Mededelingen

NATIONAAL AKKOORD GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN 2008

Hierna gaat de tekst van het nationaal akkoord tussen de geneesheren en de verzekeringsinstellingen, gesloten op 20 december 2007 (B.S. 14.1.2008).

Deze nieuwe nationale overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2008.

*
* *

…

1. PARTIELE BEGROTINGSDOELSTELLING 2008

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen neemt kennis van het bedrag van de partiële begrotingsdoelstelling 2008 dat door de Algemene raad is vastgesteld op 6 094 825 duizend EUR. Hierin is een indexmassa vervat van 95,85 miljoen EUR alsook een financiële marge beschikbaar van 82,66 miljoen EUR voor nieuwe initiatieven. Deze marge voor nieuwe initiatieven wordt nog aangevuld met 7,78 miljoen EUR die wordt vrijgemaakt binnen de partiële begrotingsdoelstelling van 6 094 825 duizend EUR, een bedrag van 0,14 miljoen EUR ingevolge een transfer uit het budget implantaten en een bedrag van 0,12 miljoen EUR ingevolge een transfer uit de honoraria nierdialyse. Het te verdelen bedrag voor nieuwe initiatieven wordt aldus bepaald op 90,70 miljoen EUR.

Het oorspronkelijk bedrag, toegewezen door de Algemene raad wordt voor 1/3 gereserveerd voor de huisartsen en 2/3 voor de specialisten. De toegevoegde bedragen worden toegewezen aan de deelgroep waaruit ze afkomstig zijn.

2. HONORARIA 2008: INDEXERING EN HERWAARDERING

Hoewel dit akkoord, gelet op de omstandigheden, slechts een duur heeft van één jaar, bevestigt de NCGZ de noodzaak om in een meerjarenperspectief verder te werken aan de ondersteuning en bevordering van de huisartsgeneeskunde enerzijds en aan een betere waardering voor bepaalde disciplines in de specialistische geneeskunde met een beperkt aandeel aan technische verstrekkingen anderzijds, onverminderd de noodzaak om de nomenclatuur aan te passen aan de medische evolutie.

De NCGZ roept ook het Beleid op, om in overleg met de commissie, prioritaire aandacht te besteden aan punt 18, van het akkoord.

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen heeft beslist tot een eerste fase van herijking van de nomenclatuur van de geneesheren-specialisten door de uitgaven in bepaalde sectoren te beperken om bijkomende middelen vrij te maken ten voordele van de psychiatrie, kinderpsychiatrie, geriatrie, reumatologie, pediatrie, algemene interne geneeskunde, oncologie, endocrinologie en hematologie. Deze inspanning bedraagt 29,5 miljoen EUR. De partijen verbinden zich er toe voor de vier volgende jaren binnen de partiële begrotingsdoelstelling ten minste hetzelfde bedrag vrij te maken voor nieuwe initiatieven in deze sectoren.

Projecten	2008 Begroting (€ duizend)
1. Indexeringen	
1.1. H08/01 Huisartsen De honoraria, zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2007 worden lineair geïndexeerd met 1,62% op 1 januari 2008.	17 135,4
1.2. H08/02 Specialisten De honoraria, zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2007 worden lineair geïndexeerd met 1,62% op 1 januari 2008, met uitzondering van de stomatologie, de radio-radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de pathologische anatomie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de medische beeldvorming en de honoraria van de chronische nierdialyse, die geïndexeerd worden met 1,52% en met uitzondering van de percutane verstrekkingen, de genetische onderzoekingen, de elektrocardiografische onderzoekingen en de verstrekkingen met specifieke nomenclaruurcodes voor niet-geaccrediteerde geneesheren-specialisten, die niet worden geïndexeerd.	72 153,6
Totaal indexering	**89 289**
2.1. Honoraria van de huisartsen De maatregelen treden in werking op 1 januari 2008	
2.1.1. H08/03 Herwaardering met 2% van 101076, 102410 en 102432, alsook van de bezoeken en verhoogde bezoeken	17 564,5
2.1.2. H08/04 Opwaardering GMD-honorarium tot 25,67 EUR	1 134
2.1.3. H08/05 Begeleiding door de huisarts in ambulance	45
Totaal huisartsen	**18 743,5**
2.2. Honoraria van de geneesheren-specialisten De maatregelen treden in werking op 1 januari 2008	
2.2.1. H08/06 Herwaardering basisconsultatie specialist (102535) met 2%	4 816,9
2.2.2. H08/07 Psychiatrie – Pedopsy – Herwaardering toezicht in K (codes 598861, -883, -905, -920, -942) met 30%	1 050,6
2.2.3. H08/08 Pediatrie – Herwaardering toezicht NIC (+ 50%) (codes 596223, -245, -260, -326, -341, -363)	1 540,4
2.2.4. H08/09 Gynaecologie – Verdubbeling honorarium bevalling	3 000
2.2.5. H08/10 Pediatrie – Klinisch onderzoek in dienst N* (codes 596024, -046, -061, -120, -142, -164)	1 967
2.2.6. H08/11 Psychiatrie – Herwaardering toezicht in A (codes 598161, -426, -441, -463, -485) met 15%	4 634,3
Totaal geneesheren-specialisten	**17 009,2**
TOTAAL HONORARIA 2008	**35 752,7**

3. NOMENCLATUUR 2008 (bijlage aan het K.B. van 14.9.1984)

Projecten Akkoord 2006-2007	**2008 Aanvullend begroting (€ duizend)**
N0607/00 Herstructurering en herwaardering van de urgentiegeneeskunde	PM
N0607/10 Oncologische heelkunde – Hoofd en hals Partim "Hoofd en hals": bijkomende begroting gevraagd	630
N0607/13 Microbiologie – Nomenclaturisering "Actualisering van artikel 24"	3 750
TOTAAL	**4 380**

Projecten Akkoord 2008	**2008 Begroting (€ duizend)**
1. Projecten voor huisartsen	
N08/HA/00 Bezoek aan gehospitaliseerde patiënt	105
N08/HA/01 Afschaffing remgeld huisbezoek bij palliatieve patiënt in ROB-RVT	PM
N08/HA/02 Wondhechting	438,7
Totaal nomenclatuur voor huisartsen	**543,7**
2. Projecten voor geneesheren-specialisten	
N08/GS/00 Specialisten – Herwaardering medisch oncologen, hematologen, endocrinologen	5 000
N08/GS/01 Reumatologie – Consultatie artritiszorg	2 750
N08/GS/02 Algemeen internist – Nieuwe verstrekking eerste consultatie trouble shooting	3 000
N08/GS/03 Psychiatrie – Pedopsy – Verhoging aantal zittingen psy evaluatie (code 109410)	1 090
N08/GS/04 Psychiatrie – Pedopsy – Pluridisciplinair overleg	1 874
N08/GS/05 Psychiatrie – Multidisciplinair + psychogeriatrie + crisisopvang + SGA De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen verzoekt de Technische geneeskundige raad om uiterlijk 30.9.2008 een geheel van voorstellen uit te werken inzake psychiatrie, meer bepaald wat de crisisopvang en het pluridisciplinair overleg in het ziekenhuis betreft, de toezichtshonoraria in Sp-psychogeriatrische dienst van algemene en categorale ziekenhuizen alsmede de honorering voor de verhoogde medische omkadering in intensieve behandeleenheden voor sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten	PM

N08/GS/06 Psychiatrie – Herwaardering toezicht Sp-psychogeriatrie in AZ tot niveau andere Sp in AZ	55
N08/GS/07 Pediatrie – Optrekken honorarium neuro-pediater tot dat van neuroloog	234
N08/GS/08 Pediatrie – Toezicht overbrenging NIC (prestatie 599303*6)	107,8
N08/GS/09 Pediatrie – Stabilisatiehonorarium bij overbrengen neonatus onder nCPAP	141
N08/GS/10 Pediatrie –nCPAP in NIC en N*	- 621,7
N08/GS/11 Pediatrie – Diepe veneuze katheter	135
N08/GS/12 Geriatrie – Beperking 102233 opheffen	186
N08/GS/13 Geriatrie – Teamconsult via liaison bij patiënten buiten G-afdeling	989
N08/GS/14 Stomatologie – Opheffen immuniteit eerste 5 dagen voor verstrekking K >= 225	420,4
N08/GS/15 Algemene speciale verstrekkingen – Hyperbare zuurstoftherapie Aan het KCE wordt een HTA gevraagd	PM
N08/GS/16 Algemene speciale verstrekkingen – Lumbale punctie	470
N08/GS/17 Algemene speciale verstrekkingen – Wondhechting	467,8
N08/GS/18 Heelkunde – Plastische chirurgie (reconstructieve borstchirurgie)	115
N08/GS/19 Heelkunde – Senologie (techniek sentinelklier)	486
N08/GS/20 Heelkunde – Robotheelkunde	200
N08/GS/21 Heelkunde – Intravitreale injectie bij Age-Related Macular Degeneration (ARMD)	1 862,5
N08/GS/22 Medische beeldvorming – Abdominale overzichtsecho voor internisten (connex)	983
N08/GS/23 Medische beeldvorming – Colono CT	502
N08/GS/24 Medische beeldvorming – Coronaro CT	1 260
N08/GS/25 Medische beeldvorming – Osteodensitometrie	2 518,6
N08/GS/26 Inwendige geneeskunde – Doppler controle van de hemodialyse-shunt	PM
N08/GS/27 Inwendige geneeskunde – EBUS endobronchiale echografie	293
N08/GS/28 Inwendige geneeskunde – Terugbetaling tests door allergologen pneumologie	1 474

N08/GS/29 Inwendige geneeskunde – Ph- en impedantiemeting slokdarm	190
N08/GS/30 Inwendige geneeskunde – Plasmaferese	1 500
N08/GS/31 Biologie – Hematologie-transfusie-serologie-immunologie	3 175
N08/GS/32 Biologie – IUI intra-uteriene inseminatie: uitvoeren spermacapacitatie	1 639,2
N08/GS/33 Gynaecologie – IUI intra-uteriene inseminatie na uitvoeren spermacapacitatie	724
N08/GS/34 Anatomopathologie – HPV cervix	1 061,7
Totaal nomenclatuur voor geneesheren-specialisten	**34 282,3**
TOTAAL NOMENCLATUUR 2008	**39 206**

4. ANDERE PROJECTEN

Projecten	**2008 Begroting (€ duizend)**
1. Zorgtrajecten	PM
2. Praktijkondersteuning (zie punt 9)	7 113,4
3. Disponibiliteitshonorarium (zie punt 11.1.1.)	674,9
4. Experiment beschikbaarheid (zie punt 11.1.2.)	4 000
5. Vergoeding GMD voor palliatieve patiënt	413
6. Inwendige geneeskunde – Leverdialyse via overeenkomst	100
7. Disponibiliteit geneesheren-specialisten – Uitbreiding tot 10 basis specialismen (zie punt 11.2.)	9 816,5
8. Medisch advies bij palliatieve patiënten	180
TOTAAL ANDERE PROJECTEN	**22 297,8**

5. KLINISCHE BIOLOGIE

5.1. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen stelt voor de globale begroting van de financiële middelen van de klinische biologie voor 2008 op 1 035 880 duizend EUR vast te stellen. Zijn in deze globale begroting niet inbegrepen; de artikelen 24*bis* en 33*bis* van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

5.2. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen adviseert aan de Minister van Sociale Zaken de procedure voorzien bij het artikel 59 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, te wijzigen zodat de vastlegging van de enveloppes kan gebeuren door de Algemene raad.

6. MEDISCHE BEELDVORMING

6.1. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen stelt voor de globale begroting van de financiële middelen van medische beeldvorming voor 2008 op 802 397 duizend EUR vast te stellen. Zijn in deze globale begroting niet inbegrepen: de artikelen 17*ter* en 17*quater* van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

6.2. Het budget medische beeldvorming dat toegekend wordt per opname wordt in 2008 verdeeld overeenkomstig de beslissing van de NCGZ van 26 november 2007.

6.3. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen belast een werkgroep om, gelijklopend met de inwerkingtreding van de nomenclatuur coronaro en colono CT, tegen 30 september 2008 volgende maatregelen uit te werken:

6.3.1. stimulansen voor de responsabilisering van de voorschrijvers van medische beeldvorming, met name door concrete initiatieven op het vlak van informatie en communicatie over de guidelines door middel van informatica-ondersteuning;

6.3.2. evaluatie van de forfaitaire honoraria in de ambulante sector;

6.3.3. een financieringsmethode die een meer uniforme uitvoering van de voorschriften toelaat, gebaseerd op objectieve en controleerbare parameters in het domein van de medische beeldvorming zowel voor de ziekenhuissector als voor de ambulante sector.

6.4. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen adviseert aan de Minister van Sociale Zaken de procedure voorzien bij het artikel 69 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, te wijzigen zodat de vastlegging van de enveloppes kan gebeuren door de Algemene raad.

7. ACCREDITERING

7.1. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen verzoekt de TGR om bij de invoering van nieuwe verstrekkingen een uitspraak te doen over het al dan niet voorbehouden van deze verstrekkingen aan de geaccrediteerde artsen.

7.2. Afstandsprogramma's van continue medische opleiding kunnen ertoe bijdragen om via specifieke en innovatieve opleidingstechnieken een kwalitatief hoogstaande dienstverlening te garanderen.

De NCGZ vraagt aan de Stuurgroep accreditering een duidelijk kader te creëren voor een correcte ontwikkeling van deze programma's, met blijvende aandacht voor het behoud van onafhankelijke leerinhouden.

7.3. De NCGZ geeft opdracht aan de accrediteringsstuurgroep om in de accrediteringsvoorwaarden te voorzien dat minstens gedurende de cyclus van 3 jaar, een LOK-vergadering wordt gewijd, voor de betrokken disciplines, aan het doelmatig voorschrijven van klinische biologie, medische beeldvorming, anatomopathologie en geneesmiddelen.

Hiertoe zal het RIZIV de nodige profielgegevens ter beschikking stellen alsook middelen voor de opleiding van animatoren.

7.4. Het forfaitair accrediteringshonorarium wordt geïndexeerd op 1 januari 2008 (556 EUR).

8. GLOBAAL MEDISCH DOSSIER

Het honorarium voor het globaal medisch dossier (102771 en 102793) wordt vanaf 1 januari 2008 verhoogd tot 25,67 EUR (project H 08/04).

9. PRAKTIJKONDERSTEUNING HUISARTSGENEESKUNDE

Vanaf 2008 wordt een jaarlijkse tegemoetkoming ter ondersteuning van de huisartspraktijk toegekend aan erkende huisartsen die ingeschreven zijn in de wachtdienst, georganiseerd door de erkende huisartsenkring, en die een activiteit hebben die ten minste 1 250 raadplegingen en/of huisbezoeken per jaar bedraagt.

Hiertoe wordt rekening gehouden enerzijds met de activiteitsgegevens van het tweede jaar dat het jaar van toekenning voorafgaat – behoudens voor de erkende huisartsen tijdens de eerste twee jaren van hun vestiging –, anderzijds met de vaststelling dat voor het jaar dat het jaar van toekenning voorafgaat ten minste eenmaal een beschikbaarheidshonorarium werd toegekend of met melding van de inschrijving in de wachtdienst aan het Instituut.

Deze tegemoetkoming komt in de plaats van de basisvergoeding als tussenkomst in de administratieve uitgaven verbonden aan het beheer van een globaal medisch dossier.

Voor het jaar 2008 bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming 1 000 EUR.

10. ZORGTRAJECTEN

10.1. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen verbindt zich om de zorgtrajecten operationeel te maken tegen ten laatste 1 januari 2009 voor patiënten met diabetes type 2 en voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie. Bij de operationalisering wordt rekening gehouden met de volgende principes:

10.1.1. de behandelingsdoelstellingen worden vastgesteld op basis van wetenschappelijk gefundeerde aanbevelingen;

10.1.2. de engagementen van de patiënt, de huisarts en de geneesheer-specialist worden vastgelegd in een zorgtrajecten-contract dat door de drie partijen wordt aangegaan voor een periode van drie jaar en wordt meegedeeld aan de verzekeringsinstelling van de patiënt;

10.1.3. de rol van de huisarts en de geneesheer-specialist in de zorgtrajecten wordt gevaloriseerd door een specifiek jaarlijks honorarium, dat in hoofdzaak dient ter ondersteuning van het teamwerk, het overleg en de communicatie tussen de zorgverleners;

10.1.4. de patiënt wordt aangemoedigd door het toekennen van een remgeldvoordeel: afschaffing van het persoonlijk aandeel bij de huisarts en een remgeldvermindering bij de geneesheer-specialist; de aanvaarding van het zorgtraject door de verzekeringsinstelling kan het recht op tussenkomst van de ziekteverzekering in andere prestaties tot gevolg hebben.

10.2. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen vraagt dat begeleidende en ondersteunende maatregelen worden uitgewerkt voor een optimale toepassing van het zorgtrajecten-systeem:

10.2.1. verbetering en verruiming van het gebruik van ICT-toepassingen door de zorgverleners, in het bijzonder in hun onderlinge communicatie, in hun relaties met de verzekeringsinstellingen en voor de evaluatie van de zorgtrajecten, met inbegrip van de terbeschikkingstelling of uitwerking van een beveiligde technische infrastructuur voor de communicatie van de gegevens en van een structuur voor het organisatorisch beheer van de gegevensmededeling;

10.2.2. stimulering van loco-regionale initiatieven ter bevordering van samenwerking tussen zorgverleners, in een eerste fase via financieringsovereenkomsten van bepaalde duur;

10.2.3. uitwerking en implementatie van een globaal communicatieplan over de zorgtrajecten;

10.2.4. vlot toegankelijk maken van specifieke zorg (bv. diabeteseducatie, materialen).

10.3. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen zal het zorgtrajecten-systeem voor de patiënten met diabetes type 2 en die met chronische nierinsufficiëntie evalueren.

10.4. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen zal haar beleid rond de zorgtrajecten verder ontwikkelen en daarbij nagaan of het systeem kan worden uitgebreid naar patiënten met de volgende pathologieën: COPD en astma, chronisch hartfalen, osteoporose en psychiatrische aandoeningen. Ook zal nagegaan worden of zorgtrajecten kunnen uitgewerkt worden voor kwetsbare ouderen en kankerpatiënten. Zo nodig zullen reeds voorbereidende experimenten worden opgezet.

11. PERMANENTIE EN BESCHIKBAARHEID

11.1. Permanentie, wachtdiensten en de beschikbaarheid van de huisartsen

De NCGZ is zich bewust van de noodzaak om een goed evenwicht te vinden tussen de sociale vraag naar een grotere beschikbaarheid van de huisartsen enerzijds, en de verwachtingen van de betrokken zorgverleners betreffende de uitoefening van hun beroep anderzijds.

De NCGZ is van oordeel dat de toekomstige ontwikkeling van performante wachtdiensten in dat verband een essentieel element vormt. Onverminderd de noodzaak van die ontwikkeling moeten adequate maatregelen worden genomen opdat de medische beschikbaarheid voor de patiënten behouden blijft en de toewijding van de zorgverleners op een gepaste manier wordt gevaloriseerd.

De NCGZ is eveneens van mening dat die medische beschikbaarheid van de huisartsen des te meer is aangewezen indien de huisarts een centrale rol kan spelen, meer bepaald voor de coördinatie van de eerste lijn in het raam van de behandeling van de patiënten, wat in het bijzonder het geval is voor de patiënten die hun GMD bij die huisarts hebben.

Concreet worden de volgende maatregelen genomen bij wijze van experiment:

11.1.1. uitbreiding van de beschikbaarheidshonoraria van 20 uur tot 19 uur;

Voor de raadplegingen die in dat kader gebeuren vanaf 19 uur tot 21 uur, mag een wachttoeslag van 2 EUR worden aangerekend; deze toeslag zal door de ZIV ten laste worden genomen;

11.1.2. tegelijkertijd:

11.1.2.1. onverminderd de noodzaak dat het medisch dossier toegankelijk kan worden gemaakt en kan worden gedeeld in het raam van de wachtdiensten en dat die wachtdiensten kunnen worden opgericht, enerzijds eventueel vanaf 18 uur en anderzijds op een algemene en evenwichtige wijze over gans het land en;

11.1.2.2. teneinde de mogelijkheid te garanderen van een medische huisartsenpermanentie ten gunste van de patiënten, en meer bepaald voor de patiënten met GMD bij die huisarts, gelet op de specifieke rol inzake coördinatie die de huisarts in dat kader vervult;

11.1.2.3. de huisarts die bij een wachtdienst is ingeschreven, mag een permanentietoeslag aanrekenen, voor een maximumbedrag van 2 EUR, voor de raadplegingen die gebeuren tussen 18 uur en 21 uur;

11.1.2.4. voor de GMD-patiënt die de huisarts raadpleegt die toegang heeft tot de gegevens van zijn GMD mag de permanentietoeslag worden aangerekend, maar deze zal voor 100% ten laste zijn van de ZIV;

11.1.3. in het raam van dit experiment zullen voorlopige codenummers worden opgesteld door de NCGZ, teneinde die verstrekkingen inzake permanentie, GMD of niet, of die in het raam van een wachtdienst zijn verricht, te identificeren;

11.1.4. de maatregelen 1 en 2 zullen bij wijze van experiment worden uitgevoerd gedurende de periode van 1 juli 2008 tot 30 juni 2009;

11.1.5. in de loop van 2009 zal de NCGZ de weerslag van die maatregelen evalueren op grond van de beschikbare gegevens. Bij die evaluatie zal met verschillende elementen rekening worden gehouden: de specificiteit van de praktijk, geografische spreiding, karakteristieken van de patiënten, relatief aandeel van de avondverstrekkingen gedurende de wachtdiensten en buiten de wachtdiensten, relatief aandeel van de verstrekkingen overdag, 's avonds en 's nachts,...

Op basis van die evaluatie zal de NCGZ beslissen over de opties voor de toekomst;

11.1.6. teneinde een goede communicatie mogelijk te maken tussen de door de huisartsenkringen georganiseerde wachtdiensten en de permanenties die zijn bedoeld in punt 11.1.2.2, verbindt de huisarts er zich toe aan zijn huisartsenkring zijn permanenties tussen 18 uur en 21 uur mee te delen. De kringen moeten op de gepaste wijze die informatie meedelen aan de bevolking en aan de verzekeringsinstellingen;

11.1.7. de in punt 11.1.2.3. bedoelde permanentie-uren mogen niet in aanmerking worden genomen in het raam van een partiële toetreding tot de overeenkomst;

11.1.8. de verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe hun leden te informeren over de doelstellingen en de praktische regeling van dit experiment.

11.2. Permanentie en beschikbaarheid van de geneesheren-specialisten:

De maatregelen inzake beschikbaarheidshonoraria voor geneesheren-specialisten, zoals goedgekeurd door het Verzekeringscomité van 19 maart 2007, zullen worden uitgebreid tot alle geneesheren-specialisten bedoeld in artikel 10 van het Koninklijk besluit van 27 april 1998 tot vaststelling van de normen waaraan een "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden.

12. KWALITEIT, INFORMATIE EN PROFIELEN

De partners gaan ermee akkoord dat de bevoegde profielencommissies voor de huisartsen en de geneesheren-specialisten via een communicatie en informatie van hoge kwaliteit:

12.1. feedbacks zullen ontwikkelen in samenwerking met de structuren en de betrokken beroepsgroepen, bijvoorbeeld met de LOK's, de paritaire comités, de wetenschappelijke organisaties en de colleges zodat de verstrekte informatie beantwoordt aan de verwachtingen van de geneesheren.

De dienst zal aan de profielencommissies een werkplan voorstellen of dit op hun verzoek opstellen samen met een analysemethode die gebaseerd is op een vergelijking van de databanken en op de medewerking van de geneesheren van de bestudeerde discipline;

12.2. met de bestaande structuren (Technische Raad, Accrediteringsstuurgroep, CNPQ-NRKP, Comité voor de Evaluatie van de Medische Praktijk inzake Geneesmiddelen …) specifieke relaties zullen opbouwen om de informatie en de acties voor de zorgverleners te coördineren in een coherent programma.

13. ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen engageert zich om, uiterlijk tegen 30 juni 2008 ten minste de volgende concrete stappen betreffende administratieve vereenvoudiging te nemen:

13.1. concretisering van de conclusies van het overlegplatform NCGZ/Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, inzonderheid:

13.1.1. het uitbreiden van de bepaling "uitbreiding van de geldigheidsduur" van de d- en b-machtigingen tot alle specialiteiten die in een zelfde § van het hoofdstuk IV zijn opgenomen, zelfs als de specialiteiten verschillende actieve bestanddelen hebben, en het hergroeperen in diezelfde paragrafen van de verschillende specialiteiten die voor dezelfde indicaties (ziekte van Parkinson, epilepsie, …) mogen worden terugbetaald;

13.1.2. een procedure invoeren voor een automatische verlenging van de toelatingen van model "d", aangezien een toelating van model "d" altijd de behandeling betreft van een chronische aandoening en het enige criterium dat noodzakelijk is om de hernieuwing ervan toe te staan, de wil is van de behandelend geneesheer om het gebruik ervan te verlengen;

13.1.3. het ontwikkelen van een project, waarmee de geneesheren officiële gestandaardiseerde formulieren online zouden kunnen indienen; als proefproject in 2008 zullen de reumatologen de terugbetalingsaanvragen voor de anti-TNF-geneesmiddelen online kunnen indienen;

13.1.4. groepspraktijken, zoals bedoeld bij het Koninklijk besluit van 3 mei 1999 betreffende de groepspraktijken van huisartsen, kunnen zich melden bij het RIZIV, zodat zonder bijkomende aanduiding, op het getuigschrift van verstrekte hulp (G-stempeltje), het remgeldvoordeel aan de patiënt kan worden toegekend;

13.1.5. vereenvoudiging huisartsennomenclatuur - artikel 2 - gebaseerd op de voorstellen van de Technische geneeskundige raad;

13.1.6. chronische medicatie: in het kader van het Overleg Platform CTG-NCGZ zal een uitbreiding van het principe van de multiplicator worden onderzocht met het oog op het vereenvoudigen van het voorschrijven van medicatie voor de chronisch zieken.

14. INFORMATISERING

De NCGZ wenst actief betrokken te worden bij de ontwikkeling van Be-Health en bij de projecten inzake elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen en inzake de registratie van medische gegevens. Zij nodigt de TGR uit om de nomenclatuur aan te passen om het elektronisch voorschrijven of attesteren van medische verstrekkingen mogelijk te maken.

14.1. Met het oog op onder meer het bevorderen van administratieve vereenvoudiging en het verbeteren van de toegankelijkheid van de zorgen, verbinden de partijen er zich toe om stapsgewijs een systeem te ontwikkelen van:

14.1.1. een beveiligde elektronische communicatie van reglementair vereiste sociaal-administratieve en medische gegevens of documenten tussen de artsen en de (adviserend geneesheren van de) verzekeringsinstellingen en;

14.1.2. elektronische facturering van ambulante verstrekkingen in toepassing van de derdebetalersregeling. Daarbij zal de mogelijkheid worden onderzocht om de derdebetalersregeling via elektronische facturering ook mogelijk te maken voor verstrekkingen die thans zijn uitgesloten.

14.2. De NCGZ verzoekt de Technische geneeskundige Raad om de mogelijkheid te onderzoeken van een elektronische participatie van de huisarts in het Multidisciplinair Oncologisch Consult met het oog op toepassing ervan vanaf 2009.

15. SOCIAAL STATUUT

15.1. Met het oog op het vergroten van de aantrekkingskracht van de toetreding tot het akkoord adviseert de NCGZ dat:

15.1.1. het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2008 wordt vastgesteld op 3 595,10 EUR voor de geneesheren die van rechtswege geacht worden tot onderhavig akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit;

15.1.2. het bedrag van het sociaal statuut voor het jaar 2008 wordt vastgesteld op 1 935,13 EUR voor de geneesheren die binnen de dertig dagen na de bekendmaking van dit akkoord in het Belgisch Staatsblad aan de NCGZ de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij overeenkomstig de bedingen van dit akkoord de daarin vastgestelde honorariumbedragen respectievelijk wel en niet zullen toepassen, en waarbij de beroepsactiviteit uitgeoefend overeenkomstig de bedingen van het akkoord aan de volgende minima beantwoordt:

15.1.2.1 voor de huisartsen:

15.1.2.1.1. ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste tien uren per week omvatten, verdeeld over ten minste drie dagen;

15.1.2.1.2. ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste drievierde van de wekelijkse beroepsactiviteit omvatten;

15.1.2.2. voor de geneesheren-specialisten die hun beroepsactiviteit geheel of gedeeltelijk uitoefenen in een verplegingsinrichting:

15.1.2.2.1. ofwel ten minste vijfentwintig uren per week;

15.1.2.2.2. ofwel ten minste drievierde van de beroepsactiviteit;

15.1.2.3. voor de geneesheren-specialisten die hun beroepsactiviteit uitsluitend buiten een verplegingsinrichting uitoefenen:

15.1.2.3.1. ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste twintig uren per week omvatten;

15.1.2.3.2. ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste drievierde van de beroepsactiviteit omvatten.

15.2. De NCGZ stelt voor een toekenning van de RIZIV-bijdrage te koppelen aan een bepaalde minimumactiviteit.

De NCGZ zal een concreet voorstel formuleren op basis van een analyse van de prestatie- en voorschrijfgegevens van de geneesheer, ongeacht zijn/haar statuut.

15.3. De NCGZ stelt voor aan de voogdijoverheid artikel 54 van de GVU-Wet aan te vullen met een bepaling die de Koning toelaat het bedrag van de RIZIV-bijdrage terug te vorderen ten overstaan van artsen die de termen van het akkoord niet naleven.

16. DERDEBETALERSREGELING

De facultatieve derdebetalersregeling is op hun verzoek toegankelijk voor de geneesheren die niet tot het akkoord zijn toegetreden voor zover zij aan het Nationaal Intermutualistisch College te kennen geven dat zij onder dezelfde voorwaarden als de geneesheren met akkoord de tarieven van het akkoord zullen toepassen voor de verstrekkingen die gedekt zijn door de derdebetalersregeling.

17. CORRECTIEMAATREGELEN

Het onderhavige akkoord wordt geacht de bepalingen te bevatten voorzien in artikel 51, § 2, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 en bevat de volgende correctiemaatregelen:

17.1 evenredige selectieve transfer van per handeling betaalde honoraria naar forfaitaire honoraria;

17.2 de voorschrijver meer bewust maken met het oog op een doelgerichter voorschrijfgedrag;

17.3 aanpassing van de vergoedingsmechanismen in geval van duidelijk omschreven verstrekkingen waarvan precies en op grond van objectieve analyses zou zijn bewezen dat ze onrechtmatig en op een onverantwoorde manier worden gebruikt;

17.4 bevorderen van een verantwoorde vraag naar en een verantwoord gebruik van de geneeskundige verstrekkingen door de voorlichting, de sturing en een evenwichtige dekking door de verzekering van de verstrekkingen die worden uitgevoerd bij de ambulante en de in een ziekenhuis opgenomen patiënten;

17.5 en/of evenredige selectieve vermindering van de honoraria voor bepaalde diagnostische verstrekkingen die nader zullen worden gepreciseerd door de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen op het moment waarop het nodig is correctiemaatregelen te nemen.

Wat betreft de besparingsmaatregelen bedoeld in de artikelen 18 en 40, § 1, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 en conform de geest van de wet, kunnen de bepalingen van artikel 51, § 2, van genoemde wet enkel van toepassing zijn indien er voorafgaandelijk een dialoog en overleg heeft plaatsgevonden tussen de Minister en de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen.

18. AANBEVELINGEN AAN HET BELEID

18.1. Partijen zijn het eens om bij het Beleid aan te dringen om over iedere voorgenomen wijziging van de honoraria-supplementen in ziekenhuizen een overleg te organiseren met de NCGZ teneinde zowel voor patiënten als voor verstrekkers een grotere rechtszekerheid en transparantie te waarborgen. Bovendien is de NCGZ er voorstander van om deze materie via de GVU-Wet te regelen.

Verder zal op basis van een analyse van de ziekenhuisfacturen overleg worden gepleegd tussen de partners van de NCGZ.

Ze nemen kennis van de intentie van de Minister van Sociale Zaken om initiatieven te nemen om het Koninklijk besluit van 19 maart 2007 wettelijk te bekrachtigen.

18.2. De partijen wensen dat naast de noodzakelijke administratieve vereenvoudiging voor onder meer astma en COPD, eveneens een voorstel tot aanpassing van de regelgeving voor de geneesmiddelen van hoofdstuk II wordt uitgevoerd op basis van de volgende principes:

18.2.1. aanduiding van de klassen: er wordt voorgesteld om het advies van de NCGZ te vragen wanneer de Minister het initiatief neemt om geneesmiddelen in hoofdstuk II op te nemen;

18.2.2. aanbevelingen: de aanbevelingen zullen op basis van een voorstel van een drieledige werkgroep van de CTG (samengesteld uit zorgverleners, wetenschappers-academici en vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen, en verzekeringsinstellingen) worden uitgewerkt. Behalve in geval van een gemotiveerd unaniem negatief advies van de vertegenwoordigers van één van de drie betrokken partijen, zullen de voorstellen, die door die werkgroep zijn uitgewerkt, aan de CTG worden voorgelegd. De CTG kan dan akkoord gaan met het uitgewerkte voorstel of beslissen om het voorstel te weigeren;

18.2.3. controle: er zal enkel een controle worden uitgevoerd bij de voorschrijvers die de indicatoren en de drempels, overschrijden (*outliers*) die overeenkomstig artikel 73, § 2, tweede lid, van de gecoördineerde GVU-Wet, zijn vastgesteld. Dit wordt momenteel door het Comité voor de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen uitgevoerd. De controle van de elementen waarover de zorgverlener moet beschikken om te kunnen nagaan of de afgeleverde farmaceutische specialiteiten conform de aanbevelingen zijn voorgeschreven, spitst zich toe op de elementen die moeten worden bewaard tijdens de monitoringperiode, zoals bepaald in artikel 146*bis* van de gecoördineerde GVU-Wet.

18.3. Huisartsenwachtposten:

Vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging lopen momenteel twee soorten financieringen van huisartsenwachtposten.

De NCGZ zal meewerken aan de evaluatie van de experimenten en in het kader van een volgend akkoord de passende initiatieven voorstellen.

18.4. Met het oog op onder meer het bevorderen van de communicatie tussen artsen, geneesheren-specialisten en huisartsen, vraagt de NCGZ aan de voogdijoverheid om een kader te creëren waarbinnen communicatienetwerken kunnen worden ontwikkeld en een technische oplossing te realiseren voor de huisartsen en de specialisten om onderling op een veilige manier te communiceren.

18.5. De NCGZ beveelt de voogdijoverheid aan de financiële middelen voor de forfaitaire tegemoetkoming inzake dialyse onder te brengen bij de honoraria voor de geneesheren.

18.6. De NCGZ wenst mee te werken aan initiatieven die een betere toegankelijkheid van kansarmen bevorderen ondermeer via een aanpassing van de derdebetalerregeling.

18.7. De NCGZ beveelt de voogdijoverheid aan artikel 37*bis*, § 1*bis*, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994, betreffende de gelijkstelling van het bedrag van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de prestaties verricht door geaccrediteerde geneesheren en niet geaccrediteerde geneesheren, op te heffen.

18.8. De NCGZ beveelt de voogdijoverheid aan een indexering te voorzien voor de telematicavergoeding.

19. OVERLEG

19.1. Om te komen tot een meer kwalitatieve aanpak van de zorg aan patiënten in rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor kort verblijf, centra voor dagverzorging, onder meer op het vlak van geneesmiddelengebruik, palliatieve zorg, dementie en depressie, revalidatie, zorgplanning en zorgcoördinatie (ook met de andere zorgverleners in het netwerk), hygiëne en preventie moet een belangrijke rol worden gespeeld door een coördinerend en raadgevend arts. In overleg met de betrokken overeenkomstencommissies, de FOD Volksgezondheid en de Gemeenschappen/Gewesten engageert de NCGZ zich om deze rol verder uit te bouwen, te omschrijven met bijzondere aandacht voor meer overleg met de huisartsen die de residenten behandelen.

19.2. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen wenst mee te werken aan het opstarten van een medisch farmaceutisch overleg teneinde een correct voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen, en een betere therapietrouw te bevorderen alsook een beter risicobeheer tot stand te brengen zodanig dat een optimaal therapieresultaat wordt bekomen. Hierbij dient een evenwichtige vertegenwoordiging van alle partijen verzekerd te worden.

19.3. De partners van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen zullen met het oog op het formuleren van voorstellen door het Verzekeringscomité in het kader van de begroting 2009 regelmatig overleg plegen.

19.4. De Nationale commissie geneesheren–ziekenfondsen zal de impact en de criteria van toekenning van Impulseo I evalueren.

20. TOEPASSINGSVOORWAARDEN VAN HET AKKOORD

20.1. De geneesheer die toetreedt tot de bedingen van het huidige akkoord, zal aan de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de documenten bezorgen die nodig zijn voor de vergoeding van zijn verstrekkingen door deze verzekering.

20.2. Huisartsen.

20.2.1. Behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt, worden voor de algemeen geneeskundigen de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, toegepast op alle bezoeken bij de zieke thuis, op de raadplegingen in de spreekkamer die zó zijn georganiseerd dat ze hetzij ten minste tien uur per week, verdeeld over ten minste drie dagen, hetzij een aantal uren vertegenwoordigen dat overeenstemt met drievierde van de activiteit in de spreekkamer, op uren die normaal passen voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging, alsmede op de tijdens die bezoeken of raadplegingen verrichte technische verstrekkingen.

Voor de toepassing van dit akkoord wordt onder bijzondere eisen verstaan:

20.2.2. de raadplegingen die op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt worden verricht buiten de normale werkuren zoals bedoeld in dit akkoord, buiten de uren waarop de arts open raadplegingen of op afspraak organiseert en buiten het kader van de georganiseerde wachtdienst;

20.2.3. de niet dringende bezoeken, afgelegd op verzoek van de zieke buiten de uren of het tijdschema van de normale ronde van de geneesheer;

20.2.4. de oproepen van zieken die voor de geneesheer een ongewoon belangrijke verplaatsing meebrengen;

20.2.5. de oproepen ‘s nachts, tijdens een weekend of op een feestdag wanneer de geneesheer geen wachtdienst heeft en wanneer is uitgemaakt dat de ter plaatse georganiseerde wachtdienst toereikend is.

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling, die verzocht wordt zich opnieuw in de spreekkamer van de geneesheer aan te melden, voor elke raadpleging recht heeft op de toepassing van de honorariumregeling die gold voor de eerste raadpleging.

20.3. Geneesheren-specialisten.

Behalve wanneer de rechthebbende bijzondere eisen stelt, worden voor de geneesheren-specialisten de honorariumbedragen en de reisvergoedingen, vastgesteld overeenkomstig de bedingen van dit akkoord, toegepast op de raadplegingen en op de technische verstrekkingen die onder de volgende voorwaarden worden verricht:

20.3.1. wanneer de geneesheer-specialist zijn specialisme geheel of gedeeltelijk in een verplegingsinrichting uitoefent, indien zijn activiteit volgens de voorwaarden van het akkoord, hetzij een duur van ten minste vijfentwintig uur per week, welke zijn activiteit in de verplegingsinrichting en/of zijn open raadplegingen omvat, hetzij drievierde van zijn totale activiteit vertegenwoordigt;

20.3.2. wanneer de geneesheer-specialist uitsluitend praktiseert buiten een verplegingsinrichting, indien zijn activiteit in de spreekkamer volgens de voorwaarden van het akkoord zó is georganiseerd dat zij hetzij ten minste twintig uur raadpleging per week, verdeeld over ten minste vier dagen, hetzij drievierde van zijn totale activiteit vertegenwoordigt, op uren die normaal passen voor de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Voor de toepassing van dit akkoord wordt onder bijzondere eisen verstaan:

20.3.2.1. het verzoek tot opneming in een afzonderlijke kamer om persoonlijke redenen;

20.3.2.2. de oproepen thuis, behalve wanneer het gaat om raadplegingen, aangevraagd door de behandelend geneesheer;

20.3.2.3. de volgens afspraak gevraagde verstrekkingen, buiten de in het vorig lid bedoelde raadplegingen.

Afgesproken is evenwel dat de zieke in behandeling die door de geneesheer wordt verzocht zich opnieuw in de spreekkamer aan te melden, voor elke verstrekking recht heeft op de toepassing van de honorariumregeling die gold voor de eerste verstrekking.

20.4. De bij dit akkoord vastgestelde hoegrootheden inzake honoraria en reisvergoedingen worden toegepast voor alle rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging, inclusief de rechthebbenden met recht op de voorkeurregeling, zoals bedoeld in de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met uitzondering van de rechthebbenden, leden van een gezin waarvan het jaarlijkse belastbaar inkomen hoger ligt dan:

hetzij 59 835,08 EUR per gezin, verhoogd met 1 993,78 EUR per persoon ten laste, wanneer er maar één gerechtigde is;

hetzij 39 889,62 EUR per gerechtigde, verhoogd met 1 993,78 EUR per persoon ten laste, wanneer er verscheidene gerechtigden zijn.

20.5. Teneinde artsen en patiënten een duidelijker inzicht te verschaffen in hun wederzijdse rechten en plichten en teneinde de rechtszekerheid te garanderen zijn de partijen akkoord over de volgende punten:

20.5.1. het in overeenstemming brengen van de termen van het akkoord met de wettelijke bepalingen van artikel 50, § 3, van de GVU-Wet, geldt in die zin dat artsen geacht worden de afgesproken tarieven toe te passen, behoudens op tijdstippen en plaatsen waarvoor zij meedeelden de termen van het akkoord niet te zullen toepassen;

20.5.2. het verduidelijken dat bijzondere eisen uiteraard afkomstig moeten zijn van de patiënt, en niet het gevolg mogen zijn van de wijze waarop de arts zijn praktijk organiseert;

20.5.3. de gedeeltelijke toetreding heeft betrekking op zowel raadplegingen als technische verstrekkingen.

De betwistingen met betrekking tot punt 20. zullen het voorwerp uitmaken van een arbitrage door een paritair college samengesteld door de NCGZ en voorgezeten door een ambtenaar van het RIZIV.

21. GESCHILLENBEMIDDELING

De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen is bevoegd voor de bemiddeling van de geschillen die zich kunnen voordoen naar aanleiding van de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden. Ze kan in de geschillen inzake de interpretatie van de nomenclatuur bemiddelen nadat ze het advies van de Technische geneeskundige raad heeft ingewonnen.

22. DUUR VAN HET AKKOORD

22.1. Dit akkoord wordt voor een periode van één jaar gesloten (namelijk van 1.1.2008 tot 31.12.2008).

22.2. Het akkoord kan worden opgezegd met een ter post aangetekende brief die aan de voorzitter van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen is gericht:

22.2.1. door één van de partijen:

22.2.1.1. binnen 30 dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van correctiemaatregelen zoals bedoeld in § 8 van het artikel 50 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 of binnen de 30 dagen nadat de Minister of de Algemene raad op grond van artikel 18 van genoemde gecoördineerde Wet eenzijdig maatregelen genomen heeft die de honoraria of de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wijzigen.

Deze opzegging kan algemeen zijn of beperkt tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde zorgverleners op wie de correctiemaatregelen betrekking hebben, als de niet in dit akkoord vermelde correctiemaatregelen niet door de vertegenwoordigers van de geneesheren zijn goedgekeurd overeenkomstig de regels vermeld in artikel 50, §§ 2, 3 en 8 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994. In geval van gedeeltelijke opzegging moeten in de aangetekende brief ook de beoogde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of zorgverleners nauwkeurig worden vermeld. Deze opzegging is van toepassing vanaf de datum van inwerkingtreding van de voormelde correctiemaatregelen.

22.2.1.2. De bepalingen van dit akkoord zijn van toepassing op alle verstrekkingen die op 31 december 2007 in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn vermeld. Wanneer de aldus omschreven nomenclatuur of de honoraria door de overheid eenzijdig gewijzigd worden in 2008, is het akkoord vanaf de inwerkingtreding van deze wijziging niet meer van toepassing op de gewijzigde bepalingen van de nomenclatuur of de honoraria tenzij deze wijziging de goedkeuring heeft bekomen van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen.

22.2.1.3. Vanaf 22 september 2008, in geval van niet-bekrachtiging van de bepalingen bedoeld in punt 18.1.

22.2.1.4. Binnen de dertig dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van wettelijke of reglementaire maatregelen die de bestaande bepalingen met betrekking tot honorariumsupplementen eenzijdig wijzigen.

22.2.1.5. Vanaf 30 september 2008, in geval van niet-bekendmaking van de bepalingen bedoeld in punt 18.2.

22.2.1.6. Een partij is geldig vertegenwoordigd als ze ten minste 7 van de leden die haar vertegenwoordigen in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, verenigt.

22.2.1.7. Die opzegging kan evenwel slechts in werking treden als de opzeggende partij die opzegging bevestigt voor de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen die in spoedvergadering is bijeengeroepen, overeenkomstig de quorumregels bedoeld in artikel 50, § 2, vierde lid.

22.2.2. door een geneesheer:

22.2.2.1. binnen 30 dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van correctiemaatregelen zoals bedoeld in § 8 van het artikel 50 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 of binnen de 30 dagen nadat de Minister of de Algemene raad op grond van artikel 18 van genoemde gecoördineerde Wet eenzijdig maatregelen genomen heeft die de honoraria of de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen wijzigen.

Deze opzegging kan algemeen zijn of beperkt tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of tot bepaalde zorgverleners op wie de correctiemaatregelen betrekking hebben, als de niet in dit akkoord vermelde correctiemaatregelen niet door de vertegenwoordigers van de geneesheren zijn goedgekeurd overeenkomstig de regels vermeld in artikel 50, §§ 2, 3 en 8 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994. In geval van gedeeltelijke opzegging moeten in de aangetekende brief ook de beoogde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen en/of zorgverleners nauwkeurig worden vermeld. Deze opzegging is van toepassing vanaf de datum van inwerkingtreding van de voormelde correctiemaatregelen.

22.2.2.2. De bepalingen van dit akkoord zijn van toepassing op alle verstrekkingen die op 31 december 2007 in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn vermeld. Wanneer de aldus omschreven nomenclatuur of de honoraria door de overheid eenzijdig gewijzigd wordt in 2008, is het akkoord vanaf de inwerkingtreding van deze wijziging niet meer van toepassing op de gewijzigde bepalingen van de nomenclatuur of de honoraria tenzij deze wijziging de goedkeuring heeft bekomen van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen.

22.2.2.3. Vanaf 22 september 2008, in geval van niet-bekrachtiging van de bepalingen bedoeld in punt 18.1.

22.2.2.4. Binnen de dertig dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van wettelijke of reglementaire maatregelen die de bestaande bepalingen met betrekking tot honorariumsupplementen eenzijdig wijzigen.

22.2.2.5. Vanaf 30 september 2008, in geval van niet-bekendmaking van de bepalingen bedoeld in punt 18.2.

…

VERKLARENDE FACTOREN MET BETREKKING TOT DE STIJGING VAN HET AANTAL INVALIDEN

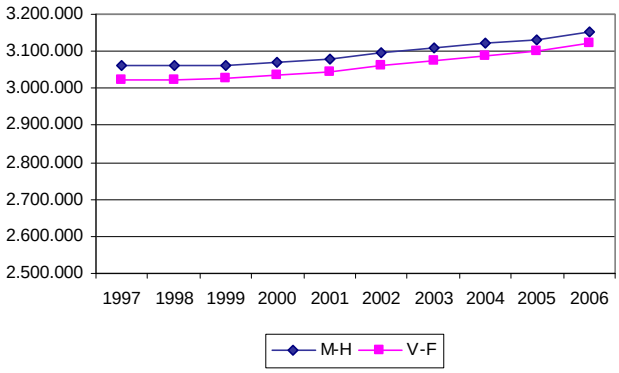
- LOONTREKKENDEN -

De laatste jaren zijn de uitgaven in invaliditeit sterk gestegen. Een belangrijke factor in deze stijging is het toegenomen aantal invaliden. In deze nota zal beknopt een overzicht worden gegeven van de evolutie van de belangrijkste indicatoren die het stijgende aantal invaliden verklaren.

In deze nota wordt de relatie onderzocht tussen enerzijds het stijgende aantal invaliden en anderzijds de evolutie van de bevolking en de uitkeringsgerechtigden. Er wordt onderzocht in welke mate deze populaties ten opzichte van elkaar evolueren aan de hand van de participatiegraad en de invaliditeitsgraad. Ten slotte wordt er nog een schatting gemaakt van het toekomstige verloop van het aantal invaliden.

1. BEVOLKING (BEV)

In **tabel 1** in bijlage wordt de evolutie van de Belgische bevolking weergegeven tussen 1997 en 2006, opgesplitst per geslacht en per 5-jarige leeftijdscategorie (voor de bevolking vanaf 20 tot en met 64 jaar oud). In deze tabel worden ook prognoses hernomen omtrent het toekomstige verloop van de bevolking.



De bevolking in de leeftijdscategorieën 20-64 is tussen 1997 en 2006 gestegen van 6 082 534 tot 6 273 659. Dit komt overeen met een toename van 191 125 personen of + 3,14%. De stijging bij de vrouwen (+100 759 of 3,33%) is iets hoger dan deze bij de mannen (+90 366 of 2,95%).
Indien de evolutie per leeftijdscategorie wordt gemaakt worden volgende evoluties bekomen:

Evo 1997-2006	M - H	V - F
20-24	-2,26%	-0,54%
25-29	-10,07%	-7,87%
30-34	-13,47%	-12,02%
35-39	-3,85%	-3,80%
40-44	9,84%	10,04%
45-49	10,86%	12,06%
50-54	20,33%	20,84%
55-59	30,60%	27,02%
60-64	-3,50%	-6,69%

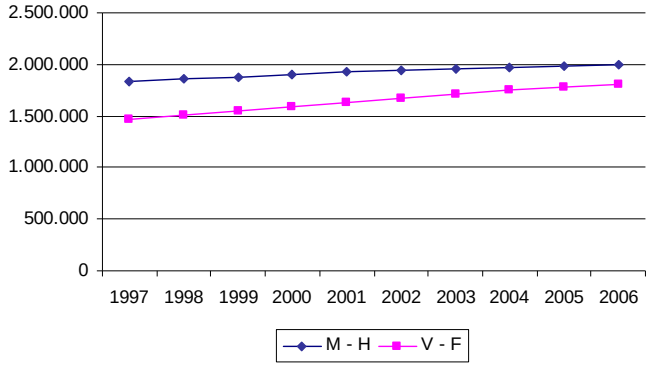
Uit deze cijfers blijkt duidelijk het effect van de vergrijzing van de bevolking. Zo is in de leeftijdscategorieën 50-54 en 55-59 de bevolking, zowel voor mannen als voor vrouwen, de afgelopen 10 jaar zeer sterk toegenomen (percentages boven 20%). In de jongere leeftijdscategorieën (≤ 39) en de leeftijdsgroep 60-64 daalt de bevolking dan weer. Deze demografische evoluties kunnen verklaard worden door te kijken naar de maatschappelijke evoluties uit het verleden. De personen die nu in de leeftijdscategorieën 50-54 en 55-59 zitten zijn geboren tijdens de babyboom net na de tweede wereldoorlog. 10 jaar geleden zaten in deze leeftijdscategorie de mensen die net voor de 2de wereldoorlog geboren waren. Het aantal geboortes lag toen fors lager.

De afname van de bevolking in de jongere categorieën wordt dan weer veroorzaakt doordat vanaf het einde van de jaren 60, begin jaren 70 het aantal geboortes een dalende trend kent.

2. UITKERINGSGERECHTIGDEN MIN BRUGGEPENSIONEERDEN (UG-BRUG)

In **tabel 2** in bijlage wordt de evolutie van het aantal UG-BRUG tussen 1997 en 2006 weergegeven, opgesplitst per geslacht en 5-jarige leeftijdscategorie. In **tabel 3** in bijlage wordt de evolutie van het aantal bruggepensioneerden tussen 1997 en 2006 weergegeven, opgesplitst per geslacht en 5-jarige leeftijdscategorie.

De uitkeringsgerechtigden hebben overeenkomstig artikel 86, § 1, van de gecoördineerde Wet d.d. 14 juli 1994 recht op uitkeringen. Deze definitie houdt in dat er rekening wordt gehouden met de actieven, de werklozen en de invaliden. Er wordt hier dus geen rekening gehouden met ambtenaren en zelfstandigen. Van de uitkeringsgerechtigden wordt het aantal bruggepensioneerden afgetrokken. Theoretisch gezien heeft deze groep mensen ook recht op uitkeringen maar zij zullen dit recht evenwel nooit uitoefenen daar ze er geen enkel financieel voordeel bij hebben.

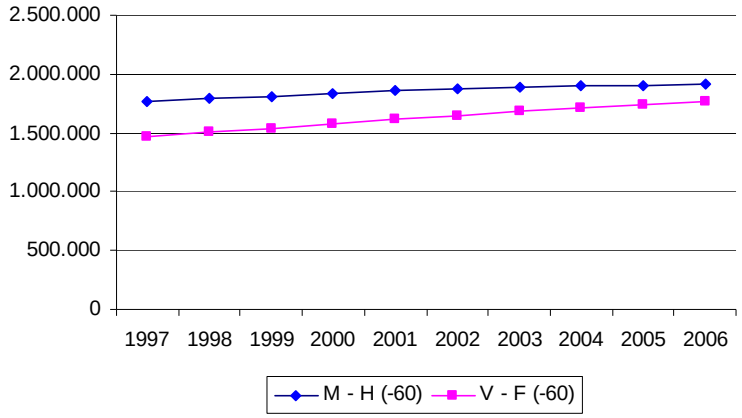


Het aantal UG-BRUG is tussen 1997 en 2006 gestegen van 3 304 134 tot 3 813 803. Dit komt overeen met een toename van 509 669 of 15,43%. Bij de vrouwen is de stijging, in de beschouwde periode, meer uitgesproken dan bij de mannen: +339 694 (+23,06%) vrouwen tegenover + 169 975 (+9,28%) mannen.

Het aantal bruggepensioneerden is in de periode 1997-2006 gedaald van 127 058 naar 112 565. Dit betekent een daling met 14 493 (-11,41%). Bij de vrouwen is het aantal bruggepensioneerden gestegen met 8 876 (+ 68,98%). Daartegenover staat dan weer dat het aantal bruggepensioneerde mannen is gedaald met 23 369 (-20,46%).

De sterke stijging van het aantal bruggepensioneerde vrouwen kan verklaard worden door de verhoging van de pensioenleeftijd van de vrouwen. De pensioenleeftijd voor vrouwen bedroeg vroeger slechts 60 jaar. Vanaf 1997 echter wordt deze om de 3 jaar met 1 jaar verhoogd. Dit heeft ertoe geleid dat het aantal vrouwen dat de mogelijkheid heeft om te genieten van een brugpensioen sterk is toegenomen.

Het optrekken van de pensioenleeftijd bij de vrouwen kan ook aan de oorzaak liggen van de sterke toename van het aantal UG-BRUG: daar waar de uitkeringsgerechtigde vrouwen vroeger uit het systeem verdwenen op hun 60 jaar, gebeurt dit nu pas op 64 jarige leeftijd. Om de invloed van de verhoging van de pensioenleeftijd uit te schakelen, kan de evolutie onderzocht worden van de UG-BRUG jonger dan 60.



Het totale aantal UG-BRUG jonger dan 60 is tussen 1997 en 2006 gestegen van 3 231 839 tot 3 681 323. Ook indien men abstractie maakt van de leeftijdscategorie boven de 60 jaar, blijkt nog steeds dat het aantal vrouwelijke gerechtigden sterk is gestegen de afgelopen jaren (+295 783 of 20,19%). Buiten de verhoging van de pensioenleeftijd zijn er dus nog andere factoren die aan de basis moeten liggen van het gestegen aantal UG-BRUG.

Een eerste mogelijke verklaring is dat het aantal uitkeringsgerechtigden de stijgende evolutie volgt van de bevolking. In onderstaande tabel wordt de procentuele evolutie tussen 1997 en 2006 vergeleken voor de bevolking en UG-BRUG voor de leeftijdscategorie 20-59, dit om de invloed van de verhoging van de pensioenleeftijd uit te schakelen.

	M-H	**V-F**
BEV	3,55%	4,35%
UG-BRUG	8,80%	20,35%

Uit deze cijfers blijkt dat het aantal uitkeringsgerechtigden de afgelopen 10 jaar sterker is gestegen dan de bevolking. Dit fenomeen is meer uitgesproken in de categorie van de vrouwen dan bij de mannen.
Naast de stijging van de bevolking en de verhoging van de pensioenleeftijd moet er dus gezocht worden naar een bijkomende factor om de toename van het aantal uitkeringsgerechtigden te verklaren: dit is de participatiegraad.

3. PARTICIPATIEGRAAD

In **tabel 4** in bijlage wordt de evolutie van de participatiegraad tussen 1997 en 2006 weergegeven, opgesplitst per geslacht en 5-jarige leeftijdscategorie.

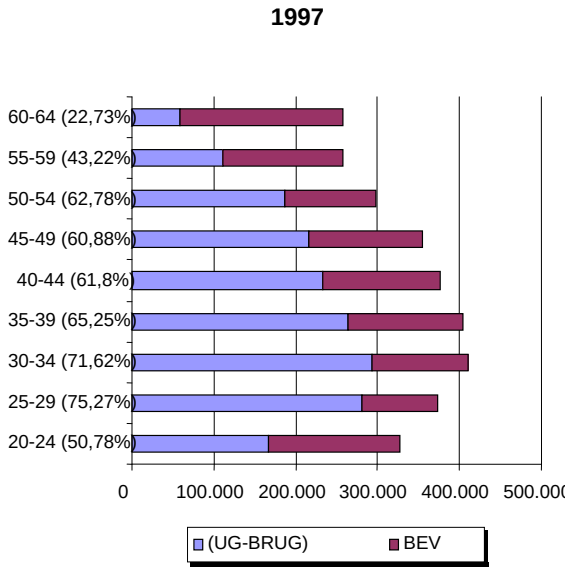
Formule: De participatiegraad wordt berekend door, per 5-jarige leeftijdscategorie, het aantal UG-BRUG te delen door de bevolking.

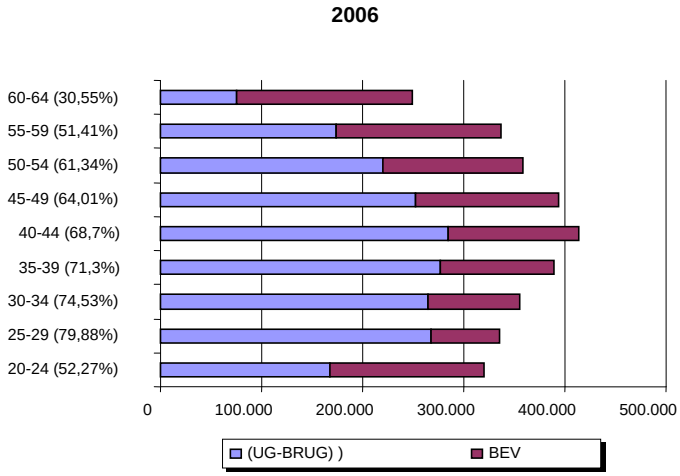
$$participatiegraad = \frac{UG - BRUG}{BEV}$$

Definitie: Deze parameter geeft een indicatie van hoe het aantal loontrekkende gerechtigden evolueert ten opzichte van de totale Belgische bevolking. De evolutie van de participatiegraad kan dus beschouwd worden als de evolutie van het percentage mensen dat als loontrekkende deelneemt aan het systeem.

3.1 Mannen

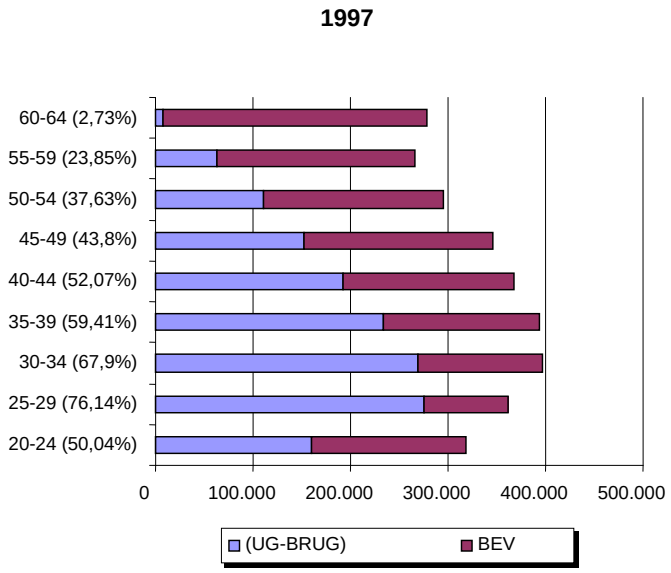
In onderstaande figuren wordt de participatiegraad van de verschillende leeftijdscategorieën grafisch voorgesteld voor de jaren 1997 en 2006. Deze figuren geven nogmaals een duidelijke illustratie van de veroudering van de bevolking. Waar in 1997 de grootste populaties nog terug te vinden waren in de leeftijdscategorieën tussen 25 en 44 zijn deze tegen 2006 reeds opgeschoven naar de categorieën tussen 35 en 54.

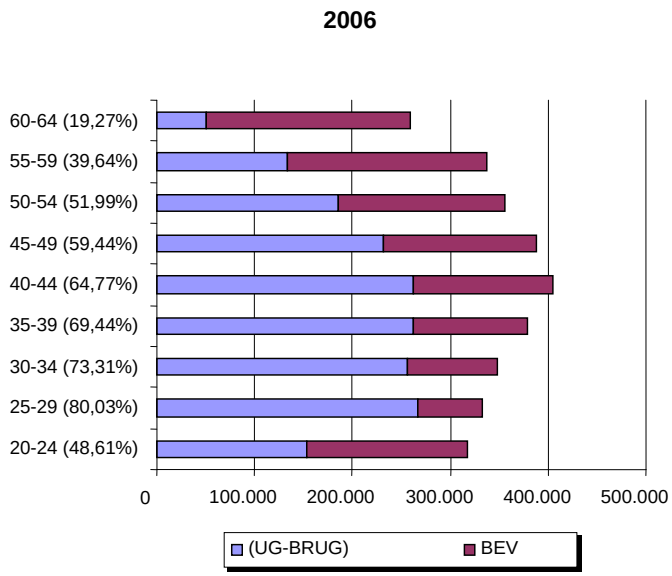




Het percentage mannen dat als loontrekkende deelneemt aan het systeem is bijna voor alle leeftijdscategorieën gestegen tussen 1997 en 2006. Enkel in de leeftijdscategorie 50-54 is er een lichte daling merkbaar: van 62,78% in 1997 naar 61,34% in 2005.

3.2 Vrouwen

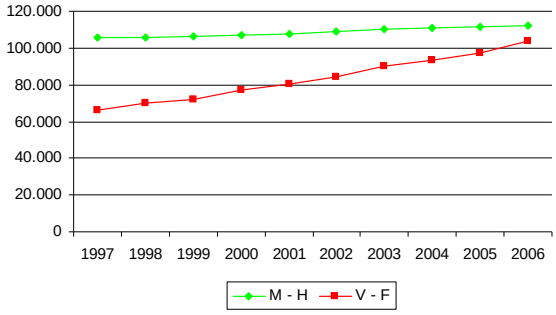




Uit bovenstaande figuren blijkt duidelijk dat er ook bij de vrouwen een stijging van de participatiegraad merkbaar is. Enkel in de leeftijdscategorie 20-24 is er een lichte daling merkbaar. De participatiegraad bij de vrouwen stijgt ook veel sterker dan deze bij de mannen. Deze bevindingen kunnen verklaard worden doordat vrouwen de laatste jaren steeds meer toetreden op de arbeidsmarkt. Maar ondanks dat vrouwen de laatste jaren meer participeren op de arbeidsmarkt blijkt dat in de hoogste leeftijdscategorieën de participatiegraad van de mannen nog steeds beduidend hoger ligt dan bij de vrouwen. Ook hier is echter een trend merkbaar dat vrouwen tot op hogere leeftijd participeren op de arbeidsmarkt dan 10 jaar geleden.

4. INVALIDEN (INV)

In **tabel 5** in bijlage wordt de evolutie van het aantal invaliden tussen 1996 en 2006 weergegeven, opgesplitst per geslacht en 5-jarige leeftijdscategorie.



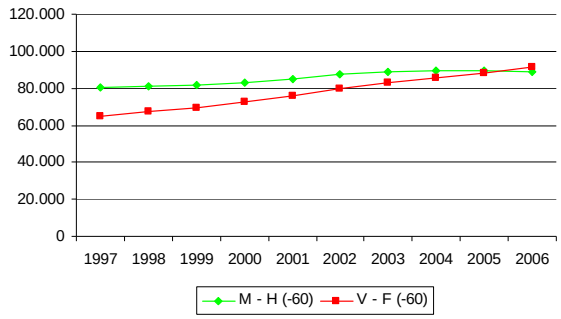
Het totale aantal invaliden is tussen 1997 en 2006 gestegen van 171 900 tot 215 822. Dit stemt overeen met een stijging van 43 922 invaliden ofwel 25,55%. Opgesplitst per geslacht stijgt het aantal vrouwen in de beschouwde periode met 37 508 (+56,57%) terwijl het aantal invalide mannen stijgt met 6 414 (6,07%).

Deze evoluties zorgen ervoor dat het aantal invalide mannen en vrouwen naar elkaar toegroeit. Het aantal invalide mannen ligt echter nog wel hoger: 112 016 tegenover 103 806 invalide vrouwen in 2006.

Ook voor de invaliden kan de opmerking gemaakt worden dat de verhoging van de pensioenleeftijd een invloed heeft op de evolutie. Het optrekken van de leeftijdsgrens vanaf wanneer vrouwen op pensioen kunnen gaan, beïnvloedt het aantal invalide vrouwen op 2 manieren:

1. Vrouwen hebben tot op een hogere leeftijd kans om invalide te worden.
2. Vrouwen die reeds als invalide erkend zijn, kunnen, indien de arbeidsongeschiktheid erkend blijft, langer in invaliditeit blijven. Vroeger traden deze vrouwen op 60 jaar uit de invaliditeit. Op dat moment gingen ze over op een pensioenregeling.

Om de invloed van deze factor uit te schakelen wordt hieronder grafisch de evolutie van het aantal invaliden jonger dan 60 weergegeven.



Het totale aantal invaliden jonger dan 60 bedraagt 179 892 in 2006. Opgesplitst per geslacht zijn er iets meer vrouwen onder de 60 invalide dan mannen: 91 300 vrouwen tegenover 88 592 mannen. In 1997 lag het aantal invaliden jonger dan 60 bij mannen nog beduidend hoger dan bij de vrouwen: 80 365 invalide mannen ten opzichte van 65 104 invalide vrouwen. Dit betekent dat het aantal invaliden jonger dan 60 de laatste jaren sterker is gestegen bij de vrouwen dan bij de mannen. Hieruit blijkt dat de verhoging van de pensioenleeftijd niet de enigste verklarende factor kan zijn om het gestegen aantal invaliden te verklaren.

Een tweede mogelijke verklarende factor voor de evolutie van het aantal invaliden, buiten de verhoging van de pensioenleeftijd, is de evolutie van het aantal uitkeringsgerechtigden. In onderstaande tabel wordt de procentuele evolutie tussen 1997 en 2006 vergeleken voor de UG-BRUG en de invaliden voor de leeftijdscategorie jonger dan 60 jaar om de invloed van de verhoging van de pensioenleeftijd voor de vrouwen uit te schakelen.

	M-H	**V-F**
UG-BRUG	8,70%	20,19%
INV	10,24%	40,24%

Uit deze tabel blijkt dat de evolutie van het aantal uitkeringsgerechtigden voor de mannen een redelijke indicatie geeft van de evolutie van het aantal invaliden. Bij de vrouwen echter blijkt dat er een duidelijk verschil is tussen de evolutie van enerzijds het aantal uitkeringsgerechtigden en anderzijds het aantal invaliden.

Een andere mogelijke factor die invloed heeft op het aantal invaliden is de invaliditeitsgraad.

5. INVALIDITEITSGRAAD

In **tabel 6** in bijlage wordt de evolutie van de invaliditeitsgraad tussen 1997 en 2006 weergegeven, opgesplitst per geslacht en 5-jarige leeftijdscategorie.

Formule: De invaliditeitsgraad wordt berekend door de invaliden te delen door de UG-BRUG.

$$Invaliditeitsgraad = \frac{Invaliden}{UG - BRUG}$$

Definitie: De invaliditeitsgraad geeft de verhouding van het aantal invaliden weer ten opzichte van het aantal uitkeringsgerechtigden min het aantal bruggepensioneerden. De invaliden maken zelf ook deel uit van de UG-BRUG. De invaliditeitsgraad kan dus beschouwd worden als het percentage van de UG-BRUG dat invalide is, m.a.w. de kans dat een uitkeringsgerechtigde invalide is.

In onderstaande tabel wordt per geslacht en 5-jarige leeftijdscategorie de invaliditeitsgraad gegeven van 2006 en de evolutie ten opzichte van 1997.

Invaliditeitsgraad per leeftijdscategorie en geslacht: 2006 + Evolutie 1997-2006

	M - H		**V – F**		**T**	
	2006	***evo 97-06***	**2006**	***evo 97-06***	**2006**	***evo 97-06***
< 20	0,01%	**-0,02%**	0,00%	0,00%	0,00%	**-0,02%**
20 - 24	0,29%	**-0,06%**	0,29%	0,03%	0,29%	**-0,02%**
25 - 29	0,80%	**-0,02%**	0,86%	0,05%	0,83%	0,01%
30 - 34	1,44%	**-0,11%**	1,90%	0,08%	1,67%	**-0,01%**
35 - 39	2,46%	**-0,23%**	3,40%	0,09%	2,91%	**-0,07%**
40 - 44	3,94%	**-0,47%**	5,38%	**-0,21%**	4,63%	**-0,31%**
45 - 49	6,14%	**-0,46%**	7,90%	**-0,45%**	6,98%	**-0,34%**
50 - 54	9,73%	**-0,27%**	11,80%	**-0,40%**	10,67%	**-0,15%**
55 - 59	15,77%	**-4,53%**	15,39%	**-4,97%**	15,60%	**-4,72%**
tot -60	4,61%	0,06%	5,19%	0,75%	4,89%	0,39%
60 - 64	30,48%	**-11,91%**	25,00%	9,30%	28,31%	**-11,02%**
>64	5,99%	**-1,21%**	0,00%	0,00%	4,06%	**-2,44%**
Tot	5,60%	**-0,17%**	5,73%	1,23%	5,66%	0,46%

De totale invaliditeitsgraad is tussen 1997 en 2006 gestegen van 5,20% naar 5,66%. Ook als men enkel de categorie jonger dan 60 beschouwt, stijgt de invaliditeitsgraad: van 4,50% in 1997 naar 4,89% in 2006.

Op het eerste zicht zou men hieruit kunnen concluderen dat de kans om invalide te zijn voor een uitkeringsgerechtigde gestegen is de afgelopen 10 jaar. Indien men echter de evolutie per leeftijdscategorie gaat bekijken dan blijkt dat de invaliditeitsgraad voor mannen en vrouwen samen in bijna elke leeftijdscategorie gedaald is. Deze ogenschijnlijke contradictie valt evenwel te verklaren door te kijken naar de invaliditeitsgraad per leeftijdscategorie en de demografische evolutie.

Als de invaliditeitsgraad per leeftijdscategorie wordt beschouwd dan blijkt dat de jongste leeftijdscategorieën de laagste invaliditeitsgraad hebben. Naarmate men ouder wordt, verhoogt de kans om in invaliditeit terecht te komen echter aanzienlijk. De oudste leeftijdscategorieën (ouder dan 64 uitgezonderd) hebben dan ook de hoogste invaliditeitsgraad.

Eerder werd reeds aangetoond dat er een duidelijke verschuiving is van de populatie UG-BRUG naar de oudere leeftijdscategorieën. Dit betekent dat er dus meer mensen in een leeftijdscategorie terecht zijn gekomen waar de kans om invalide te zijn groter is. De totale invaliditeitsgraad stijgt dus niet omdat mensen binnen een bepaalde leeftijdscategorie meer kans hebben om invalide te zijn maar omdat er gewoon meer mensen in de oudere leeftijdscategorieën zitten waar de invaliditeitsgraad hoger ligt.

6. TOEKOMSTIG VERLOOP VAN HET AANTAL INVALIDEN

In **tabel 7** in bijlage worden de prognoses van het aantal invaliden weergegeven voor de periode 2006-2025.

De vergrijzing van de bevolking, de toenemende participatie op de arbeidsmarkt en het optrekken van de pensioenleeftijd van de vrouwen, zullen er in de toekomst toe leiden dat het aantal invaliden nog verder zal stijgen. In onderstaande tabel wordt de verwachte evolutie van het aantal invaliden weergegeven tot 2025 (de schatting van de evolutie van het aantal invaliden gebeurt op identieke wijze zoals beschreven werd in de nota B.U.2007-25).

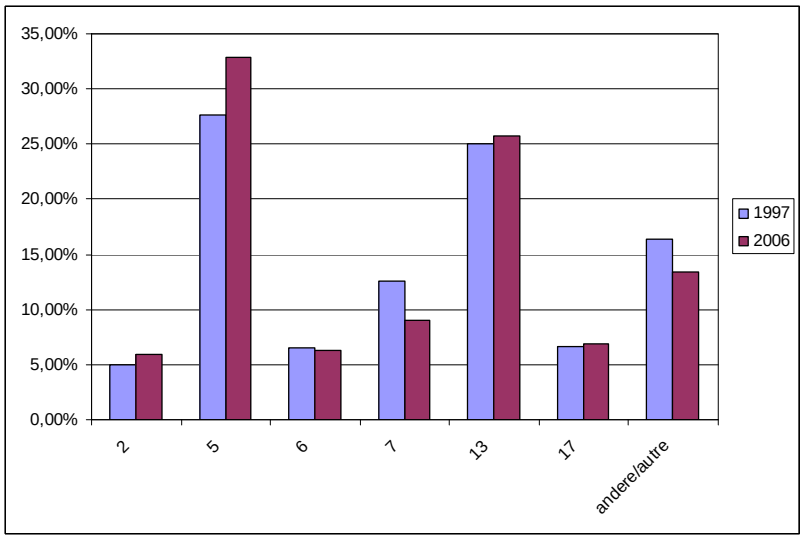
	M-H	**V-F**	**T**
2006	111 752	103 806	215 558
2007	112 101	106 702	218 803
2008	112 291	109 820	222 111
2009	111 896	116 235	228 131
2010	111 273	118 804	230 077
2011	112 378	121 776	234 154
2012	112 667	124 139	236 806
2013	113 005	126 490	239 495
2014	113 345	128 827	242 172
2015	113 779	131 327	245 106
2016	114 160	131 572	245 732
2017	114 566	131 849	246 415
2018	114 683	131 852	246 535
2019	114 763	131 786	246 549
2020	114 767	131 562	246 329
2021	114 625	131 215	245 840
2022	114 376	130 841	245 217
2023	113 921	130 340	244 261
2024	113 293	129 657	242 950
2025	112 538	128 755	241 293

Uit deze cijfers blijkt dat de komende jaren geen kentering dient verwacht te worden in de evoluties die op dit moment worden vastgesteld. Volgens deze prognose zal het aantal invaliden nog verder blijven stijgen tot 2018 (vrouwen) en 2020 (mannen). Het aantal invalide vrouwen zal ook veel sterker toenemen dan het aantal invalide mannen, dit tengevolge van de verhoging van de pensioenleeftijd van de vrouwen en het feit dat kan verwacht worden dat de participatie van de vrouwen op de arbeidsmarkt de komende jaren waarschijnlijk nog verder zal toenemen.

Rond 2020 zullen de mensen van de babyboomgeneratie in grote getalen met pensioen gaan en kan verwacht worden dat het aantal invaliden zal stagneren. Op dat moment zal de pensioenproblematiek volop spelen. Bovenstaande prognoses houden rekening met een gelijkblijvend beleid vanuit de overheid. Indien echter, de overheid in het kader van het generatiepact en de pensioenproblematiek zou beslissen om maatregelen te nemen die de activiteitsgraad van de bevolking op hogere leeftijd dienen te bevorderen (bv. verhoging pensioenleeftijd, brugpensioen inperken), dan dienen bovenstaande prognoses naar boven toe te worden bijgesteld.

7. INVALIDEN PER ZIEKTEGROEP

In **tabel 8** in bijlage wordt de evolutie van het aantal invaliden gegeven opgesplitst per ziektegroep.



De invaliden kunnen onderverdeeld worden in 17 ziektegroepen. In bovenstaande grafiek wordt het percentage weergegeven dat de 6 voornaamste ziektegroepen vertegenwoordigen in het totaal. Deze ziektegroepen zijn:

ZG 2: gezwellen
ZG 5: psychische stoornissen
ZG 6: ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen
ZG 7: ziekten van het hartvaatstelsel
ZG 13: ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel
ZG 17: ongevalletsels en vergiftigingen

Samen vertegenwoordigen deze 6 ziektegroepen 86,56% van het totale invaliden in 2006.

Uit de grafiek blijkt duidelijk dat de psychische stoornissen de voornaamste reden van invaliditeit zijn. Tussen 1997 en 2006 is het belang van deze ziektegroep zelfs nog fors gestegen. In 1997 was 27,64% van de invaliden arbeidsongeschikt tengevolge een psychische stoornis. Tegen 2006 is dit percentage opgelopen tot 32,82%. In absolute cijfers is het aantal invaliden in deze ziektegroep gestegen van 47 507 in 1997 tot 70 833 in 2006, wat overeenkomt met een stijging van 49,10% (ter herinnering: het aantal invaliden steeg in deze periode met 25,55%)

De 2de voornaamste reden van invaliditeit zijn de ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel (ZG 13). Het percentage van deze ziektegroep in het totale aantal invaliden is de afgelopen 10 jaar min of meer stabiel gebleven rond de 25%. In absolute cijfers is het aantal invaliden dat tot deze ziektegroep behoort, gestegen van 43 103 in 1997 tot 55 441 in 2006 (= +28,62%).

Voor de ziekten van het hartvaatstelsel valt er een belangrijke daling te noteren. In absolute cijfers is het aantal invaliden in deze ziektegroep gedaald van 21 685 in 1997 tot 19 415 in 2006, wat overeenkomt met een daling van 10,47% terwijl het aantal invaliden is gestegen met 25,55%.

Een laatste belangrijke evolutie vindt plaats in de ziektegroep van de gezwellen (ZG 2). In vergelijking met ZG 5 en ZG 13 is het aandeel van deze aandoeningen in het totale aantal invaliden redelijk beperkt maar indien er wordt gekeken naar de evolutie van de absolute cijfers blijkt dat er de afgelopen 10 jaar een sterke stijging heeft plaatsgevonden van invaliden in deze ziektegroep. In 1997 werden 8 616 invaliden gecatalogeerd onder ZG 2. Tegen 2006 is dit aantal gestegen tot 12 918, wat een stijging betekent van 49,93%. Deze stijging ligt procentueel gezien zelfs hoger dan de toename van het aantal invaliden met een psychische stoornis (49,10%).

*
* *

ALGEMEEN BESLUIT

De studie naar de verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden, loontrekkenden, heeft niet als doelstelling zich uit te spreken over de kwaliteit van de controle op de arbeidsongeschiktheid. Het onderzoek naar de stijging van het aantal invaliden is gebaseerd op objectieve gegevens die rechtstreeks verband houden met de participatiegraad van de bevolking op de arbeidsmarkt, de demografische evoluties en de evolutie van het aantal uitkeringsgerechtigden, verminderd met de bruggepensioneerden.

De oorzaak van de stijging van het aantal invaliden kan gezocht worden in de combinatie van een aantal factoren:

- Ten eerste is er de verhoging van de pensioenleeftijd voor vrouwen die er vanaf 1997 heeft toe geleid dat meer vrouwen in invaliditeit terecht kwamen.

- Een tweede verklarende factor is het feit dat de populatie die kans heeft om invalide te worden, de uitkeringsgerechtigden, de laatste jaren enorm is toegenomen. Deze stijging is niet enkel het gevolg van een groeiende bevolking maar vooral van de toegenomen participatie op de arbeidsmarkt. Hierbij valt het vooral op dat vrouwen de laatste jaren meer op de arbeidsmarkt actief zijn en dit tot op latere leeftijd.

- Een derde verklarende factor voor de toename van het aantal invaliden is de invaliditeitsgraad. De invaliditeitsgraad is tussen 1997 en 2006 gestegen met 0,46% (=5,66% in 2006 - 5,20% in 1997). In de leeftijdsgroep min 60 is de invaliditeitsgraad gestegen met 0,39% (= 4,89% in 2006 - 4,50% in 1997). Als de invaliditeitsgraad per 5-jarige leeftijdscategorie wordt berekend, dan blijkt echter dat de invaliditeitsgraad in vele gevallen daalt over de periode van de afgelopen 10 jaar. De stijging van de invaliditeitsgraad de afgelopen jaren is dus niet zozeer het gevolg van het feit dat de kans op invaliditeit per leeftijdscategorie is gestegen maar doordat er door de vergrijzing van de bevolking meer mensen terecht zijn gekomen in de oudere leeftijdscategorieën waar de kans op invaliditeit hoger ligt.

De uitgewerkte prognoses laten voor de komende jaren nog een sterke stijging van het aantal invaliden zien. Door de evolutie van de participatiegraad en de verdere veroudering van de bevolking, wordt pas rond 2020 een stabilisatie van het aantal invaliden verwacht. Nadien zal een vermindering van het aantal invaliden optreden omwille van het toenemende aantal uittredes ten gevolge van pensionering.

Ten slotte dient vastgesteld dat er belangrijke verschuivingen optreden 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 waar het aantal invaliden, die tot deze ziektegroep behoren, in de afgelopen 10 jaar is gedaald. Daartegenover staat een forse toename van invaliden die lijden aan psychische stoornissen, gezwellen en ziekten van het bewegingsstelsel en het bindweefsel. Op grond van deze vaststelling zou mogelijk een specifiek preventiebeleid kunnen uitgewerkt worden waarbij bijzondere aandacht wordt besteed aan het voorkomen van de nieuwe ontstane ziektebeelden. Ook de medische controle op de arbeidsongeschiktheid dient in het licht van de vastgestelde ontwikkelingen mogelijk zijn aandachtspunten meer te richten op de nieuwe pathologieën.