69

Bron: Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

 De beslissing van de KvB over een dossier is niet gebonden aan het kalenderjaar waarin er beroep is aangetekend. Het totale aantal beslissingen in de loop van een bepaald jaar kan dus hoger of lager zijn dan het totale aantal dossiers waarin er gedurende dat jaar beroep is aangetekend.


RECHTSPRAAK

Het RIZIV publiceert op zijn website de definitieve beslissingen (geanonimiseerd) van de L.A., de KEA en de KvB.

 Meer info staat op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Zorgverleners > Algemene info > Rechtspraak van de bestuurlijke en jurisdictionele instanties bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

IV. Statistieken van de administratieve controle


De Dienst voor administratieve controle (DAC) moet erop toezien dat de 7 verzekeringsinstellingen¹ (V.I.) en meer specifiek de ziekenfondsen die zij overkoepelen, de wettelijke en reglementaire bepalingen naleven.


 Een overzicht van de ziekenfondsen staat op de website van het RIZIV: www.riziv.be > rubriek Burger > De ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondsen


De opdrachten van de DAC zijn de volgende:

- de ziekenfondsen informeren, adviseren en controleren met betrekking tot de correcte toepassing van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-verzekering) en de gelijke behandeling van de sociaal verzekerden
- niet-naleving van de regels door de ziekenfondsen, door sommige zorgverleners of door verzekerden (onder meer sociale fraude) trachten te voorkomen en indien nodig bestraffen
- beheren van, toezicht houden op en controleren van de goede uitvoering van de maximumfactuur, de verhoogde tegemoetkoming en het Omnio-statuut, in samenwerking met de ziekenfondsen, de Federale overheidsdienst financiën en de Kruispuntbank van de sociale zekerheid, om ervoor te zorgen dat het recht op die 3 tegemoetkomingen voor de sociaal verzekerden gewaarborgd is
- in bepaalde gevallen bijdragebonnen afleveren, zodat de sociaal verzekerden hun situatie bij hun ziekenfonds kunnen laten regulariseren
- bepaalde attesten (attest van sociaal verzekerde of attest van tijdelijke dekking bij het ziekenfonds, attest van weduwe of weduwnaar, pensioenattest, enz.) opstellen, zodat de sociaal verzekerden hun statuut kunnen aantonen bij hun ziekenfonds.

Hierna volgen, voor de jaren 2010, 2011 en 2012, statistieken over de concrete invulling van de controleopdrachten van de DAC, die inzicht geven in de werking van de dienst.

 Bepaalde grafieken hebben (hoofdzakelijk) betrekking op de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid voor werknemers en zelfstandigen. Personeelsleden van de NMBS zijn statutair benoemde ambtenaren, die niet onder die stelsels vallen. Voor de Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS-holding zijn er in die grafieken dan ook geen cijfers opgenomen.

 De DAC maakt ook statistieken over de sociaal verzekerden: zie 5^e Deel, V.

 Meer informatie over de organen en de administratieve structuur van de DAC staat op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Het RIZIV.

¹ De zeven verzekeringsinstellingen zijn:
 - LCM: Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
 - LNZ: Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen
 - NVSM: Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
 - LLM: Landsbond van Liberale Mutualiteiten
 - MLOZ: Mutualités Libres – Onafhankelijke ziekenfondsen
 - HZIV: Hulpkas voor Ziekte – en Invaliditeitsverzekering
 - NMBS-Holding: Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS-holding



De bestuursovereenkomst tussen de staat en het RIZIV legt jaarlijks minimaal twee themacontroles op, waardoor het RIZIV zijn preventierol, door middel van feedback en advies, continu kan vervullen.

1. Themacontroles

De inspectie van het RIZIV is geëvolueerd van een op individuele dossiers gebaseerde controlefilosofie naar meer themagerichte controles.

abc **Themacontroles** zijn centraal aangestuurde controles over één bepaald segment van de GVV-verzekering. Het doel ervan is de interne controleprocedures van de ziekenfondsen te analyseren. De bijzondere nadruk ligt bij de themacontroles op de eenvormigheid waarmee de ziekenfondsen de sociaal verzekerden behandelen.

Het aandeel van de themacontroles binnen het controleprogramma is momenteel ongeveer 40%.

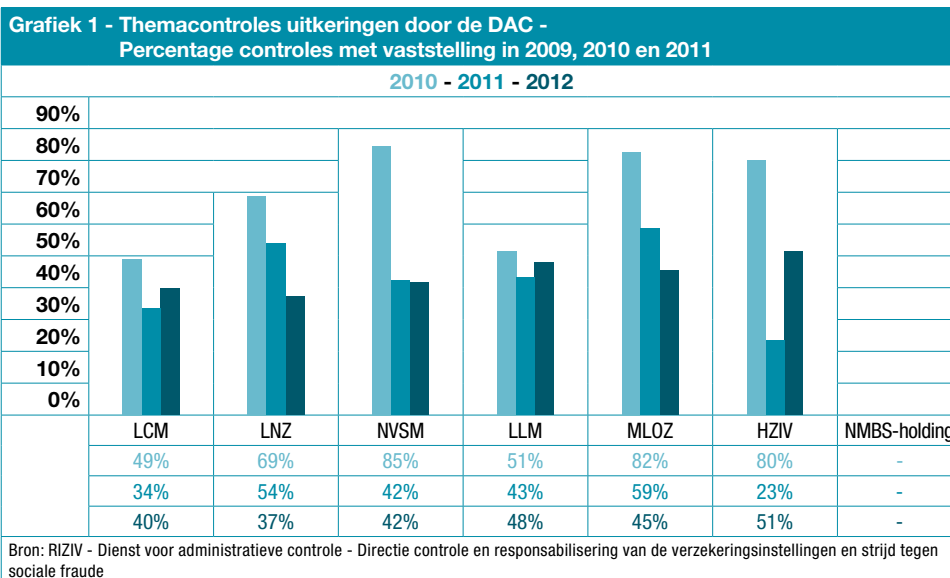
De doelgroep van de controles verschilt van themacontrole tot themacontrole. Het aantal aangesloten leden per ziekenfonds is bijgevolg niet het enige criterium voor het organiseren van de controles.

De aanpak van elke themacontrole is volledig gedocumenteerd: per themacontrole is er een syllabus opgesteld die het thema toelicht, de aanpak en methodologie beschrijft, een gestandaardiseerde vragenlijst en typerapporten bevat, enz. Een dergelijke aanpak waarborgt een gelijke behandeling van alle dossiers.

Controles kunnen resulteren in vaststellingen. Is er geen vaststelling, dan wordt het gecontroleerde dossier als correct beschouwd.

abc **Vaststellingen** zijn terugvorderingen, bijbetalingen, sancties of opmerkingen die resulteren uit een controle.

Op het einde van elke themacontrole wordt een analyseverslag opgemaakt en bezorgd aan de beheersorganen van het RIZIV en de verschillende actoren van de verzekering (V.I., voogdijminister, sociale partners, enz.). Elk verslag stelt de methodologie en de resultaten van de controle voor en bevat aanbevelingen om de praktische werking van de V.I. te verbeteren.



! De HZIV is een kleinere instelling, waar verhoudingsgewijs maar een beperkt aantal controles hebben plaatsgevonden. Het hoge percentage vaststellingen bij de HZIV is te wijten aan die kleinschaligheid en dus niet representatief.

Een zeer specifieke themacontrole is de jaarlijkse themacontrole "Artikel 195 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juni 1994 (GVU-wet)".

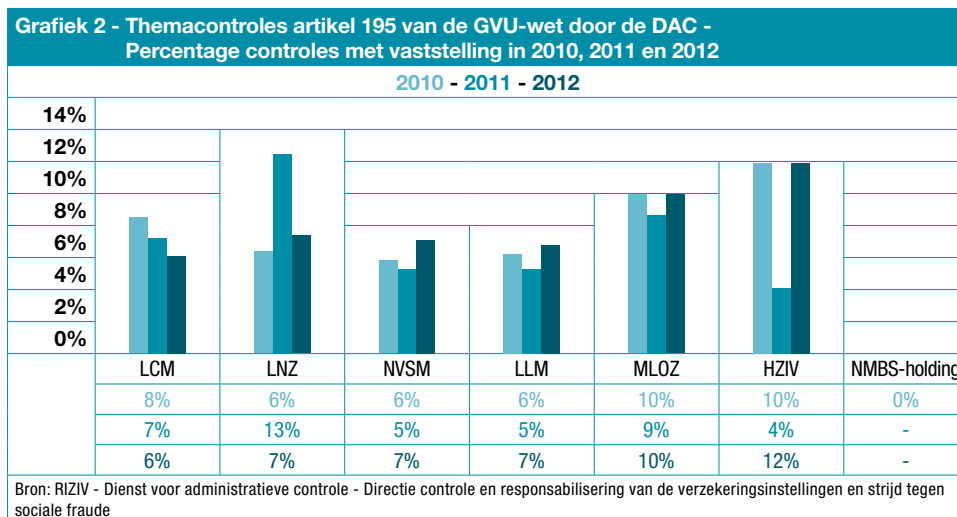
Personen of organisaties die ten onrechte prestaties hebben ontvangen van de GVV-verzekering zijn verplicht om de waarde ervan te vergoeden aan de V.I. die ze heeft uitbetaald (artikel 164 van de GVV-wet). De V.I. zijn op hun beurt verplicht om die prestaties terug te vorderen en de bedragen ervan op te nemen op de lijsten die daarvoor voorzien zijn. Die lijsten hebben een belangrijke impact op de administratiekosten die de V.I. jaarlijks toegekend krijgen. De administratiekosten verhogen immers met een percentage van de teruggevorderde bedragen (artikel 195 van de GVV-wet beschrijft dit mechanisme).

Dergelijke verhoging is wel aan voorwaarden gebonden.

- Het mag niet gaan om een spontane terugbetaling.
- De onterechte betaling mag niet het gevolg zijn van een fout, vergissing of nalatigheid van de V.I. in kwestie.
- De terugvordering mag niet het gevolg zijn van een vaststelling van de DAC of van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen.

www Meer informatie over de CDZ staat op het internet: www.ocm-cdz.be.

Tijdens de themacontrole in kwestie controleert de DAC de lijsten met de door de V.I. teruggevorderde bedragen, om na te gaan of de bedragen terecht op die lijsten zijn opgenomen.



+
De Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen (CDZ) is bevoegd voor de uitvoering van en de controle op de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (statuten, boekhouding, regels inzake aanvullende verzekering, enz.)

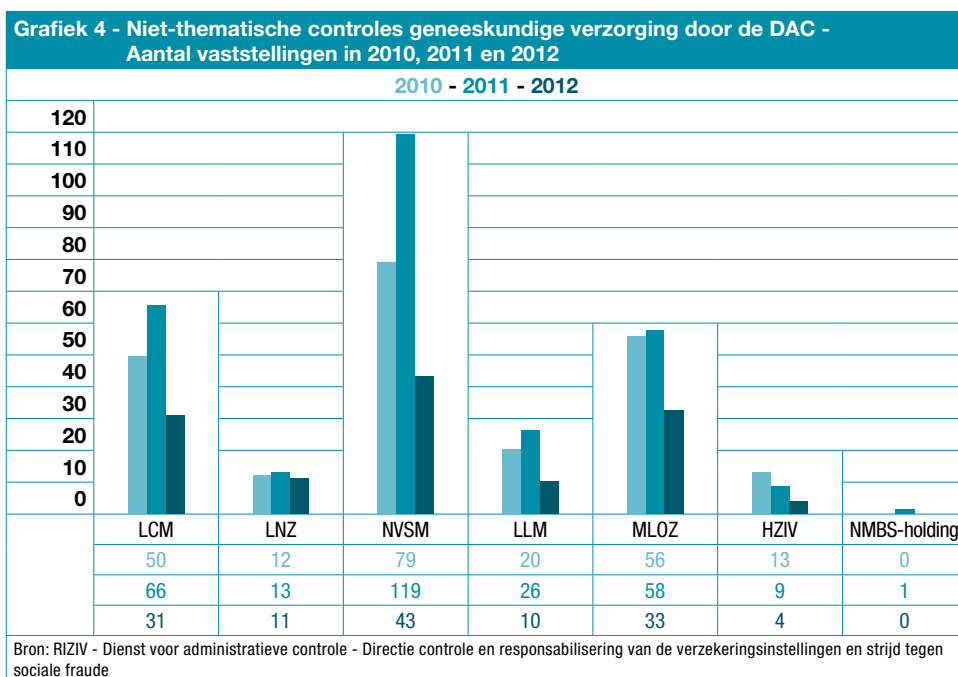
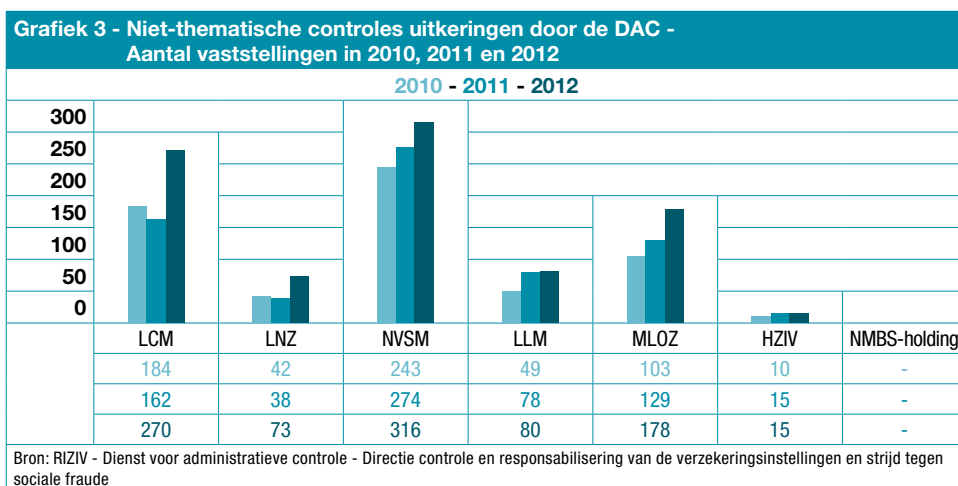
! Deze themacontrole richt zich hoofdzakelijk op de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid voor werknemers en zelfstandigen. Personeelsleden van de NMBS zijn statutair benoemde ambtenaren, die niet onder die stelsels vallen. De Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS-holding dient bijgevolg geen te controleren lijsten in voor deze controle.

2. Niet-thematische controles

Naast de systematische themacontroles voert de DAC ook nog heel wat bijkomende controles uit (“niet-thematische controles”):

- controles met betrekking tot de uitkeringsverzekering
- controles met betrekking tot de verzekering voor geneeskundige verzorging

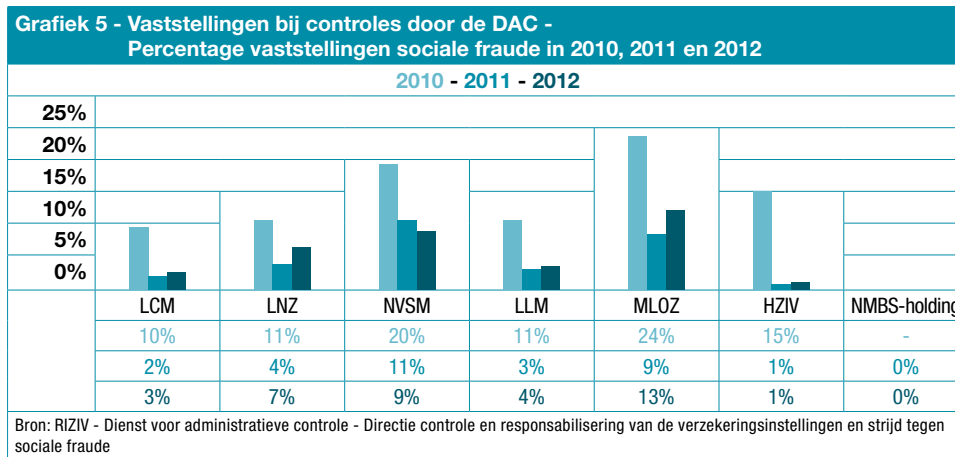
De oorsprong van die controles is divers: ze kunnen gebeuren op vraag van derden, in antwoord op klachten of vragen van arbeidsauditeurs, op aangeven van andere diensten van het RIZIV, van kabinetten of van andere sociale instellingen, enz. De nadruk bij deze controles ligt vaak op het geven van informatie.



3. Strijd tegen sociale fraude

De strijd tegen sociale fraude is essentieel voor de DAC De dienst spoort meer bepaald het volgende op:

- niet-toegelaten cumulatie van GUV-uitkeringen met aan de RSZ aangegeven loon (opsporing via “datamatching” of kruisen van databanken)
- fictieve onderwerping aan de sociale zekerheid
- niet-toegelaten activiteiten (zwartwerk)
- domiciliefraude
- SIS-kaartfraude
- enz.



Om de strijd tegen sociale fraude op te voeren, is de DAC in de bestuursovereenkomst 2010-2012 het engagement aangegaan om via “datamatching” cumulatie van GUV-uitkeringen en aan de RSZ aangegeven prestaties op te sporen, om mee te werken aan de opsporing en bestrijding van fictieve onderwerpen aan de sociale zekerheid en om jaarlijks een rapport over de fraudebestrijding op te stellen.

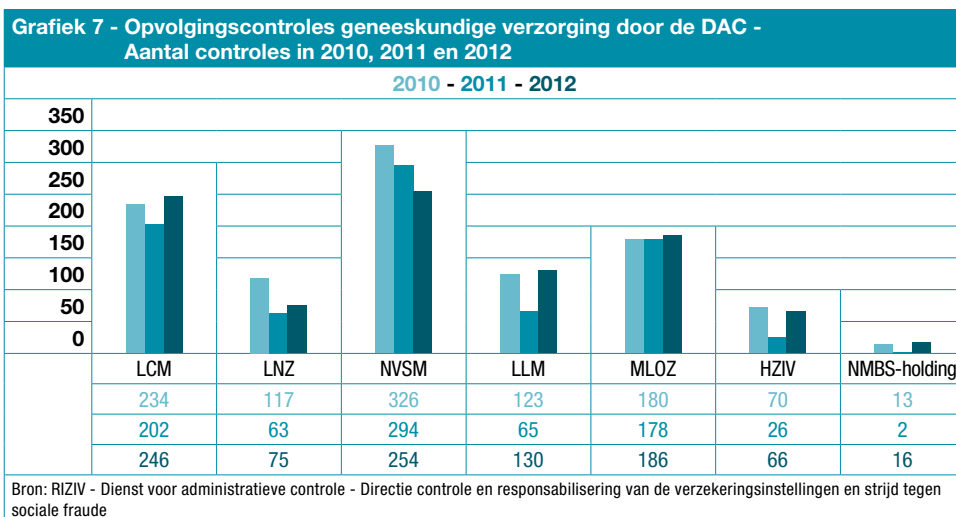
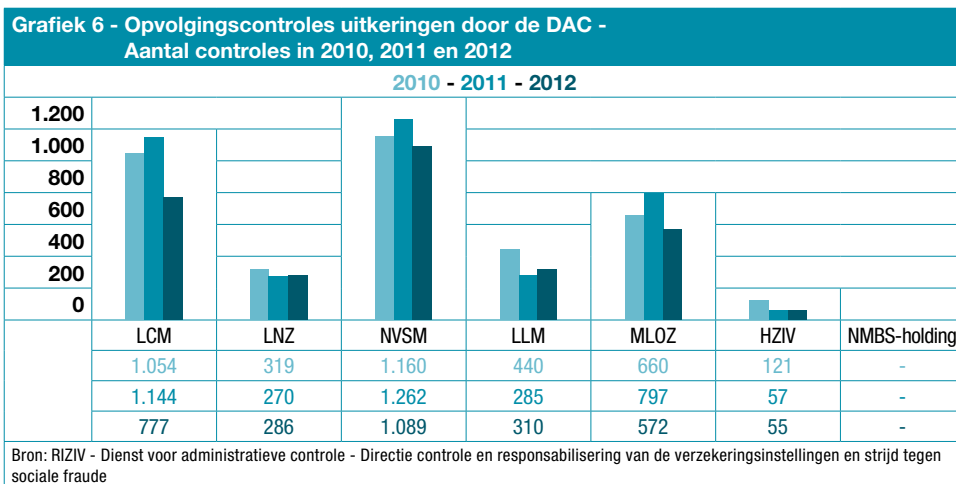
! Deze themacontrole richt zich hoofdzakelijk op de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid voor werknemers en zelfstandigen. Personeelsleden van de NMBS zijn statutair benoemde ambtenaren, die niet onder die stelsels vallen. De Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS-holding komt bijgevolg niet in aanmerking voor deze controle.

4. Opvolgingscontroles

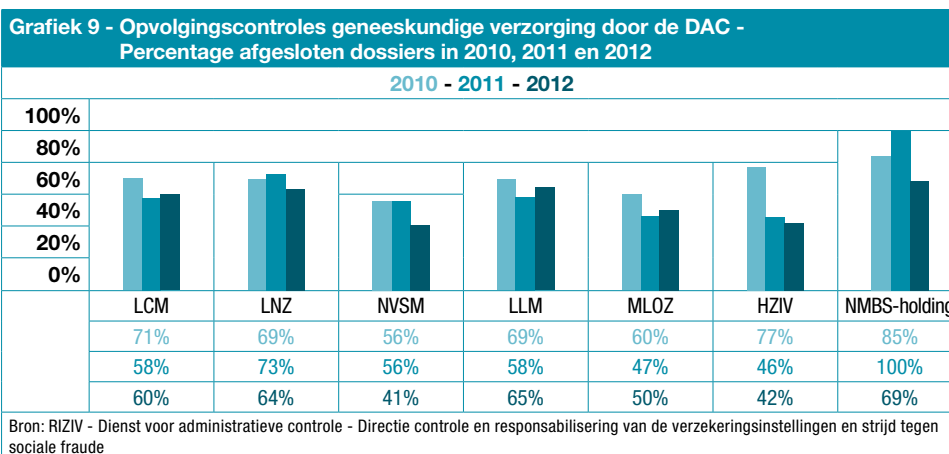
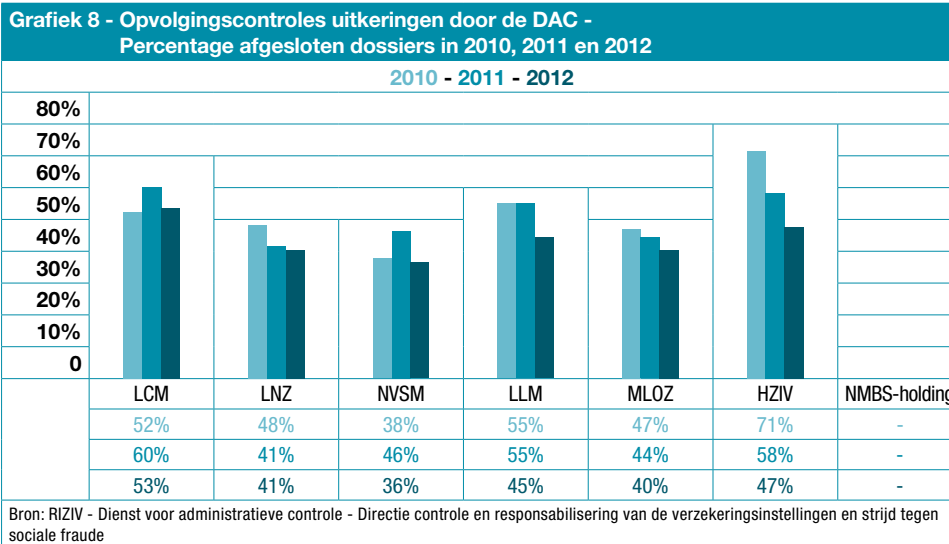
De DAC voert opvolgingscontroles uit voor alle dossiers waarin vaststellingen zijn gedaan.

Er zijn dus opvolgingscontroles met betrekking tot:

- de uitkeringsverzekering en de verzekering voor geneeskundige verzorging
- de themacontroles en de niet-thematische controles.



Ook een opvolgingscontrole resulteert mogelijk nog in een vaststelling. Is dat niet het geval, dan is de gecontroleerde situatie ondertussen correct en wordt het dossier in kwestie afgesloten.



5. Terugvordering

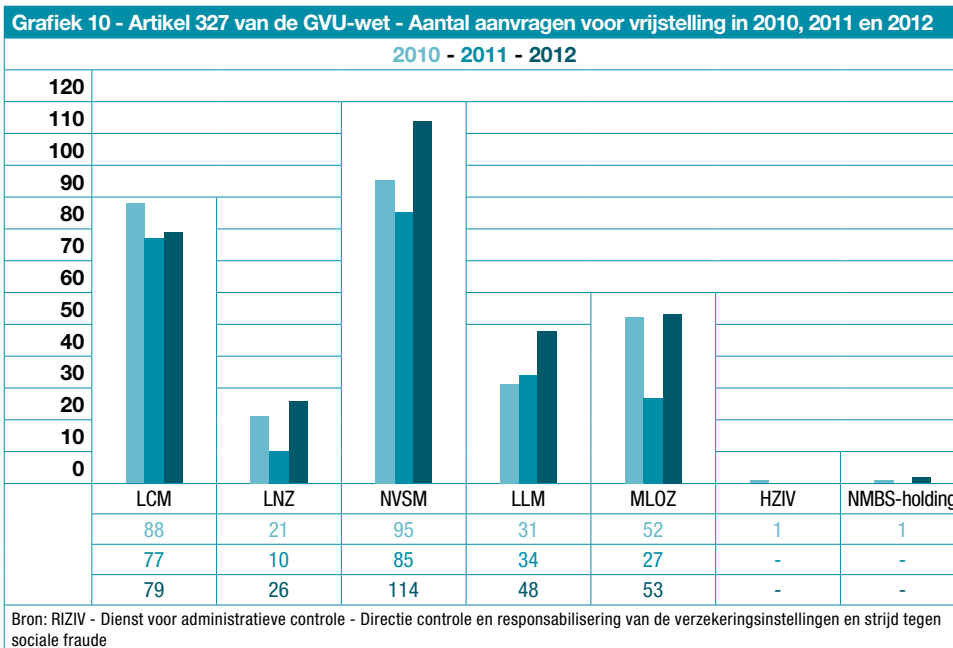
Als de V.I. er niet in slagen om niet-verschuldigde prestaties van sociaal verzekerden terug te vorderen (zie ook punt 1: Themacontroles, artikel 195) binnen de wettelijk voorziene termijn, dan moeten zij het resterend saldo boeken ten laste van hun eigen administratiekosten.

De V.I. kunnen wel vrijstelling daarvan aanvragen bij de leidend ambtenaar van de DAC.

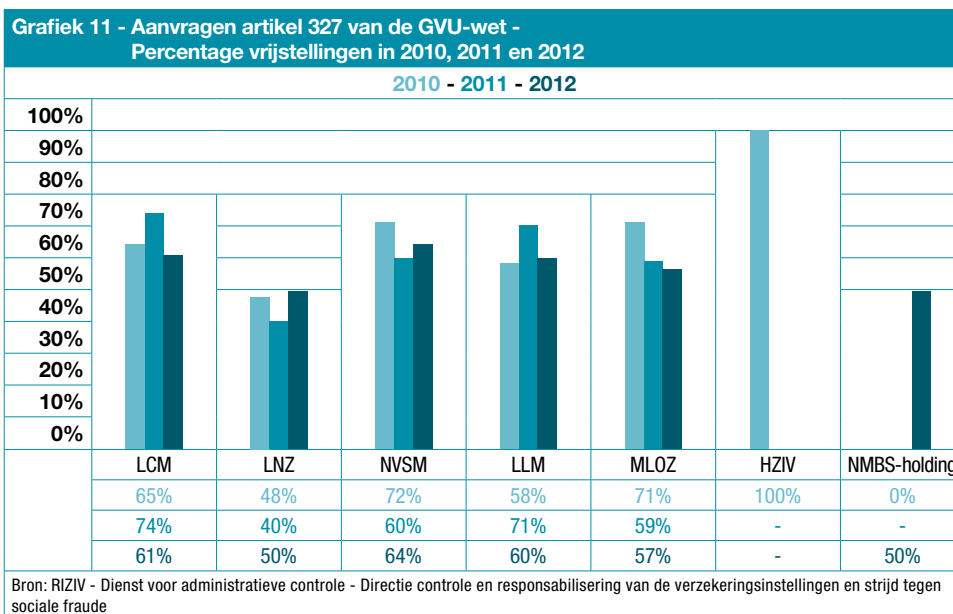
Vrijstelling is alleszins niet mogelijk in een van de volgende gevallen¹:

- als de terugvordering voortvloeit uit een fout, vergissing of nalatigheid van de V.I. in kwestie
- als de V.I. in kwestie niet alle mogelijke wettelijke middelen tot terugvordering heeft gebruikt
- als de terugvordering minder dan 300 EUR bedraagt
- als de aanvraag buiten de termijn is ingediend.

¹ Artikel 327 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de GVV-wet (GVV-besluit).



! De Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS-holding heeft voor 2010 en 2011 geen aanvragen ingediend voor de toepassing van artikel 327 van het Gvu-besluit.



www U vindt meer statistische tabellen op de website van het RIZIV: www.riziv.be, rubriek Wilt u meer weten? > Statistieken van het RIZIV.

V. Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds (ledentallen)

Dit deel geeft de evoluties van de personen die recht hebben op prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (sociaal verzekerden), volgens regeling en volgens verzekeringsinstelling (V.I.).

De gegevens in dit deel zijn gebaseerd op de bestanden van de leden van de ziekenfondsen (ook "ledentallen" genoemd). De V.I. bezorgen deze bestanden 2 keer per jaar aan de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV. De gegevens hebben betrekking op de situatie op 30 juni en 31 december van het betrokken jaar.

Sinds januari 2012 kunt u zelf basisstatistieken aanmaken over de personen die aangesloten zijn bij een Belgisch ziekenfonds. Een nieuwe toepassing op de website van het RIZIV berekent de gevraagde aantallen op basis van een set keuzewaarden: snel en eenvoudig! Een brok beleidsrelevante informatie is op die manier optimaal toegankelijk geworden.



U vindt de toepassing en meer informatie als volgt: www.riziv.be > Wilt u meer weten? > Statistieken van het RIZIV > Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds

Sociaal verzekerden kunnen recht hebben op de verzekering voor geneeskundige verzorging en/of de uitkeringsverzekering. De **verzekering voor geneeskundige verzorging** komt tegemoet in de kosten voor verzorging door individuele zorgverleners of door verzorgingsinstellingen. De **uitkeringsverzekering** kent een inkomensvervangende uitkering toe aan wie door arbeidsongeschiktheid, moederschap, vaderschap of adoptie geen arbeidsactiviteiten uitoefent.

De verzekering voor geneeskundige verzorging kent 2 categorieën rechthebbenden, namelijk gerechtigden en personen ten laste.



Gerechtigden zijn de personen tot wie de verzekering zich in de 1e plaats richt, en die de basisvoorwaarden moeten vervullen om het recht op tegemoetkomingen voor geneeskundige verzorging te laten ontstaan.



Personen ten laste genieten mee van het recht op tegemoetkomingen voor geneeskundige verzorging van de gerechtigde, omdat ze samenleven of verwant zijn met die gerechtigde. Het gaat meer bepaald om echtgenoten en echtgenotes, samenwonenden, ascendenten en descendente.

Vanaf 1993 onderscheiden we naast de rechthebbenden een categorie van **niet-verzekerde rechthebbenden**. Het zijn personen die niet langer de voorwaarden vervullen om recht te hebben op prestaties, bijvoorbeeld omdat ze weigerden de verschuldigde persoonlijke bijdrage te betalen wanneer er bijdragegegevens met een onvoldoende waarde aan het ziekenfonds werden bezorgd. Deze personen zijn dus nog wel lid van een ziekenfonds, maar verloren hun recht op prestaties, m.a.w. hun hoedanigheid van rechthebbende.

1. Evolutie volgens regeling

Tot eind 2007 vielen de rechthebbenden onder 2 regelingen, met een verschillend niveau van tegemoetkomingen en uitkeringen:

- de **algemene regeling**, gegroeid uit een verzekering die oorspronkelijk georganiseerd werd voor personen die zich als werknemer op de arbeidsmarkt bevonden of die zich door werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of pensionering niet langer op de arbeidsmarkt bevonden, en die naderhand uitgebreid werd naar andere bevolkingslagen
- de **regeling voor de zelfstandigen** en de leden van de kloostergemeenschappen.

Voor de verzekering voor geneeskundige verzorging is dit onderscheid tussen de regelingen vanaf 1 januari 2008 verdwenen. Vanaf die datum hebben zelfstandigen (en leden van een kloostergemeenschap) dezelfde rechten inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging als de andere groepen van de bevolking en bestaat er dus maar 1 stelsel van verzekering voor geneeskundige verzorging.



Het volgende geldt wel nog:

De uitgaven voor kosten van geneeskundige verzorging voor personen die de hoedanigheid van zelfstandige hebben of die een duidelijke band hebben met deze hoedanigheid, zijn in principe gefinancierd vanuit het globaal financieel beheer van de sociale zekerheid der zelfstandigen en niet vanuit dat van de werknemers. Op basis hiervan kan men de aantallen dus nog afzonderlijk vermelden. Het begrip "regeling" is hier bijgevolg in die zin te begrijpen.

Wat de uitkeringsverzekering betreft, bestaat er nog steeds zowel een formeel als inhoudelijk onderscheid tussen de algemene regeling en de regeling der zelfstandigen.

a. Algemene regeling

Tabel 1 geeft de evolutie weer van het aantal rechthebbenden in de algemene regeling en het aantal niet-verzekerde rechthebbenden.

Tabel 1 - Het aantal rechthebbenden van de algemene regeling - Stand op 30 juni							
Categorie	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gerechtigden (1)							
PUG + Overh.pers. & gelijkgest.	4.146.598	4.201.320	4.246.561	4.266.947	4.285.516	4.302.436	4.310.964
Invaliden	210.505	215.832	224.453	235.765	249.187	261.017	274.424
Mindervaliden	69.675	72.054	73.323	72.381	72.598	72.872	71.970
Weduwen, weduwnaars en wezen	362.834	360.937	356.116	350.145	343.996	336.064	325.689
Gepensioneerden	1.244.028	1.264.128	1.296.471	1.325.193	1.354.763	1.398.639	1.446.241
Personen ingeschreven in het Rijksregister (*)	175.697	174.391	165.391	155.199	158.051	166.317	165.575
Totaal (1)	6.209.337	6.288.662	6.362.315	6.405.630	6.464.111	6.537.345	6.594.863
Personen ten laste (2)							
Echtgenoten	734.870	692.268	674.025	658.994	647.357	632.636	615.524
Ascendenten	13.472	12.340	12.924	13.842	14.929	15.882	15.415
Descendenten	2.474.198	2.393.277	2.394.253	2.414.598	2.438.538	2.457.285	2.479.685
Totaal (2)	3.222.540	3.097.885	3.081.202	3.087.434	3.100.824	3.105.803	3.110.624
Rechthebbenden (1+2)	9.431.877	9.386.547	9.443.517	9.493.064	9.564.935	9.643.148	9.705.487
Niet-verzekerde gerechtigden (**)	41.967	90.343	89.346	103.890	103.011	108.620	119.219
(*) t.e.m. 1998: niet-beschermden personen							
(**) t.e.m. 1993: bij de rechthebbenden							
Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens							

De verschillende categorieën van gerechtigden van de algemene regeling zijn de volgende:

- **primaire uitkeringsgerechtigden (PUG):** actieve werknemers, werknemers in primaire arbeidsongeschiktheid, werknemers in moederschapsrust, gecontroleerde werklozen, studenten hoger onderwijs en werknemers in de voortgezette verzekering
- **invaliden:** verzekerden die na een éénjarige primaire arbeidsongeschiktheidsperiode verder als arbeidsongeschikt zijn erkend
- **mindervaliden:** verzekerden die, zonder recht te hebben op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, ongeschikt zijn erkend in het kader van ofwel de reglementering omtrent de tegemoetkomingen voor personen met een handicap ofwel de kinderbijslagregeling
- **weduwen, weduwnaars en wezen** van gerechtigden
- **gepensioneerden:** alle personen die recht hebben op een rustpensioen, een vervroegd pensioen of een als dusdanig geldend voordeel
- **personen ingeschreven in het rijksregister van de natuurlijke personen:** personen die in België hun legale hoofdverblijfplaats hebben en niet onderworpen zijn aan een buitenlandse verzekering voor geneeskundige verzorging of een specifieke Belgische ziekteverzekering, zoals bijvoorbeeld de Hulp- en verzorgingskas voor zeevarenden. Voor de ledentallen is een persoon slechts opgenomen in deze categorie als hij niet in een andere categorie vermeld kan worden.

b. Zelfstandigen en kloostergemeenschappen

Tabel 2 geeft de evolutie weer van het aantal rechthebbenden in de regeling van de zelfstandigen met 1 activiteit (= eigenlijke zelfstandigen) en de kloostergemeenschappen. De zelfstandigen met een gemengde loopbaan behoren tot de algemene regeling.

Tabel 2 - Aantal rechthebbende zelfstandigen met één enkele activiteit en de kloostergemeenschappen (met inbegrip van de mindervaliden) - Stand op 30 juni							
Categorie	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gerechtigden (1)							
PUG	521.215	500.948	553.240	561.740	566.225	567.671	571.882
Invaliden	16.659	16.760	17.048	17.524	18.270	18.667	19.014
Gepensioneerden	82.515	57.737	82.531	83.138	83.671	83.937	85.104
Weduwen, weduwnaars en wezen	31.866	14.734	29.463	30.608	28.594	27.965	27.436
Starters		36.349					
IGO (Inkomensgarantie voor ouderen)		9.400					
Mindervaliden			6.632	3.945	5.421	5.363	5.314
Totaal (1)	652.255	635.928	688.914	696.955	702.181	703.603	708.750
Personen ten laste (2)							
Echtgenoten	124.160	105.121	115.071	111.954	107.647	102.614	98.234
Ascendenten	1.052	1.095	1.300	1.543	1.743	1.865	1.907
Descendenten	201.053	202.337	222.341	240.348	253.063	262.133	269.065
Totaal (2)	326.265	308.553	338.712	353.845	362.453	366.612	369.206
Rechthebbenden (1+2)	978.520	944.481	1.027.626	1.050.800	1.064.634	1.070.215	1.077.956
Kloostergemeenschappen	3.755	1.118	3.009	2.726	2.459	1.993	1.763

Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens

De verschillende categorieën van gerechtigden zijn:

- **primaire uitkeringsgerechtigde zelfstandigen (PUG) en helpers:** actieve zelfstandigen/helpers en zelfstandigen/helpers in primaire arbeidsongeschiktheid of moederschapsrust
- **invaliden:** verzekerden die arbeidsongeschikt erkend bleven na de periode van primaire ongeschiktheid en die voldoen aan de voorwaarden inzake invaliditeit vastgesteld door het koninklijk besluit van 20 juli 1971
- **gepensioneerden:** alle zelfstandigen die recht hebben op een rustpensioen als zelfstandige
- **weduwen, weduwnaars en wezen** van zelfstandige gerechtigden waarvan de echtgeno(o)t(e) gedurende minstens één jaar een beroepsactiviteit als zelfstandige heeft uitgeoefend
- **starters en “inkomensgarantie voor ouderen (IGO)”:**
Van 1 juli 2006 tot 31 december 2007 hadden de “startende zelfstandigen” en de “zelfstandigen met IGO” al recht op tegemoetkoming van zowel grote als kleine risico's. Tijdens deze periode was het mogelijk om ze als aparte categorieën te onderscheiden in de ledentallenbestanden. Omdat vanaf 1 januari 2008 alle verzekerde zelfstandigen recht hebben op grote en kleine risico's, zijn de startende zelfstandigen en zelfstandigen met IGO vanaf dit moment opgenomen bij respectievelijk de primaire uitkeringsgerechtigden en de gepensioneerden (zonder aparte vermelding).
- **mindervalide zelfstandigen:** al de mindervalide gerechtigden waarvoor er nog een band kan worden aangeduid met een hoedanigheid van zelfstandige
- leden van de **kloostergemeenschappen**.

2. Evolutie volgens verzekeringsinstelling

Hieronder vindt u grafieken en tabellen over de verdeling van de sociaal verzekerden per verzekeringsinstelling (V.I.).

Grafiek 1 geeft de verdeling weer van de leden volgens V.I. op 30 juni 2012 voor de algemene regeling en grafiek 2 geeft de verdeling voor de zelfstandigen.

LCM	41,48%	
LNM	4,35%	
NVSM	29,65%	
LLM	5,17%	
LOZ	17,45%	
HZIV	0,76%	
NMBS-Holding	1,14%	

Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens

LCM	43,60%	
LNM	5,20%	
NVSM	15,17%	
LLM	6,81%	
LOZ	28,81%	
HZIV	0,40%	

Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens

Tabel 3 geeft de evolutie van het aantal rechthebbenden per V.I. op 30 juni voor de jaren 2000 t.e.m. 2012 in de algemene regeling (exclusief de niet-verzekerde rechthebbenden).

Tabel 4 geeft de evolutie voor de regeling van de zelfstandigen.

Tabel 3 - Algemene regeling - Evolutie van de rechthebbenden per V.I. op 30 juni (in %)							
Jaar	LCM	LNM	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	NMBS-holding
2000	44,05	3,84	28,96	5,73	14,98	0,81	1,64
2001	43,80	3,91	29,09	5,71	15,09	0,81	1,59
2002	43,53	3,95	29,24	5,68	15,26	0,79	1,55
2003	43,29	3,97	29,36	5,63	15,49	0,79	1,49
2004	43,01	3,98	29,58	5,57	15,65	0,79	1,42
2005	42,77	3,98	29,79	5,51	15,81	0,79	1,36
2006	42,37	3,98	30,00	5,43	16,14	0,78	1,31
2007	42,39	4,04	29,41	5,41	16,69	0,77	1,29
2008	42,21	4,11	29,46	5,34	16,86	0,75	1,26
2009	42,04	4,18	29,51	5,29	17,01	0,74	1,23
2010	41,81	4,23	29,54	5,27	17,21	0,75	1,20
2011	41,66	4,28	29,56	5,22	17,36	0,75	1,16
2012	41,48	4,35	29,65	5,17	17,45	0,76	1,14

Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens

Tabel 4 - Regeling zelfstandigen met één activiteit - Evolutie van de rechthebbenden per V.I. op 30 juni (in %)							
Jaar	LCM	LNM	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	
2000	48,76	5,35	13,97	8,13	23,47	0,33	
2001	48,50	5,32	14,19	8,03	23,64	0,32	
2002	48,26	5,31	14,21	7,96	23,95	0,32	
2003	47,93	5,30	14,28	7,89	24,29	0,31	
2004	47,67	5,26	14,37	7,78	24,62	0,30	
2005	46,97	5,23	14,41	7,64	25,46	0,30	
2006	45,88	5,22	14,35	7,48	26,76	0,30	
2007	44,96	5,14	14,28	7,22	28,08	0,32	
2008	45,10	5,17	14,56	7,10	27,79	0,27	
2009	44,55	5,20	14,84	6,96	28,11	0,34	
2010	44,43	5,15	14,99	6,85	28,23	0,34	
2011	44,03	5,19	15,07	6,82	28,58	0,31	
2012	43,60	5,20	15,17	6,81	28,81	0,40	

Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens

Tabel 5 - Niet-verzekerde rechthebbenden - Evolutie per V.I. op 30 juni (in %)							
Jaar	LCM	LNM	NVSM	LLM	LOZ	HZIV	NMBS-holding
2011	41,66	4,28	29,56	5,22	17,36	0,75	1,16
2012	30,53	3,84	32,51	3,75	25,96	3,41	0,01

Bron: RIZIV - Dienst voor administratieve controle - Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens



6^e Deel Het RIZIV in de praktijk

I. Adressen van de burelen van het RIZIV

1. De hoofdzetel

De hoofdzetel van het RIZIV bevindt zich aan de Tervurenlaan 211, in 1150 Brussel.

Tel.: 02 739 71 11
Fax: 02 739 72 91



E-mail: bib@riziv.fgov.be of communication@riziv.fgov.be
Website: www.riziv.be

2. De provinciale diensten van de Dienst uitkeringen en van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

De provinciale diensten van de Dienst uitkeringen en van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle zijn toegankelijk voor het publiek op de adressen die hieronder vermeld staan.

Antwerpen

Eiermarktbuilding
9^e en 10^e verdieping
Sint-Katelijnevest 54,
bussen 2 en 3
2000 Antwerpen
Tel.: 03 201 45 50
Fax: 03 232 81 55
E-mail: antwerpen.dgc@riziv.fgov.be

Brussel Hoofdstedelijk Gewest

Tervurenlaan 158
1150 Brussel
Tel.: 02 739 79 88
Fax: 02 739 79 67
E-mail: brxlcapital.scm@inami.fgov.be

Henegouwen

Parc Initialis
Boulevard A. Delvaux 5
7000 Mons
Tel.: 065 35 42 37
Fax: 065 35 50 21

Limburg

Guffenslaan 33
3500 Hasselt
Tel.: 011 45 77 00
Fax: 011 23 32 87
E-mail: hasselt.dgc@riziv.fgov.be

Luik

Rue Fabry 25
4000 Liège
Tel.: 04 229 20 40
Fax: 04 229 20 99
E-mail: liege.scm@inami.fgov.be

Luxemburg

Rue des Déportés 50
1^{er} étage
6700 Arlon
Tel.: 063 22 05 98
063 22 05 99
Fax: 063 23 40 91
E-mail: arlon.scm@inami.fgov.be

Namen

Avenue Jean Materne 115-117
5100 Jambes
Tel.: 081 58 53 20
081 73 06 22
Fax: 081 74 30 57
E-mail: namur.scm@inami.fgov.be

Oost-Vlaanderen

Groeninghecomplex
Zwijnaardsesteenweg 316 D
9000 Gent
Tel.: 09 321 80 10
Fax: 09 225 30 88
E-mail: gent.dgc@riziv.fgov.be

Vlaams-Brabant

Martelarenlaan 38 bus 2
6010 Kessel-Lo
Tel.: 016 39 26 00
Fax: 016 39 26 39
E-mail: vlaamsbrabant.dgc@riziv.fgov.be

Waals-Brabant

Avenue de Tervueren 158
1150 Bruxelles
Tel.: 02 739 79 92
Fax: 02 739 79 67
E-mail: brabantwallon.scm@inami.fgov.be

West-Vlaanderen

Hertogenstraat 71
8200 Sint-Andries-Brugge
Tel.: 050 39 04 10
Fax: 050 39 22 91
E-mail: brugge.secr@riziv.fgov.be

II. Publicaties van het RIZIV en prijzen voor 2013 (in EUR)

1. Informatieblad

Tijdschrift: verschijnt 4 maal per jaar 32,00



Het Informatieblad is ook beschikbaar op de website van het RIZIV, www.riziv.be, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

2. Samengeordende GvU-teksten

Het geheel van de samengeordende teksten is verkrijgbaar op één CD-Rom 5,00

Bij elke bijwerking is een nieuwe aangepaste versie beschikbaar 5,00

a. Wet van 14 juli 1994

Brochure 27,00

Bijwerkingen in 2013 25,00

Basistekst¹ + bijwerkingen in 2013 Losbladig 52,00

b. Koninklijk besluit van 3 juli 1996

Brochure 17,00

Bijwerkingen in 2013 5,00

Basistekst¹ + bijwerkingen in 2013 Losbladig 22,00

c. Uitkeringen (verordening en uitvoeringsbesluiten)

Brochure 2,00

Bijwerkingen in 2013 12,00

Basistekst¹ + bijwerkingen in 2013 Losbladig 14,00

d. Geneeskundige verstrekkingen (verordening)

Brochure 12,00

Bijwerkingen in 2013 6,00

Basistekst¹ + bijwerkingen in 2013 Losbladig 18,00

e. Geneeskundige verstrekkingen (uitvoeringsbesluiten)

Brochure 45,00

Bijwerkingen in 2013 13,00

Basistekst¹ + bijwerkingen in 2013 Losbladig 58,00

¹ Voor de nieuwe abonnees: onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.

f. Diverse koninklijke besluiten (o.a. uitkeringen zelfstandigen, controle, betwiste zaken)


Brochure.....	6,00
Bijwerkingen in 2013.....	6,00
Basistekst ¹ + bijwerkingen in 2013.....	12,00

g. Voornoemde samengeordende GVU-teksten (a tot en met f)

Basistekst ¹ + bijwerkingen in 2013.....	168,00
Bijwerkingen in 2013.....	58,00

h. Voornoemde samengeordende GVU-teksten (c tot en met e)

Basistekst ¹ + bijwerkingen in 2013.....	87,00
Bijwerkingen in 2013.....	28,00

 Er staat ook een databank met de reglementering (Docleg) op de website van het RIZIV, www.riziv.be, rubriek Wilt u meer weten? > Reglementering.

In dezelfde rubriek zijn ook een aantal reglementaire teksten beschikbaar in PDF-formaat, namelijk:

- wet van 14 juli 1994
- koninklijk besluit van 3 juli 1996
- verordening geneeskundige verzorging van 28 juli 2003
- verordening uitkeringen van 16 april 1997


3. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

a. Tekst van de nomenclatuur

Basistekst ¹ + bijwerkingen in 2013.....	68,00
Bijwerkingen in 2013.....	45,00

b. Interpretatieregels van de nomenclatuur

Basistekst ¹ + bijwerkingen in 2013.....	49,00
Bijwerkingen in 2013.....	8,00

 De tekst van de nomenclatuur en de interpretatieregels zijn ook beschikbaar op de website van het RIZIV, www.riziv.be, toegang vanaf de onthaalpagina.

¹ Voor de nieuwe abonnees: onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.

4. Technische informatie

a. Omzendbrieven aan de verzekeringsinstellingen (V.I.)

De omzendbrieven waarmee het RIZIV zijn onderrichtingen aan de V.I. meedeelt	
Per blad	0,12
Abonnement ¹	provisie van 50,00
Index 1964-2008:	cd-rom..... 6,00

b. Rechtspraakrepertorium

Verzameling van rechtspraak inzake de verplichte verzekering GvU	
Basistekst ² + bijwerkingen in 2013	Losbladig..... 56,00
Bijwerkingen in 2013	10,00

5. Jaarverslag, brochures, folders, boeken

a. Jaarverslag RIZIV

Enkel beschikbaar via de website van het RIZIV (printbare versie)

b. Het RIZIV in de kijker - Rol, partners en ambitie

Brochure..... gratis

c. Het RIZIV - Wat, waarom, voor wie?

Folder

d. Bijzonder solidariteitsfonds (zolang de voorraad strekt)

Folder


e. Repertorium van de landsbonden van ziekenfondsen en van de ziekenfondsen van België (verplichte verzekering voor GvU)

Enkel te raadplegen op de website van het RIZIV, rubriek Burger > Ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondsen

f. Lijst van de erkende tarifieringsdiensten..... gratis

g. Evolutie van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (1945-1970)

Boek door J. Engels (449 blz.)..... 12,50

 De publicaties vermeld onder 5 (a tot d) zijn beschikbaar op de website van het RIZIV, www.riziv.be, rubriek Het RIZIV > Publicaties van het RIZIV.

De contactgegevens van de ziekenfondsen die in het Repertorium zijn opgenomen zijn ook beschikbaar op de website, rubriek Burger > Ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondsen.

¹ De juiste abonnementsprijs zal maar kunnen vastgesteld worden bij het verschijnen van de laatste omzendbrief van 2012.

² Voor de nieuwe abonnees: onder basistekst verstaat men een geactualiseerde versie van voornoemde publicatie, bijgewerkt tot op het moment van de bestelling. De abonnee blijft de mogelijkheid behouden om de basistekst met alle bijwerkingen afzonderlijk te bestellen. Hij maakt zijn keuze duidelijk bij de bestelling.



Voor inlichtingen over en afhalen van de publicaties kunt u terecht bij:

Publicatie	Contact
1, 2, 3, 4 en 5.e	Abonnementendienst tel. 02/739 72 32, e-mail: abonnee@riziv.fgov.be
5.a, b en c	Communicatiecel tel. 02/739 72 10, e-mail: communication@riziv.fgov.be
5.d	Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 76 70, e-mail: solidariteitsfonds@riziv.fgov.be
5.f	Dienst voor geneeskundige verzorging tel. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail: daniel.vandenbergh@riziv.fgov.be
5.g	Documentatiedienst tel. 02/739 70 92, e-mail: bib@riziv.fgov.be

Wenst u een publicatie die niet gratis is? Betaal dan het juiste bedrag door storting of overschrijving op het rekeningnummer van het RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel:
IBAN: BE84 6790 2621 5359 - BIC: PCHQ BEBB.

Vermeld de publicatie die u wenst.

III. Studies en onderzoek

1. Implantaten in de cardiologie: invloed van de vergrijzing op de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging

De Cel Expertise & COOPAMI onderzoekt hoe de bedragen evolueren die de verzekering voor geneeskundige verzorging heeft terugbetaald voor de implantaten in de cardiologie. Het onderzoek loopt over de periode 2005-2010.

Deze studie onderzoekt 2 groepen van geneeskundige verstrekkingen: "hart en coronair" en "vasculair maar niet coronair".

Ze analyseert de evolutie van de terugbetalingen en houdt daarbij rekening met de factoren leeftijd, geslacht en woonplaats van de patiënt.

Er is ook een vergelijking van de terugbetaling voor de implantaten in de cardiologie en die voor de totale sector van de implantaten: in 2010 vertegenwoordigen de uitgaven voor de cardiologie ongeveer 46% van de totale uitgaven voor de implantaten.

De studie besluit dat de vergrijzing van de bevolking (bij constante wetgeving en geblokkeerde gemiddelde kosten) in de komende 10 jaar zal leiden tot:

- handhaving van de uitgaven voor de ziekenhuisverblijven voor de verstrekkingen "implantaten - vasculair maar niet coronair"
- stijging met 6% van de uitgaven voor de ziekenhuisverblijven voor de verstrekkingen "implantaten - hart en coronair".



Raadpleeg de studie op de website van COOPAMI: www.coopami.org, rubriek Expertise > Realisaties 2012.

2. Een begeleiding op maat bij de werkhervatting na een periode van arbeidsongeschiktheid

In België zijn 258.000 mensen langdurig arbeidsongeschikt. Omdat ze om medische redenen niet meer in staat zijn om hun job uit te oefenen, ontvangen ze een uitkering van hun ziekenfonds.

De uitkeringsverzekering biedt al meerdere jaren tal van arbeidsongeschikte werknemers de mogelijkheid om nieuwe professionele competenties te ontwikkelen. Ondanks de geleverde inspanningen blijft het echter moeilijk om na een periode van ongeschiktheid opnieuw aan het werk te gaan.

Daarom zullen het RIZIV en de andere grote actoren inzake socioprofessionele re-integratie voortaan hun acties coördineren om de arbeidsongeschikte werknemer die opnieuw werk wil vinden (voltijds of deeltijds) beter te begeleiden.

Die samenwerking is nu vastgelegd in overeenkomsten.

In het Vlaams Gewest is in september 2012 een 3^e overeenkomst ondertekend tussen het RIZIV, de VDAB en de GTB (gespecialiseerde dienst die personen met een handicap begeleidt bij het zoeken naar werk).

In het Waals Gewest is in januari 2013 een 1^e overeenkomst ondertekend tussen het RIZIV, de ziekenfondsen, het Forem en het Waalse agentschap voor personen met een handicap - l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH).

Het succes van die nieuwe samenwerking berust op re-integratietrajecten.

- **Individuele trajecten op maat:** elke arbeidsongeschikte persoon heeft zijn eigen verhaal en moeilijkheden.
- **Een snelle start van het re-integratieproject** na het begin van de arbeidsongeschiktheid: hoe korter de periode van arbeidsongeschiktheid, hoe groter de kans om het werk te hervatten.
- **Een vereenvoudiging van de administratieve procedures.**
- **Een gestructureerde communicatie tijdens het traject tussen alle actoren:** vanaf het 1e contact met de adviserend geneesheer van het ziekenfonds tot de terugkeer naar het werk.
- **Een expertise in beroepsoriëntering:** deskundigen inzake opleiding, tewerkstelling en integratie van personen met een handicap (AWIPH) helpen de arbeidsongeschikte werknemer en zijn adviserend geneesheer om de mogelijkheden te bepalen om op de arbeidsmarkt terug te keren.



Raadpleeg de persberichten van 14 september 2012 en 15 januari 2013 op de website van het RIZIV: www.riziv.be: rubriek Persberichten > Meer persberichten.

3. Ziekteverzekering werknemers en zelfstandigen: uitkeringen - ontwikkelingen 2006-2011

Studie: "Ziekteverzekering werknemers en zelfstandigen: uitkeringen - ontwikkelingen 2006-2011"

Deze studie geeft een overzicht van de ontwikkelingen van de ziekteverzekering voor werknemers en zelfstandigen tijdens de periode 2006-2011.

Met betrekking tot de wetgeving stelt de studie eerst de gemeenschappelijke bepalingen voor de werknemers en de zelfstandigen voor, namelijk:

- de toekenning van een forfaitaire tegemoetkoming voor de hulp van derden
- de hoedanigheid van gerechtigde met/zonder gezinslast, met uitbreiding van de categorie van alleenstaande gerechtigde zonder gezinslast
- de regulariseringsprocedure bij niet-toegestane werkhervatting door een gerechtigde die arbeidsongeschikt is erkend
- de beroepsherscholing.

Daarna bespreekt de studie verschillende aspecten van de uitkeringsverzekering voor werknemers:

- de belangrijkste maatregelen met betrekking tot het bedrag van de uitkeringen
- de weigering van de uitkeringen voor de dagen gedekt door vakantiegeld
- de hervatting van een toegestane activiteit – aanrekening van het beroepsinkomen
- de moederschapsverzekering met de werkverwijdering, de moederschapsrust, de borstvoedingspauzes en de andere risico's (het vaderschapsverlof en het adoptieverlof).

Een ander deel van de studie is gewijd aan de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen:

- de afwezigheid van een gerechtigde voor een controleonderzoek van de staat van arbeidsongeschiktheid
- de invoering van de hoedanigheid van alleenstaande gerechtigde zonder gezinslast
- de belangrijkste maatregelen met betrekking tot het uitkeringsbedrag
- de uitoefening van een toegestane activiteit
- de moederschapsrust
- het adoptieverlof.

Er is verder ook een belangrijk deel over de rechtspraak voor de uitkeringsverzekering van werknemers en zelfstandigen.

4. De medische consumptie in kaart gebracht: Schommelingen in de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging in België – longitudinaal verslag 2007-2011

Dit verslag geeft een overzicht van de evolutie van de totale uitgaven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in België tijdens de periode 2007-2011.

De grote toename van de gemiddelde uitgaven die tussen 2007 en 2011 is vastgesteld in de 3 gewesten lijkt het resultaat te zijn van verschillende reglementaire maatregelen, met name:

- de inwerkingtreding van het OMNIO-statuut
- de uitbreiding van het recht op vergoeding van kleine risico's voor zelfstandigen die het IGO genieten en voor startende zelfstandigen
- de opname van de kleine risico's in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor alle zelfstandigen.

De stijging van de uitgaven is sterk vertraagd tussen 2009 en 2010, maar trok in 2011 weer aan.

Op gewestelijk niveau zijn de brutoverschillen tussen Vlaanderen en Wallonië in de bestudeerde periode afgenomen. Beide gewesten kwamen dichterbij het Belgische gemiddelde te liggen.

In Brussel daarentegen wijken de gemiddelde uitgaven nog sterker af van het nationaal referentiepunt. Die vaststelling moet worden genuanceerd, want in Wallonië en in Vlaanderen worden cijfers samengevoegd die afkomstig zijn uit arrondissementen met soms zeer uiteenlopende situaties en dat leidt tot een compensatie-effect.

Men stelt in 2011 evenwel vast dat het verschil in de bruto gemiddelde uitgaven licht stijgt in vergelijking met het gemiddelde in de drie gewesten, terwijl tijdens de voorgaande jaren enkel de gemiddelde uitgaven van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een afwijking vertoonden ten opzichte van de nationale gemiddelde uitgaven.

Die vaststelling valt voor een groot deel te verklaren door de evolutie van het vaste deel van de begroting voor financiële middelen van de ziekenhuizen, dat in 2011 sterk is toegenomen. Het gaat om een eenmalig fenomeen dat geen afbreuk doet aan de trend van vermindering van de verschillen die de voorbije jaren is waargenomen.

Voor de meeste van de beschouwde jaren lijken de lage gemiddelde uitgaven in Brussel en de vrij hoge gemiddelde uitgaven in Wallonië het resultaat te zijn van de bevolkingsstructuur.

